



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



# ERGEN RUH SAĞLIĞI



WEglobal





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	3
<b>ERGENLİK DÖNEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ VE ERGENLERDE RUH SAĞLIğI DEĞERLENDİRMESİNİN TEMEL İLKELERİ .....</b>	<b>3</b>
<b>DEPRESYON .....</b>	<b>7</b>
Sıklık.....	7
Sebepler .....	7
Seyir.....	9
<b>Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu .....</b>	<b>11</b>
Sıklık.....	11
Sebepler .....	11
Klinik Özellikler.....	12
<b>DAVRANIM BOZUKLUĞU .....</b>	<b>15</b>
Sebepler .....	15
<b>ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....</b>	<b>17</b>
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu.....	18
Özgöl Fobi.....	19
Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	19
Panik Bozukluk.....	20
Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	21
<b>İNTİHAR VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI.....</b>	<b>23</b>
<b>ERGENLİKTE ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI .....</b>	<b>29</b>
Tanım ve Sıklık.....	29
Sınıflandırma .....	29
Değerlendirme.....	30
Risk Faktörleri.....	30
Tanıma ve Yönlendirme .....	31
<b>NELER ÖĞRENDİK?.....</b>	<b>33</b>
<b>SORULAR .....</b>	<b>35</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>40</b>



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ERGEN RUH SAĞLIĞI

### Öğrenme Çıktıları

- Ergen ruh sağlığı alanında sık görülen duygusal ve davranışsal problemleri tanımak,
- 11-17 yaş aralığındaki bir gencin, duyuğu durumunu anlayabilmek, yönlendirme yapacağı durumlarda ilgili uzmana özetleyebilmek,
- Bu problemleri diğerlerinden ayırt etme becerisini kazanmak,
- 11-17 yaş aralığındaki psikiyatrik durumlar ile ilgili bilgileri hatırlamak, farklı problemler arasında seçim yapabilmek,
- Problemin Őiddetini derecelendirme becerisi kazanmak,
- Problemi tanıdıktan sonra bakım veren kişiye uygun bilgi verebilmek ve yönlendirebilme becerisi kazanmak,
- Eğitim sonunda öğrendiği bilgileri mesleki pratiğinde uygulayabilmek, mevcut temel sorunları çözebilmek, izlemi yürütebilmek,
- Eğitim sonunda mevcut durumla ilgili riskleri analiz edebilmek, riske göre müdahale ve yönlendirme planını elde edebilmek,
- Eğitim sonunda müdahalenin sonuçlarını değerlendirebilmek, ölçebilmek ve gerekli durumlarda yönlendirme sağlayabilmek.

2

### Anahtar Sözcükler

Ergen, depresyon, anksiyete, intihar, genç





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## GİRİŞ

Bu derste, 11-17 yaş aralığındaki ergenlerde sık görülen duygusal ve davranışsal zorlukların tanınması, ayırt edilmesi; gerekli ilk basamak müdahalesinin öğrenilmesi ve uygun şekilde yönlendirilmesinin kavranması amaçlanmaktadır.

Dersin kapsamında, öncelikle bu yaş grubundaki değerlendirmenin temel ilkeleri anlatılmış olup sonrasında ise sık görülen psikopatolojiler alt başlıklar hâlinde anlatılmıştır. Ergenlik döneminin genel özelliklerinin ve davranış biçimlerinin özetlenmesinin ardından depresyon, kaygı bozuklukları, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Davranım Bozukluğu (DB), intihar ve kendine zarar verme ve en sonda da madde kullanım bozuklukları anlatılmıştır.

## ERGENLİK DÖNEMİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ VE ERGENLERDE RUH SAĞLIğI DEĞERLENDİRMESİNİN TEMEL İLKELERİ



Ergenlik, çocukluktan erişkinliğe süreklilik gösteren bir geçiş dönemidir. On yıl veya daha uzun sürebilen bu uzun geçiş dönemi, gencin artık ne çocuk ne de tam yetişkin olduğu ancak her iki dönemin de bazı zorluklarını, ayrıcalıklarını ve beklentilerini yaşadığı, kendine özgü bir dönemdir. Ergenlik, gençlerin bilişsel ve duygusal olarak tam olgunlaşmalarından önce fiziksel ve cinsel olgunluğa ulaşmaları nedeniyle bir paradokslar dönemidir. Bu dönemde bireyin, fiziksel ve zihinsel yapısında önemli değişiklikler olur. Bu değişikliklere sebep olan bazı faktörler mevcuttur. Bu faktörler arasındaki etkileşimler karmaşık ve çok yönlüdür. Ergenler, sadece ailelerinden etkilenmekle kalmaz aynı zamanda büyüdükçe ailelerinin dinamiklerini de yeniden şekillendirirler. Ergenlerin gelişimlerinin önemli yönleri, genetik ve biyolojik olarak belirlenmiş olsa da bu belirleyicilerin rolleri çevresel faktörler tarafından etkilenebilir. Örneğin aileye ilişkin faktörler, sadece ergenliğin dinamiklerini etkilemekle kalmaz, ergenliğin başlama ve sonlanma zamanlamasını dahi etkileyebilir (Lee ve Styne, 2013).

**Ergenlik döneminde, bireyin vücudunda bazı değişiklikler olur.** Ergenlik döneminin gözle görülür en dramatik yönleri, ergenliğin hormonal olarak aracılık ettiği değişimlerle ilgilidir. Birincil ve ikincil cinsel özelliklerin gelişimi; boy, kas kütlesi ve gücünde belirgin büyüme ve yağ bezi aktivitesinde artış şeklinde bu değişiklikler sıralanabilir. Ergenlik süreci, baştan sona yaklaşık 4 ila 5 yıl sürer ve kız çocukları bu sürece ortalama 9 ila 11 yaşlarında, yani erkeklerin ortalama başlangıcından yaklaşık 2 yıl önce başlar. Kızlarda pubik kıllanma, meme gelişimi, boy uzaması ve adet görme; erkeklerde





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



ise pubik kıllanma, penis ve testis büyümesi ve boy uzaması ile gerçekleşen bu sürecin çeşitli aşamaları Tanner isimli bir araştırmacı tarafından I'den V'e kadar olan aşamalar olarak sınıflandırılmıştır (Marceau ve ark., 2011).

Beyin görüntüleme araçlarının daha fazla kullanılabilirliği, ergenlik döneminde beyin yapısı ve işleyişindeki dramatik değişikliklere bir pencere açma fırsatı sağlamıştır. Ergen beyninin yeniden düzenlenmesindeki en önemli değişikliklerden biri, beyindeki sinir hücresi bağlantılarının büyük ölçüde ortadan kaldırılmasıdır (budanma). Ergenlik döneminde, saniyede 30.000 sinir hücresi bağlantısı kaybı olduğu tahmin edilmektedir. Aynı zamanda ergenlerin beyninde sinir iletimini hızlandıran bazı mekanizmaların da kolaylaştığı ve sinir iletiminin hızlandığı gözlenmiştir (Rakic ve ark., 1994). Beyin görüntüleme çalışmaları, beyinde duyguları düzenleyen bölgenin ergenlerde daha aktif olduğunu göstermektedir. Örneğin, nötr yüzlere kıyasla korkulu yüzler izlendiğinde, bu bölgenin aktivitesi ergenlerde yetişkinlere ve çocuklara kıyasla daha fazla olmuştur. Ayrıca bir duygu düzenleme görevi sırasında, ergenler yetişkinlere kıyasla yeniden değerlendirme stratejilerini kullanmada daha başarısız olmaktadır (Silvers ve ark., 2015). Bu durum ergenlerin olumsuz duygulara karşı olan duyarlılığını gösteren biyolojik bir bulgu olarak belirtilebilir.



**Ergenlik, bilişsel yeteneklerde önemli değişikliklerle karakterizedir. Ergenlikte, problem çözme yetenekleri artar ve soyutlama için daha büyük kapasite gelişir.** Ergenlerin bilişsel yetenekleri ve olasılıklar hakkında düşünme yeteneği ve bilgi işlemenin artan hızı ve verimliliği ile karakterizedir. Bu bilişsel değişikliklerin, ergenin sosyal bilişinde ve ahlaki gelişiminde de karşılığı vardır. Düşünce sisteminin gelişmesi, sosyal becerilerin gelişmesi ve çocukluktaki benmerkezçiliğin azalması ile sonuçlanır. Ergenin, sosyal bir durumun, başka bir kişinin bakış açısından nasıl görünebileceğini daha iyi düşünmesini sağlar.

Ahlaki muhakeme becerisi gelişir ve kişiler arası ilişkilere yönelimi; sosyal düzenin korunmasını, genel hak kavramlarını ve son olarak evrensel etik ilkelere atıfta bulunmayı içerecek şekilde genişler. Bu da ergenlik dönemindeki hak savunuculuğu ve birey olma çabasını açıklamaktadır (Smetana ve Villalobos, 2009). Bununla birlikte daha yüksek bilişsel yeteneklere rağmen ergenler, bu kapasitelerini her zaman sağlıklı karar vermek için kullanmazlar. Bunun nedeni bilişsel performanslarının güçlü etkiler, günlük stresler ve akran etkileri nedeniyle bozulmaya daha açık olmasıdır (Smith ve ark., 2013).

Ergenler, kendi gelişimlerini akranlarınıninkiyile karşılaştırır ve kendilerinde adeta kusur ararlar. Aynanın karşısında uzun zaman geçirebilir, bedenlerindeki en ufak değişikliği inceleyebilirler. Bedenlerindeki değişikliklere karşı duyarlıdırlar. Kızlar daha zayıf görünmek isterken erkekler ise daha kaslı ve iri görünmek isteyebilir. Bu sebeple bu dönemde, yeme problemleri sık görülür. Fiziksel görünüme önem vermenin altındaki bir diğer husus, akranları arasında kabul görmektir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



Ergenlik döneminde bakım verenlerle geçirilen zaman azalmakta; lise birinci sınıf öğrencileri uyanık zamanlarının %25'ini, lise son sınıf öğrencileri için sadece %15'ini bakım verenleri ile geçirmektedir (Csikszentmihalyi ve Larson, 1984). Ayrıca, bakım verenlerle geçirilen zamanın duygusal tonunda ve ergenin ebeveynlere bakışında bir değişim söz konusudur.



Bakım vereni değersizleştirmek de bu dönemde sık görülen bir durumdur. Önceki dönemlerde ebeveynleriyle sıcak ve destekleyici ilişkiler sürdüren pek çok genç, artan bir yalnızlık duygusu yaşamaya başlar çünkü artık eskisi gibi kaygısını ya da özlemini paylaşacak durumda ya da istekte değildir. Ergenlik döneminin başlamasıyla birlikte bakım verenler ve ergenler arasındaki çatışmalar artar. Erken ergenlik döneminde bu çatışmalar ev kuralları, ev işleri, oda temizliği, yatma zamanı, beslenme, arkadaşlar, kıyafet ve hijyenle ilgilidir; ergenliğin ilerleyen dönemlerinde ise flört ve sokağa çıkma yasağı gibi konular daha belirgin hâle gelir. Yapılan çalışmalarda, bu çatışmaların sıklığının, erken ergenlik dönemindeki gençlerde ayda yaklaşık 1 ile 20 kez aralığında yaşandığı tespit edilmiştir (Montemayor ve Hanson, 1985). Ayrıca çalışmalar ebeveyn-çocuk çatışmalarının sıklığının, erken ergenlikten geç ergenliğe doğru azalmasına rağmen çatışmaların olumsuz ve duygusal yoğunluğunun orta ergenlikte zirveye çıktığını göstermektedir (Laursen ve ark., 1998).

**Bakım verenler ile geçirdikleri vakit azaldıkça ergenler, arkadaşlık, tavsiye, destek ve yakınlık için akranlarına giderek daha fazla yönelmektedirler.** Bu konuda yapılan araştırmalarda, ergenlerin, uyanık oldukları zamanın üçte birini akranlarıyla konuşarak geçirdikleri, ancak uyanık oldukları zamanın %8'inden azını yetişkinlerle konuşarak geçirdikleri tespit edilmiştir (Csikszentmihalyi ve ark., 1977). Arkadaşlarla konuşmak, gençlerin kendilerini en mutlu ettiklerini belirttikleri etkinliktir.



5

**Ergenlik dönemi, duygusal ve davranışsal süreçlerin farklılaştığı bir dönem olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların da daha sık görüldüğü bir yaş dilimidir.** Psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını araştıran birçok araştırma, ergenlerin yaklaşık %20'sinin, teşhis edilebilir klinik bozukluklara sahip olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, ergenlik döneminde, gençlerin önemli bir kısmının,



ebeveynlerle daha fazla çatışma ve psikolojik zorlanmalar yaşadığı, riskli davranışlarda bulunduğu belirtilmektedir. Ergenlerin risk alma davranışı, normalde fiziken sağlıklı olan bu yaş grubunda, önemli bir hastalık ve ölüm sebebidir. Tüm ölümlerin üçte ikisinin, kalp ve damar hastalıkları ile kanserden kaynaklandığı 25 yaş ve üzeri kişilerin aksine, **10 ila 24 yaş arasındaki gençlerde, tüm ölümlerin dörtte üçü motorlu araç kazalarından, diğer kasıtsız yaralanmalardan, cinayetten ve intihardan kaynaklanmaktadır.** Bu olumsuz sonuçların ortaya çıkma riskini artıran davranışlar gençler arasında yaygındır. Psikiyatrik bozuklukların sıklığının önemli ölçüde arttığı bu dönemde, ergenlerle pozitif ilişki kurmak önemlidir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



**Ergenlik döneminde kabul ve olumlu geri bildirim önemli bir araçtır.** Ergenlerle görüşürken veya bilgi alırken yargılamayan bir dil kullanmak, görüşmenin içeriğinde girici bir tarz benimsemek, ergeni takip etmek önemlidir. Kapalı uçlu sorular ve ifadeler yerine açık uçlu ifadelerle ergeni desteklemek ve cevap aramak daha makuldür. Özellikle koruma altına alınması gereken ergenlerde psikopatoloji görülme sıklığının toplum ortalamasından daha yüksek oluşu bu grupta etkileşim kurmayı zorlaştırmaktadır. Bu görüşmelerde kabul edici ve destekleyici bir tarz benimsemek, pozitif geri bildirim vermek, değerlendirmenin amacını anlatmak ve görüşmeye ergeni takip edecek şekilde ilerlemek daha makuldür.



### **Ergenlik Döneminin Genel Özellikleri ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Değerlendirmesinin Temel İlkeleri-Özet:**

Ergenlik, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olup gençlerin hem fiziksel hem de duygusal açıdan olgunlaşmaya başladığı, karmaşık ve uzun bir süreçtir.

Bu dönemde bireyler, bedensel, bilişsel ve duygusal açıdan önemli değişimler yaşarlar. Bazı psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı artar.

Ergenle görüşme yapılırken açık uçlu sorular sormak, kabul etme ve yargılamama önemlidir.

Pozitif geri bildirim ve iyi bir ilişkinin tesisi, ergenlik için önemlidir.



6





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## DEPRESYON

Çocuk ve ergenlerde depresyon, kişinin günlük yaşamını etkileyen ve sosyal uyumunu bozan bir psikiyatrik bozukluktur. Hem tek başına hem de eşlik eden duygusal ve davranışsal zorlanmalar ile ergenin hayatını etkiler. Depresyon, süreğen ve yineleyici çökkün veya kolay sinirlenen (irritabl) duygu durum ve zevk veren etkinliklere karşı isteksizlik ile karakterize; bunun yanında dikkat, uyku, iştah gibi alanları etkileyen bir psikiyatrik bozukluktur. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-5) göre, "Depresif Bozukluklar" başlığı altında tanımlanmaktadır. Bunun yanında, depresyon ile yas sürecinin ayrımının yapılması gerekmektedir. Yukarıda sayılan durumlar, bir kaybı takiben de görülebilir. Depresyon düşünülduğünde, ilk aşamada şiddeti (hafif, orta, ciddi, psikotik özellikli) ve gidişi (kısmi düzelme gösteren, tam düzelme gösteren) kodlanmalıdır. Bu kodlama klinik olarak yapılabildiği gibi yapılandırılmış ölçekler kullanılarak da yapılabilir. Depresyon için DSM-5'te, çocuk ve ergenler ile erişkin yaş grubu için tanı kriterleri ortaktır. Çocukluk yaş grubu için kolay sinirlenen (irritabl) duygu durum ile iştah kriterinde beklenen kilo alımının sağlanamaması spesifik kriterler olarak belirtilmiştir.



### Sıklık

Depresyon sıklığı yaş gruplarına göre değişmektedir. Ergenlik öncesi dönemdeki sıklığı %1-2 olarak belirtilirken ergenlerde yaşam boyu Majör Depresif Bozukluk sıklığı %11, 12 aylık sıklık ise %7,5 olarak bulunmuştur (Avenevoli ve ark., 2015). Ülkemizde, yakın zamanda yapılan yaygınlık çalışmasına göre de ergenlik öncesi dönemde Majör Depresif Bozukluk sıklığı %1,7 olarak bulunmuştur (Karacetin ve ark., 2018). Ergenlik öncesi dönemde erkek ve kızlarda eşit görülürken ergenlikle birlikte kızlarda daha sık (3:1) görülmeye başlamaktadır.

### Sebepler

Depresyonun sebepleri incelendiğinde, genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, depresyon tanılarının %40'ında kalıtımın etken olduğu, depresyon ve anksiyete bozukluğunun kalıtımında rol alan genlerin sıklıkla ortak olduğu ve ergenlik döneminde başlayan depresyonun, ergenlik öncesi dönemde başlayan depresyona göre daha genetik özellikte olduğunu belirtilmektedir (Thapar ve Rice, 2006). Aynı zamanda, birinci derece akrabalarda Majör Depresif Bozukluk olması, riski artırmaktadır. Depresyonda, vücutta stres yanıtını düzenleyen mekanizmaların bozulması da etkilidir. Aynı zamanda serotonin, noradrenalin ve dopamin sistemindeki düzensizlikler, depresyonun ortaya çıkmasında rol almaktadır. Fakat depresyon, basit bir maddenin eksikliğinden kaynaklanan bir bozukluk değil beyinde kompleks devrelerinin rol aldığı bir bozukluktur.





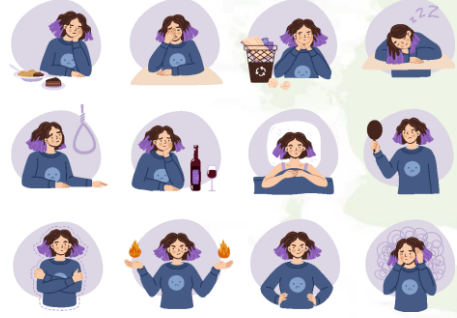


Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



Etkilenen bu sinir hücresi devreleri; ödül duyarlılığı, olumsuz duygulara karşı artmış yanıt ve tekrarlayıcı olumsuz düşünceler gibi konularla ilgilidir.

Depresyonda, beyinde olumsuz duygusal ipuçlarına artmış dikkat ve bu ipuçlarını olağandan daha fazla yakalama, olumsuz duygusal ipuçlarına olan yanıtı baskılayan beyin mekanizmalarını düzenleyen işlevlerde yetersizlik, olumlu duygulanım ve ödül yollarındaki işlevlerde yetersizlik görülmektedir. Bununla birlikte depresyon uyku bozukluklarına, uyku bozuklukları da depresyona zemin oluşturabilmektedir. Bu verilerin hepsi, depresyonun biyolojik ve genetik yönünün oldukça güçlü olduğunu göstermektedir.



Depresyonun bilişsel tarafına bakıldığında, depresif patolojinin olumsuz duygusal ipuçlarına karşı yanlı bir dikkat gösterildiği ve bu sebepten depresyonun meydana geldiği belirtilebilir. Olaylardan olumsuz sonuçlar çıkarmaya eğilimli bireylerin, depresyona yatkın olduğu belirtilebilir. Fakat bu ilişki iki yönlü de olabilir. Mevcut depresyonu sebebi ile stres yükü fazla olan birey, zaman içerisinde bilişsel çarpıtmalar geliştirebilir. Duygusal olarak üzüntü veren olaylarla ilgili aşırı zihinsel meşguliyet olarak tanımlanabilen ruminasyon (zihinsel geviş getirme de denilir), özellikle kızlarda depresyonun ortaya çıkışını ve devamını belirleyen önemli bir bilişsel tarzdır (Hankin, 2012). Bakım verenin depresyonu, çocuktaki ve gençteki depresyon için genetik bir risk faktörü olmanın yanında çevresel bir risk faktörüdür. Annedeki depresyonun tedavi edilmesi, çocuktaki ve gençteki depresyonun tedavisi için önemli bir kolaylaştırıcıdır (Tully ve ark., 2008). Çocuğun ihmali ve istismarı, depresyonun ortaya çıkması ve devamı için bir risk faktörüdür. İstismar, çevresel bir risk faktörü olmanın yanında bazı mekanizmalarla genetik riski de artırabilir. İstismarın etkisi ile depresyona yol açan genlerin aktifleşmesi söz konusu olabilir ve bu durum depresyona yatkınlık oluşturabilir (Caspi ve ark., 2010). Akran zorbalığı da depresyon için önemli bir risk faktörüdür. Hem zorbalığı yapan hem de zorbalığa uğrayan bireylerde depresyon riskinin arttığı tespit edilmiştir. Akran zorbalığına uğrayan bireyler, yaşadıkları sosyal ortamlara uyum sağlamakta zorlanabilirler ve bu kişilerde akran ilişkileri, benlik saygısı gibi konularda olumsuz bilişlerin oluşmasına neden olabilir. Bunun yanında sürekli zorbalığa maruz kalmak bireyde, bir stres faktörü oluşturacağından depresyon riskini artırabilir (Zwierzynska ve ark., 2013). Ebeveynini, arkadaşını veya kardeşini kaybetme ile başlayan yas sürecinin, depresyon riskini 3 kat artırdığı belirtilmektedir. Yas ile ilişkili olarak ortaya çıkan depresyonun, klinik olarak Majör Depresif Bozukluktan farklı olmadığı düşünülmektedir. Kayıptan hemen sonra risk en yüksek olmakla birlikte önceki depresyon öyküsünün, daha yakın/samimi arkadaşını kaybetmenin, baba kaybı ile kıyaslanınca anne kaybının, daha yüksek depresyon riski ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (D. Brent ve ark., 2009).

Depresyon değerlendirmesi yapılırken geniş açıdan bir değerlendirme yapmak gerekir. Değerlendirme sürecine, ergenle birlikte bakım veren de mutlaka dâhil edilmelidir. Ergenler, genellikle duyguları ile ilgili konuları, akran ilişkilerindeki zorlukları ve bu zorlukların onlara nasıl hissettirdiğini birilerinin yanında belirtmekte zorlanırlar, bu sebeple bire bir görüşme yapmak daha uygundur. Bakım verenler, bazı



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



konularda ayrı görüşme yapmak isteyebilirler. Ebeveynlerle yalnız yapılan uzun görüşmelerin, gencin terapi sürecine uyumunu bozabileceği bilirse de zorunlu hâllerde bu görüşmeler düzenlenebilir.

Depresyon, bir içe atım bozukluğu olarak sınıflandırıldığı için gencin kendisinden alınan bilgiler kıymetlidir. Bu bilgilere ek olarak, geçmiş tıbbi kayıtlar, alınan medikal ve psikiyatrik tedaviler, okul ile yapılan görüşmeler değerlendirme sürecinde yardımcı olabilir.

## Seyir

Çocukluk çağında görülen depresyonun, ergenlik döneminde tekrar görülme riskini artırdığı belirtilmektedir. Hastanelere başvuran çocukların, ortalama depresif atak süresi 8-13 ay olup 12-78 ay süren izlemde, bu çocukların %50-90'ı iyileşmektedir. Dolayısıyla depresyon zaman zaman kendi kendine düzelen bir bozukluk olarak tanımlanabilir. Bunun yanında, bu çocukların %30-70'inin iyileşmeden sonraki 24-70 aylık izlemde depresyonlarının nüks ettiği belirtilmektedir. Tedavisiz bırakılan depresyon düzelse bile nüks edebilmektedir. Dolayısıyla çocukluk çağında görülen majör depresif bozukluk iyileşme oranı yüksek fakat uzun süreli izlemlerde nüks etme ihtimali az olmayan bir bozukluktur. Bu sebeple tanımak ve ayırt etmek, uygun şekilde yönlendirmek önemlidir. Çalışmalar, çocukluk çağında başlayan Majör Depresif Bozukluğun; intihar, davranış sorunları, madde bağımlılığı, akademik, sosyal ve ailevi sorunlar ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Birmaher ve ark., 2002).



9

Ergenlerde depresif bir atağın ortalama süresi, klinik örnekleme 4-9 ay, toplum örnekleminde ise 3-6 ay olarak belirtilmektedir. Bu atağın kronik bir karakterde olması; yani öncesinde yineleyen başka depresif atakların varlığı, kaygı bozuklukları ve madde kullanımının eşlik etmesi, belirti şiddetinin yüksek olması, mevcut veya önceki intihar düşüncesi, ebeveyn depresyonu ve olumsuz aile ortamının varlığı atağın süresinin uzamasına yol açmaktadır. Klinik çalışmalarda, Majör Depresif Bozukluk tanısı alan gençlerin 12-72 aylık izlemde %50-90'ının iyileştiği, iyileşmeden sonraki 12-72 aylık izlemde ise %20-54'ünün tekrar tanı aldığı belirtilmektedir. Ergenlik dönemindeki depresyonun, erişkin dönemdeki depresyon ve ilişkili psikiyatrik morbidite için risk oluşturduğu belirtilmektedir (Birmaher ve ark., 2002).

Depresyonun tedavi planı, şiddetine göre belirlenmektedir. Hafif depresyonda genellikle terapi müdahaleleri öncelenirken orta-ağır şiddetli depresyonda ise terapi ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanması önerilmektedir. Uzun seyirli ve belirgin işlevsellik kaybına yol açabilecek depresyonun, erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi önem arz eder.

Depresyon belirtileri gösteren ergenler görüşmeye isteksiz gelebilirler. Bu isteksizlik, depresyonda görülen isteksizlik ve çökkün duygu durumdan kaynaklanabileceği gibi kolay sinirlenen (irritabl) duygu durumdan da kaynaklanabilir. Bazen de yardım arayan, ergenin kendisidir. Genelde sessiz, isteksiz ve kısa konuşurlar. Geliş sebepleri sorulduğunda isteksizlik ve sinirlilikten sıklıkla bahsederler. Bunu, ergenlik döneminin genel özelliklerinden ayırt etmek önemlidir. İsteksizlikle ilgili detaylı sorgulama yapıldığında





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



ise önceden keyif aldıkları etkinliklerin artık onlar için çekici olmadığı öğrenilebilir. Fakat ergenlik döneminde bu isteksizlik tüm güne yayılmayabilir.

Ergenlik dönemindeki isteksizlik, erişkinlik dönemindeki gibi belirgin olmayabilir. Ergenlerin duruşları çökkün, omuzları düşük olabilir. Hareketleri yavaştır. Kolay sinirlenen duygu duruma sahip ergenlerde ise daha agresif bir tarz baskın olabilir.



#### Depresyon-Özet:

- Depresyon, çocuk ve ergenlerde günlük yaşamı etkileyen ve sosyal uyumu bozan çökkün veya kolay sinirlenen duygu durumunun yanında; zevk veren etkinliklere ilgisizlik, uyku, iştah ve dikkatte değişiklikler gibi belirtilerle kendini gösteren bir psikiyatrik bozukluktur.
- Depresyon, ergenlik döneminde sık görülür; ortalama sıklık %8 olarak belirtilebilir.
- Sebep olan faktörler arasında hem genetik hem çevresel faktörler sayılabilir.
- Tedavisiz kaldığında nüks oranı yüksek olduğu için tanınması ve yönlendirilmesi önemlidir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuğun genel gelişimi ile uyumsuz aile, sosyal yaşam ve okul ortamlarındaki yaşamını etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur. Dikkat eksikliği; çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine göre değerlendirildiğinde, dikkat süresinin kısa olması, unutkan ve dağınık olması, günlük yaşamı organize etmekte zorlanması, bir içe konsantr olmuşken basit bir uyararla dikkatinin çabuk dağılması ve uzun süreli dikkat gerektiren işlerden kaçınması olarak tanımlanabilir. Hiperaktivite-dürtüsellik ise gelişim düzeyine uymayan aşırı hareketlilik, yerinde duramama, çok konuşma ve konuşma sırasını bekleyememe, acelecilik gibi belirtilerle karakterizedir.

### Sıklık

**DEHB, okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülen bir bozukluktur. Son yıllarda yapılmış olan bir çalışmada, dünya genelinde DEHB sıklığı %5,9-7,1 olarak saptanmıştır.** Ayrıca bu çalışmada, DEHB'ye erkeklerde daha sık rastlandığı; toplum bazlı çalışmalarda DEHB'nin alt tiplerinden dikkat eksikliği baskın tipin, klinik bazlı çalışmalarda ise birleşik tipin daha sık saptandığı görülmüştür. Bu, toplumda dikkat eksikliği baskın tipin sık görüldüğu fakat birleşik tipin hareketlilik sebebiyle kliniğe daha sık başvurduğu anlamına gelebilir. Ülkemizde DEHB sıklığını dört yıl boyunca değerlendiren bir çalışmada sıklığın yıllara göre 12.22-13.38 arasında değerliği gözlenmiştir (E. Ercan ve ark., 2013). Bu çalışma, ülkemizde DEHB sıklığının dünya ortalamasına göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu konuda ülkemizde yapılan güncel bir sıklık çalışmasında da ülkemizde DEHB sıklığının %12,39 olduğu bildirilmiştir (E. S. Ercan ve ark., 2019).

### Sebepler

**DEHB, nörobiyolojik bir bozukluktur. Bunun anlamı, anne karnından itibaren beyin gelişimindeki bazı farklılıkların bu bozukluğa yol açtığıdır.** DEHB'nin sebepleri arasında çeşitli faktörler sayılabilmektedir. DEHB'nin ortaya çıkışında, genetik faktörlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Yapılan ikiz çalışmalarında, genetik geçişin %74'ünde etkili olduğu anlaşılmıştır. Aile çalışmalarında ise ailedeki bir bireyde DEHB olması durumunda diğer aile bireyleri arasında, özellikle kardeşler arasında DEHB'nin görölme riskinin topluma göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Faraone ve ark., 2018). DEHB'nin sebepleri arasında nörokimyasal faktörlere bakıldığında beyinde bazı sinyal moleküllerinde düzensizlikler (örneğin dopamin) olabileceği düşünölmektedir. Yapılan çalışmalarda, dopaminergic sistem (DA) ve indirekt olarak noradrenergik sistemin etkili olduğuna dair bulgular saptanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



Beynin yapısı ile ilgili yapılan çalışmalarda ise DEHB'li bireylerde, normal olanlara göre beyin hacminde küçülme olduğu, bu küçülmenin özellikle frontal lob (ön beyin), serebellumda (beyincik) görüldüğü saptanmıştır. Yapılan fonksiyonel MR çalışmalarında, DEHB'lilerde ön beyin (prefrontal korteks) işlevlerinde azalma olduğu anlaşılmıştır. Prefrontal korteks, insanın yürütücü işlevlerini yapan beyin merkezidir ve beynin ön kısmında yer alır.

DEHB ile ilişkili doğum öncesinde, doğum esnası ve doğum sonrasında listelenebilecek birçok risk faktörü vardır. Annenin erken ya da ileri yaşı, ailedeki DEHB öyküsü, hamilelik sırasında annede sigara ve alkol kullanımı, yoğun kaygı ve strese maruz kalma, hamilelikte düşük folik asit düzeyi prenatal risk faktörleri arasında yer almaktadır. Erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum komplikasyonları ve yenidoğan dönemindeki komplikasyonlar doğum sonrası risk faktörleri arasındadır. Anne depresyonu, parçalanmış ailede olma, erken yaşta duygusal yoksunluk ve ihmal, evlat edinilme ve anneden ayrı kalma postnatal risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir (Froehlich ve ark., 2011).

## Klinik Özellikler

DEHB'nin klinik özelliklerine göre sınıflandırılmış üç alt tipi bulunmaktadır. Dikkat eksikliği baskın tipte bireyler, genellikle ev, okul ve sosyal ortamlarda içe dönük, ağır kanlı olarak tanımlanan; evde ve okulda dikkat sorunları, eşyalarını unutma, organize olmakta ve planlamada güçlük çekme gibi belirtileri olan bireylerdir. Bu alt tip, kız çocuklarında daha yaygın olarak görülmektedir. Bu tür çocuklar, daha az kliniğe başvururlar ve başvuru sebepleri daha çok dikkat eksikliğinin ortaya çıkardığı akademik sorunlar, anksiyete ve depresyon gibi belirtiler olabilir. Hiperaktivite/Dürtüsellik baskın tip; aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin daha ön planda olduğu ve dikkat belirtilerinin daha geride olduğu tiptir. Birleşik tip hem dikkat sorunlarının hem de aşırı hareketlilik belirtilerinin olduğu ve kliniğe en sık başvurunun olduğu tiptir. Bu tip çocuklar, daha çok okulda ve evde kurallara uymayan, sık sık kazalara karışan ve akademik başarısı zihinsel kapasitesinin altında olan çocuklardır (Ougrin ve ark., 2010).

DEHB'nin klinik belirtileri, farklı yaş gruplarında farklı şekilde görülebilir. Bu dönemler; okul öncesi, okul dönemi, ergenlik ve yetişkinlik şeklinde sınıflandırılabilir. Süreçte bazı klinik belirtiler azalmakta, bazı belirtiler sabit kalmakta, bazı belirtiler ise farklılaşmaktadır. **Örneğin, hiperaktivite belirtileri yaş arttıkça azalmakta, ergenlikte ve erişkinlikte içsel huzursuzluğa dönüşmekte iken dürtüsellik ve dikkat sorunları ise daha stabil seyretmektedir** (Biederman ve ark., 2000).

Okul dönemi, tanı alma açısından en sık başvurunun olduğu dönemdir. Okulun başlamasıyla birlikte sınıfta uzun süre oturamama, sık ayağa kalkıp sınıf içerisinde gezinme, oturduğu zamanlarda bile kıpırdanma ve yanındaki arkadaşını rahatsız etme, çok konuşma ve sık söz kesme fazladır. Öğretmenin anlattığı dersleri dinleyememe ve tahtadakileri defterine geçirmekte zorlanma, verilen sınıf içi görevleri tamamlayamama ya da aceleyle yanlış yapma, ödevleri not almakta zorlanma, silgi, kalem ve defter gibi okul eşyalarını sık kaybetme eşlik eden diğer belirtilerdir. Teneffüslere aceleyle çıkarak kendini ve arkadaşlarını yaralama, hep kendi arzuladığı oyunların oynanmasını isteme ve engellendiğinde öfke patlaması yaşayıp kavga etme, arkadaşları tarafından dışlanma ve öğretmenleri tarafından sık uyarılma





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



gibi belirtiler de gözlenir. Bazı DEHB tanılı çocukların ciddi davranış sorunları, arkadaş ortamlarından dışlanmalarına ve zorbalığa uğramalarına yol açabilir.

Evde ise ödev yapmayı istememe ve erteleme, ödev yaparken bir ebeveynin yanında olmasına ihtiyaç duyma, ödev yaparken çabuk sıkılıp ara verme, kitap okumayı sevmeme gibi problemlerle sık karşılaşılır. Ayrıca çanta hazırlama, zamanında yatma ve kalkma, öz bakım alışkanlıklarını kazanma, hazırlanma gibi plan ve organizasyon gerektiren işlerde ebeveynleriyle çok sık tartışılır.

Ergenlik döneminde; bu dönemde önceden DEHB tanısı alan çocuklarının büyük bir kısmının, DEHB tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiği saptanmıştır. Bu dönemi değerlendirirken ergenlik döneminin kendine özgü doğası da göz önünde bulundurulmalıdır. Ergenlik döneminde, kişinin dürtü ve davranış kontrolünü sağlayan ve destekleyen prefrontal korteks gibi bölgelerin aktivitesinin, dürtüsellik merkezi olan beyin bölgelerinin aktivitesine göre daha yavaş kaldığı bilinmektedir. Ergenlik dönemindeki bu değişim, daha çok bağımsızlaşma, ebeveyn gibi otorite figüründen ayrışma ve çatışma şeklinde kendini göstermektedir. DEHB tanısı olan ergenlerin dikkat eksikliği, plan yapma ve buna uymadaki sorunları, dürtü kontrol bozuklukları ve engellenme eşiklerinin düşük olması ergenliğe ait özelliklerin gelişimini yavaşlatmakta veya bozmaktadır. Ergenlik döneminde DEHB'nin varlığı, akademik ve sosyal alanda, aile ilişkilerinde sorunlar çıkmasına yol açabilmektedir.

Ergenlerin yaşadıkları bu sorunlarda, ebeveyn desteğine çok ihtiyaç duymalarına rağmen, bu desteği kendi özerk yapılarına bir saldırı olarak görüp reddetmeleri, sorunları daha çözümsüz hâle getirebilir. Örneğin, akademik alandaki ders yükü ve ağırlığı ergenlikle birlikte artmakta ve DEHB nedeniyle bu yükü organize etmek zorlaşmaktadır. Sosyal alanda ise bireyin dürtüselliliği, ikili ilişki kurmanın önünde bir engel olabilmekte ve işleri zorlaştırabilmektedir. DEHB'si olan ergenlerin, arkadaş ortamlarına alınmak için riskli davranışlara yönelmeleri ya da kendileriyle benzer özellikte olan suç ve madde kullanımına yatkın ergenlerle bir araya gelmeleri sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, DEHB tanılı ergenlerin, akranlarına göre daha fazla davranış sorunları gösterdikleri, suç işleme ve madde kullanım sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca dürtü kontrol bozuklukları olduğundan erken yaşta riskli cinsel davranışlarda buldukları bildirilmektedir. DEHB tanısı olan ergenlerde, ek psikiyatrik rahatsızlıklar, akranlarına oranla daha fazla görülmektedir.

13



#### Bilimsel Araştırma

- DEHB tanılı ergenlerle yapılan yaygınlık çalışmalarında, anksiyete bozuklukları (%26,6), majör depresyon (%24), madde bağımlılığı (%16), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (%13,8), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (%9,6) gibi bazı sorunlara akranlarına oranla daha sık rastlanmıştır.
- Başka bir çalışmada ise depresyon ve intihar girişimi sıklığının, akranlarına göre 4 kat daha fazla olduğü gözlenmiştir (Gnanavel ve ark., 2019).





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



Ergenlik döneminde DEHB ile ilişkili hareketlilik daha az görülür. Hareketlilik belirtisi, genellikle ilkokul ve ortaokul başlarına ait bir belirtidir. Ergenlik döneminde ise hareketlilik, yerini bir iç huzursuzluğuna bırakır. Bunun yanında bu dönemde, aktivitelerden çabuk sıkılma, tez canlılık, istikrarsızlık, çevrim içi oyun veya kumar oynama, sosyal medya platformlarını kontrolsüz şekilde kullanma gibi belirtiler görülebilir.

Çocuk ve ergenlerde DEHB tanısı, çocuk psikiyatri uzmanı tarafından klinik görüşmelere göre konulur. DEHB klinik tanısı için, DSM-5'e göre, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik alt başlıklarındaki 9 maddeden en az 6 tanesinin, en az 6 ay süreyle karşılanması gerekmektedir. Ayrıca bu belirtiler ilk defa 12 yaşın altında ortaya çıkmalıdır. DSM-5 tanı kriterlerini karşılayan bir çocuğun, DEHB tanısı alabilmesi için üç yaşamsal alanın (okul, ev ve sosyal ortam) en az ikisinde işlevselliğinin bozulması gerekir. Tanı, ebeveynler ve okuldaki öğretmenlerden alınan bilgilerin yanında çocukla yapılan bireysel görüşme ile koyulur.

Ülkemizde DEHB tanısı, çocuk, genç veya erişkin ruh sağlığı uzmanları tarafından konulmakta ve tedavisi bu uzmanlarca yapılmaktadır. Öncelikle ailelere, DEHB'nin biyolojik ve nörogelişimsel bir bozukluk olduğu ve tedavisinde ilacın temel tedavi aracı olduğu anlatılmalı; ilaç dışı tedavilerin (bilişsel davranışçı terapi, ebeveyn eğitimi vb.) ilacın etkinliğini artırıcı etkisi olduğu vurgulanmalıdır. Dünyada DEHB tedavisi için hazırlanan kılavuzlardan Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi (AACAP) ilk sıra tedavi olarak psikostimülanları (metilfenidat ve amfetamin) ve atomoksetini önermektedir. DEHB tanısı olan çocuklarla yapılan Multimodal Tedavi (MTA) çalışmasında ise metilfenidat ve yoğun davranışsal terapinin birlikte kullanımının, tek başına metilfenidat kullanımına göre daha faydalı olduğu görülmüştür. Özellikle kız ergenlerde DEHB tanısı gecikebilir. Ergenlik döneminde bazen davranış sorunları, uyumsuzluk, kendine zarar verici davranışlar gibi belirtiler olduğunda, daha önce tanı veya tedavi öyküsü olmasa da DEHB ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Özellikle kurum bakımı altına alınan ergenlerde davranış problemleri sık görölmektedir. Bu ergenlerde, kendine zarar verici davranışlar, intihar girişimleri, öyküde akademik başarısızlıklar sıktır. Bu gençlerin bahsedilen problemleri, olumsuz yaşam olayları ile ilişkilendirilmeye çalışılsa da altta yatan bir DEHB olma ihtimali mevcuttur. Bu sebeple bu kişilerin, vakit kaybetmeden uzmanlara yönlendirilmeleri ve uygun tedaviyi almaları sağlanmalıdır.



#### **Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu-Özet:**

DEHB, ergenlik çağının en sık görölen psikiyatrik bozukluklarından birisidir.

Çocukların hayatını akademik ve sosyal açıdan etkiler.

Ergenlik döneminde hareketlilik daha azalırken dikkat eksikliği ile ilişkili belirtiler ön planda görülebilir.

Özellikle kız çocuklarında tanınmamış DEHB olguları ergenlik döneminde tanınır hâle gelebilir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## DAVRANIM BOZUKLUĞU

**Davranım Bozukluğu, kişinin, toplumsal ve ahlaki kuralları ihlal ederek sürekli ve tekrarlayıcı şekilde toplumdaki diğer kişilerin haklarını ihlal etmesidir.** DSM-5 tanılama sisteminde, yıkıcı davranış bozuklukları altında incelenir. Burada sıralanan 15 tanı ölçütünün 3'ünün 12 aydır varlığı ve son 6 ayda 1 belirtinin varlığı tanı için gerekmektedir. Başlangıç yaşına göre, çocuklukta başlayan, ergenlikte başlayan ve başlangıcı belirlenemeyen tip olarak kategorize edilir. Bu belirtiler; kabadayılık etme ve göz dağı verme, kavga-dövüş başlatma, başkalarını yaralayacak araçlar kullanma, insanlara karşı acımasız davranma, hayvanlara karşı acımasız davranma, hırsızlık, birini cinsel etkinliğe zorlama, yangın çıkarma, eşyalara zarar verme, başkasının evine veya arabasına zorla girme, gasp etme, geceyi dışarıda geçirme, evden kaçma ve okuldan kaçma olarak sıralanabilir. DB'nin sıklığı, dünya geneli yapılan çalışmalarda erkeklerde %3-4 kızlarda %1-2 olarak tespit edilmiştir (Polanczyk ve ark., 2015). Görülme sıklığı, çalışmalara göre %2-10 arasında değişir. Ülkemizde ise davranım bozukluğu sıklığı, işlevsel bozulma ölçütü olmadan %2,1, ebeveyn ve öğretmene göre işlevsel bozulma ölçütü arandığında ise %1,7 olarak tespit edilmiştir (E. S. Ercan ve ark., 2016). Başlangıç yaşı, tipik olarak çocukluk ve erken ergenlik dönemidir. Erkeklerde daha sıktır.

### Sebepler



Genetik ve çevresel sebepler ortaya çıkışta rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda, DB'nin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin %40 civarında rol oynadığı gösterilmiştir (Ferguson, 2010). Bu ifadenin daha somutlaştırılması gerekirse, çocukta görülen DB belirtileri 100 parçalık bir yapboz olsa bunun 40 parçası genetik sebeplerle ilgili parçalardır. Ortaya çıkışta rol alan çevresel faktörlere bakıldığında ise annenin sigara kullanımı ve annenin gebelikteki stresi, gebelikte ilgili tıbbi problemler, ebeveynler tarafından kötü muameleye maruz kalma, ebeveyn-çocuk çatışması, sert kontrol, uygunsuz ebeveynlik yöntemleri ve tutarsız disiplin sayılabilir. Buna ek olarak, davranım bozukluğu olan arkadaşlar ile beraberlik, düşük sosyoekonomik durum, yoksulluk ve toplum şiddeti de risk faktörü olarak sayılabilir (Boden ve ark., 2010). Bu konuda çok yakın dönemde yapılan bir çalışmada da bakım altındaki gençlerde, psikopatoloji sıklığının, özellikle de Davranım Bozukluğu sıklığının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, koruyucu bakım altındaki gençlerde davranım bozukluğu (%78,7'ye karşı %14,6) ve madde kullanım bozukluğu (%49,4'e karşı %27,5), özellikle esrar kullanımı (%34,8'e karşı %16,6) artmış olarak tespit edilmiştir (Solerdelcoll ve ark., 2022).

Değerlendirme esnasında, yukarıda sayılan belirtilerin takibi ile tespiti, sayısı, şiddeti ve yaygınlığının tespiti önemlidir. DB, tedavi edilmedikçe ve toplumda ötekileştirme devam ettikçe şiddeti artar ve kronikleşir. Bu sebeple değerlendirme esnasında, zorlayıcı görünse de bu gençler ile iletişimi devam ettirmek ve eşlik eden diğer problemlerin tedavisi için (DEHB, alkol madde kullanımı, depresyon gibi) yönlendirilmelerini sağlamak önemlidir. Bu gençlerin profesyonellere başvurmaları, aileleri veya çevreleri







Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



vasıtası ile olur. Davranım bozukluğu olan gençler, genelde kendileri kliniğe başvurmazlar. Bu sorunlar genel olarak çevreyi etkilediği için gençler, okul veya bakım verenler vasıtası ile giderler. Başvuru sebepleri arasında, belirtiler kabadayılık etme ve göz dağı verme, kavga-dövüş başlatma, başkalarını yaralayacak araçlar kullanma, insanlara karşı acımasız davranma, hayvanlara karşı acımasız davranma, hırsızlık, birini cinsel etkinliğe zorlama, yangın çıkarma, eşyalara zarar verme, başkasının evine veya arabasına zorla girme, gasp etme, geceyi dışarıda geçirme, evden kaçma ve okuldan kaçma olabilir. Aynı zamanda başvuru, adli sebeplerle de olabilir.



#### **Davranım Bozukluğu-Özet:**

Davranım Bozukluğu, ergenlik döneminde, hayatı etkileyen sonuçları olabilen bir bozukluktur.

Hem bireysel hem toplumsal sonuçları olabilir.

Eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların tespiti ve tedavisi önemlidir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

**Anksiyete Bozuklukları, çocukluk ve ergenlik çağında sık görülen psikiyatrik bozukluklardır. Çocuk ve ergenlerin %10'undan fazlası, gelişimlerinin belli bir döneminde bu bozukluklardan etkilenirler. Anksiyete, kişide öznel bir huzursuzluğa yol açan, kişiyi kaygılandıran, beraberinde irritabilite denilen kolay öfkelenme ve parlamaya durumunun eşlik edebildiği bir duygudur.**

Tüm anksiyete bozuklukları, genellikle çocukluk çağı başlangıçlı olmasına rağmen Ayrılık Kaygısı Bozukluğu ve Seçici Konuşmazlık çocukluk dönemine; Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk ise ergenlik dönemine özgü anksiyete bozukluklarıdır. Okul performansı ve sosyal ortamlar ile ilgili aşırı ve tekrarlayıcı endişe duyan; huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü veya korkularıyla ilişkili kolay sinirlenme (irritabilite) gibi en az bir fizyolojik belirti gösteren ergenlere, Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısı konulabilir. YAB olan ergenler, birçok ortamda korku hissetme eğilimindedirler. Akademik ve sosyal güçlükle karşılaştıklarında olayları arkadaşlarına oranla daha olumsuz olarak yorumlar ve olaylara karamsar bakarlar. Tekrarlayıcı aşırı kaygı yaşayan ve aşırı incelenme ve aşağılanma korkusu nedeniyle sosyal ortamlardan uzak duran ergenler, Sosyal Fobi (SF) tanısı alabilir. Sosyal fobisi, olan ergenler yaşıt ve erişkinlerin bulunduğu ortamlarda bulunmaktan sıkıntı ve rahatsızlık duyarlar. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), YAB ya da SF tanılarından herhangi biri konulmuş ergenlerin %60'ı, diğer iki tanıdan birini de almaktadır. Bu tanılardan herhangi biri konulmuş ergenlerin %30'u ise her üç tanıyı da birlikte almaktadır.

**Anksiyete bozukluklarının sıklığı, araştırılan yaş grubu ve kullanılan tanı ölçütlerine göre değişkenlik göstermektedir. Çocuk ve ergenlerde yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğu görülme sıklığı, %8,3-27 arasında değişmektedir.**



### Bilimsel Araştırma

Okul Öncesi Dönemi Psikiyatrik Değerlendirme (Preschool Age Psychiatric Assessment: PAPA) formu kullanılan ve yakın dönemde yapılan bir çalışmada okul öncesi çocuklarında; DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre herhangi bir anksiyete bozukluğunu saptanma oranı %9,5, YAB oranı %6,5, AAB oranı %2,4 ve SF oranı %2,2 olarak saptanmıştır. AAB'nin çocuk ve genç ergenlerde görülme oranı yaklaşık %4'tür.

AAB, küçük çocuklarda ergenlere oranla daha sık görülür ve görülme sıklığı kız ve erkeklerde aynıdır. Başlangıçlı okul öncesi dönemde olabilir ancak genellikle 7-8 yaş aralığında olmaktadır.

Okul çağı çocuklarında YAB oranı yaklaşık %3, SF oranı %1, basit fobi oranı ise %2,4'tür. Ergenlerde yaşam boyu panik bozukluk sıklığı %0,6, YAB sıklığı ise % 3,7'dir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



Anksiyete belirtilerinin gelişiminde, mizaç önemli bir bileşendir. Aşırı utangaçlık ya da yabancı ortamlardan kaçınmaya mizaç olarak yatkınlık, devamlılık gösteren bir yanıt tarzı gibi gözükmektedir. Eğer çocuğun mizaçı yatkın ise ilerleyen dönemde AAB, SAB, YAB ve panik bozukluk görülme sıklığı artabilir. Örneğin, davranışsal ketlenme (aşırı utangaçlık, davranışsal inhibisyon) gösteren çocuklar, ergenlik ve erişkinlik döneminde anksiyete bozuklukları geliştirme açısından risk altındadır.

Sosyal ortamlardan öğrenme de anksiyete bozuklukları açısından risk teşkil etmektedir. Yabancı ya da beklenmedik çeşitli ortamlara yanıt olarak oluşan kaygı, ebeveynlerden çocuklara, doğrudan model alma yoluyla istenmeden aktarılabilir. Eğer bir ebeveyn endişeliyse çocuk, özellikle okul çevresi gibi yeni ortamlara uyum sağlamakta zorlanabilir. Bazı ebeveynler, çocuklarını olası tehlikelerden aşırı koruyarak ya da tehlikeyi abartarak çocuklarına kaygıyı öğretmektedirler. Örneğin ebeveyn, bir sokak hayvanı yaklaştığında aşırı derecede korkuyorsa çocuğuna da aynı şeyi öğretir. Anksiyete tepkilerinin gelişiminde sosyal öğrenme faktörleri, ebeveynlerde anksiyete bozukluğu varsa daha önemli hâle gelmektedir. Bazı mizaç özellikleri de anksiyete bozukluklarına yatkınlık oluşturur. Bu mizaç özelliklerinin ise yüksek oranda genetik olarak aktarıldığı düşünülmektedir. Ailelerde yapılan genetik çalışmalar, çocuklarda anksiyete bozukluklarının gelişimindeki değişkenliğin en az 1/3'ünden genlerin sorumlu olduğuna işaret etmektedir. Bu oran, çoğu çalışmada %40-60 arasında bildirilmektedir (Purves ve ark., 2019). Bu nedenle davranışsal ketlenmenin mizaçla ilişkisi, aşırı utangaçlık, yabancı ortamlardan kaçınma eğilimi ve sonucunda anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında genetiğin katkısı vardır.

18

## Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

**Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AAB), önemli bir bağlanma figüründen veya bakım verenden ayrılmaya ilişkin, gelişimsel olarak uygun olmayan kaygı veya sıkıntıdır. AAB'li çocuklar; kaçırılma, kaybolma ve/veya ayrılığın, ebeveynlerinin ölümü veya yaralanmasıyla sonuçlanabileceği ve bakım verenlerini bir daha göremeyecekleri konusunda endişelenebilirler.** AAB, sıklıkla ebeveyn kaybı, ailede veya çocukta önemli bir hastalık, bir evcil hayvanın ölümü veya diğer stresli olaylardan sonra ortaya çıkar (Battaglia ve ark., 2009). AAB, çocukların yalnız uyumayı veya evden uzaklaşmayı reddetmesi ve ayrılıkla ilgili kâbuslar görmesi ile ortaya çıkabilir. AAB'nin baş ağrısı, karın ağrısı, kas krampları veya baş dönmesi gibi somatik semptomlarla ilişkili olması nadir değildir. Somatik semptomlar, sadece çocuklar bağlanma figürlerinden ayrıldıklarında veya ayrılıkla karşı karşıya kaldıklarında ortaya çıkıyorsa (örneğin okulun olmadığı hafta sonlarında somatik semptomlar görülüyorsa), diğer tıbbi etiyolojilerden ziyade anksiyete muhtemeldir. AAB'li küçük çocuklar yalnız bırakıldıklarında canavar gölgeleri gördüklerini bildirebilir ve bu çocukların ebeveynlerine sarılma, onları odadan odaya takip etme ve/veya her zaman ebeveynin varlığında ısrar etme (örneğin banyo yapmada) olasılıkları daha yüksektir. AAB, okul reddi ile sonuçlanabilir ve çocuğun ev dışında arkadaşlarıyla oynamasını, yatıya gitmesini veya gece kamplarına katılmasını engelleyebilir. Tanı konulabilmesi için, ayrılık kaygısı semptomları çocuklarda en az 4 hafta, yetişkinlerde ise 6 ay sürmelidir. Koruma altındaki çocuklarda bu semptomlar, çoğu psikopatoloji gibi özellikle primer bakım verenlerinden ayrıldıkları için daha sık görülebilir (Janssens ve Deboutte, 2010). Kurumdaki bakım verenden ayrılmakta güçlük, karanlıktan korkma, okula gitmek





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



istememe gibi belirtiler gözlenebilir. Bu durumda çocuğun kaygısını sözelleştirmek, senaryolaştırmak uygundur.

Belirsizlikler kaygıyı artıracadığı için örneğin canavardan korkan çocuğa “Canavar diye bir şey yoktur.” demek kaygıyı yatıştırmaz. Bunun yerine canavardan ne kastettiği anlaşılmalı, canavar tasvir edilmeli, bazen resmedilmeli ve canavarın ne yapabileceği konuşulmalıdır. Bundan sonra çocuğun bununla nasıl mücadele edebileceği ve baş etme stratejileri konuşulup kaygı somutlaştırılabilir. Bazen resmedilen canavarın resmi üstünde komik değişiklikler yapılarak da baş etme becerileri geliştirilebilir. **AAB, izole olarak ergenlerde, diğer anksiyete bozukluklarına göre daha az görölür. Fakat hem diğer anksiyete bozukluklarına eşlik etmesi hem de izole olarak görölmesi mümkündür.**

## Özgöl Fobi

**Özgöl Fobi (ÖF), belirli bir nesne veya durumdan aşırı derecede korkmaktır. Nesneye veya duruma maruz kalma; sürekli olarak saklanma, tutunma, donma, ağlama, çığlık atma, bayılma (özellikle kan ve iğne fobilerinde) veya otonomik uyarılma şeklinde ortaya çıkabilen ani, aşırı ve mantıksız korkuya neden olur.** Tanı için belirtiler 6 ay boyunca sürmeli ve önemli ölçüde kaçınma davranışına ve/veya sıkıntıya ve işlevsel bozukluğa neden olmalıdır. Fobiler beş kategoriye ayrılır: Hayvanlar, doğal çevre (şimşek, yükseklik, karanlık), kan-enjeksiyon-yaralanma (diğer tıbbi prosedürler dâhil), durumsal (uçmak, araba kullanmak, köprüler) ve diğer (yüksek ses, boğulma, palyaçolar). Araştırmalar, ÖF'li çocukların yalnızca %17'sinin tek bir fobiye sahip olduğunu ve çoğunun birden fazla fobisi olduğunu göstermektedir (Burstein ve ark., 2012). Travmatik ve korkutucu deneyimlerden sonra ÖF veya Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişebilir; ÖF yalnızca TSSB kriterlerinin karşılanmadığı durumlarda teşhis edilir. Özgöl fobi, seyir olarak çok olumsuz seyir gösteren bir bozukluk değildir. Olguların önemli bir kısmı, herhangi bir müdahaleye gerek kalmaksızın iyileşir. Fakat bireylerde özgöl fobi bulunması, diğer anksiyete bozukluklarının gelişiminde risk teşkil etmektedir. Tedavisinde, genellikle maruz bırakmanın temel alındığı davranışçı yöntemler uygulanmaktadır. Hiyerarşik olarak uygulanan maruz bırakma egzersizleri içe yaramaktadır.



19

## Sosyal Anksiyete Bozukluğu

**Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten aşırı ve hayatı etkileyen bir şekilde korkmaktır.** Tanı için SAB'ye sosyal durumlardan kaçınma ya da sosyal durumlara katlanırken ciddi rahatsızlık duyma eşlik etmelidir. Ergenlerde kaygı, yetişkinlerle sosyal durumlarda rahatsızlık duymakla sınırlı değildir. SAB'li ergenlerin, akranlarına yaklaşması pek olası değildir ve genellikle başkalarının onları izlediğini





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



hissederler. SAB'li ergenler, başkalarının kendilerini tuhaf, çirkin, aptal ya da sakar bulacağından endişe edebilir. Sosyal ilişkiye katılmaya zorlanırlarsa etkinlikten önce öfke nöbeti geçirebilirler. Zaten hâlihazırda ergenlik dış etkenlerin kontrol edildiği, olumsuz geri bildirimle duyarlı olunan ve sosyal ilişkinin özellikle yargılanma potansiyeli olan ortamlarda ketlendiği bir dönemdir.

SAB'li ergenler için göz teması, genellikle rahatsız edicidir. Bu ergenlerde, duruş aşırı sert olabilir ve konuşma anormal derecede yumuşak olabilir. Kaçınma, misafir varken odasına çekilme, öğle yemeğini yalnız yeme, alışveriş merkezleri veya umumi tuvaletler gibi halka açık yerlere gitmeyi reddetme ve ciddi vakalarda; genellikle günlük döngülerin tersine dönmesi, ergenin odasında neredeyse tamamen kendini izole etmesi durumlarını içerebilir (Beesdo ve ark., 2009). Sosyal açıdan kaygılı ergenler, yüz kızarması, terleme veya ses titremesi gibi fiziksel kaygı belirtilerini fark edebilecek kişiler tarafından yargılanmaktan endişe edebilirler. SAB'li çocuk ve ergenlerin çoğu, çeşitli sosyal durumlardan korkar, ancak sosyal anksiyete performansla sınırlı olduğunda (örneğin spor, konserler, sunumlar), performans anksiyetesidir (APA, 2013).

SAB tanısı konmadan önce semptomların 6 ay boyunca mevcut olması ve neredeyse her zaman korkulan sosyal durumda ortaya çıkması gerekir. Bozulma, normatif utangaçlık ile SAB arasında ayırım yapılmasına yardımcı olur. Bozulma örnekleri arasında; arkadaş edinme veya arkadaşlık ilişkilerini sürdürmede zorluklar, sınırlı romantik ilişkiler, okul reddi, müfredat dışı etkinliklere katılmama yer alır. Ergenler, kendi kendilerini tedavi etme girişimlerinde, sosyal durumlar öncesinde ve/veya sırasında ilaçları kötüye kullanabilirler. Çocuğun kaçınması ve bozulması nedeniyle aile yaşamı da sıklıkla bozulur ve ailelerin eğlenceli aktivitelere katılımını kısıtlanır. Ayırıcı tanı, bazen SAB'nin şiddetli bir varyantı olarak kavramsallaştırılan kaçınan kişilik bozukluğunu içerir (Bögels ve ark., 2010). Otizm Spektrum Bozukluğu, SAB için ayırıcı tanıda yer alır çünkü sınırlı sosyal etkileşimlerden kaynaklanan sosyal beceri eksiklikleri, Otizm Spektrum Bozukluğunda görülen sosyal zorlukları taklit edebilir; ancak SAB'li çocukların genellikle kendi yaşlarında arkadaşları vardır ve kurulan ilişkilerde gelişmiş sosyal beceriler gösterirler. Birçok Otizm Spektrum Bozukluğu vakasında, eşlik eden bir SAB tanısı olabilir. Ergenlerde, Sosyal Anksiyete Bozukluğunun tedavisinde hem ilaçlar hem de çekince oluşturan durum ile ilgili olumsuz bilişlere ve kaçınma davranışlarına yönelik bilişsel davranışçı terapiler uygulanabilir. Bu iki yöntemin birlikte uygulanması, tedavide en etkin sonucu sağlamaktadır.

20

## Panik Bozukluk

**Panik Bozukluk (PB), bazılarının tanımlanabilir öncülleri olmayan panik ataklarının olmasıyla tanımlanır. Panik atak, klasik olarak 10 ila 15 dakika içinde zirveye ulaşan bir dizi sıkıntı verici semptomdur. Fiziksel belirtiler arasında titreme, baş dönmesi, çarpıntı, nefes almada güçlük, bulantı ve kusma yer alır.** Panik Bozukluğun sıklığı, ergenlerde yapılan bir çalışmada, 1 yıllık sürede %1,9 olarak belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2012). Ülkemizde ise daha küçük yaş grubu ile yapılan bir çalışmada, sıklığının %0,03 olduğu gösterilmiştir (E. S. Ercan ve ark., 2019). Derealizasyon (yani beden dışı deneyimler) ve ölme ve/veya aklını kaybetme korkusu da ortaya çıkabilir. Panik atak tanısı koymadan önce tıbbi sebeplerin ekarte edilmesi gerekir. Tıbbi nedenler ekarte edildikten sonra panik atakların diğer





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



bozukluklarla ilişkili uyarılar tarafından uyarılıp uyarılmadığını belirlemek önemlidir. Örneğin, sosyal değerlendirme ortamlarındaki panik, Panik Ataklı Sosyal Anksiyete tanısını düşündürülebilir. Panik ataklar yalnızca belirli durumlara yanıt olarak ortaya çıktığında, PB tanısı konmaz. PB'li ergenler, tanımlanabilir bir neden olmaksızın panik atak geçirir ve ergenlerin, belirli durumlara maruz kalma ile ilişkili ek panik atakları olabilir. Kişiyi uykudan uyandıran gece panik atakları, genellikle PB için tipiktir.

**PB tanısının anahtarı, panik atak geçirme endişesinin varlığı veya ataktan kaçınma ya da ataktan kaynaklanabilecek olası zararı azaltma girişimindeki davranış değişiklikleridir. PB'li ergenler, artan kalp atış hızının panik atağı tetikleyebileceğine dair inançları nedeniyle merdiven çıkmayabilir veya spora katılmayabilir. Dışarıya, yalnızca bir atak meydana gelirse yardım edebilecek kişilerle birlikte çıkabilirler. Tanı için endişe veya davranış değişiklikleri en az 1 ay boyunca mevcut olmalıdır.**

Anksiyete duyarlılığının artması veya anksiyete ile ilişkili hislerin (kalp atış hızının artması, baş dönmesi veya derealizasyon), zararlı fiziksel, psikolojik veya sosyal sonuçları olduğuna dair inançlar nedeniyle bu hislerden korkulması, özellikle PB'de yaygındır ancak anksiyete duyarlılığı, diğer anksiyete bozuklukları olan çocuklar tarafından da yaşanmaktadır (Reiss, 1991; Silverman ve ark., 2003). Somatik belirti bozukluğu (beden ile ilgili gösterilebilir bir sebep olmamasına rağmen yaşanan belirtiler), rahatsız edici somatik belirtilerin sıklıkla belirgin olması bakımından PB ile benzerlik gösterir. Bununla birlikte PB'de somatik semptomlar, somatik semptom bozukluğunun sürekli olarak mevcut olan semptomlarının aksine genellikle nispeten kısa ve yoğun ataklar halinde ortaya çıkar.

21

## Yaygın Anksiyete Bozukluğu

**Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), en az 6 ay boyunca birden fazla durum hakkında günlük hayatı etkileyen endişe ile karakterize edilir. YAB olan ergenler, çoğu gün potansiyel olarak olumsuz olaylar hakkında endişe duyarlar ve endişenin odağı konudan konuya değişebilir. YAB'deki kaygıyı kontrol etmek genellikle zordur ve görevleri tamamlamayı veya aktivitelerden keyif almaları engeller, bu da patolojik kaygıyı normal kaygıdan ayırt etmeye yardımcı olur.** YAB olan ergenlerde, uykuya dalma veya uykuda kalma güçlüğü, yorgunluk, odaklanma sorunu, kas gerginliği veya sinirlilik görülebilir ve duyulan endişeye bu belirtilerden birinin eşlik etmesi gerekir. YAB'deki kaygılar genellikle ödevleri tamamlama, zamanında yetişme, iyi notlar alma ve performans teşvikleri gibi gündelik konularla ilgilidir. Beklenen değişiklikler ve afetler, hırsızlık veya bir aile üyesinin hastalanması gibi tehlikeli durumlarla ilgili endişeler de yaygındır. Endişeler bazen fantastik (örneğin bodrumdaki canavarlar) veya aşırı (örneğin terörist saldırılar) olabilir. YAB olan ergenler, performansları veya güvenlikleri hakkında sık sık güvence arayabilir. YAB ayrıca mükemmeliyetçilik, yanlış seçim yapma korkusuyla kararsızlık ve küçük hataları büyütme eğilimi olarak da ortaya çıkabilir. Somatik semptomlar da sıklıkla baş ağrısı ve mide ağrısı şeklinde kendini gösterir. Uyku değişiklikleri, düşük enerji, konsantrasyon güçlüğü, psikomotor değişiklikler ve sinirlilik (özellikle ergen depresyonunda yaygındır) dahil olmak üzere depresif ve YAB semptomları arasında önemli bir örtüşme vardır. Semptom





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



örtüşmesine ek olarak, YAB ve depresyonun yaş sıklık eğrilerinde de önemli bir örtüşme vardır (Copeland ve ark., 2014): Her ikisi de küçük çocuklarda nispeten nadirdir, ergenlik ve genç yetişkinlik boyunca artar.

Tedavinin birincil amacı, çocukların, günlük hayatı bozan kaygılarını nasıl yöneteceklerini ve bunlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenmeleridir. Anksiyete bozukluğunun alt tipleri birlikte sık görüldüğünden ilk olarak en çok zarar veren anksiyete bozukluğunu hedeflemek yaygındır. Bu şekilde başarı elde edilebilir ve ergen, anksiyetenin yönetilebilir olduğunu ve öğrenilen becerilerin eşlikçi (komorbid) sorunlara da uygulanabileceğini anlar. Uykuyu etkileyen anksiyete bozukluklarının tedavisine de öncelik verilmelidir (80). Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları için ilk basamak müdahaleler, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve ilaç ile tedavidir (Silverman ve ark., 2008; Wehry ve ark., 2015).

Tüm anksiyete bozukluklarında;

- Mevcut kaygı, durumla orantısız ise,
- Kaygı süreğen ise ve zamanla azalmıyorsa,
- Kişinin günlük hayatını etkiliyor ve okulda, bakım verenle ilişkide ve sosyal ilişkiler boyutunda bozulmaya yol açıyorsa,
- Kişinin yardım talebi varsa ve kaygı öznel bir huzursuzluğa yoğun şekilde yol açıyorsa,
- Yabancılarla konuşmayı engelliyorsa, bakım verenden ayrılmakta süreğen bir zorluk yaşıyorsa, ataklar hâlinde gelen yoğun kaygılar varsa, öznesi belli olmayan ve sürekli olan bir kaygı varsa çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilmelidir.

22



#### **Anksiyete Bozuklukları-Özet:**

Anksiyete bozukluklarının çok sayıda alt tipi vardır. Bunlar çocukluk çağında net olarak ayırt edilemeyebilir.

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde hem terapi yöntemleri hem de ilaçlar kullanılabilir.

Anksiyete bozuklukları, tedavi edilmedikçe kronikleşir. Bu sebeple erken dönemde tanımak önemlidir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## İNTİHAR VE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI

İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD), ergenler arasında görülen önemli bir psikososyal problemdir. İntihar davranışının sıklığı ergenler arasında kendine zarar verici davranışa göre daha azdır fakat sonuçları daha trajiktir. Kendine zarar verici davranışların intihar davranışından farkı, öldürme amacının olmamasıdır. Her ikisinin de tanınması ve önlenmesi önemlidir. Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre, 15-29 yaş aralığındaki ölümlerin nedenleri arasında, intihar ikinci sırada gelmektedir (WHO, 2014). KZVD sıklığı ise intihara göre daha yüksektir. **Yapılan çalışmalarda, her 5 ergenden birinin KZVD sergilediği bilinmektedir** (Swannell ve ark., 2014).

KZVD geniş bir yelpazede incelendiği için tanımları çeşitlik gösterebilmektedir. Amerika Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (CDC) tanımında KZVD, "kişinin, kendi vücuduna zarar verme niyetiyle gerçekleştirdiği eylem" olarak tanımlanmaktadır (Crosby ve ark., 2011). KZVD ile ilgili yapılan araştırmalara göre ise "kişinin, hayatını sonlandırma amacı olmaksızın kasıtlı ve tekrarlayıcı biçimde kendi bedenine zarar vermesi" olarak tanımlanmıştır (Favazza, 1998). Ölme niyetiyle gerçekleştirilen eylemler intihar girişimi, ölme niyeti olmaksızın vücudu yaralama niyetiyle gerçekleştirilen eylemler ise intihar dışı (non-suicidal) kendine zarar verici davranış (KZVD) olarak tanımlanmaktadır. KZVD, DSM-5'te de bu terim ile "Klinik İlgili Odağı Olabilecek Diğer Durumlar" başlığı altında yer almış ve böylece intihar davranışından net olarak ayrılmıştır.

Yapılan çalışmalarda, saptanan sıklıklar farklılık göstermekle birlikte toplum temelli araştırmalarda, ergenlerin %10'unda KZVD bulunduğu görülmektedir. KZVD sıklığı, kızlarda erkeklere göre daha yaygındır (Madge ve ark., 2008). KZVD sıklığı 12 yaşından sonra artış göstermektedir. Kızlarda bu artış daha belirgindir, 12-15 yaş arasındaki kızlarda KZVD oranları, erkeklere göre 5-6 kat daha yüksektir. Erişkinlik dönemine doğru, yaş arttıkça cinsiyetler arasındaki bu farklılık azalır, erkek ve kızlarda sıklık birbirine yaklaşır (Boeninger ve ark., 2010). KZVD'nin sıklığının, yıllar içinde giderek arttığı gözlenmektedir. Bu artışın, ergenlerin karşı karşıya kaldığı stres, artan alkol ve madde kullanımı ve davranışın sosyal olarak aktarılması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir (Hawton ve ark., 2012). Bununla birlikte ergenlik döneminde, psikiyatrik bozuklukların sıklığının artması, KZVD için kullanılan araçlara daha kolay ulaşılabilir olması ve riskli davranışların sıklığının artıyor olması bu artışı açıklayabilir.

Yapılan çalışmalarda, kendini kesme, ergenlerde en sık görülen kendine zarar verme yöntemidir (Madge ve ark., 2008). KZVD sonrası hastaneye başvuran ergenlerde ise yöntem sıklığı değişmektedir. Bu vakalarda en sık görülen yöntem, kendini zehirlemedir (Olsson ve ark., 2005). KZVD aynı zamanda tekrarlayan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda kızların %55'inin, erkeklerin ise %53'ünün birden fazla kez KZVD gösterdiği tespit edilmiştir (Madge ve ark., 2008). Kendini kesme davranışındaki tekrarlar, kendini zehirleme davranışındaki tekrarlama göre daha sık görülmektedir. Depresyon, cinsel istismar öyküsü ve cinsel yönelime ilişkin endişeler, tekrarlayan KZVD'nin belirleyicileri arasındadır (O'Connor ve





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



ark., 2009). Aynı zamanda KZVD'nin mevcudiyeti, intihar girişiminin görülme ihtimalini artırmaktadır (D. A. Brent ve ark., 2013).

İntihar, tüm yaş grupları göz önüne alındığında sık karşılaşılan bir ölüm sebebidir. Sıklık olarak tüm dünyada en yaygın 15. ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir (WHO, 2014). Dünya genelinde yaşam boyu intihar düşüncesi yaygınlığı %9,2, intihar girişimi yaygınlığı ise %2,7'dir. Fakat her iki durumun da yaygınlığı, ülkeler arasında farklılık göstermektedir (Nock ve ark., 2008). İntihar düşüncesi olan ergenlerin yaklaşık üçte biri, 1 yıl içinde intihar girişiminde bulunmaktadır. Bunun yanında intihar girişiminin varlığı, bir sonraki girişim için riski artırmaktadır. Acil servise intihar girişimi ile başvuran ergenlerin, 12 ay içindeki intihar riski %1,6, tekrarlayan intihar girişimi riski %16,3 ve 5 yıl içindeki intihar riski %3,9 olarak belirlenmiştir (Carroll ve ark., 2014).



Ülkemizde, tüm yaş gruplarında intihar eden erkeklerin sayısı kadınlardan fazladır. Yirmi yaşın altında ise intihar eden kadınların sayısı erkeklere yaklaşmaktadır (TÜİK, 2022). Ülkemizde en sık karşılaşılan intihar yöntemi kendini asmaktır. Bunu, kadınlarda yüksekten atlama ve ateşli silahlar, erkeklerde ise ateşli silahlar ve yüksekten atlama takip etmektedir.

Her iki cinsiyette de bu sebepleri kimyasal maddeler izler. İntihar araçlarına ulaşımın engellenmesinin intiharı önlemede önemli bir strateji olduğu göz önüne alındığında, sık karşılaşılan yöntemleri bilmek önemlidir. KZVD ve intihar davranışı, kişinin kendine zarar vermesi açısından birbirine benzese de temelde bu iki davranışın amaçları farklıdır. KZVD, ölme amacı taşımaz bazı duygu düzenleme problemleri sebebiyle oluşur. Bununla birlikte intihar davranışında bireyin ölüm amacı vardır. KZVD öncesinde kişide, bir gerginlik, duyguların kontrol edilmesinde güçlük ve kendini cezalandırma arzusu mevcut olabilir; bu durum, davranıştan sonra kendini rahatlamaya bırakır. İntihar davranışında ise depresyon ve umutsuzluk daha belirgindir. KZVD ve intihar davranışı birlikte sık görülür. Her ikisi de birbiri için riski artırır. KZVD'den sonraki ilk 6 ay, intihar davranışları için oldukça risklidir (Cooper ve ark., 2005). KZVD'nin varlığında, intihar riskinin yedi kat arttığı gösterilmiştir (Guan ve ark., 2012).

İntihar ve KZVD için risk oluşturan diğer psikopatolojiler ve kişilik örüntüleri (depresyon, sınırda kişilik bozukluğu ve dürtüsellik gibi) kontrol altına alındığında bile KZVD'nin intihar girişimi için risk faktörü olmaya devam ettiği bilinmektedir. Bu durum, KZVD davranışı sergileyen kişinin; sürece bir zaman sonra alıştığı, ağrı duyusuna duyarlılığın azaldığı, sonrasında ise daha ağır sonuçları olan intihar için cesaret ve motivasyonunun arttığı şeklinde yorumlanmıştır. Risk faktörleri açısından incelediğimizde de intihar ve KZVD için risk faktörleri birbirine benzemektedir.

Ergenlik dönemi ile intihar ve KZVD sıklığı artar. Risk faktörleri, ergenlik öncesi dönemde, aile ile ilişkili olumsuz deneyimler ve olumsuz yaşam olayları iken ergenlik dönemi ile artan psikopatoloji sıklığı da göz önüne alındığında, psikiyatrik bozukluklardır. **Koruma altındaki çocuklar ve gençlerde ise hem aile ile ilişkili olumsuz yaşam olayları sık görüldüğünden hem de psikopatoloji sıklığı daha yüksek**





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



**olduğundan intihar ve KZVD görülme riski yüksektir.** Ergenlerde intihar için başlıca risk faktörlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Önceki intihar girişimi
- Psikiyatrik bozukluk varlığı (Majör Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Davranış Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozuklukları)
- Psikiyatrik eşlik eden tanılar (duygu durumu, yıkıcı davranış ve madde kullanım bozuklukları ve bunların birlikte bulunması)
- Uyumsuz kişilik özellikleri (antisosyal, borderline, histrionik ve narsistik özellikler)
- Umutsuzluk ve değersizlik duyguları
- Dürtüsellik
- Ailevi faktörler
- Ailede depresyon veya intihar öyküsü
- Ölüm veya boşanma sonucu bir ebeveynin kaybı
- Aile anlaşmazlığı
- Fiziksel ve/veya cinsel taciz
- Destek ağı eksikliği, akranlarla zayıf ilişkiler ve sosyal izolasyon
- Destekleyici olmayan bir aile, topluluk veya okul ortamında cinsel kimlik karmaşası
- Ölümcül araçlara ulaşımın kolay olması
- İntihara/intihar girişimine tanık olmak (aile üyelerinde veya arkadaşlarda intihar veya intihar girişimine ve medyada uygunsuz içeriklere maruz kalmak)

25

**İntihar davranışını öngörmek her zaman mümkün değildir. Bu konuda yapılan çalışmalar, intihar davranışlarının öngörülebilirlik gücünün %50 düzeyinde olduğunu göstermiştir** (Franklin ve ark., 2017).



İntihar riskinin değerlendirilmesinin amacı, kimin intihar edeceğini kesin bir doğrulukla tespit etmek değil bireyi, intihar sürecine sürükleyebilecek biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel etkenleri tespit edebilmektir. **Söz konusu etkenlerin tespiti, erken tanıma ve önleme açısından faydalı olacaktır. İntihar riskini öngörürken kullanılacak yöntemlerden ilki, kişiyi değerlendirmek ve intihar düşüncesi olup olmadığını tespit etmeye çalışmaktır.** Bu aşamada, görüşme esnasında intihar düşüncesi olup olmadığını sormak yanlış değildir (Mathias ve ark., 2012). İntihar girişiminde bulunan bireylerin %60'ı, girişimden önceki bir zaman diliminde (genelde 1 aylık dönemde) bir profesyonel ile görüşmektedir. Bu görüşmelerde intihar düşüncesinin sorgulanması, tespit açısından önemlidir. Diğer bir yöntem, öz bildirim ölçekleri ile intihar düşüncesini tespit etmeye çalışmaktır. Bu yöntem de kullanılmaya değerdir ve özellikle fazla sayıda kişiyi taramak için ideal olabilir. İntihar riskini önceden tespit etmek, önleme stratejilerini sağlamak açısından önemlidir.

**İntihar riski olan bireyi değerlendirirken öncelikle empatik bir dil kullanmak, görüşmeyi açık uçlu sorularla ilerletmek ve karşılıklı güveni sağlamak esastır. Özellikle depresif belirtiler sorgulanırken "Bazen insan keyifsiz hissettiği zaman, hayat onun için artık anlamsız ve yaşanmaz hâle gelebilir; insan,**





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



ölsem de kurtulsam, diyebilir.” gibi bir ifade ile intihar konusuna giriş yapılabilir. Sonrasında “Senin hiç böyle düşüncelerin oldu mu?” diye sorularak intihar düşüncesi öğrenilir. Geçmişte olduğunu belirtirse ne zaman olduğu, o dönemde ne olduğu, herhangi bir risk faktörü olup olmadığı anlaşılmaya çalışılır. Geçmişte olan bu düşüncelerin, eyleme geçip geçmediği sorulur (geçmiş intihar girişimi öyküsü). Sonrasında, geçmişte olan o düşüncelerin, řu anda olup olmadığı sorgulanır ve aktif intihar planı olup olmadığı anlaşılmaya çalışılır.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## Olgu Örneği

16 yaşında kız hasta, kolluk kuvvetleri tarafından kuruma getirildi. Kuruma gelmeden önce de acil servisten alınmış. Öyküsünde, daha önceki dönemde tekrarlayan intihar girişimleri ve kendine zarar verici davranışları olduğu anlaşıldı.

Ev içinde istismara maruz kaldığı, bu sürecin yaklaşık 4 yıldır devam ettiği ve şimdiye kadar kimse ile paylaşmadığı öğrenildi. İlaç içerek intihar girişimi ile acil servise geldiği gün, doktora istismardan bahsetmesi ve bildirim yapılması sonucunda, ev içi istismar olduğu için acil koruma kararı çıkarılmış.

Kurum kabulünde yapılan görüşmede, sessiz ve savunmacı bir tarzı vardı. Görüşmeci ile iş birliği kurmaya mesafeliydi. Görüşmeci, görüşmeye başlarken öncelikle kendini tanıttı ve rolünden bahsetti.

**Merhaba, ismim Ayşe. Burada sosyal hizmet uzmanı olarak çalışıyorum. Senin ismin nedir? Kaç yaşındasın?**

Cevap alamazsa dosyadan ismini bildiğini söyleyip ismi ve yaşı onaylatılabilir.

**İçinde bulunduğumuz kurum, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı bir kurumdur. Ben de burada, genellikle senin gibi ilk kez kuruma gelen gençlerle görüşmeler yapıp tanışıyorum. Yaklaşık 5 yıldır bu kurumda çalışıyorum. Buraya seni getiren memurlardan, önce acil servise, sonrasında buraya gelmiş olduğunu öğrendim. Sen, buraya gelişini bana anlatabilir misin?**

Cevap alamazsa bildiği kadarıyla çok detaya girmeden sadece acil servis öyküsünden bahsedebilir. Cevap alırsa gencin söylediği her konudan bahsedilebilir.

**Anladığım kadarıyla ilaç içtiğın için seni acil servise götürmüşler. Ne iyi ki řu anda daha iyi görünüyorsun. Tıbbi takibin de tamamlanmış. İnsan, bazen çok keyifsizlendiğinde ya da olayları kendince çözmekte zorlandığında, hayat ona anlamsız ve boş gelebilir. Bu durumda, ölsem de kurtulsam, gibi düşünebilir. Zaman zaman burada, benzer durumları tecrübe eden gençlerle görüşüyorsun. Dünkü an senin için böyle bir an mıydı?**

Burada biraz beklenip cevabı tartılabilir.

**Peki bir soru sormak istiyorum. Dün yaşadığın ilaç içme olayı ile ilgili şimdi ne düşünüyorsun?**

Cevabı beklenir. Olaydan dolayı pişmanlık yaşadığını belirtir ise intihar düşüncesi olup olmadığı sorulur. İntihar düşüncesi varsa planı sorgulanabilir.

**Pişman olduğunu söyledin. Peki řu anda bu konu ile ilgili ne düşünüyorsun? Tekrarlar mısın?**

Pişman değilse yine düşünceleri sorulur ve varsa planı öğrenilmeye çalışılır.

**Biz, burada sana bu konuda yardımcı olmak istiyoruz. Hem görüşmeler yaparak hem de seni gerekli yerlere yönlendirerek sana yardımcı olmak istiyoruz. İstersen şimdi biraz istirahat edebilirsin.**

Bir ihtiyacı olduğu zaman iletişime geçebileceği kişiler tanıtılır. Ek olarak, tekrar görüşmek isterse veya ölüm düşünceleri çok artarsa irtibata geçmek için bir iletişim kanalı oluşturulur.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



İntihar düşüncesinin olup olmadığını anlamak, önleme ve altta yatan psikiyatrik ve çevresel faktörleri sağaltma açısından önemlidir. Yapılan çalışmalar, öldürücü araçlara ulaşımın engellenmesinin (kullanılan alan ve gereçler, silahlar, ilaçlar, delici-kesici aletler, yüksekten atlamayı engellemek için kullanılan fiziksel bariyerler), en etkili intiharı önleme aracı olduğunu göstermektedir. Bunun yanında, intihar girişimi olan veya risk altında olan bireylerin takibi ve desteklenmesi de önleme açısından önemlidir. Ek olarak, intihar farkındalığı ile ilgili okul temelli programların da etkin olduğu belirtilmektedir.

Bu, koruma altındaki çocuklara bakım veren kişilerde ve kurumlarda intihar farkındalığının artırılmasının, intiharı önlemede etkili olabileceğini gösterebilir. Bu faktörlerin yanında, altta yatan psikiyatrik bozukluğun tedavi edilmesi ve uygun yönlendirme de önleme açısından önemlidir. (Zalsman ve ark., 2016).



#### **İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı-Özet:**

İntihar ve KZVD sıklığı ergenlik dönemi ile artar. Bu sebeple yakın takip ve erken tanıma önemlidir.

Ergenlikle birlikte psikopatoloji sıklığı arttığı için risk de artmaktadır.

İntihar ve KZVD araçlarına ulaşımın engellenmesi, intiharın engellenmesinde en etkili yöntemdir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## ERGENLİKTE ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIğI

### Tanım ve Sıklık

Ergenlik döneminde yenilik arayışı ve riskli davranışların artması ile alkol ve madde kullanım bozuklukları açısından risk artmaktadır. Ergenlerin akran ilişkilerinin artması ve aile ile geçirilen vaktin azalması ile alkol ve madde kullanımının artışı paraleldir. Ergenlik döneminde alkol ve madde kullanımının artmasının, şiddet davranışlarını ve psikiyatrik bozuklukların sıklığını artırdığı, bilişsel gelişimi bozduğu, okul ve iş yaşamında etkilenmelere sebep olabildiği belirtilmektedir (Hall ve ark., 2016).



Ergenlik dönemi, alkol ve madde kullanımına başlama için oldukça riskli bir dönemdir. Yurt dışında yapılan çalışmalar, bağımlılık sıklığının ergenlik dönemi ile artış gösterdiğini bildirmektedir. 2017 yılına ait verilerde, 8. sınıf öğrencilerinde tütün kullanımının %9, 10. sınıf düzeyinde %16, 12. sınıf düzeyinde ise %27 olduğu görülmüştür (Johnston ve ark., 2019). Yine yurt dışı verilerinde, alkol, en yaygın kullanılan madde olarak görülmektedir. Alkol tüketme sıklığının %62 olduğu ve araştırmaya katılan çocukların %23'ünün ilk kez 8. sınıf öncesinde alkol ile tanıştığı görülmektedir. Aynı çalışmada öğrencilerde, son bir yılda esrar kullanım yaygınlığı %23,9 olarak bulunmuştur. Günlük esrar kullanım oranlarına bakıldığında, 8. sınıfta %1, 10. sınıfta %3 ve 12. sınıfta %6 olduğu tespit edilmiştir (Johnston ve ark., 2019). Bu verilerin hepsi, alkol ve madde kullanımının ergenlik dönemi ile sıklığının ve giderek arttığını göstermektedir. Ülkemizdeki veriler de benzer sonuçlara işaret etmektedir.

### Sınıflandırma

Tanılama sistemlerinde, madde ile ilişkili bozukluklar temelde iki sınıfta değerlendirilir. Bunlar, Madde Kullanım Bozukluğu ve madde ile ilişkili bozukluklardır. Madde Kullanım Bozukluğunun temel özelliği, bireyin, madde ile ilgili önemli sorunlar yaşamasına rağmen maddeyi kullanmaya devam ettiğini gösteren bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtiler göstermesidir. Bunlar, bireyin; maddeyi giderek artan sıklıkta kullanması, bırakma çabalarının başarısız olması, maddeyi elde etmek için çaba göstermesi, günlük işlerindeki sorumluluklarını yerine getirememesi, sosyal ve mesleki etkilenme yaşaması, fiziksel olarak tehlike yaşasa da kullanmaya devam etmesi, madde ihtiyacının giderek artması ve madde almadığında yoksunluk belirtileri göstermesi olarak sıralanabilir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## Değerlendirme

Değerlendirme esnasında, bilgilerin mahremiyetine dikkat edildikçe paylaşım ihtimali artar. Fakat görüşmede bildirilmesi ve paylaşılması gereken bazı bilgiler vardır, bu sebeple bildiri zorunlu hâller, öncesinde genç ile paylaşılmalıdır. **Madde kullanımı ile ilgili görüşme yapılırken görüşmeci esnek olmalı, yargılayıcı olmamalıdır. Genç kendini rahat hissettiği bir ortamda görüşme yapılmalıdır.** Madde kullanımından şüphelenildiğinde, bunun tıbbi ve psikolojik sonuçları hakkında konuşulmalı, genç kullandığı her maddenin öyküsü ayrı ayrı alınmalı, ilk kullanım yaşı ve ne sıklıkta kullandığı detaylandırılmalıdır. Bu değerlendirme esnasında, yapılandırılmış ölçekler de kullanılabilir.

Örneğin CRAFTT ölçeği, evet/hayır şeklinde skorlanan ve 1-2 dakika içinde uygulanabilen bir ölçektir. Tarama açısından faydalı olabilir.

Madde kullanımında yoksunluk belirtileri de tanılamada önemli olabilir. Madde kullanımında, yoksunluk belirtileri arasında; şiddetli huzursuzluk, kaygı, karın ağrıları, terleme, titreme, gözyaşı akması, burun akması, genel hâlsizlik, uyku güçlükleri, depresif belirtiler, fiziksel rahatsızlık hissi gibi belirtiler olabilir. Bu belirtiler, bir maddeye spesifik olmayıp karma şekilde görülebilir. Önemli olan, şüpheli olmak ve madde kullanım öyküsü alabilmektir. Sağlık kuruluğu yönlendirmelerinde uygun zamanda başvurulduğu takdirde, idrardan test yapılabilmektedir.

30

## Risk Faktörleri

Bağımlılıkla ilişkili risk faktörleri, çoğu psikiyatrik durumda olduğu gibi çevresel, bireysel ve genetik olarak sınıflandırılabilir. Ergenlikte artan psikiyatrik bozukluk sıklığı, özellikle DEHB, Davranım Bozukluğu, depresyon gibi bozukluklar, Madde Kullanım Bozukluğu sıklığını artırır. Ebeveynin madde kullanması, çocukta madde kullanım sıklığını artırır. Aile ile ilgili diğer risk faktörleri ise ebeveynlerin eğitim düzeyi, ebeveyn çocuk ilişkileri ve ailenin sosyoekonomik durumudur. Koruma altına alınan çocuklarda bu risk faktörleri, genel popülasyona göre anlamlı derecede daha çeşitli ve siktir. Çocuğun istismara maruz kalması da önemli bir risk faktörüdür. Yapılan bazı çalışmalarda, çocukluk çağında fiziksel istismar öyküsü olanlarda, olmayanlara göre yasadışı madde kullanımı, anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Dube ve ark., 2003). Akademik başarının düşük olması ve okula devamın az olması, madde kullanım riskini artırmaktadır. Akranların da gençler üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Akranların madde kullanımındaki etkisi; rol model olma, madde kullanımı için ortam oluşturma, zorlama, zorbalık yapma gibi yollarla olabilir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## Tanıma ve Yönlendirme

**Madde kullanımında, bu bozukluktan şüphelenmek, bozukluğu tanımak ve kişiyi yönlendirmek önemlidir. Özellikle risk altındaki gençlerin tespiti ve kurum bakımına alınan çocukların yoksunluk belirtilerinin takibi önemlidir.** Ülkemizde madde kullanımı ile ilgili tedaviler, özelleşmiş kurumlarda (AMATEM) verilmektedir. Bu sebeple bu gençlerin tespiti ve yönlendirilmesi önemlidir. Bunun yanında, risk altındaki çocukların ve madde kullanımı olan çocukların tespiti, bu çocukların oluşabilecek ek risk faktörlerinden korunması açısından da önemlidir.



### **Alkol ve Madde Bağımlılığı-Özet:**

Ergenlik döneminde, akran etkisinin artması ve aile ile olan ilişkilerin zayıflaması ile madde kullanımı sıklığı artmaktadır.

Öyküde madde kullanımının sorgulanması ve görüşme esnasında yargılamadan kabullenici bir iletişim kurulması, erken tespit açısından önemlidir.

Yoksunluk belirtilerinden şüphelenildiğinde, madde bağımlılığı tedavisi yapan özelleşmiş merkezler ile iş birliği ve kişilerin oralara yönlendirilmesi önemlidir.







Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## Koruma Altındaki Gençler ve Psikiyatrik Bozukluklar

Yapılan çalışmalarda, koruma altındaki çocuklarda psikiyatrik bozuklukların, toplumdan daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Bu konuda yapılan güncel bir çalışmada, koruma altındaki çocuklarla kontrol grubu çocukları karşılaştırıldığında aşağıdaki veriler saptanmıştır:

- Davranım Bozukluğu (%78,7-%14,6)
- Madde Kullanım Bozukluğu (%49,4-%27,5)
- Esrar kullanımı (%34,8-%16,6)
- Daha yüksek ek psikiyatrik tanı (%96,6-%55,9)

Koruma altındaki çocukların %80'inde Davranım Bozukluğu tespit edilmektedir. Bu, 5 katlık bir farka işaret etmektedir.

Bu ocukların, sahip olduğu aile ortamı ve sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması, risk faktörü olarak rol oynamasına rağmen koruma altındaki çocuklarda bu faktörlerden bağımsız olarak risk artmaktadır.

Çocukların, sosyal becerilerinin artırılması ve duygularını fark etme ve düzenleyebilme kapasitelerinin geliştirilmesi, olumsuz davranış sonuçlarını azaltmaktadır.

Madde kullanımı da bu çocuklarda, sıklığı belirgin şekilde artış gösteren bir bozukluk olarak göze çarpmaktadır.

Koruma altına alınan çocuklarda, duygu durum ile ilgili zorluklar daha sık görülmelerine rağmen çalışmalarda bu çocuklar, daha fazla uyum bozukluğu tanısı almakta, kontrol grubu ise daha fazla depresyon tanısı almaktadır. Bu durum, bu gençlerle çalışan profesyonellerin kapasitesinin artırılmasının önemini göstermektedir (Solerdelcoll ve ark., 2022).



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## NELER ÖĞRENDİK?

Bu derste, ergenlik çağında sık görülen psikopatolojileri ele aldık ve önemli konuları keşfettik. İşte başlıca öğrendiklerimiz:

- Ergenlik döneminin genel özellikleri: Ergenlik dönemi, kişinin, fiziksel ve duygusal durumunun hızlıca değiştii, bazı psikiyatrik bozuklukların sıklığının arttığı ve hayatına olan etkilerinin kuvvetlendiği bir yaş dönemidir. Bu dönemde kişinin, yaşıtl ilişkisi ve akran etkisine olan açıklığı artarken ebeveynleri ile arasındaki mesafe açılır. Kişinin dürtüselliği artarken dürtülerini kontrol eden mekanizmalar geride kalır. İyi bir ilişki, koruyucudur.
- Depresyon: Ergenlik çağında sıklığı artan ve kişinin günlük hayatında belirgin işlev kaybına yol açabilen bir durumdur. Erken dönemde tespiti; önleme, tedavi planlama ve intiharla ilgili komplikasyonları önleme açısından önemlidir.
- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Ergenlerde yaygın olarak görülen bir psikopatolojidir. Bu bozuklukta, dikkat süreleri kısa olabilir, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri gözlemlenebilir. Çocuklar, okul başarısında sorunlar yaşayabilir ve sosyal ilişkilerinde zorluklarla karşılaşabilir. DEHB tedavi edilebilir ve ilaçlar, terapi ve eğitimsel stratejiler gibi çeşitli yöntemlerle desteklenir.
- Davranım Bozukluğu: Toplumsal ve ahlaki kuralları sürekli olarak ihlal ederek diğer kişilerin haklarını tekrarlayıcı şekilde ihlal etme durumudur. DB, genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkar ve belirtileri takip edilerek tedavi edilmezse şiddeti artarak kronik hâle gelir. Bu nedenle gençlerle iletişim sürdürülerek, diğer problemleri de içeren uygun tedavi yöntemleri uygulanmalıdır.
- Anksiyete Bozuklukları: Ergenlerde anksiyete bozuklukları, yaygın olarak görülen psikopatolojiler arasındadır. Bu bozukluklar arasında; Genel Anksiyete Bozukluğu, Ayrılık Kaygısı, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm) bulunur. Çocuklar, yoğun endişe ve korku hissi yaşayabilir, fiziksel belirtiler gösterebilir ve çocukların günlük işlevleri etkilenebilir. Anksiyete bozuklukları, genellikle çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Tedavi seçenekleri arasında, terapi, ilaçlar ve aile destek programları bulunur. Erken teşhis ve uygun müdahale, çocukların anksiyete belirtilerini yönetmelerine ve sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir.
- İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranışlar ergenlik döneminde sıklığı artan ve hayatı tehdit edebilen durumlardır. Bu yaş döneminde hem psikopatoloji sıklığının hem de dürtüselliğin artması ile intihar ve KZVD sıklığı artar. Bu davranışların gerçekleşmesi, sonrasında tekrarlanması riskini de artırır.
- Ergenlik döneminde, alkol ve madde kullanım sıklığı artış göstermektedir. Bu davranışları şiddet eğilimi izleyebilir; psikiyatrik bozuklukların sıklığı artabilir ve bilişsel gelişimi etkilenecek okul ve iş yaşamında olumsuzluklar olabilir. Ergenlerde, alkol ve madde kullanımı giderek artmakta ve bu durumun risk faktörleri; çevresel, bireysel ve genetik olarak sınıflandırılmaktadır. Değerlendirme esnasında, gençlerle empati kurulması, madde kullanımı öyküsünün ayrıntılı alınması ve uygun yönlendirmelerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ülkemizde, bu



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



konudaki tedavi hizmetleri özelleşmiş kurumlarda verilmektedir ve risk altındaki gençlerin tespit edilip yönlendirilmesi önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## SORULAR

- 1) Ergenlik dönemi için aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
  - a) Ergenlik döneminin başında gençler, tam olarak bilişsel ve duygusal olgunluğa ulaşırlar.
  - b) Bu dönemde, sadece çocukluk döneminin zorlukları yaşanır.
  - c) Fiziksel ve cinsel olgunluğa erişme, ancak tam yetişkin olmama durumu vardır.
  - d) Bu dönem, sadece aile faktörlerinin etkisiyle şekillenmektedir.
- 2) Ergenlik dönemi ile ilişkili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır?**
  - a) Zihinsel olgunlaşma ve bilişsel gelişim sürecidir.
  - b) Sosyal becerilerin artması ve arkadaş çevresinin genişlemesi mevcuttur.
  - c) Hormonal değişimlerle birlikte birincil ve ikincil cinsel özelliklerin gelişimi olur.
  - d) Kişi, ailesine yakınlaşır ve akranlarından uzaklaşır.
- 3) Ergenlerin beyin yapısındaki değişikliklerle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
  - a) Ergen beyinde, sinir hücresi bağlantıları artmaktadır.
  - b) Ergen beyinde, sinir hücresi bağlantılarında bir budanma gerçekleşir.
  - c) Ergenlerdeki sinir iletimi, yetişkinlere göre daha yavaş gerçekleşir.
  - d) Duyguları düzenleyen beyin bölgesi, ergenlerde korkulu yüzler karşısında daha az aktiftir.
- 4) Ergenlik dönemindeki gençlerin, bedenleriyle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
  - a) Ergenler, bedenlerindeki değişiklikleri gözlemlemek için ayna karşısında daha az zaman geçirirler.
  - b) Bedenlerindeki değişikliklerin farkında olmadıkları için ergenler arasında bu konuda endişe duyulmaz.
  - c) Ergen kızlar daha zayıf görünmeyi tercih ederken erkekler kaslı ve iri görünmeyi tercih ederler.
  - d) Fiziksel görünüme önem verme eğilimi, ergenler arasında kabul görmek için değil, yalnızca bireyin kendi memnuniyeti için önemlidir.
- 5) Ergenlik dönemindeki gençlerin, bakım verenleriyle yaşadığı çatışmaların sıklığı ve duygusal yoğunluğu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
  - a) Çatışmaların sıklığı, ergenlik dönemi boyunca sürekli olarak artar.
  - b) Ebeveyn ile gencin çatışma ihtimali, ergenlik döneminde düşüktür.
  - c) Çatışmaların olumsuz duygusal yoğunluğu, ergenlik döneminin başlangıcında en yüksek düzeydedir.
  - d) Duygusal değişimlerin çatışmalar üzerindeki etkisi, ergenlik döneminin sonlarına doğru azalır.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- 6) Çocuk ve ergenlerdeki depresyonun belirtilerinden hangisi, çocuk ve gençlere **spesifik** bir kriter olarak belirtilmiştir?
- Günlük yaşamı etkilemesi ve uyku düzeninde değişiklikler olması
  - Kolay sinirlenme (irritabl) duygu durum
  - Sosyal uyumun bozulması ve zevk veren etkinliklere karşı isteksizlik
  - Dikkat dağınlığı ve sürekli üzgün hissetme
- 7) Depresyon sıklığı için aşağıdakilerden hangisi **doğrudur**?
- Depresyonun sıklığı her yaş grubu için aynıdır.
  - Ergenlik öncesinde, kızlarda daha sık görülür.
  - Ergenlikle birlikte kız-erkek arasında görülme sıklığı eşitlenir.
  - Ergenlik döneminde, yaşam boyu sıklığı %10 civarındadır.
- 8) Ergenlik döneminde görülen depresyon için aşağıdakilerden hangisi bir risk faktörü **değildir**?
- Kız cinsiyet
  - Ailede depresyon öyküsü olması
  - Köyde yaşama
  - Olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma
- 9) Depresyonun çevresel risk faktörleriyle ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur**?
- Akran zorbalığı, depresyon riskini artırabilir.
  - Bakım verenin depresyonu, çocuktaki ve gençteki depresyonun genetik bir risk faktörüdür.
  - Yas süreci sonucunda ortaya çıkan depresyon, klinik olarak Majör Depresif Bozukluktan farklı bir yapıya sahiptir.
  - İstismar, sadece çevresel bir risk faktörü olup genetik yatkınlığı etkilemez.
- 10) Depresyonun tedavi edilmemesi sonucunda gerçekleşebilecek **en olumsuz sonuç** hangisidir?
- Nüks
  - İntihar
  - Akademik başarısızlık
  - Sosyal problemler
- 11) Aşağıdakilerden hangisi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı için **doğrudur**?
- %1
  - %12-13
  - %5
  - %40



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- 12) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu değerlendirmesi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**
- Tanı spesifik kan testlerinin yapılması ile koyulur.
  - Tanısal değerlendirmede çocuğun gözleminin yanı sıra bakım verenden ve okuldan alınan bilgiler de kıymetlidir.
  - İlaçların tedavide yeri yoktur.
  - Daha çok erişkinlik yaşlarına doğru ilk kez tanı koyulur.
- 13) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyarken aşağıdakilerden hangisi esas yöntemdir?**
- Yapılandırılmış dikkat testleri
  - Spesifik kan testleri
  - Klinik gözlem, aileden ve okuldan alınan bilgiler
  - Sadece çocukla görüşme
- 14) Aşağıdakilerden hangisi, anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmaz?**
- Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
  - Sosyal Anksiyete Bozukluğu
  - Travma Sonrası Stres Bozukluğu
  - Panik Bozukluk
  - Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- 15) Gencin, sosyal ortamlarda veya performans gereken aktivitelerde duyduğu yoğun kaygı ile kendini gösteren anksiyete bozukluğu hangisidir?**
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
  - Panik Bozukluk
  - Sosyal Anksiyete Bozukluğu
  - Bağlanma Bozukluğu
- 16) Anksiyete bozuklukları ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**
- Anksiyete bozukluklarının çok sayıda alt tipi vardır.
  - Anksiyete bozukluklarının tedavisinde hem terapi yöntemleri hem de ilaçlar kullanılabilir.
  - Anksiyete bozuklukları, ergenlik çağında nadir görülür.
  - Anksiyete bozuklukları tedavi edilmedikçe kronikleşir. Bu sebeple erken dönemde tanımak önemlidir.
- 17) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?**
- Uzun süreçte tedavi edilmezse kötü seyir beklenmez.
  - Genelde bakım veren ilgisizliğinden dolayı olur.
  - Sıklığı nadirdir.
  - Sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eşlik eder.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



**18) Aşağıdakilerden hangisi intihar davranışı için yanlıştır?**

- a) Kişiyeye intihar düşüncesinin olup olmadığını sormak, kişinin aklına getirmesi açısından sakıncalıdır.
- b) İntihar riskini en çok artıran faktör, daha önce denenmiş olmasıdır.
- c) İntihar araçlarına ulaşımı engellemek koruyucu değildir.
- d) Kendine zarar verici davranışlar, intihar riskini artırır.

**19) Aşağıdakilerden hangisi, intihar davranışı için bir risk faktörü değildir?**

- a) Önceki intihar girişimi
- b) Psikiyatrik bozukluk varlığı
- c) Psikiyatrik eşlik eden tanılar
- d) Uyumlu kişilik özellikleri

**20) Madde Kullanım Bozukluğu için aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**

- a) Sıklığı ergenlik ile azalır.
- b) Görüşmede, kapalı uçlu sorular ile madde kullanımını sorgulanmalıdır.
- c) Destekleyici ve empatik bir tarz benimsemek önemlidir.
- d) Yoksunluk belirtilerini tanımak, madde kullanımını anlamak için faydalı olabilir.

1C	2D	3B	4C	5C	6B	7D	8C	9A	10B	11B	12B	13C	14C	15C	16C	17D	18A	19D	20A
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## Tanımlar

**Prefrontal korteks:** Beynin ön kısmında bulunan, alınımızın hemen altında yerleşen beyin bölgesi. Bu kısım, yürütücü işlev dediğimiz; planlama, sıraya koyma, konsantre olma, dikkati kaydırma, muhakeme gibi işlevlerden sorumludur.

**Nörotransmitter:** Beyinde ve sinir sisteminin diğer alanlarında iki sinir hücresi arasında iletimi sağlayan kimyasal moleküller.

**Serebellum:** Beyincik. Ense kısmına denk gelen merkezi sinir sistemi bölgesidir. Bu kısım, dengede ve motor koordinasyonda rol alır.

**Davranışsal inhibisyon:** Bir kişilik tarzı, mizaç özeliği. Sıkıntı veya korku hissetme; yeni durumlar, ortamlar veya insanlarla karşılaştığında geri çekilme ile karakterizedir.





Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



## KAYNAKLAR

- APA. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 1. American Psychiatric Association.
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., ve Merikangas, K. R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44.e2. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2014.10.010>
- Battaglia, M., Pesenti-Gritti, P., Medland, S. E., Ogliari, A., Tambs, K., ve Spatola, C. A. M. (2009). A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO(2), panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Archives of General Psychiatry*, 66(1), 64-71. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2008.513>
- Beesdo, K., Knappe, S., ve Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Biederman, J., Mick, E., ve Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5), 816-818. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.157.5.816>
- Birmaher, B., Arbelaez, C., ve Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 619-637. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(02\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(02)00011-1)
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., ve Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2010.08.005>
- Boeninger, D. K., Masyn, K. E., Feldman, B. J., ve Conger, R. D. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide ve Life-Threatening Behavior*, 40(5), 451-464. <https://doi.org/10.1521/SULI.2010.40.5.451>
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., ve Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189. <https://doi.org/10.1002/DA.20670>
- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., ve Douaihy, A. B. (2013). Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1260-1271. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2013.09.009>
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., ve Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- death. *The American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786-794.  
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2009.08081244>
- Burstein, M., Georgiades, K., He, J. P., Schmitz, A., Feig, E., Khazanov, G. K., ve Merikangas, K. (2012). Specific phobia among U.S. adolescents: phenomenology and typology. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1072-1082. <https://doi.org/10.1002/DA.22008>
- Carroll, R., Metcalfe, C., ve Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(2).  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0089944>
- Caspi, A., Hariri, A. R., Andrew, H., Uher, R., ve Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *The American Journal of Psychiatry*, 167(5), 509-527.  
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2010.09101452>
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., ve Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.162.2.297>
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., ve Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2013.09.017>
- Crosby, A. E., Ortega, L., ve Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*.
- Csikszentmihalyi, M., Larson, R., ve Prescott, S. (1977). The ecology of adolescent activity and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 6(3), 281-294. <https://doi.org/10.1007/BF02138940>
- Csikszentmihalyi, Mihaly., ve Larson, Reed. (1984). *Being adolescent: conflict and growth in the teenage years*.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., ve Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/PEDS.111.3.564>
- Ercan, E., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U., Yazici, K., Basay, B., Aydın, C., ve Rohde, L. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-30>
- Ercan, E. S., Bilaç, Ö., Uysal Özasan, T., ve Akyol Ardic, U. (2016). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: *The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates*. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 35-42.  
<https://doi.org/10.1007/S10578-015-0541-3>
- Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardic, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., Tural, U., Aksu, H., Aktepe, E., Rodopman Arman, A., Başgöl, S., Bilaç, O., Coşkun, M., Celik, G. G., Karakoc Demirkaya, S., Dursun, B. O., Durukan, İ., Fidan, T., Perdahlı Fiş, N., ... Yıldız, N. (2019). The prevalence of



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 132-140.

<https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1574892>

Faraone, S. V, Larsson, • Henrik, ve Org, S. (2018). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry* 2018 24:4, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>

Ferguson, C. J. (2010). Genetic contributions to antisocial personality and behavior: a meta-analytic review from an evolutionary perspective. *The Journal of Social Psychology*, 150(2), 160-180. <https://doi.org/10.1080/00224540903366503>

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., ve Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/BUL0000084>

Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., ve Gilman, R. C. (2011). Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333. <https://doi.org/10.1007/S11920-011-0221-3>

Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., ve Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal of Clinical Cases*, 7(17), 2420. <https://doi.org/10.12998/WJCC.V7.I17.2420>

Guan, K., Fox, K. R., ve Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal Self-Injury as a Time-Invariant Predictor of Adolescent Suicide Ideation and Attempts in a Diverse Community Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842. <https://doi.org/10.1037/A0029429>

Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., ve Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet. Psychiatry*, 3(3), 265-279. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00013-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00013-4)

Hankin, B. L. (2012). Future Directions in Vulnerability to Depression Among Youth: Integrating Risk Factors and Processes Across Multiple Levels of Analysis. *Journal of Clinical Child ve Adolescent Psychology*, 41(5), 695-718. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.711708>

Hawton, K., Saunders, K. E. A., ve O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

Janssens, A., ve Deboutte, D. (2010). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology ve Community Health*, 64(4), 353-359. <https://doi.org/10.1136/JECH.2008.086371>

Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., ve Patrick, M. E. (2019). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2018: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. *Institute for Social Research*.



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- Karacetin, G., Arman, A. R., Fis, N. P., Demirci, E., Ozmen, S., Hesapcioglu, S. T., Oztop, D., Tufan, A. E., Tural, U., Aktepe, E., Aksu, H., Ardic, U. A., Basgul, S., Bilac, O., Coskun, M., Celik, G. G., Demirkaya, S. K., Dursun, O. B., Durukan, I., ... Ercan, E. S. (2018). Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 238, 513-521. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.05.014>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., He, J. P., Koretz, D., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372-380. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2011.160>
- Laursen, B., Coy, K. C., ve Collins, W. A. (1998). Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Development*, 69(3), 817-832.
- Lee, Y., ve Styne, D. (2013). Influences on the onset and tempo of puberty in human beings and implications for adolescent psychological development. *Hormones and Behavior*, 64 (2), 250-261. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.03.014>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. De, Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K. Van, De Leo, D., ve Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child ve Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(6), 667-677. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2008.01879.X>
- Marceau, K., Ram, N., Houts, R. M., Grimm, K. J., ve Susman, E. J. (2011). Individual Differences in Boys' and Girls' Timing and Tempo of Puberty: Modeling Development With Nonlinear Growth Models. *Developmental Psychology*, 47(5), 1389. <https://doi.org/10.1037/A0023838>
- Mathias, C. W., Michael Furr, R., Sheftall, A. H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P., ve Dougherty, D. M. (2012). What's the harm in asking about suicidal ideation? *Suicide ve Life-Threatening Behavior*, 42(3), 341-351. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.2012.0095.X>
- Montemayor, R., ve Hanson, E. (1985). A Naturalistic View of Conflict between Adolescents and their Parents and Siblings. *The Journal of Early Adolescence*, 5(1), 23-30. <https://doi.org/10.1177/0272431685051003>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Wai, T. C., De Girolamo, G., Gluzman, S., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.107.040113>
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., ve Hawton, K. (2009). Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide ve Life-Threatening Behavior*, 39(4), 364-375. <https://doi.org/10.1521/SULI.2009.39.4.364>



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.




- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., ve Shaffer, D. (2005). Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1122-1128. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.10.1122>
- Ougrin, D., Chatterton, S., ve Banarsee, R. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. *London Journal of Primary Care*, 3(1), 45. <https://doi.org/10.1080/17571472.2010.11493296>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., ve Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/JCPP.12381>
- Purves, K. L., Coleman, J. R. I., Meier, S. M., Rayner, C., Davis, K. A. S., Cheesman, R., Bækvad-Hansen, M., Børglum, A. D., Wan Cho, S., Jürgen Deckert, J., Gaspar, H. A., Bybjerg-Grauholm, J., Hetteima, J. M., Hotopf, M., Hougaard, D., Hübel, C., Kan, C., McIntosh, A. M., Mors, O., ... Eley, T. C. (2019). A major role for common genetic variation in anxiety disorders. *Molecular Psychiatry* 2019, 25(12), 3292-3303. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0559-1>
- Rakic, P., Bourgeois, J.-P., ve Goldman-Rakic, P. S. (1994). *Synaptic development of the cerebral cortex: implications for learning, memory, and mental illness*. 227-243. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(08\)60543-9](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(08)60543-9)
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153. 11, 141-153. <http://www.sciencedirect.com/reference/91041>
- Silverman, W. K., Goedhart, A. W., Barrett, P., ve Turner, C. (2003). The facets of anxiety sensitivity represented in the Childhood Anxiety Sensitivity Index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 364-374. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.364>
- Silverman, W. K., Pina, A. A., ve Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(1), 105-130. <https://doi.org/10.1080/15374410701817907>
- Silvers, J. A., Shu, J., Hubbard, A. D., Weber, J., ve Ochsner, K. N. (2015). Concurrent and lasting effects of emotion regulation on amygdala response in adolescence and young adulthood. *Developmental Science*, 18(5), 771-784. <https://doi.org/10.1111/DESC.12260>
- Smetana, J. G., ve Villalobos, M. (2009). Social Cognitive Development in Adolescence. *Handbook of Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.ADLPSY001008>
- Smith, A. R., Chein, J., ve Steinberg, L. (2013). Impact of socio-emotional context, brain development, and pubertal maturation on adolescent risk-taking. *Hormones and Behavior*, 64(2), 323. <https://doi.org/10.1016/J.YHBEH.2013.03.006>



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.



- Solerdellcoll, M., Ilzarbe, D., Fortea, A., Morer, A., Lazaro, L., Sugranyes, G., ve Baeza, I. (2022). Psychopathology and mental health service use among youth in foster care admitted to a psychiatric inpatient unit: a 4-year retrospective controlled study. *European Child ve Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/S00787-022-02104-5>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., ve St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide ve Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303. <https://doi.org/10.1111/SLTB.12070>
- Thapar, A., ve Rice, F. (2006). Twin studies in pediatric depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 869-881. <https://doi.org/10.1016/J.CHC.2006.05.007>
- TÜİK. (2022). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
- Tully, E. C., Iacono, W. G., ve McGue, M. (2008). An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1148-1154. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2008.07091438>
- Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., ve Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 17(7). <https://doi.org/10.1007/S11920-015-0591-Z>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., ve Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X/ATTACHMENT/EE3CCF9F-ABDC-4999-842B-53B9EE30CA0C/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X/ATTACHMENT/EE3CCF9F-ABDC-4999-842B-53B9EE30CA0C/MMC1.PDF)
- Zwierzynska, K., Wolke, D., ve Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(2), 309-323. <https://doi.org/10.1007/S10802-012-9678-8>



"Bu yayın, Avrupa Birliği'nin maddi desteği ile oluşturulmuştur ve sürdürölmektedir. İçerik tamamıyla WEglobal Danışmanlık A.Ş sorumluluğu altındadır ve Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmak zorunda değildir."