

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi



Akıl Notları

Güncel . Pratik . Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN



- ✓ Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi **Temel Kaynaklarının Özetleri**
- ✓ Uzmanlık Pratiğinde Gerekli **Referans Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ Uluslararası **Tanı ve Tedavi Kılavuzları**
- ✓ Bilinmesi Gereken **Önemli Ayrıntılar**
- ✓ Tüm **Önemli Sınıflandırmalar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve **Nokta Bilgiler**



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Editör Yardımcıları

Dr. Öğr. Üyesi Elif YERLİKAYA ORAL

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Gökçe Elif ALKAŞ KARACA

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akıl Notları

Copyright © 2026

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir.
Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-625-90008-5-5

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz
Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz
Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl
Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi
Baskı: Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yay. Dağ. San. Tic. A.Ş.
Saray Mahallesi 205 Cadde No: 4/2 Kahramankazan / Ankara
Telefon: 0507 923 90 99
Sertifika No: 46821

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şekli ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir. Bölümlerin içerik ve bilimsel sorumluluğu yazarlarına aittir.

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpa a Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Çocuk ve ergen psikiyatrisi, gelişimin dinamik ve kırılgan doğası nedeniyle klinik kararların hem titizlikle hem de çoğu zaman sınırlı bir zaman diliminde verilmesini gerektiren özel bir uzmanlık alanıdır. Gelişimsel sürecin en hassas evrelerinde ortaya çıkan ruhsal belirtiler, klinisyenden yalnızca kuramsal bilgi birikimi değil; aynı zamanda hızlı, doğru ve sorumluluk bilinci yüksek karar verebilme yetkinliği bekler. Bu alanda her klinik karşılaşma, sadece bir tanı koyma sürecinden ibaret değildir; dikkat, sezgi, deneyim ve etik sorumluluğun iç içe geçtiği çok katmanlı bir değerlendirme alanıdır. Bu nedenle bilgi, yalnızca kapsamlı olmakla kalmamalı; gerektiği anda berrak biçimde hatırlanabilir ve uygulanabilir olmalıdır.

Bu eser, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında en sık karşılaşılan psikiyatrik bozuklukları güncel tanı sistemleri çerçevesinde, özlü, sistematik ve klinik pratiğe doğrudan temas eden bir yapı içinde sunmayı amaçlamaktadır. DSM-5 ve ICD-11 ölçütleri temel alınarak tanı kriterleri, klinik özellikler ve ayırıcı tanılar sade fakat bütüncül bir perspektifle ele alınmıştır. Tanısal algoritmaların akış şemaları, klinik inciler ve vurgulu hatırlatıcı kutucuklar; yoğun klinik pratik içinde güvenli, sistematik ve hızlı karar verme sürecine destek olmayı hedeflemektedir.

Bu kitap, bilgiyi yeniden öğretme iddiasında değildir; doğru bilgiyi doğru zamanda görür kılmayı ve klinik kararı netleştirmeyi amaçlamaktadır. Kuramsal derinliği korurken pratik kullanımı önceleyen bu yaklaşımın, özellikle yoğun klinik yük altında çalışan meslektaşlarımıza işlevsel bir rehber sunacağına inanıyorum.

Bu eserin ortaya çıkmasında büyük emek veren editör yardımcılarım Dr. Öğretim Üyesi Elif Yerlikaya Oral ve Uzm. Dr. Gökçe Elif Alkaş Karaca'ya; ayrıca değerli katkılarıyla içeriği zenginleştiren tüm bölüm yazarlarımıza içten teşekkürlerimi sunarım. Fikir aşamasından yayım sürecine kadar her adımda destek veren Güneş Tıp Kitabevi'ne de ayrıca teşekkür ederim.

Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını güçlendirme çabasında olan tüm meslektaşlarımıza katkı sunması dileğiyle.

Editör

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Tıp Fakültesi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

YAZARLAR

Uzm. Dr. Derya AĞAR

Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Fatma Seçil AĞDERE

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Sezen ALARSLAN

Konya Ereğli Devlet Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Alper ALNAK

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Ayşe Sena YÜKSEL ANIK

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Sena AKSOY AVUNDUK

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Aybala Nur BALIK

T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu

Uzm. Dr. Cem BEKTAŞ

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Alperen BIKMAZER

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Dr. Öğr. Üyesi Yasin ÇALIŞKAN

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Mehmet Can ERATA

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Eyüp Sabri ERCAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Duygu ZİREKLİ ERDEM

İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Ayşe Gizem GÜLEÇ

Tekirdağ Çerkezköy Devlet Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Sebile Aslı EKE GÜNAYDIN

Özel Moodist Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Omca GÜNEY

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Dr. Öğr. Üyesi Abas HAŞİMOĞLU

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Neslihan İNAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Merve CAN KALEOĞLU

*Antalya Kepez Devlet Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Uğur KARABAĞ

*Özel Moodist Hastanesi Çocuk ve Ergen
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Yağmur Özgür KARABIYIKOĞLU

*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Elif Ece KARACA

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Gökçe Elif ALKAŞ KARACA

*İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Hatice Kübra KARACA

*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve
Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Prof. Dr. Gül KARAÇETİN

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Oğuz Bilal KARAKUŞ

*Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Meltem İnci KEFAL

*Serbest Hekim
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*

Uzm. Dr. Esra BULANIK KOÇ

*Serbest Hekim
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*

Uzm. Dr. Meriç MENEKŞELİ

*İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim
ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Doç. Dr. Kevser NALBANT

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Dr. Öğr. Üyesi Elif YERLİKAYA ORAL

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Dr. Öğr. Üyesi Bedia Sultan ÖNAL

*Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Yeşim SAĞLAM ÖZ

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Prof. Dr. Didem Behice ÖZTOP

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Algi ÖZTÜRK

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Habibe GÜNEŞ PARLAK

*Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Zeynep İrem ŞENER

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk
Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Denizhan TANYOLAÇ

*Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Zeynep GÜLTEKİN TAŞ

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Esra Rabia TAŞPOLAT

*İğdır Dr. Nevruz Erez Devlet Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet TEKDEMİR

*İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Ayşegül TONYALI*Serbest Hekim**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları***Dr. Öğr. Üyesi Dicle BÜYÜKTAŞKIN
TUNÇTÜRK***Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği***Uzm. Dr. Damla KASAP ÜSTÜNDAĞ***Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma**Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve**Hastalıkları Kliniği***Uzm. Dr. Rukiye ARSLAN YAZGAN***İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları**Eğitim ve Araştırma Hastanesi**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği***Uzm. Dr. Tuğçe EŞKİLİ YENİOCAK***Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği***Uzm. Dr. Celal YEŞİLKAYA***Konya Ereğli Devlet Hastanesi**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği***Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ***İstanbul Gelişim Üniversitesi**Sağlık Bilimleri Fakültesi**Çocuk Gelişimi (İngilizce) Bölümü*

İÇİNDEKİLER

Önsöz.	iii
Yazarlar.	v
BÖLÜM 1: BEBEKLİK VE OYUN ÇAĞI NORMAL GELİŞİMİ VE RUHSAL DEĞERLENDİRMESİ	1
<i>Dicle BÜYÜKTAŞKIN TUNÇTÜRK ve Elvan İŞERİ</i>	
BÖLÜM 2: OKUL ÇAĞI NORMAL GELİŞİMİ VE RUHSAL DEĞERLENDİRMESİ	7
<i>Yağmur Özgür KARABIYIKOĞLU ve Didem Behice ÖZTOP</i>	
BÖLÜM 3: ERGENLİK DÖNEMİ NORMAL GELİŞİMİ VE RUHSAL DEĞERLENDİRMESİ	13
<i>Kevser NALBANT</i>	
BÖLÜM 4: ÇOCUK VE ERGENLERİN RUHSAL DEĞERLENDİRMESİNDE KULLANILAN ÖLÇEKLER VE TESTLER	23
<i>Celal YEŞİLKAYA ve Uğur KARABAĞ</i>	
BÖLÜM 5: ENTELEKTÜEL YETİ YİTİMİ	39
<i>Damla KASAP ÜSTÜNDAĞ ve Sena AKSOY AVUNDUK</i>	
BÖLÜM 6: İLETİŞİM BOZUKLUKLARI	51
<i>Hatice Kübra KARACA ve Bedia Sultan ÖNAL</i>	
BÖLÜM 7: OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUKLARI	67
<i>Gökçe Elif ALKAŞ KARACA ve Algi ÖZTÜRK</i>	
BÖLÜM 8: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	85
<i>Zeynep İrem ŞENER ve Eyüp Sabri ERCAN</i>	
BÖLÜM 9: ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU.	101
<i>Derya AĞAR ve Alper ALNAK</i>	
BÖLÜM 10: MOTOR VE TİK BOZUKLUKLARI.	113
<i>Yasin ÇALIŞKAN ve Esra Rabia TAŞPOLAT</i>	
BÖLÜM 11: ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	127
<i>Öğuz Bilal KARAKUŞ, Ayşegül TONYALI ve Gül KARAÇETİN</i>	

BÖLÜM 12: BİPOLAR BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	147
<i>Sevay ALŞEN GÜNEY ve Neslihan İNAL</i>	
BÖLÜM 13: DEPRESİF BOZUKLUKLAR	157
<i>Merve CAN KALEOĞLU ve Yeşim SAĞLAM ÖZ</i>	
BÖLÜM 14: ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	171
<i>Ayşe Sena YÜKSEL ANIK ve Elif Ece KARACA</i>	
BÖLÜM 15: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR . .	193
<i>Omca GÜNEY ve Zeynep GÜLTEKİN TAŞ</i>	
BÖLÜM 16: TRAVMA VE STRESSÖRLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	211
<i>Ayşe Gizem GÜLEÇ ve Meriç MENEKŞELİ</i>	
BÖLÜM 17: DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI.	229
<i>Duygu ZİREKLİ ERDEM ve Abas HAŞİMOĞLU</i>	
BÖLÜM 18: UYKU-UYANIKLIK BOZUKLUKLARI	243
<i>Sezen ALARSLAN ve Fatma Seçil AĞDERE</i>	
BÖLÜM 19: BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI	261
<i>Tuğçe EŞKİLİ YENİOCAK ve Meltem İnci KEFAL</i>	
BÖLÜM 20: YIKICI BOZUKLUKLAR, DÜRTÜ DENETİMİ VE DAVRANIM BOZUKLUKLARI	273
<i>Gem BEKTAŞ ve Deniz YILDIZ</i>	
BÖLÜM 21: MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI.	293
<i>Mehmet Can ERATA ve Mehmet TEKDEN</i>	
BÖLÜM 22: DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLAR.	307
<i>Elif YERLİKAYA ORAL ve Esra BULANIK KOÇ</i>	
BÖLÜM 23: ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARI	315
<i>Denizhan TANYOLAÇ ve Habibe GÜNEŞ PARLAK</i>	
BÖLÜM 24: ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE ADLİ UYGULAMALAR . .	329
<i>Aybala Nur BALIK ve Alperen BIKMAZER</i>	
BÖLÜM 25: PEDIATRİK PSİKOFARMAKOLOJİDE GENEL PRENSİPLER . . .	341
<i>Gökçe Elif ALKAŞ KARACA ve Oğuz Bilal KARAKUŞ</i>	
BÖLÜM 26: ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE AÇIL DURUMLAR VE MÜDAHALE	359
<i>Rukiye ARSLAN YAZGAN ve Sebile Aslı EKE GÜNAYDIN</i>	
BÖLÜM 27: YATAKLI TEDAVİLER	377
<i>Elif YERLİKAYA ORAL ve Gül KARAÇETİN</i>	

Tablo 2 • Ergenle Terapötik İletişimin Temel İlkeleri

İlke	Açıklama
Güven Temelli Yaklaşım	Ergenlikte özerklik ve mahremiyet ihtiyacı belirgindir. İlişki güvene ve yargılamayan tutuma dayanmalıdır.
Açık Uçlu Sorgulama	Yönlendirici olmayan, açık uçlu sorular ile ergenin kendini ifade etmesi kolaylaştırılmalıdır.
İletişim Bütünlüğü	Beden dili, ses tonu, göz teması ve etkin dinleme iletişimin temel unsurlarıdır.
Mahremiyetin Sınırlarının Açıklanması	Görüşmelerde paylaşılan bilgilerin ne zaman gizli kalacağı, ne zaman paylaşılacağı (örn. intihar riski) açıkça belirtilmelidir.
Kültürel ve İfade Biçimlerine Duyarlılık	Dolaylı anlatım yolları (ör. mizah, sanat, metafor) aracılığıyla ergene ifade alanı sunulması değerlendirme sürecinde terapötik etkileşimin niteliğini artırır.
Terapötik İlişkinin Önemi	Terapötik ilişki sadece bilgi edinme yolu değil, müdahale ve destek sürecinin de temelidir.

(Sacks ve Westwood, 2003)

Tablo 3 • HEADSSS Ergenlerde Psikososyal Alanları Değerlendirme Başlıkları

Başlık	Açıklama
H-Home (Ev)	Aile yapısı, evde kimlerle yaşadığı, aile içi ilişkiler, bakım verenler ile iletişim, ev içi stres kaynakları.
E-Education/Employment (Eğitim/İş)	Okul başarısı, devamsızlık, öğretmenlerle ilişkiler, gelecek planları, iş deneyimleri ve hedefleri.
A-Activities (Aktiviteler)	Boş zaman aktiviteleri, hobiler, arkadaşlarla geçirilen zaman, sosyal beceriler ve çevrimiçi aktiviteler.
D-Drugs (Madde Kullanımı)	Sigara, alkol, yasa dışı madde kullanımı, maddeye erişim ve kullanım sıklığı.
S-Sexuality (Cinsellik)	Cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, cinsel aktivite öyküsü, korunma yöntemleri, rıza ve mahremiyet konuları.
S-Suicide/Depression (İntihar/Duygudurum)	Depresif duygulanım, umutsuzluk, yalnızlık, kendine zarar verme düşünceleri, intihar riski.
S-Safety (Güvenlik)	Fiziksel güvenlik, zorbalık, ev içi ve dışı şiddet öyküsü, sosyal çevredeki riskli durumlar.

(Klein ve ark, 2020)

■ Yapılandırılmış görüşme kullanımı:

- Önemli psikososyal alanların atlanmadan değerlendirilmesini sağlar,
- Farklı klinisyenler arasında karşılaştırılabilir veriler oluşturur,
- Zamanın verimli kullanımına katkıda bulunur.

Normal ve Patolojik Olanı Ayırt Etme

- Ergenlikte görülen birçok davranış normal gelişimsel sürecin parçası olabilir.
- Duygudurum dalgalanmaları, aile çatışmaları ve kimlik arayışı gibi örüntüler bu dönemde beklenen tepkilerdir.

Porteus Labirentleri Testi

- Sözel olmayan performans testlerinden biridir. Bu özelliği sebebiyle sözel iletişimde güçlük yaşayan, dil bariyeri bulunan bireylerde kullanılabilmesi mümkün olmaktadır.
- Genellikle 6-14 yaş arasındaki bireylere uygulanır.
- Amaç, başlangıç-bitiş arası labirent yolunu elini kağıdın üzerinden kaldırmadan, çıkmaz yollara girmeden ve daha önce kullanılan yolları tekrar kullanmadan tamamlamaktır.
- Tamamladıkça karmaşıklık düzeyi artan 12 labirentten oluşur.
- İşlevsel düşünme ve plan yapabilme becerilerinin ölçümünü amaçlar (Toğrol, 1974).

Kent EGY Zeka Testi

- Sözel performansın ölçümüne dayalı bir zeka testidir, daha önce edinilmiş bilgiyi değerlendirir.
- 10 sorudan oluşan bu testin sorularının bazılarında direkt bilgi ölçülürken, bazı sorularında ise problem çözme becerileri gözden geçirilir.
- Kalem kağıt eşliğinde uygulanır, süre sınırı yoktur.
- İşitmede ve sözel ifadede sorunu olmayan; 6-14 yaş aralığındaki çocuklara ve zeka geriliğinden şüphelenilen yetişkinlere uygulanmaktadır (Kent, 1942).

Nöropsikolojik Testler**Rorschach Testi**

- Projektif bir kişilik değerlendirme aracıdır.
- Genellikle psikoterapi ve psikopatoloji değerlendirme süreçlerinde kullanılmaktadır.
- Düşünce süreçleri, kişilik yapısı hakkında bilgi vermeyi amaçlar

Tematik Algı Testi (TAT)

- Klinik pratikte sıklıkla Rorschach testi ile birlikte uygulanan bir diğer projektif testtir.
- Temel olarak yansıtma mekanizmasıyla ilişkili incelemeye olanak sağlar.
- Kişinin nesne ilişkileri hakkında fikir verir.
- Güncel olarak kullanılan versiyonunda genellikle testin uygulandığı kişiye 16 kart gösterilerek bu kartlara dayalı hikayeler üretmesi istenir (Tunaboğlu-İkiz, 2011).
- Tematik algı testinin uyarlanmasıyla oluşturulmuş olan “Çocuklar İçin Tematik Algı Testi” de 4-10 yaş çocukların benzer şekilde gördükleri kartlarla ilgili ürettikleri hikayelerin analizini amaçlar.

SONUÇ

- Ölçekler ve testler çocuk ve ergen ruh sağlığında yardımcı, tamamlayıcı değerlendirme araçlarıdır.
- Klinik görüşme ve gözlem her zaman temel değerlendirme yöntemidir.
- Gelişim düzeyine uygun test seçimi, doğru yorumlama için esastır.

KAYNAKLAR

- Myers K, Winters NC. Ten-year review of rating scales. I: overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(2):114-22.
- Verhulst FC, van der Ende J. Assessment scales in child and adolescent psychiatry. Boca Raton: CRC Press; 2006.
- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38(5):581-6.

YYY'nin Zeka Bölümü Puanlarına Göre Sınıflandırılması

1. Hafif Düzeyde YYY

- Zeka bölümü 50-69 arasında olan çocuklar bu grupta yer almaktadır.
- YYY olan olguların %85 kadarını oluşturmaktadır.
- Okula başlamadan önce anne-baba veya çevre tarafından fark edilmeyebilirler.
- Alıcı dil becerileri yaşlılarından çok geri değildir. Bu nedenle sosyal uyumda belirgin güçlük yaşamazlar (Erman ve ark, 2008).
- Ergenlik döneminde derslerin zorlaşması ve zihinsel beceri gerektirmesi sebebi ile daha sık fark edilirler.

2. Orta Düzey YYY

- Zeka bölümü 35-49 arasında olan çocuklar bu grupta yer almaktadır.
- YYY olan olguların %10 kadarını oluşturmaktadır.
- Sıklıkla okul öncesi fark edilirler.
- Tipik olarak konuşma gecikmesi görülür.
- Alıcı ve ifade edici dil becerilerindeki gerilik belirgindir.
- Basit sosyal etkinliklere katılabilirler.
- Yemek yeme, giyinme, tuvalet gibi öz bakım becerilerini öğrenme süreçleri zaman alır.
- Sosyal ipuçlarını yakalama, sosyal yargılama ve karar verme yetenekleri kısıtlıdır.
- Nadir olarak okuma yazmayı öğrenen olgular görülebilir fakat okuduklarından anlam çıkarmaları güçtür (Erman ve ark, 2008).

3. Ağır Düzey YYY

- Zeka bölümü 20-34 arasında olan çocuklar bu grupta yer almaktadır.
- YYY olan olguların %3-4 kadarını oluşturmaktadır.
- Bu çocuklarda tanı çok erken yaşlarda konur.
- Gelişimin her alanında gecikme vardır.
- Motor becerilerde belirgin gerilik görülür.
- Yaşam boyu özel destek ve denetime ihtiyaç duyarlar (Erman ve ark, 2008).

Tablo 1 • Entelektüel Yeti Yitimi Düzeyine Göre Zeka Bölümleri ve Erişkinlikteki Kazanımlar (Erman ve ark, 2008)

Derecesi	IQ Puan Aralığı	Erişkinlikteki Kazanımlar
Hafif Düzey	50-69	Okur-yazarlık+ Kendi başına iş yapabilme becerileri++ İyi düzeyde konuşma++ Kalfalık derecesinde iş+
Orta Düzey	35-49	Okur-yazarlık +/- Kendi başına iş yapabilme becerileri+ Ailenin daha iyi anladığı konuşma+ Gözetimli ya da gözetimsiz beceri gerektirmeyen işler+
Ağır Düzey	20-34	Yardımla işini yapabilme becerileri+ Minimum konuşma+
İleri Düzey	0-19	Konuşma+/- Kendi başına iş yapabilme becerileri+/-
Not: +/- bazen kazanılan; + kazanılabilen; ++ kesin kazanılabilen		

Tablo 8 • Sosyal (Pragmatik) İletişim Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri (APA, 2022)

- A. Sözel ve sözel olmayan iletişimin sosyal kullanımında kalıcı zorluklar; bu zorluklar aşağıdaki tüm alanlarda kendini gösterir:
1. Selamlaşma, bilgi paylaşma gibi sosyal bağlama uygun şekilde iletişim kurma becerisinde eksiklikler.
 2. İletişimi bağlama ya da dinleyicinin gereksinimlerine göre uyarlamada güçlükler; örneğin sınıfta ve oyun alanında farklı konuşma tarzları kullanamama, çocukla ve yetişkinle konuşurken uygun biçimde dili değiştirememesi, aşırı resmi dil kullanmaktan kaçınamama.
 3. Konuşma ve hikâye anlatımı kurallarını takip etmekte zorluk yaşama; örneğin sırayla konuşma, yanlış anlaşıldığında yeniden ifade etme, sözel ve sözel olmayan ipuçlarını kullanma becerilerinde yetersizlik.
 4. Açıkça belirtilmeyen ifadeleri ve mecazi ya da belirsiz anlamlı ifadeleri anlamakta zorluk yaşamak (örneğin deyimler, mizah, metafor ve çok anlama sahip ifadeler)
- B. Bu eksiklikler; etkili iletişim, sosyal katılım, sosyal ilişkiler, akademik başarı ya da mesleki performansta işlevsel sınırlılıklara yol açar (bireysel ya da birlikte görülebilir).
- C. Belirtiler erken gelişim döneminde başlar (ancak sosyal iletişim gereksinimleri sınırlı kapasiteyi aşana kadar tam olarak ortaya çıkmayabilir).
- D. Belirtiler başka bir tıbbi ya da nörolojik duruma veya kelime yapısı ve dilbilgisi yetersizliğine bağlanamaz ve otizm spektrum bozukluğu, bilişsel gelişim geriliği (zihinsel yetersizlik), gelişimsel gerilik ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Etiyoloji

- Sosyal iletişim bozukluğunun etiyolojisinin **çok faktörlü** bir yapıya sahip olduğu ve genetik, nörobiyolojik ile çevresel faktörlerin bu bozukluğun gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmektedir (Amoretti ve ark, 2021).
- Pragmatik becerilerin zihin kuramı (Theory of Mind) ve yürütücü işlevler gibi bilişsel süreçlerle karmaşık bir etkileşim içinde olduğu düşünülmektedir (Gabbatore ve ark, 2023).
- Çevresel faktörlerin etkisini değerlendiren çalışmalar, alkol maruziyeti, istismar öyküsü ve beyin travmalarının sosyal-iletişimsel aksamaya yol açabileceğine işaret etmektedir (Mehtar ve Motavalli Mukaddes, 2018).

Klinik Özellikler

- Bozukluğun çekirdek özellikleri, iletişimi sosyal amaçlarla kullanmada yetersizlikler, bağlama uygun iletişim kurmada güçlükler ve konuşma kurallarına uymakta zorlanmaları içerir (Yuan ve ark, 2018).
- SPİB olan çocuklar, çoğu zaman başkalarının söylediklerini ve yaptıklarını yanlış yorumlar. Kendilerini duruma uygun şekilde sözlü ve sözsüz olarak ifade etmekte güçlük çekerler (Simms ve ark, 2015).
- Hikaye anlatımında zorlanma, herkese aynı şekilde davranma, alışılmadık derecede karmaşık kelimeler kullanma ve sohbet konusunu aniden değiştirme gibi özellikler gözlenebilmektedir (Mandy ve ark, 2017).
- Sosyal iletişim becerilerinin gelişmesi, öncesinde yeterli düzeyde konuşma ve dil gelişimini gerektirdiğinden, SPİB tanısı genellikle ancak 4–5 yaş sonrasında konabilir (Topal ve ark, 2018).



Sosyal iletişim becerilerinin gelişmesi, öncesinde yeterli düzeyde konuşma ve dil gelişimini gerektirdiğinden, SPİB tanısı genellikle ancak 4–5 yaş sonrasında konabilir.

Klinik özellikler ve belirtileri daha detaylı öğrenmek için:

<https://www.autismspeaks.org/autism-symptoms>

<https://www.youtube.com/autismspeaks>

KLİNİK DEĞERLENDİRME**ESCAP Kılavuzuna Göre Otizm İçin Klinik Öykünün Temel Unsurları****1. Aile öyküsü:**

Çekirdek ve geniş ailede benzer sorunlar ve/veya nöro gelişimsel bozukluklar öyküsü, ebeveynlerin yaşı, kardeşlerin varlığı, pre/perinatal öncüller

2. Hamilelik ve doğum:

Anne tarafından daha önce ilaç kullanımı, doğum ağırlığı, APGAR skorları, metabolik veya konjenital bozuklukların taranması

3. Gelişimsel geçmiş:

Motor, iletişim ve sosyal gelişim basamakları, uyku, yemek yeme, sfinkter kontrolü, bakım verenler tarafından bildirilen başlıca endişeler veya erken dönemde olağandışı davranışlar

4. Tıbbi geçmiş:

Tıbbi ve genetik durumlar; işitsel, görsel, duyuusal zorluklar; nörolojik sorunlar

5. Aile ve psikososyal durum:

Çocuğun aile, okul ve sosyal ortamlardaki işlevselliği, yaşanan zorluklar ve sağlanan destek, ailenin durumu ve koşulları

6. Tanı ve müdahaleler:

Önceki konsültasyonların sonuçları, sosyal, sağlık ve/veya eğitim kaynaklarından elde edilen raporların, değerlendirmelerin veya müdahalelerin gözden geçirilmesi

OSB Değerlendirmesinde Aileden Alınması Gereken Bilgiler (Mukaddes, 2017)

Şu anki temel başvuru sebebi

Şu anki problemlerin başladığı tarih

İlk profesyonel başvuru

Otizm bulgularının tek tek sorgulanması

Gelişimsel öykü (motor, sosyal-iletişimsel)

Sosyal öykü (hamilelik ve doğum sonrasında annenin ruhsal durumu, bakım verenler ve çevresel koşullar)

Fiziksel hastalık öyküsü (Nöbetler, ilaç kullanımı, alerjiler)

Prenatal, perinatal, postnatal risk faktörleri

Aile öyküsü (genetik otizm fenotipi, MSS ve psikiyatrik hastalıklar, fiziksel hastalıklar)

Çocuğun günlük yaşantısı, bakım koşulları

Doğal ortamdaki davranışları

Yaşa uygun adaptif davranışlar (sosyal-iletişimsel beceriler, özbakım, bağımsızlık becerileri)

Düzenleyici işlevler (uyku, iştah)

İlaç Grubu	Endikasyon	Etkinlik / Yan Etki
Psikostimülanlar (Metilfenidatlar)	DEHB	OSB'li çocuklarda etkinliği %50, iritabilite ve sosyal çekilme riski
Atomoksetin	DEHB	Kısmen etkili; iştah azalması, GIS sorunları, intihar düşünceleri
Adrenerjik ajanlar (Guanfasin, Klonidin)	DEHB	Hipotansiyon, kalp atım hızı açısından takip edilmeli
Risperidon	İritabilite, saldırganlık, kendine zarar verme, stereotipik davranışlar	FDA onaylı; doz yaşa ve kiloya göre ayarlanır. İştah artışı, somnolans, salya artışı, kabızlık, tremor, distoni
Aripipirazol	İritabilite	FDA onaylı; uyku hali ve iştah artışı
Diğer Atipik Antipsikotikler (Olanzapin, Klozapin, Ketiapin)	Çeşitli davranışsal belirtiler	Sedasyon ve kilo alımı riski yüksek, sınırlı kanıt
Tipik Antipsikotikler (Haloperidol)	Uyum güçlüğü, stereotipik davranışlar	Etkin olabilir; ekstrapiramidal yan etki riski
Antiepileptikler (VPA, Topiramat, Lamotrijin)	DEHB belirtileri, uygunsuz problemlili davranışlar	
SSRI ve Antidepresanlar	Tekrarlayıcı davranışlar, anksiyete, depresyon, OKB	Davranışsal aktivasyon ve intihar riski olabilir, doz titrasyonu gerekli
Melatonin, Hidroksizin, Risperidon, Klonidin	Uyku bozuklukları	Uyanma zorluğu, enürezis

(Kılıçaslan ve Kütük, 2020; Mukaddes ve Ercan, 2018)

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler	
Yöntem	Etkisi
Sekretin	Etkisiz, önerilmez
Glutensiz diyet	Olası olumsuz etkiler
IVIG	Olası olumsuz etkiler
Şelasyon	Olası olumsuz etkiler
Hiperbarik oksijen tedavisi	Olası olumsuz etkiler
Antimikrobiyal ajanlar	Olası olumsuz etkiler
Vitaminler (A, D, E)	Olası olumsuz etkiler
Magnezyum	Olası olumsuz etkiler
Homeopatik ilaçlar	Olası olumsuz etkiler
Vagus sinir stimülasyonu	Olası olumsuz etkiler
Kök hücre tedavileri	Olası olumsuz etkiler
Müzik terapisi	Kısmen olumlu, sınırlı kanıt
Hayvan destekli terapi	Kısmen olumlu, sınırlı kanıt
Transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS)	Kısmen olumlu, sınırlı kanıt, önerilmez

(Devam ediyor)

Tablo 2 • DEHB’de Emosyon Regülasyon Sorunları

Kategori	Sorun
Emosyonları Tanıma Güçlüğü	Sosyal ipuçlarını fark edememe, başkalarının duygularını anlama eksikliği, bağlama uygun davranamama
Yanlış Yorumlama Eğilimi	Duygusal tepkilerde aşırılık, olayları negatif veya abartılı değerlendirme, alınganlık
Uyumsuz Emosyon Regülasyon Stratejileri	Olumsuz düşünce döngüleri (felaketleştirme, ruminasyon), başkalarını suçlama
Emosyonel Dürtüsellik	Anlık duygusal patlamalar, çabuk öfkelenme, anında tepki verme
Emosyonel Kendilik Düzenleme Yetersizliği	Öfke, üzüntü veya hayal kırıklığını kontrol etmekte zorlanma, duygusal dalgalanmalar
Empati Eksikliği ve Katı-Duygusuz Özellikler	Başkalarının duygularına duyarsızlık, sosyal uyumsuzluk, agresif davranışlar
Riskli ve Dürtüsel Davranışlar	Anlık duygulara dayalı kararlar alma, düşünmeden hareket etme
Yürütücü İşlev Bozuklukları ile Bağlantı Sorunlar	Ketleme, bilişsel esneklik, çalışma belleği eksiklikleri nedeniyle emosyon düzenlemede zorluk

- **Zihinsel Yetersizlik:** Her iki bozukluk da akademik sorunlar sebebiyle hekime başvuru gözlenebilir. Bu durumda en uygun ayırıcı tanı zeka testleri ile yapılmaktadır. Ancak geç başvuran veya tedavisiz kalmış DEHB’lilerin zeka testlerinde kendi potansiyellerinin altında kalabilecekleri unutulmamalıdır.
- **Majör Depresif Bozukluk (MDB):** MDB’de hiperaktiviteye benzer huzursuzluk, sinirlilik, psikomotor ajitasyon ve konsantrasyon güçlüğü görülebilmektedir. Ayırıcı tanıda diğer MDB semptomlarının varlığı (hayattan zevk alamama, depresif duygudurum, uyku ve iştah değişiklikleri, ölüm düşüncesi gibi), DEHB’deki huzursuzluk ve sinirliliğin genellikle engellenme ile ilişki olurken MDB’de huzursuzluğun daha fazla süreklilik göstermesi, semptomların epizodik ya da kronik seyri önemlidir.
- **Bipolar Bozukluk (BB) Mani/Hipomani Dönemi:** Semptomların başlangıç şekli ve seyri (epizodik veya kronik), BB özgün semptomlarının varlığı (cinsel istekte artış, taşkın duygudurum gibi) yanı sıra aile öyküsünde BB olması önemlidir.
- **Anksiyete Bozuklukları:** Motor huzursuzluk, konsantrasyon sorunları, duygudurum labilesi, irritabilite her iki bozuklukta da görülmektedir. Ancak anksiyete bozukluklarındaki huzursuzluk gerginlik ve beklenti kaygısı şeklindedir. Belirtilerin başlangıç yaşı ve stresör ile tetiklenmesi ayırıcı tanıda önemlidir.
- **Madde Kullanım Bozukluğu (MKB):** MKB’da konuşkanlıkta artış, hareketlilik, huzursuzluk, dikkatsizlik belirtilerinin madde kullanımı sonrası ortaya çıkması söz konusudur ancak iki bozukluk arasında ciddi bir komorbidite söz konusudur (Ercan ve ark, 2020).

KOMORBİDİTE



Komorbid durumların varlığı, tanı ve tedavi sürecini karmaşılaştırabilir ve prognoz üzerinde olumsuz etki yaratabilir. Bu nedenle, kapsamlı bir değerlendirme ve bütüncül bir tedavi yaklaşımı önemlidir.

- Türkiye’de 2020 yılında yapılan bir çalışmada ilkokul öğrencilerinde oran: %6.6 olarak saptanmıştır. (Büber ve ark, 2020).
- Erkeklerde kızlara göre 2 kat daha sık görüldüğü, en sık alt tipinin okuma bozukluğu (%80) olduğu saptanmıştır.
- En sık eşlik eden tanıların ise Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (%45-65) ve vakaların üçte birine varan oranlarda yazılı anlatım bozukluğu ve matematik bozukluğu olduğu saptanmıştır (Khodeir ve ark, 2020).
- ÖÖB’nin spesifik klinik görünümünü inceleyen çalışmalarda okuma bozukluğunun prevalansı %4–9 iken matematik bozukluğunun prevalansı %3–7 arasında bildirilmiştir. (Reigosa-Crespo ve ark, 2012; Morsanyi ve ark, 2018).

ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

- Genetik faktörler ön planda rol oynar ancak perinatal faktörler ve epigenetik etkileşimler nihai klinik tabloyu şekillendirir.
- Etkilenen beyin bölgeleri:
 - Sol hemisfer temporoparietal bölge
 - Inferior frontal girus (Broca alanı)
 - Oksipitotemporal korteks
 - Prefrontal alanlar (çalışma belleği ve dikkat ile ilgili işlevler)
- Planum temporale asimetrisi sık rastlanan bir bulgudur (Altarelli ve ark, 2014).
- Bu farklılıklar fonolojik işleme, çalışan bellek, otomatik bilgi işleme, görsel-uzamsal beceriler gibi temel bilişsel alanlarda yetersizliğe yol açar (Ramus ve ark, 2018; Peterson ve ark, 2015).
- Çevresel faktörlerin rolünün az vurgulandığı görüşleri vardır (Rosenberg ve ark, 2012; Erbeli ve ark, 2019).
- Ailesinde ÖÖB öyküsü bulunan çocuklarda başarı düzeyinin daha düşük olması genetik etkiyi desteklerken; her iki grupta da düşük puanlar çevresel etkenlerin de etkisini gösterir (Erbeli ve ark, 2019).

KLİNİK ÖZELLİKLER



Akademik sorunlar ve öğrenme ile ilgili güçlükler, çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerinde en sık başvuru nedenlerinden birisidir. Bu olgularda, söz konusu akademik sorunların detaylı bir şekilde sorgulanarak fenomenolojisi, etkileri, ilişkili olabilecek tıbbi, bireysel, ailesel ve eğitsel etmenlerin belirlenmesi önem arz etmekte olup, tanısal netlik sıklıkla birden fazla görüşmede elde edilir.



Ayrıca nöro gelişimsel bozukluklarda komorbid durumların istisnadan ziyade kaide olabileceğini hatırlayın.

Klinik Değerlendirme

- ÖÖB için tanı koydurucu tek bir psikometrik ya da nörokognitif değerlendirme enstrümanı yoktur.

Tanı Kriterleri

Tablo 3 • Tekrarlayıcı Hareket Bozukluğu DSM-5-TR Tanı Kriterleri

- | | |
|----|--|
| A. | Yineleyici (tekrarlayıcı), görünüşte işlevsel gibi görünse de amaçsız olan devinimler |
| B. | Yineleyici devinimler (hareketler), toplumsal, eğitsel ve diğer alanlardaki işlevselliği bozar ve kendi kendini yaralama ile sonuçlanabilir. |
| C. | Başlangıç erken gelişimsel dönemdedir. |
| D. | Yineleyici devinimler (hareketler), bir maddenin ya da nörolojik durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz ve başka bir nörogelişimsel bozukluk ya da ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. |

Epidemiyoloji

- Doğal gelişim gösteren çocuklarda tekrarlayıcı hareketlerin görülme sıklığı yaklaşık %60 olup bunlar genellikle basit niteliktedir. Buna karşın, karmaşık hareketlerin görülme sıklığının %3–7 arasında olduğu ve erkeklerde kızlara göre daha sık rastlandığı bildirilmektedir (Karaçetin ve Kılıçoğlu, 2023).
- Gelişimsel engelli çocuklarda stereotipik hareketlerin yaygınlığı %61, OSB’li çocuklarda ise %88 olarak rapor edilmiştir (Katherine, 2018).

Etiyoloji

- Stereotipilerin altında yatan patofizyolojik mekanizma henüz tam olarak belirlenmemiş olup birçok davranışsal, genetik, gelişimsel ve nörobiyolojik faktörle ilişkilendirilmiştir (Karaçetin ve Kılıçoğlu, 2023).



Stereotipiler; prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve kortiko-striato-talamo-kortikal yolların işlev bozukluğu ile ilişkilendirilmekte olup, dopamin fazlalığı ile bağlantılıdır (Katherine, 2018).

- Amfetamin, kokain ve levodopa gibi dopaminerjik ilaçların yan etkisi olarak stereotipiler ortaya çıkabilmektedir. Striatal bölgeye dopaminerjik girdinin engellenmesinin, uyarıcı ilaçlarla tetiklenen stereotipilerin önlenmesine yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Bu mekanizmada inhibitör kolinerjik internöronların ve GABA’nın da rol oynadığı bildirilmiştir (Katherine, 2018).
- Stereotipilerin striatum ve anterior singulat korteksteki GABA düşüklüğü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Harris ve ark, 2016). İstemli olarak yapılan hareketlerden önce prefrontal kortekste hareketle ilişkili kortikal potansiyeller ortaya çıkarken, stereotipilerden önce bunların oluşmadığı belirlenmiştir (Harris ve ark, 2016).
- Yapısal beyin görüntüleme çalışmaları da stereotipisi olan bireylerde frontal beyaz madde hacminin azalması, kaudat çekirdeklerde ve putamen bölgesinde küçülme gibi farklılıklar tespit etmiştir (Katherine, 2018; Singer, 2011). Ayrıca aile öyküsü pozitifliği %17 ile %39 arasında değişmektedir (Katherine, 2018).

Klinik Özellikler

- Tekrarlayıcı hareketler, çocuklar için **heyecanı fiziksel olarak ifade etmenin veya onunla başa çıkmanın bir yolu ya da can sıkıntısıyla başa çıkma stratejisi** olabilir. Bu hareketler, özellikle sıkıcı zamanlarda veya aktivitelerden aşırı heyecan veya keyif alma durumla-

Dezorganize davranış:

- çıplak dolaşmak
- uygunsuz yerlere idrar ya da dışkı yapmak
- yaz mevsiminde çok kalın giyinmek gibi sosyal normlara uygun olmayan davranışlar
 - Bu boyut şizofreni tanılı bireylerde kalıtsallığın en belirgin olduğu semptom boyutudur (Legge ve ark, 2021).

Kutu 3 • Pozitif Belirtiler

Sanrı: Gerçeğe uygun olmayan, aksi kanıtlarla değiştirilemeyen ve bireyin alt kültürüyle uyumsuz yanlış inançlar

En sık görülen sanrı türü: **Perseküsyon**, bunu referans sanrıları izler

Çocuklarda sanrılar **daha somut, daha basit ve daha az sistematik** yapıdadır

Varsanı: Dış uyaran olmaksızın duyuşsal algılar deneyimlenmesi

En sık görülen varsanı türü: **İşitsel**, bunu görsel varsanılar izler

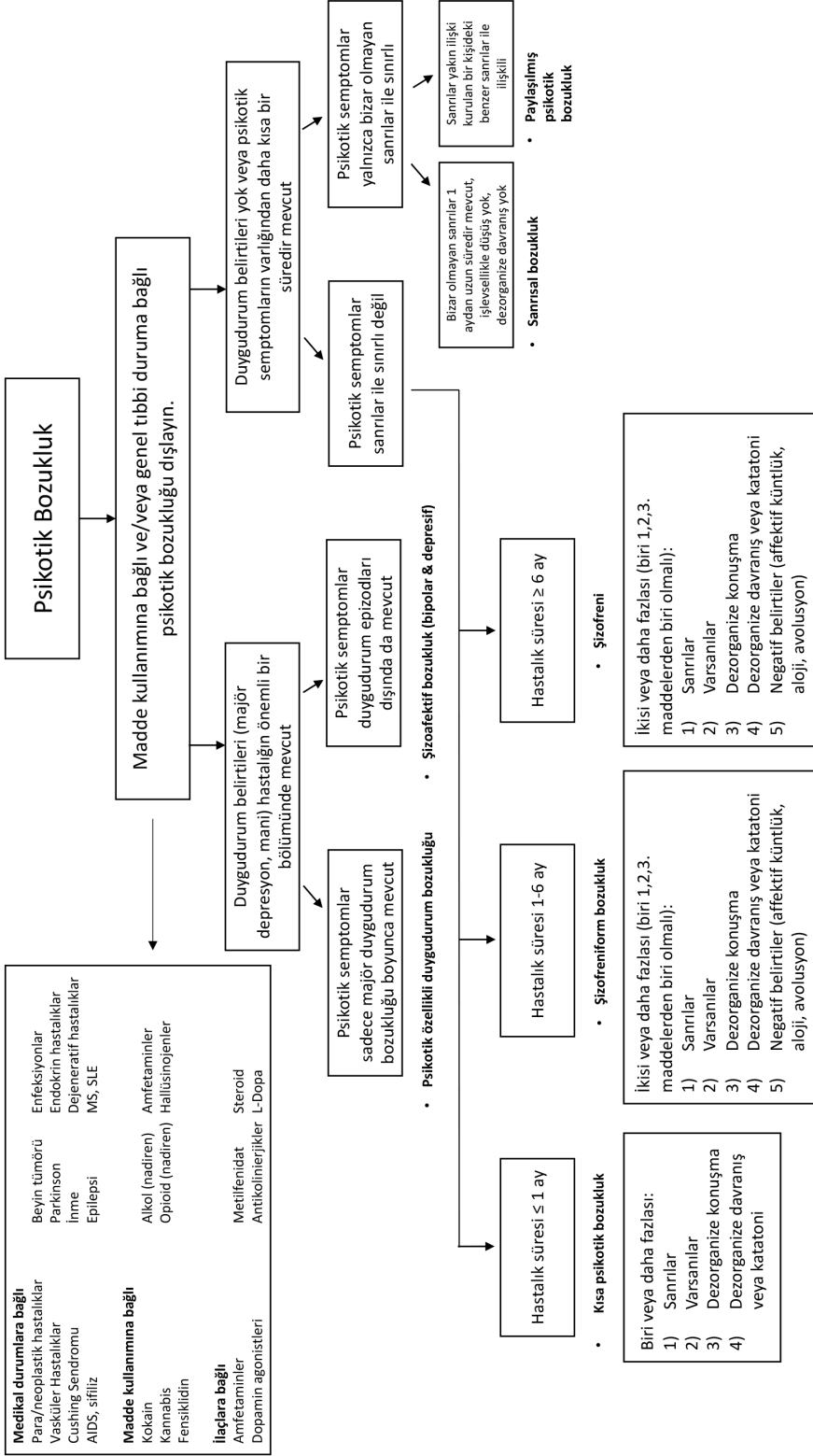
Çocuk ve ergenlerde varsanı içerikler daha basit ve sıklıkla **multimodal** olabilir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde görsel varsanı oranı yetişkinlerden daha fazladır

3. Negatif Belirtiler

- Negatif belirtiler **affektif kısıtlılık, anhedoni, aloji, asosyalite ve avolüsyon** gibi alt boyutlarda incelenmektedir.
- Ayrıca bu semptom boyutları ekspresyon ve motivasyon faktörü olmak üzere iki faktörde de incelenmektedir.
- Erken başlangıçlı vakalarda negatif belirtiler daha baskındır ve işlevselliği belirgin şekilde düşürür (De Berardis ve ark, 2021).
- Tedaviye, pozitif belirtilere göre daha dirençlidir.
- Şizofreninin klinik görünümünde pozitif belirtiler ön plandadır. Bununla birlikte negatif belirtiler genellikle daha süregendir ve işlevselliği daha olumsuz etkilemektedir.
- Erken başlangıçlı şizofrenide negatif belirtiler daha baskındır ve bireylerin sosyal becerilerinde, okul başarısında ve öz bakımında belirgin azalmalarla karakterize olmaktadır (Cheng ve ark, 2021).

Tablo 4 • Negatif Belirtiler

Faktör	Negatif Belirti Boyutu	Kısa Tanım
Ekspresyon Faktörü	Affektif Kısıtlılık	Duygu ifadesinde ve duygusal aralıkta azalma
Ekspresyon Faktörü	Aloji	Konuşma miktarında ve konuşmanın kendiliğindenliğinde azalma
Motivasyon Faktörü	Anhedoni	Hoş duyguları deneyimleyebilme kapasitesinde azalma
Motivasyon Faktörü	Avolüsyon	Amaca yönelik etkinliklerin başlatılması ve sürdürülmesinde azalma
Motivasyon Faktörü	Asosyalite	Sosyal ilişkiler kurma veya sürdürme motivasyonunda azalma



Şekil 1 ■ Psikotik bozuklukların ayırıcı tanısı özetlenmiştir. Kaynak: Psychotic Disorders Scheme. Blackbook. University of Calgary. 2019 Erişim linki: <https://blackbook.ucalgary.ca/schemes/psychiatric/psychotic-disorders/>.

- Ailede bipolar bozukluk öyküsü, çocuklarda bipolar gelişimi için güçlü bir risk faktörüdür. Bu çocuklarda bozukluk daha erken yaşta başlayabilir ve daha şiddetli bir seyir gösterebilir. Ayrıca bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında depresyon, anksiyete ve dikkat sorunları da daha yaygın görülür.
- Yoksulluk, aile içi çatışma, istismar, ebeveyn ayrılığı gibi çevresel stres faktörleri hem bozukluğun ortaya çıkışını hem de seyrini etkileyebilir.
- Ebeveyn ilgisizliği ya da aşırı baskıcı tutumlar, belirtilerin şiddetlenmesine katkıda bulunabilir (Duffy ve ark, 2020).

Klinik Özellikler

- Çocuklarda duygudurum değişimlerinin dakikalar içinde bile görülebileceği ve saldırganlık, irritabilite, uyku bozukluğu, artmış enerji gibi belirtilerin daha sık olduğu savunulmaktadır.
- Çocukluk ve ergenlik başlangıçlı bipolar bozukluk değerlendirilirken öncelikle risk gruplarını erken tanıma ve sonrasında bu gruplara yönelik önleme stratejileri geliştirilmesi, eşik altı (subsendromal) durumların belirlenmesi ve tekrarların önlenmesine yönelik çalışmalarla olan ihtiyaç, özellikle ön plana çıkmaktadır.
- Özellikle çocukluk ve ergenlik çağı başlangıçlı depresyon; bu risk grubunda bipolar bozukluk için başlangıç (indeks) epizodu olabilmektedir.
- Ayrıca çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ve uyku bozuklukları da risk faktörleri olarak bildirilmektedir. Bir çalışmada, 8 ila 13 yaş aralığındaki ayakta tedavi gören hastalarda (N=102) majör depresif bozukluğun birden fazla epizodunda iyileşme, tekrarlama ve bunların öngörücülerini karakterize etme, başlangıçta ve yıllar boyunca değerlendirilmiştir. Takip sırasında, toplam 26 (%25) genç unipolardan bipolar bozukluğa geçmiştir. Bu 26 gencin 11'inde (%42) kutupluluktaki değişim ilk majör depresyon atağından sonra meydana gelirken, geri kalanında bipolar bozukluk ortaya çıkmadan önce birden fazla majör depresif epizod gözlenmiştir (Kovacs ve ark. 2016).
- Ülkemizde yapılmış olan bir çok merkezli çalışma sonuçlarına göre indeks epizodu özellikle depresif olan bipolar bozukluklu çocuk ve ergenlerde daha fazla döngülenmeye rastlanmış ve özellikle kız ergenlerde önceki antidepresan kullanımları daha hızlı manik dönünün gelmesini sağlamıştır (İnal ve ark, 2022).
- Çocuklarda bipolar bozukluk, tipik olarak: irritabilite (sürekli huzursuzluk), dürtüsellik ve öfke patlamaları, belirgin enerji dalgalanmaları ve duygudurumun sık sık ve hızlı değişmesi gibi belirtilerle kendini gösterir. Bu belirtiler, başka bozukluklarla karıştırılabileceğinden tanıda uzman klinik görüşme ve çok yönlü değerlendirme kritik önem taşır.

Tablo 1 • Yapılandırılmış Görüşme Araçları

1. K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)

Hem duygudurum bozuklukları hem de psikotik bozuklukları değerlendirmek için kullanılan, yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Araştırmalarda mani belirtilerinin sistematik olarak sorgulanmasında yaygın şekilde kullanılmaktadır. Klinik pratikte, tanı doğruluğunu ve sürekliliği sağlamak adına önerilir.

2. YMRS (Young Mania Rating Scale)

Mani semptomlarını değerlendirmek için kullanılan bir ölçek olup klinik uygulamalarda hastanın manik belirtilerinin şiddetini belirlemede kullanılır.

3. CDRS-R (Children's Depression Rating Scale-Revised)

Çocuklardaki depresif belirtilerin derecesini ölçer. Karma epizodlarda depresif belirtilerin saptanmasında yardımcıdır (Wozniak ve ark, 2025).

Tablo 4 • Çocuk ve Ergenlerde Kullanılan SSGİ İlaçların Dozları

İlaçlar	Başlangıç dozu	Maksimum doz
Sitopram	Ç; 10 mg/gün, E; 10 mg/gün	Ç,E; 40 mg/gün
Essitopram	Ç; 5 mg/gün, E; 10 mg/gün	Ç,E; 20 mg/gün
Fluoksetin	Ç; 10 mg/gün, E; 10 mg/gün	Ç,E; 80 mg/gün
Fluvoksamin	Ç; 25 mg/gün, E; 25 mg/gün	Ç; 200 mg/gün, E; 300 mg/gün
Paroksetin	Ç; 10-20 mg/gün, E; 20 mg/gün	Ç,E; 60 mg/gün
Sertralin	Ç; 25 mg/gün, E; 50 mg/gün	Ç,E; 200 mg/gün

Kısaltmalar: Ç; çocuk, E; ergen

- SSGİ ilaçlar aynı zamanda; akatizi, uykuda değişiklikler, ajitasyon, gastrointestinal sistemde bozulmalar, iştahta değişiklikler, terleme, baş ağrısı, cinsel işlev bozuklukları ve kanama bozuklukları ile de ilişkilendirilmiştir.
- Gençlerde, özellikle çocuklarda artmış dürtüsellik, ajitasyon, irritabilite ile tanımlanan “**davranışsal aktivasyon**” görülebilmektedir. Bu durumu mani/hipomaniden ayırt etmek önemlidir.
- Nadiren bilinçte dalgalanmalara eşlik eden nöromusküler belirtiler (myoklonus, hipertoni, hiperrefleks) ve otonomik belirtiler (hipertermi, terleme, taşikardi, hipertansiyon) ile seyreden **Serotonerjik Sendrom** görülebilmektedir.



Çocuk ve ergenler, özellikle SSGİ tedavisi başlangıcı ve doz titrasyonları sonrası SSGİ'lerin ciddi yan etkilerinin takibi amacı ile özellikle ilk 4 hafta, haftalık olarak değerlendirilmelidir (Brent, 2018).

Tedavi Süresi

- İlk depresif atak sonrasında belirtilerin yok olmasından itibaren en az 6 ay tedaviye devam edilmelidir (Rey ve ark, 2019).
- İki ve daha fazla epizod görüldüğünde en az 2 yıl psikofarmakolojik tedavinin devamı önerilir.
- Yarılanma ömrüne de bağlı olarak ani kesilen SSGİ tedavileri sonrasında geri çekilme bulguları gözlemlenebilir (fluoksetin ile nadiren, paroksetin ile sık) ve nüks riski artabilir (Stahl, 2021).

2. SÜREGİDEN DEPRESİF BOZUKLUK (DİSTİMİ)

- Çocuk ve ergenlerde en az bir yıl süren depresif veya irritabl ruh hali ile kendini göstermekte olup ICD-11'de “Distimik Bozukluk” olarak, DSM-5'te “Süregiden Depresif Bozukluk” olarak adlandırılmaktadır.
- Süregiden depresif bozukluk erken yaşta başladığında, ilerleyen yıllarda majör depresif bozukluk gelişme olasılığı yüksektir. Süreğen ve sık ataklar, gelecekte daha ağır bir duygudurum bozukluğu gelişme riskini artırır.
- Çocuklarda kronik depresif bozukluğun yaygınlığı %0,6 ila %4,6 arasında değişirken, ergenlik döneminde bu oran %1,6 ila %8'e yükselmektedir (Sadock ve ark, 2022). Kronik

Tablo 2 • Kaygı Bozukluğuna Göre Tehdit Algısı

Bozukluk	Tehdit Kaynağı	Klinik Görünüm
Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu	Önemli bağlanma figürlerini kaybetme konusunda aşırı korku veya kaygı ya da önemli bağlanma figürlerinden ayrılmaya neden olacak istenmeyen bir olay (örneğin kaçırılma, kaybolma) konusunda sürekli endişe	Birlikte uyur; evde bakım vereni takip eder, bakıcıdan ayrı odada bulunmaktan kaçınır; ayrıldığında bakıcıyı tekrar tekrar arar; okuldan, kamptan ve ayrılık gerektiren diğer aktivitelerden kaçınır.
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	Performans veya değerlendirme gerektiren durumlarda mahcup olma veya başkaları tarafından aşağılanma korkusu	Sınıfta el kaldırmaktan veya konuşmaktan kaçınır; göz temasından kaçınır, restoranlarda yemek siparişi vermekten kaçınır; telefonda konuşmaktan, mesaj atmaktan veya e-posta göndermekten kaçınır; akranlarıyla sohbet başlatmayı reddeder.
Panik Bozukluk	Tekrarlayan panik ataklardan veya bunların sonuçlarından korkma (örneğin, "aklını yitirme", "ölme", "kontrolü kaybetme" korkusu)	Daha önce panik ataklarının meydana geldiği yerlerden kaçınır; güçlü fiziksel hisler yaratan aktivitelerden (örneğin, yoğun egzersiz) kaçınır.
Agorafobi	Acil bir durumda kurtulmanın, kaçmanın zor veya utanç verici olabileceği, veya yardımın mümkün olmayacağı yerlerden korkma	Evden çıkmaktan kaçınır veya evden çıkabilmek için bir yetiştikine güvenir; kalabalık ve kapalı alanlardan kaçınır.
Özgül Fobi	Belirli bir nesne veya durumla ilgili belirgin korku veya kaygı (örneğin hayvanlar, doğal çevre, iğneler, ulaşım)	Böceklerden, hayvanlardan, fırtınalardan, kandan, iğnelerden, tıbbi prosedürlerden, metrodan, uçaktan veya otobüsten yoğun bir şekilde korkma ve kaçınma eğilimi vardır.
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Okul performansı, sağlık, mali konular veya aile sorunları gibi bir dizi olay veya aktivite hakkında kontrol edilemezlik ve öngörülemezlik algısıyla ilişkili genel bir korku veya huzursuzluk hissi	Sürekli olarak güvence arar; endişeler nedeniyle uyku bozukluğu, yorgunluk, sinirlilik, huzursuzluk ve/veya odaklanma zorluğu yaşar.

Anksiyete-Korku Farkı



Korku ve anksiyete karıştırılabilen iki kavramdır. Korku, hali hazırda somut bir tehdit unsuruna karşı verilen duygusal yanıtı temsil ederken; anksiyete daha çok geleceğe yönelik, beklenmekte olan bir tehdit algısına karşı ortaya çıkmaktadır (WHO, 2019).

- SNRI grubu ilaçların, çocuk ve ergenlerde 2 farklı SSRI tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda ileri basamak tedavi seçenekleri arasında düşünülmesi önerilmektedir (Taylor ve ark, 2019).

Tablo 8 • 7-17 Yaş Aralığında YAB Tedavisinde FDA Onayı Olan Ajanlar

	Başlangıç Dozu	Hedef Doz	Maksimum Doz
Essitalopram (SSRI)	10 mg/gün	10 mg/gün	20 mg/gün
Duloksetin (SNRI)	30 mg/gün	30-60 mg/gün	120 mg/gün



Örnek reçete:

Essitalopram 10 mg/gün 1*1



Örnek reçete:

Sertralin 50 mg/gün 1*1

Tedaviye yanıt vermeyen olgularda SSRI ve SNRI dışı tedavi seçenekleri;

- Mirtazapin
- Ketiapin, risperidon ya da aripiprazol gibi antipsikotik ajanlarla güçlendirme,
- Benzodiazepinler,
- Buspiron, hidroksizin ya da propranolol gibi anksiyolitik etkileri olan ajanlar yer almaktadır (Strawn JR ve ark, 2018).

KAYNAKLAR

- Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2018.
- Taylor JH, Lebowitz ER, Silverman WK. Anxiety Disorders. In: Martin A, Bloch MH, Volkmar FR, editors. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text rev. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.
- Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024 Sep;33(9):2877-94.
- Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry. 2022 Jan;27(1):281-295.
- World Health Organization. International classification of diseases 11th revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). American Psychiatric Publishing. 2022.

Epidemiyoloji

- Çocuk ve ergen yaş grubunda prevalansın yaklaşık %0.25 ile 4 arasında olduğu belirtilmektedir (Fontenelle ve ark, 2006).
- Çalışmalar OKB başlangıç yaşının bimodal olduğunu, ilk pik noktasının geç çocukluk veya erken ergenlik döneminde, ikincisinin ise erken erişkinlikte olduğunu göstermektedir (Del Casale ve ark, 2019).
- Pediatrik yaş grubunda yapılan birçok çalışmada, OKB'nin prepubertal dönemde erkeklerde daha yaygın olduğu, ancak ergenlik sonrası cinsiyetler arasında farkın ortadan kalktığı belirtilmektedir (Ruscio ve ark, 2010).

Etiyoloji

- Genetik, nörolojik, immünolojik faktörlerin OKB gelişimi üzerine etkilerini inceleyen çalışmalardan elde edilen güçlü kanıtlar vardır (Blanco-Vieira ve ark, 2023).
- Ayrıca geniş bir yelpazede olumsuz perinatal olaylar, travmatik yaşantılar ve stresli yaşam olayları gibi çevresel faktörler, OKB için potansiyel risk etkenleri olarak görülmektedir (Brander ve ark, 2016).
- **Araştırmalarda OKB'nin etiyolojisini açıklamak için çeşitli modeller önerilmiştir. Bunlar, bozukluğun etiyolojisinde kortiko-striato-talamo-kortikal devreleri suçlayan nörobiyolojik teorilerden, koşullanma ve pekiştireçleri vurgulayan öğrenme tabanlı modellere ve OKB'nin patogenezinde hatalı inançları vurgulayan bilişsel modellere kadar uzanmaktadır** (Jalal ve ark, 2023).

Klinik Özellikler

- OKB tanısı, klinik görüşmede alınan detaylı bir öyküye ve klinisyenin psikiyatrik değerlendirmesine dayanır.
- Tanı ve takip sürecinde klinik bulgu ve belirti şiddeti gibi konularda ayrıntılı bilgi edinmek için **Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (CY-BOCS)** ve **Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)** gibi ölçeklerden sıklıkla yararlanılmaktadır (Büyüktaşkın ve Güney, 2019).
- Obsesif kompulsif bozukluk, oldukça heterojen klinik görünüme sahip bir bozukluk olmasına rağmen OKB hastalarında yaygın görülen semptomlar genel olarak dört ana boyutta toplanabilir. Bunlar;
 1. Simetri (simetri/düzen obsesyonları, tekrarlama, sıralama, sayma kompulsiyonları)
 2. Kontaminasyon (kirlenme/bulaş obsesyonları, temizleme kompulsiyonları)
 3. Yasak veya tabu düşünceler (cinsel, dini, saldırganlık/şiddet içeren, uğurlu uğursuz sayı)
 4. Saldırganlık/zarar vermedir.
- Pediatrik popülasyonu inceleyen çalışmalar erken çocuklukta başlayan OKB'de en sık karşılaşılan obsesyonların kontaminasyon ve saldırganlık/zarar verme; kompulsiyonların ise yıkama ve kontrol etme olduğunu bildirmiştir. Çalışmalarda erken başlangıçlı OKB; şiddeti yüksek hastalık ve sıklıkla çoklu semptom ile ilişkilendirilmiştir (Rajith ve Krishnakumar, 2022).
- Hastalık seyri genellikle kronik olup, stresli yaşam olaylarıyla ilişkili olarak dalgalı bir seyre sahiptir.

	DSM-5	ICD-11	Klinik Yorum
Tanım	Gelişimsel düzeye uygun olmayan, kültürel sınırları aşan ve aşırı samimi sosyal davranışlar	Belirgin bir şekilde ayırt etmeden ve sınır gözetmeden sergilenen, sınırsız sosyal yaklaşım davranışları	“Yabancı mı? Fark etmez!” yaklaşımı her iki sistemde ortak
Davranış Özellikleri	Yabancılarla çekinmeden yaklaşma, aşırı fiziksel yakınlık, sosyal sınırları ihlal	Yabancılarla karşı seçici olmayan yakınlık, uygunsuz samimiyet	Sosyal “fren” sisteminin devre dışı kalması
Başlangıç Dönemi	Belirtiler ≥ 9 aylık gelişimsel yaştan sonra, genellikle 5 yaş öncesi başlar.	1 yaşından sonra ortaya çıkar, tanı sadece çocuklarda konur.	Bağlanma sistemi gelişmeden tanı konulmaz.
Nedensel Faktör	Yetersiz bakım öyküsü (ihmal, sık bakıcı değişimi, kurum bakımı)	Ciddi düzeyde ihmal veya bakım eksikliği	“İlgisizlik altyapısı” olmadan tanı konmaz.
Bağ Kurma Özelliği	Seçici bağlanmanın gelişmemesi	Seçici bağlanma kuramama, aşırı yakınlık davranışı	DSM daha davranışsal, ICD bağlanma yapısına odaklı
Otizmle Ayırıcı Tanı	Otizm spektrum bozukluğu varsa dışlanmalı	Otizm dışlanmalı (örn. Asperger Sendromu)	Sosyal farklılık mı yoksa bağlanma sorunu mu?
Tanı Aracı	Klinik öykü + davranış gözlemi + bakım koşulları değerlendirilir.	Klinik değerlendirme + öykü + davranış örüntüsünün sürekliliği	Tanıda bağlam ve bakım öyküsü kilit rol oynar.

- anne depresyonu,
- evlat edinilmiş olma (Vasileva ve ark, 2018),
- yetimhanede yaşama (Carr ve ark, 2020),
- çocuğun istismar ve ihmal,
- bakım verenlerin ayrılık ya da boşanma süreci,
- terk edilme,
- bakım verenin ruhsal ve fiziksel hastalıkları (Hornor ve ark, 2019) olarak sıralanabilir.

	Risk Faktörü
Bakım Vereninin Yokluğu	Kurum bakımı Sık yer değiştirme Ebeveyn kaybı
Bakım Vereninin Yetersiz Desteği	Ruhsal sorunlar Madde kullanımı Aile içi şiddet Fiziksel hastalık Boşanma/ayrılık
İstismar/ihmal	Duygusal / fiziksel ihmal Cinsel / fiziksel istismar

Tablo 2 • DSM-5 Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması

Bozukluk	Açıklama
Uykusuzluk (İnsomnia) Bozukluğu	Uykuya dalmada ve/veya sürdürmede güçlük
Aşırı uykululuk (Hipersomnolans) Bozukluğu	Aşırı gündüz uykululuğu, uzun süren uyku atakları
Sirkadiyen Ritimle İlgili Uyku Bozuklukları	Uyku zamanlamasında biyolojik saat uyumsuzluğu
Narkolepsi	Ani uyku atakları + Katapleksi
Parasomniler	• NREM uykudan uyanma bozuklukları • Kâbus Bozukluğu • REM uyku davranışı bozukluğu
Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları	OSAS*, hipoventilasyon gibi.
Huzursuz Bacaklar Sendromu	Uykuda veya uyku-uyanıklık geçişlerinde bacak hareketleri.
Madde/ilacın tetiklediği uyku bozuklukları	Madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişen uyku bozukluğu

*OSAS: Obstrüktif uyku apnesi sendromu

- **Uyku günlükleri** sorunu ortaya koymada yararlı bir araçtır.
- Çocuğun yatağa gidiş saati, ne kadar zaman içinde uykuya daldığı, gece uyanma sıklığı ve süresi, gündüz şekerlemelerinin zamanı ve süreleri, sabah uyanma saati ve toplam uyku süresinin kayıtları bu günlükte ortaya konur.

Polisomnografi

- Polisomnografi (PSG), uyku bozukluklarının tanısında altın standart yöntem olarak kabul edilir.
- EEG (Elektroensefalogram), EOG (Elektrookulogram), EMG (Elektromiyografi), EKG (Elektrokardiyogram), solunum parametreleri (hava akımı, solunum eforu, SpO₂), bacak hareketleri, vücut pozisyonu ve horlama kayıtları ile uykunun evreleri, arousal olayları ve solunumsal/motor bozukluklar değerlendirilir.
- Çocuklarda solunumsal olay tanımları ve eşikler erişkinden farklıdır. 2023 Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi güncellemesinde çocuklar için PSG ve MSLT (Çoklu Uyku Latans Testi) protokolleri yeniden düzenlenmiştir (Maski ve ark, 2024).
- Şüpheli obstrüktif uyku apnesi olan çocuklarda laboratuvar PSG ilk tercih olarak önerilir (Trosman ve ark, 2013).

Değerlendirme Ölçekleri

- Uyku sorunlarını değerlendirmede kullanılan ölçekler ve anketlerden Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (CSHQ)'nin (Owens ve ark, 2000), Türkçe geçerlilik çalışması Fiş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Fiş ve ark, 2010).
- Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeği (SDSC), Çocuklar ve Ergenler İçin Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS-CHAD), Pediatrik Gündüz Uykululuk Ölçeği (PDSS), Çocuklarda Uykusuzluk Şiddeti İndeksi (CISI), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi – Ergen Versiyonu (PSQI-A) ve BEARS tarama aracı çocuk ve ergen popülasyonda uyku-uyanıklık bozukluklarının **tarama**, **tanısal destek** ve **şiddet/etki düzeyini ölçme** amaçlı değerlendirilmesinde kullanılabilir (Baddam ve ark, 2024).

Güvenlik Önlemleri

- Alarm sistemi düzenlemek
- Kapıları güvence altına almak
- Kesici aletleri uzaklaştırılması
- Keskin yerlerin kapatılması
- Pencerelerin engelle veya örtüyle kapatılması
- Ateşli silahların ve ilaçların kilitlenmesi
- Yatak yerinin zeminle hizalanması (Baroni ve Anders, 2018).

Kâbus Bozukluğu Tedavisi

- Nadir görülen kabuslarda özgül bir tedaviye gerek yoktur.
- Çocuğu korkutucu içerikli görüntülerden (video, televizyon, internet vb.) uzak tutmak, stresörlerini azaltmak, uyku hijyenini sağlamak önemlidir.
- Çocuğun kâbus sonrasında daha kolay uykuya dalması için gece lambası, güvenlik objesi kullanılabilir.
- Tekrarlayan kabuslarda psikiyatrik ve fiziksel durumlar dışlanması sonrasında kâbus içeriğinin paylaşılarak daha az korkutucu bir sona bağlanması, gevşeme egzersizleri önerilebilir (El-Solh, 2018; Kılınçaslan ve Perdahlı Fiş, 2023).

SOLUNUM İLE İLİŞKİLİ UYKU BOZUKLUKLARI

Tanım

Bu grup, uyku sırasında solunumda meydana gelen anormal duraklamalar ya da azalmalarla karakterizedir. Solunumla ilişkili bu bozukluklar genellikle **oksijen satürasyonunda düşme, karbondioksit artışı ve uyku bütünlüğünün bozulmasıyla** sonuçlanır. En sık görüleni **obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS)** olmak üzere, farklı tipleri bulunmaktadır. OSAS, uyku sırasında üst hava yolunun tekrarlayan tıkanması, horlama, nefes durması (apne), gasping ve sık uyanma ile karakterizedir. Gündüz belirtileri; yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, hiperaktivite (özellikle küçük çocuklarda), sabah baş ağrısı şeklinde gözlenebilir. Davranış sorunları ve okul performansında düşüş görülebilir. Altın standart tanı yöntemi **polisomnografi (PSG)**'dir.

Not: Solunumla ilişkili uyku bozuklukları tedavi edilmezse, **kardiyovasküler sorunlar, bilişsel gerilik ve davranışsal bozukluklarla** sonuçlanabilir.

Epidemiyoloji

- Çocuklarda OSAS prevalansı %1-5 arasında değişir.
- **Adenotonsiller hipertrofi**, çocukluk dönemindeki en yaygın nedenidir (Gulotta ve ark, 2019).
- Obezite, nöromusküler hastalıklar ve genetik sendromlar risk faktörüdür. Erkek çocuklarda biraz daha sık görülür.

Tedavi

- Adenotonsillektomi çocuklarda OSAS için birinci basamak tedavidir.
- Tedavi genellikle davranışsal sorunlar ve bilişsel işlevlerde iyileşme sağlar.
- Hafif olgularda, nazal steroidler alternatif olarak değerlendirilebilir (Marcus ve ark, 2012).

- Bu durum **zihinsel yetersizlik** tanısı almış çocuklarda, **otizm spektrum bozukluğu** gibi belirli duyuşal ihtiyaçları olan çocuklarda görülmekle birlikte normal gelişim gösteren çocuklarda da gözlenebilmektedir.
- **Keşif davranışı, kendini uyarma** veya **duyuşal geri bildirim arayışı**, kendi kendini yatıştırma ihtiyacı ve beslenme yetersizlikleri pika gelişiminde rol oynayan başlıca faktörlerdir (Bryant-Waugh, 2019).

DSM-5'e Göre Pika Tanı Kriterleri

- En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. entelektüel yeti yitimi [entelektüel gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Pika için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır (APA, 2013).

Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

- Geri çıkarma bir diğer adıyla “Ruminasyon Bozukluğu”, daha önce yutulmuş olan gıdanın istemli olarak ağza geri getirilmesi, yeniden çiğnenmesi ve ardından tekrar yutulması veya tükürülmesi ile karakterize edilen bir yeme bozukluğudur.
- Bu durum, gastroözofageal reflü hastalığı veya primer tıbbi nedenlere bağlı kusma gibi organik patolojilerden ayırt edilmelidir.
- Geri çıkarma davranışı sıklıkla stres, anksiyete veya çevresel stresörlere yanıt olarak ortaya çıkmakta ve zamanla alışkanlık haline dönüşebilmektedir.
- İstismar veya ihmale uğramış çocuklarda daha sık gözlenmekle birlikte, normal gelişim gösteren çocuklarda da görülebilmektedir (Bryant-Waugh, 2019).

DSM-5'e Göre Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu Tanı Kriterleri

- En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
- Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözofageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
- Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırıcısına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. entelektüel yeti yitimi [entelektüel gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır (APA, 2013).

Gidiş ve Sonlanım

- KOKGB olan ergenler, akranlarına kıyasla **birden fazla yaşam alanında daha fazla işlevsel bozulma** yaşarlar.
- KOKGB, aynı zamanda **aile (ebeveynler ve kardeşlerle olan ilişkiler), okul ortamı ve akran ilişkileri gibi çeşitli sosyal ortamlarda da sosyal işlev bozukluğu** ile ilişkilidir (Greene ve ark, 2002).
- Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, özellikle çocukluk çağına başlayan davranım bozukluğu için zemin hazırlamaktadır. Ancak bu durum, karşıt olma karşı gelme bozukluğuna sahip tüm çocukların ileride davranım bozukluğu geliştireceği anlamına **gelmemektedir!**
- Karşıt olma karşı gelme bozukluğundaki **inatçı, tartışmacı ve kindar olma** belirtileri, daha çok **davranım bozukluğu** gelişme riskini taşıırken; **öfke ve iritabl (sinirli) ruh hali** belirtileri ise daha çok **duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları** için risk oluşturmaktadır.

Tedavi

- KOKGB'de işlevsellikteki bozulma belirgin olduğu için müdahale mümkün olduğunca erken başlatılmalıdır.
- Ebeveynlik becerilerine, öğretmenlerin sınıf içi yönetimine ve çocuğun bilişsel davranışçı becerilerine odaklanan davranışsal müdahaleler, farklı yaş gruplarında karşı gelme davranışlarını azaltmada umut verici sonuçlar ortaya koymuştur.
- Müdahaleler arasında en güçlü bilimsel kanıta sahip olan müdahale, **ebeveynlik odaklı müdahaleler** olup **birincil yaklaşım olarak önerilmektedir.**
- KOKGB için spesifik bir psikofarmakolojik tedavi bulunmamaktadır (NICE, 2013).
- Karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan bir çocuğun **saldırganlığı psikososyal yöntemlerle kontrol altına alınamadığında**, tedavi süreci özellikle **saldırganlık ve duygudurum düzenleme güçlükleri** alanlarında daha iyi sonuçlar elde edebilmek için **farmakoterapi (ilaç tedavisi) ile desteklenebilir.**
- Farmakoterapi ilk seçenek ise, **komorbid bozuklukların tedavisidir.** Eğer saldırganlık durumu yine kontrol altına alınamıyorsa, **atipik antipsikotik ilaçlar** tedaviye eklenebilir (Masi ve ark, 2016).



Örnek Reçete: Aripiprazol 5 mg tb, s:1x0,5 tb

ARALIKLI PATLAYICI BOZUKLUK

- Aralıklı patlayıcı bozukluk (APB), sık görülen **dürtüsel öfke patlamaları veya saldırganlıkla karakterize** edilen bir durumdur.
- Bu öfke nöbetleri, onları tetikleyen duruma kıyasla **orantısızdır** ve kişinin işlevselliğinde önemli düzeyde sıkıntıya neden olur.
- Aralıklı patlayıcı bozukluğu olan bireyler, **hayal kırıklığına ve zorluklara karşı düşük tolerans** düzeyine sahiptir.
- Öfke patlamaları dışında, davranışları genellikle normal ve uygundur. Bu öfke nöbetleri; sözlü tartışmalar ya da fiziksel kavgalar veya saldırganlık şeklinde ortaya çıkabilir.

Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-5 TR'ye göre tanı ölçütleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Kleptomani
A. Kişisel kullanım için ya da parasal değeri açısından gereksinilmeyen nesneleri çalma dürtülerine karşı, yineler biçimde, karşı koyamama
B. Çalmaya yeltenmeden hemen önce giderek artan bir gerginlik duyma
C. Çalma eylemi sırasında haz alma, sevinç duyma ya da rahatlama
D. Çalma eylemi, öfke göstermek ya da intikam almak için yapılmıyordur ve bu eylem bir sanrı ya da varsanıya karşı bir tepki değildir.
E. Çalma davranışı, davranım bozukluğu, mani dönemi ya da antisosyal kişilik bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.
(APA, 2022)

Epidemiyoloji

- Genel popülasyonda kleptomani görülme sıklığı oldukça düşüktür ve yaklaşık %0,3-%0,6 arasında olduğu tahmin edilmektedir.
- Amerika Birleşik Devletleri'nde tutuklanan hırsızların yaklaşık %4-%24'ünün kleptomani hastası olduğu bildirilmektedir. Ancak çocuk ve ergenlerde gerçek yaygınlık bilinmemektedir.
- Bu durum, çalma davranışının gizlenmesi, dükkân sahiplerinin polise başvurmamaları, ebeveynlerin durumu bildirmemesi veya kleptomani tanısının yerine davranım bozukluğu gibi diğer tanıların konulması ile ilişkilidir (Zhang ve ark., 2018).
- Kleptomani kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir ve en sık antisosyal ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olanlarda görülür (Çalıyurt, 2009).

Etiyoloji

- Kleptomaninin etiyolojisi ve patogenezi belirsizliğini korumakla birlikte etiyolojisinde genetik, biyolojik, ailesel ve çevresel faktörler gibi çok sayıda etkenin bir arada rol oynadığı düşünülmektedir.
- Kleptomani hastalarının birinci derece akrabalarında genellikle çeşitli ruhsal bozukluklar veya kişilik bozuklukları görülmektedir. Genel nüfusla kıyaslandığında, kleptomani tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarında duygudurum bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu gibi tanılara daha sık rastlanmaktadır (Grant, 2003).
- Serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin düzensizliği, dürtü kontrolü ve ödül işleme sistemlerini etkileyerek kleptomaniye yol açabilir. Serotonin seviyelerinin düşük olması, dürtüsel davranışların artmasına neden olabilirken, dopaminin aşırı aktivasyonu da ödül arayışını ve dolayısıyla hırsızlık gibi davranışları tetikleyebilir.
- Yine beyin opioid sistemi de bu davranışları etkileyebilir ve bu sistemdeki dengesizlikler, bireylerin hırsızlık gibi davranışlara yönelmelerine neden olabilir (Brewer ve Potenza, 2008).
- Kleptomani tanısı alan bireylerin aile dinamikleri incelendiğinde, önemli bir oranda boşanmış veya yeniden evlenmiş ebeveynlerin çocukları oldukları; gelişim süreçlerinde duygusal gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı dikkat çekmektedir. Psikodinamik

- SSS depresanları bir klor kanalı olan GABA-A reseptörü üzerinden etki gösterir. Reseptör üzerine agonistik etki göstererek klor salınımını arttırarak baskılayıcı etkileri ortaya çıkarmaktadırlar.
- Genel etkileri itibariyle anksiyeteyi azaltır, uykuyu arttırmırlar. Yüksek dozlarda somnolans, koma ve ölüme giden bir tablo oluşturabilmektedirler.
- Yoksunlukları pek çok maddeye göre daha ölümcül riskler oluşturabileceği için bu maddelerin azaltılması ve bırakılması daha çok dikkat ve medikal takip gerektirmektedir.
- Alkol ve barbitüratlar, benzodiazepinlere göre daha fazla sosyal disinhibisyon ve iritabilite oluşturabilmektedir.

■ Stimülanlar

- Kokain, amfetamin tuzları, metamfetamin gibi maddeleri içeren sınıftır. Kafein de bir stimülan ajan olup bu sınıftaki diğer maddelerden farklı mekanizmalar ile etki göstermektedir.
- Genellikle etkilerini dopamin, nöroepinefrin gibi nörotransmitterlerin salınımlarını arttırarak veya nöronlara geri alımını baskılayarak gösterirler.
- Dikkat, enerji artışı, uyku miktarı ve ihtiyacında azalma, öfori ve iritabilite gibi etkileri bulunmaktadır. Erken dönemde, kullanan kişiler işlevselliklerinde görece artış bildirebilmektedirler.
- Yüksek dozlarda kardiyovasküler olaylar ve psikotik yaşantılar için artmış risk bildirilmektedir. Stimülan kullanımının yeterli miktar ve süreye ulaştığı durumlarda sağlıklı bireylerde bile psikoza neden olabileceği bilinmelidir.
- Metamfetaminde daha belirgin olmakla birlikte stimülan kullanımının cilt üzerine olumsuz etkileri bildirilmektedir. Ciltte erken yaşlanma ve nodüller oluşumuna yol açabilmektedir.
- Kokain genellikle nazal yolla kullanılır, bununla birlikte sigara ile inhalasyon veya intravenöz kullanımlar da bildirilmektedir.
- Metamfetamin özellikle pipe denilen bir alet kullanılarak inhalasyon şeklinde kullanılmakla birlikte intravenöz kullanımları da bildirilmiştir.
- 3,4-Metilendioksimetamfetamin (MDMA) yani sokak adıyla ekstazi olarak adlandırılan madde stimülan özellikler göstermekle birlikte aynı zamanda serotonerjik etkisi itibariyle halüsinojenler içerisinde de yer almaktadır. Etki olarak iki sınıfla da benzeşmektedir.

■ Halüsinojenler

- Psilosibin, LSD, meskalin gibi maddeler bu sınıftadır.
- Etkilerini çoğunlukla 5HT-2A reseptörleri üzerindeki agonistik etkileri ile gösterirler.
- Algıda değişiklikler, psödohalüsinatuar yaşantılar, başka bir alemde yaşıyormuş gibi ve beden dışı yaşantı hissi şeklinde etkiler gösterebilmektedirler.
- Ülkemizde daha düşük sıklıkta bildirilmektedirler. Daha düşük oranda bağımlılık bildirilmektedir. Fiziksel bir yoksunluk veya çekilme belirtisi nadirdir.
- Ketamin ve fensiklidin gibi ajanlar da kimi zaman halüsinojenler sınıfına alınmakta olup disosiyatif hipnotikler olarak da isimlendirilmektedirler. NMDA reseptör antagonizması üzerinden etkilerini gösterirler.

■ Uçucular

- Solunum yoluyla alınan uçucu kimyasallar bu sınıftadır. Nitröz oksit gibi medikal alanda kullanılan ajanları ve yapıştırıcılar, benzin ürünleri, tiner gibi çözücülerde veya çakmak gazı gibi ürünlerde bulunan toluen, ksilen, aseton, propan, butan gibi maddeleri içerir.

Çocuk ve Ergenlerde Madde Aşermesi Tedavisinde Kullanılan Psikofarmakolojik Ajanlar

Psikofarmakolojik Ajan	Kullanım Alanı / Madde Türü	Açıklama
Naltrekson	Alkol, opioid	Aşermeyi azaltmak amacıyla kullanılır; opioid reseptör antagonizması üzerinden etkisi görülür. Ergenlerde alkol kullanım bozukluğunda aşermeyi azaltmak amacıyla araştırılmış ve tolere edilebilir bulunmuştur (Carpenter ve ark, 2022).
Akamprosot	Alkol	Glutamaterjik sistem üzerinden etkisini gösterir; relapsı önlemeye yardımcı olur.
Bupropion	Nikotin, amfetamin (bazı durumlarda)	Dopamin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür; aşermeyi azaltmada kullanılır.
Vareniklin	Nikotin	Parsiyel nikotinik reseptör agonistidir; sigara bırakma tedavisinde kullanılır.
Metadon / Buprenorfin	Opioid bağımlılığı	Yerine koyma tedavisi amacıyla kontrollü dozlarda kullanılır.
Topiramat	Alkol, kokain (off-label)	GABA ve glutamat sistemleri üzerinden etki ederek aşermeyi azaltabilir.
N-Asetilsistein (NAC)	Kannabis, kokain (erken dönem çalışmalarda)	Glutamat modülasyonu üzerinden etki eder; aşermeyi azaltmada umut verici bulgular bulunmakla birlikte, etkinliğine dair sonuçlar tutarsızdır (Cuocina ve ark, 2024; Duailibi ve ark, 2017).
SSRI / SNRI	Eşlik eden depresyon, anksiyete bozukluğu	Doğrudan aşermeyi azaltmak için değil, eşlik eden psikiyatrik durumları yönetmek için kullanılır.
Antipsikotikler (örneğin risperidon, aripiprazo, ketiapiin)	Aşerme, eşlik eden psikotik bulgular	Tedavide dikkatli kullanılması gerekir.

Çocuk ve Ergenlerde Ayaktan Tedavi Yaklaşımları

- Ülkemizde madde bağımlılığının ayaktan tedavisi için başvurular sağlık kuruluşunun çalışma sistemine göre randevusuz ya da randevulu olarak planlanabilir.
- Başvuru sonrası hem aileden hem de çocuktan yazılı onam alınmaktadır.
- İlk başvuruda kapsamlı bir kan tahlili değerlendirmesi ve idrar toksikolojisi bakılır (Tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, viral seroloji, HIV, HCV gibi).
- İlk görüşme ve değerlendirmede ön planda, fiziksel durumlarının belirlenmesi, ruhsal eş tanıların değerlendirilmesi ve farmakoterapinin düzenlenmesi hedeflenir.
- Bir sonraki takip görüşmesi hastanın durumuna göre genellikle en geç bir hafta içinde planlanır. Kontrolde idrar toksikolojisi değerlendirilir ve psikoterapötik/psikososyal müdahalelere başlanır.
- Takip görüşmeleri sıklığı genellikle ilk başta haftalık olarak başlanır ve zaman ilerledikçe hastanın takip ihtiyacı da göz önünde bulundurularak arası açılır.

Eş Tanı

İnternet bağımlılığı olan ergenlerde bağımlılığı olmayan ergenlere kıyasla yaklaşık **4 kat daha fazla komorbidite** görülmektedir.

Literatürde İOOB komorbidite araştırmalarında en yüksek ilişki saptanan bozukluklar:

1. DEHB
2. Majör depresyon
3. Sosyal fobi (Gonzalez ve ark, 2018)



*Çocuk ve ergenlerde davranışsal bağımlılıkları değerlendirirken eş tanıları saptamak, daha kapsamlı bir anlayış, etkili tedavi planlaması, doğru prognoz tahmini ve bütüncül bir yaklaşım için şarttır.

Çocuk ve ergenlerde davranışsal bağımlılıkların yol açabildiği durumlar: (Li ve ark, 2020)

- Akademik başarısızlık
- Uyku bozuklukları
- Kişilerarası ilişki problemleri
- Aile içi çatışmalar
- Fiziksel sağlık sorunları
- Yalnızlık
- İntihar düşünceler
- Agresyon
- Depresyon
- Sosyal geri çekilme
- Dissosiyatif deneyimler
- Siber suçlar

Prognoz

Olumlu Prognostik Faktörler	Olumsuz Prognostik Faktörler
• Erken tanı ve müdahale • Güçlü aile desteği ve olumlu aile ilişkileri • Yüksek öz saygı ve duygusal düzenleme becerileri • Sağlıklı akran ilişkileri ve sosyal destek ağı • Akademik başarı ve okula bağlılık • Eş tanı olarak başka psikiyatrik bozukluğun olmaması veya tedavi edilmesi • Tedaviye uyum ve motivasyon • Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları (spor, hobiler vb.) • Tedavi sürecinde tutarlı ve uzun süreli destek	• Geç tanı ve müdahalede gecikme • Ailede bağımlılık öyküsü, aile içi çatışmalar veya istismar • Düşük öz saygı, yetersiz duygusal düzenleme becerileri • Olumsuz akran etkisi, sosyal izolasyon veya dışlanma • Akademik başarısızlık, okuldan uzaklaşma veya okul sorunları • Eş tanı olarak tedavi edilmeyen psikiyatrik bozuklukların varlığı (örn., DEHB, depresyon, anksiyete) • Tedaviye uyumsuzluk veya düşük motivasyon • Madde kullanımı veya diğer riskli davranışlar • Tedavi sürecinde kesintiler olması veya yetersiz destek
(Efrati, 2023)	

hem de Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) ile düzenlenmiştir. Sağlık, eğitim ve sosyal hizmet alanında çalışan profesyoneller için bu yükümlülük ihmal edilemez bir görevdir.

Türk Ceza Kanunu'nda Çocuklara Yönelik Suçlar		
TCK Maddesi	Suç Tanımı	Öngörülen Ceza
Madde 103	Çocuğun cinsel istismarı suçtur.	En az 8 yıl hapis, suçun basit (nitelsiz) veya nitelikli oluşuna ve çocuğun yaşına göre ceza artar.
Madde 232	Kötü muamele (fiziksel/duygusal istismar)	2 aydan 3 yıla kadar hapis
Madde 233	Bakım ve gözetim yükümlülüğünü ihmal	1 yıla kadar hapis
Madde 96	Eziyet (sistemik şiddet, zincirleme zarar)	2 yıldan 5 yıla kadar hapis
Madde 279	Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi	6 aydan 2 yıla kadar hapis
Madde 280	Sağlık personelinin bildirim yükümlülüğü	1 yıla kadar hapis

TCK 280, sağlık çalışanları için doğrudan sorumluluk doğurur. Tanı koymak zorunlu değildir; şüphe bildirim için yeterlidir.

Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK - 5395 Sayılı):

- Risk altındaki çocukların tespiti, korunması ve sosyal hizmet müdahalesinin sağlanmasına yönelik esasları belirler.
- Hâkim kararıyla çocuğun bakım tedbiri, danışmanlık tedbiri, sağlık tedbiri gibi uygulamalarla korunması sağlanır.

Bildirim Yükümlülüğü – Kim, Ne Zaman, Nasıl?

Bildirimin Hukuki Dayanağı:

- TCK Madde 279: Kamu görevlilerinin suça ilişkin bilgiyi bildirmemesi suçtur. Sağlık çalışanı, öğretmen gibi meslek grupları istismar şüphesini adli makamlara bildirmekle yükümlüdür. Bildirmeyen kamu görevlisine ceza verilir.
- TCK Madde 280: Sağlık mesleği mensubunun suça ilişkin bilgiyi bildirmemesi hâlinde cezai yaptırım uygulanır.

Bildirimi Zorunlu Meslek Grupları:

- Sağlık çalışanları (doktor, hemşire, psikolog, ebe)
- Öğretmenler, okul rehber personeli
- Sosyal hizmet uzmanları
- Kolluk kuvvetleri ve kamu görevlileri

Bildirim Nereye Yapılır?

Bildirim, çocuğun kendisi, ailesi, bir yakını ya da istismardan kuşkulanan diğer kişilerce doğrudan,

- Cumhuriyet Savcılığına,
- Kolluk Kuvvetlerine,
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının İl Müdürlüklerine (ASPİM)

0–15 Yaş Grubu

- Bu yaş grubunda sağır ve dilsiz çocukların ceza sorumluluğu **bulunmaz**.
- TCK 31/1 maddesi uygulanır.
- Algı ve yönlendirme yetileri araştırılmaz; kusurluluk yok sayılır.

15–18 Yaş Grubu

- Bu gruptaki sağır ve dilsiz çocukların ceza sorumluluğu, **algılama ve yönlendirme yetilerinin varlığına bağlıdır**.
- TCK 31/2 hükmü kıyasen uygulanır.
- Adli psikiyatrik değerlendirme **zorunludur**.

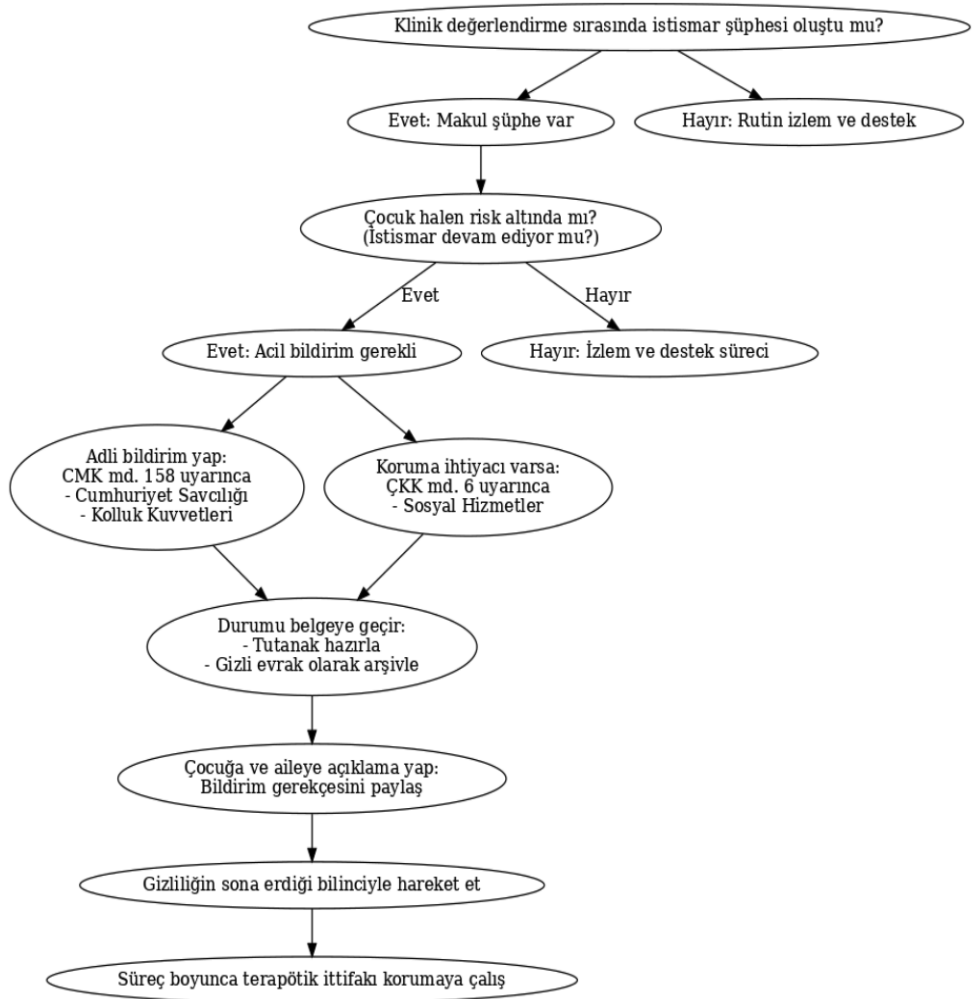
18–21 Yaş Grubu

- Bu gruptaki sağır ve dilsiz bireylerin ceza sorumluluğu **vardır**.
- Ancak sağır ve dilsizlik durumu nedeniyle **ceza sorumluluğu azaltılmış sayılır**.
- TCK 31/3 maddesi hükümleri uygulanır; cezada indirim yapılabilir.

Ceza Sorumluluğu Değerlendirilirken Dikkat Edilmesi Gereken Temel Unsurlar

1. **Takvim Yaşı:** TCK 31 ve 33'e göre çocuğun ceza sorumluluğu, işlenen fiilin tarihi itibarıyla takvim yaşına göre belirlenir. Yaşa göre sorumluluk yok, koşullu veya tam olabilir.
2. **Fiilin Hukuki Anlam ve Sonuçlarını Algılayabilme Yetisi (HAS):** Çocuğun, eylemin hukuka aykırı, zarar verici ve cezai sonuç doğurabilecek bir fiil olduğunu kavrayıp kavrayamadığı değerlendirilir. Bu yeti, yalnızca bilgi düzeyi ile ilgili değil, kavramsal farkındalık, neden-sonuç ilişkisi kurma ve sosyal yargı kapasitesi içerir.
3. **Davranışlarını Yönlendirme Yetisi (DYY):** Çocuğun, eylemini planlayıp durdurabilme, dürtülerini kontrol edebilme ve alternatif davranışları seçebilme yeteneğidir. Gelişimsel bozukluklar (DEHB, OSB, entelektüel yeti yitimi) ve dürtüsellik bu yetiyi olumsuz etkileyebilir.
4. **Bilişsel Gelişim ve Zeka Düzeyi:** Zihinsel kapasite (IQ) HAS ve DYY'nin temeli olup, tek başına belirleyici değildir. WISC-R/WISC-IV gibi araçlarla desteklenerek değerlendirilmelidir.
5. **Psikiyatrik Tanı ve Klinik Süreç:** Ruhsal bozukluk tanısı geçmiş ve şimdi için değerlendirilmeli; tedavisiz kalmış psikopatolojiler veya geçmiş psikiyatrik tedavi süreci öyküsü mutlaka dikkate alınmalıdır. Psikiyatrik belirtilerin fiil anında aktif olup olmadığı sorgulanmalıdır.
6. **Akademik ve Disiplin Geçmişi:** Çocuğun okul başarı düzeyi, öğrenme güçlüğü varlığı, disiplin cezaları ve okul ortamındaki davranış örüntüsü değerlendirilmelidir.
7. **Madde Kullanım Öyküsü:** Sigara, alkol ve özellikle yasa dışı madde kullanımı, çocuğun yargılama yetilerini bozabileceği için değerlendirmeye dahil edilmelidir. Fiil sırasında madde etkisi olup olmadığı ayrıca sorgulanmalıdır. İrade dışı kullanım TCK 34 kapsamında değerlendirilebilir.
8. **Eylemin Özellikleri ve Suçun Niteliği:** Fiilin planlı mı dürtüsel mi olduğu, çocuğun suçta yaklaşımı, niyeti, tekrar edip etmediği, suçu tek başına mı yoksa akranlarıyla mı işlediği gibi bilgiler değerlendirilmelidir.
9. **Sosyal Destek ve Aile Dinamikleri:** Çocuğun bakım verenleriyle ilişkisi, ebeveynlerin ruhsal durumu ve ebeveyn-çocuk etkileşiminin kalitesi, tek ebeveynli ya da parçalanmış aile yapısı, istismar ya da ihmal öyküsü gibi faktörler dikkate alınmalıdır.
10. **Toplumsal ve Kültürel Bağlam:** Çocuğun içinde yaşadığı sosyal çevrenin suça, cezaevine, şiddete veya madde kullanımına bakışı, model aldığı figürler değerlendirilmelidir.

- Makul şüphe mevcutsa ve çocuk halen risk **altındaysa**, **acil adli bildirim** gereklidir.
- Bildirim, **Ceza Muhakemesi Kanunu md. 158** uyarınca **Cumhuriyet Başsavcılığına** veya **kolluk kuvvetlerine**, ayrıca Çocuk Koruma Kanunu md. 6 uyarınca **Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına** yapılmalıdır.
- Bildirim öncesi durumun **tutanakla belgelenmesi** ve **hastane arşivine gizli evrak olarak kaydedilmesi**, sağlık çalışanının hukuki sorumluluğunu destekleyici niteliktedir.
- Bildirim sürecinde, çocuğa ve ebeveyne gerekçelerin açıklanması; **gizlilik yükümlülüğünün bu durumda sona erdiğinin** ifade edilmesi, terapötik ilişkinin devamlılığı açısından önemlidir.
- Klinik ekip, bildirim sürecini çocuk lehine yönetmeli; bildirimin koruyucu işlevi konusunda açık iletişim kurarak süreci şeffaflaştırmalıdır.
- Bu süreçte en temel ilke, çocuğun yüksek yararını gözetmek ve mevcut ya da potansiyel zararı önlemeye yönelik **proaktif sorumluluk** almaktır.



- **Plazma Konsantrasyonu (Cp):** Plazmadaki birim hacim başına düşen ilaç miktarı. Emilen ilaç dozunun dağılım hacmine oranlanması ile elde edilir.
- **Dağılım Hacmi (Vd):** İlacın emilim gösterdikten sonra dağıldığı varsayılan hacim.
- **Tepe Plazma Konsantrasyonu (Cmax):** Plazmada ulaşılan en yüksek ilaç konsantrasyonu.
- **Tmax:** İlacın verilmesinden Cmax'a ulaşmasına kadar geçen süre.
- **Presistemik Eliminasyon:** İlacın emildikten sonra sistemik dolaşıma ulaşmadan önce karaciğerde metabolize olması. İlk geçiş etkisi terimiyle büyük ölçüde benzer anlamda kullanılmaktadır. Asenapin, propranolol ve nalokson belirgin presistemik eliminasyona uğrayan ilaçlardan bazılarıdır.
- **Biyoyararlanım:** Uygulanan ilacın sistemik dolaşıma ulaşabilen miktarının oranı. 0 ila 1 arasında skorlanır. 1 tam biyoyararlanımdır ve intravenöz (IV) uygulama için karakteristiktir.
- **Klirens (CL):** Birim zamanda plazmadan temizlenen ilaç hacmi.
- **Eliminasyon Yarı Ömrü ($t_{1/2}$):** İlacın plazma konsantrasyonun yarıya düşmesi için gereken süre. Vd ile doğru; CL ile ters orantılıdır.

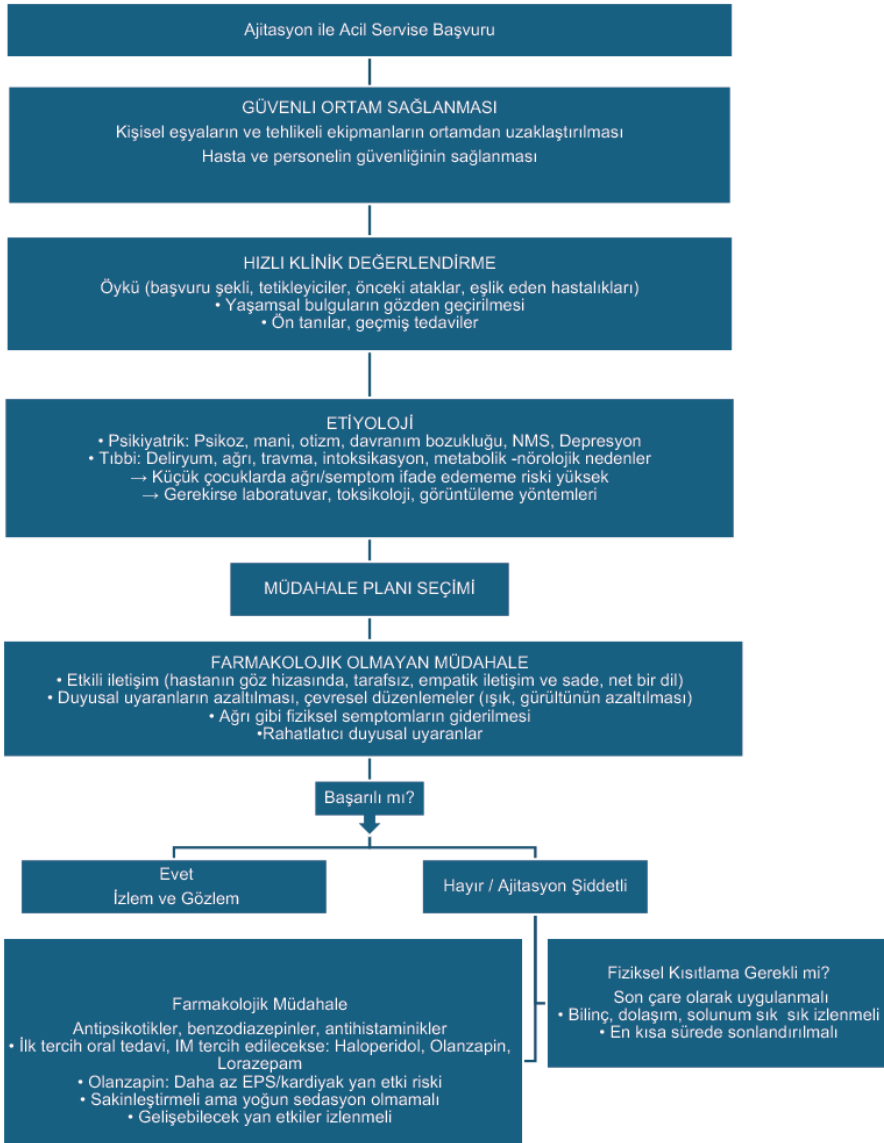
Tablo 2 • Bazı Psikotrop İlaçların Eliminasyon Yarı Ömürleri (Taylor ve ark, 2018; Schatzberg & Nemeroff, 2024; Oesterheld ve ark, 2018)

İlaç Grubu	İlaç Adı	$t_{1/2}$
ANTİPSİKOTİKLER	Risperidon	3-20 saat
	Ketiapin	7 saat
	Ziprasidon	6-7 saat
	Klozapin	12 saat
	Amisülprid	12 saat
	Haloperidol	12-38 saat
	Lurasidon	18 saat
	Asenapin	24 saat
	Paliperidon	21-30 saat
	Olanzapin	30-31 saat
	Aripiprazol	55-72 saat
	Brekspiprazol	52-92 saat
ANTİDEPRESANLAR	Paroksetin	15-20 saat
	Fluvoksamin	9-22 saat
	Sertralin	26 saat
	Essitalopram	27-32 saat
	Sitalopram	35 saat
	Fluoksetin	2-3 gün (aktif metaboliti ile birlikte 2 haftaya kadar uzayabilir)
	Mirtazapin	20-30 saat
DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİLER	Lityum	18-24 saat
	Valproik Asit	16-18 saat
	Karbamazepin	26 saat (tek kullanımda 65 saate kadar uzayabileceği gibi tekrarlayan kullanımlarda 12 saate kadar düşebilir)

Etiyoloji

- Etiyolojiyi bulmak tedavi planını belirlemek için önemlidir. Örneğin otizmlı bir çocukta ajitasyonun nedeni duyuşsal hassasiyet olabilir ve tedavisi duyuşsal uyarınları ortadan kaldırılmasıdır.
- Özellikle küçük çocuklar, fiziksel ya da nörogelişimsel güçlükleri olan çocuklar, ağrıyı ya da bedensel semptomları ifade edemeyebilirler. Bu çocuklarda fiziksel şikayetlerin dışavurumu ajitasyon ile olabilir.
- Etiyolojiyi belirlemek ve ayırıcı tanıyı yapmak için fizik muayene, gerekli durumlarda laboratuvar tetkikleri, toksikoloji testleri ve görüntüleme yöntemleri yapılmalıdır (Gerson ve ark, 2018).

Ajitasyon ile Gelen Hastaya Yaklaşım



Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ



ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...

0505 734 13 13

