

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



HEMŞİRELİK/RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

*HEM401-Çocuk ve Ergenlerde Görülen
Ruhsal Bozukluklar*

Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

Çocuk ve Ergenlerde Görülen Ruhsal Bozukluklar

*HEM401-Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği*

Hafta-13



Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Nedir?

- Çocuk ve ergen ruh sağlığı, optimal psikolojik işlevselliğe ulaşma ve bu işlevselliği koruyabilme kapasitesidir.



Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığının Önemi

- Çocukluk döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunlar erişkin dönemde devam eden yıkımlar yaratır.
- Bu nedenle özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde etkin ruh sağlığı vakasimleri planlayabilmek çok önemlidir.



- Ruhsal hastalığı tedavi etmek pahalı olabilir, fakat ruhsal hastalığı tedavisiz bırakmak bir ülke için karşılanamayacak kadar masraflı ve lükstür.



- Ruhsal hastalık yaşıyan çocuk ve ergenler uygun tedavi ve destek almadıkları sürece sorunları devam edecek ve bu durum onların sosyal, eğitimsel ve mesleki geleceklerini tehlikeye sokacaktır.
- Bu da aile için ek maddi yük ve toplum için üretim kaybı anlamına gelmektedir



- Epidemiyolojik alışma verilerinden yola çıkarak ülkemizde ruh sağlığı sorunları yaşayan ocuk ve ergen sayısının **5 milyonun üzerinde** olduğu tahmin edilebilir.



- Yapılan çalışmalarda öz kıyım dşnesi, planı ve girişimlerinin başlangıcının geç ergenlik ve yirmili yaşların başlarında en st düzeye ulaştığı bildirilmektedir.



OTİZM?

- Otizm ilk kez 1980’de resmi sınıflama sistemleri, DSM-III’te yerini aldı.
- 1994’te DSM-IV “Yaygın gelişimsel bozukluk” başlığını kullandı.
- DSM-IV ,otistik bozukluk, asperger bozukluğu, dezintegratif bozukluk ,Rett bozukluğu ve BTA-YGB’den söz etti.



Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

- Doğuştan ya da erken çocukluk döneminde başlayan,
- içinde bulunduğu dönemi ve çocuğun daha sonraki gelişimini birçok yönü ile ve
- önemli derecede olumsuz etkileyen bozukluklardır.



- Dil,
- uyum davranışları,
- iletişim ve sosyal beceriler,
- bilişsel gelişim etkilenir.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2000 yılında yayımladığı kılavuza göre (DSM-IV-TR), otizm spektrum bozukluğu kapsamında beş ayrı kategori yer almaktadır:

- Otizm (Otistik bozukluk)
- Asperger sendromu
- Çocukluk dezente gratif bozukluğu (Heller bozukluğu)
- Rett sendromu
- Atipik otizm (Başka türlü adlandırılmayan otistik/yaygın gelişimsel bozukluk)



Otistik Bozukluk



- Otizm;
- Kısıtlanmış ve yineleyen davranış örüntüleri,
- toplumsallaşmada,
- sözlü ve sözel olmayan iletişimde bozukluk gibi çekirdek belirtileri olan süreğen bir bozukluktur.

Otizm tanısı koymak için gerekli olan koşullar;

1. İletişimde bozukluk
2. Sosyal ilişkilerde güçlük
3. Yineleyici, sınırlayıcı ve rutin ilgi-davranışlar.

Tam olarak otistik tanısı konulabilmesi için, çocuğun yukarıda belirtilen **üç temel alandan birinde** otistik özellik sergilemesi **yeterli değildir**. Bu alanlardan her üçünde de sorun olması gerekir, aksi halde çocuğun tanısı Yaygın Gelişimsel Bozukluk adı altındaki diğer gelişim sorunlarından biri olabilir. Otistik çocukların çoğunda değişen derecelerde öğrenme güçlüğü ve zihinsel engel görülebilir. Bu çocukların % 80' i => (IQ) = 70' in altında bir zekâya sahiptir.

Bu alanlardaki bozuklukların 30 ay öncesinden görülmesi gerekmektedir.



- Otistik bireylerin sosyal ilişkiler sırasında yaşadıkları güçlükler ve sapmalar otizmin en belirgin özelliğidir.
- Otizm ana babayla bağ kuramama, diğer kişilere de bağlanma geliştirememe ile kendisini göstermektedir.



- Genellikle otistik çocukların anne ve babaları çocuklarının kendilerine gereksinim duymadıklarını düşünmektedirler.



- Çocuklarının kendilerini sadece bazı gereksinimlerinin karşılanması gerektiğinde fark ettiklerini ancak bu durumda da ana baba ayrımı yapmadıkları, çevrelerinde yabancı birisi varsa gereksinimini karşılaması için ona da gidebildiğini belirtirler.



- Genellikle iyi huylu ve hiç ağlamayan bebekler olarak tanınan otistik bebeklerin, normal bebeklerden farklı biçimde ağladıklarını gösteren araştırma bulguları vardır.



- Otistik çocuklar, öpülmeye, kucaklanmaya ve sevmeye karşı kayıtsız kalabildikleri gibi, zaman zaman da aşırı tepkiler vererek kendilerine gösterilen ilgiye karşı çıkmaktadırlar.
- Bebeklik dönemine ilişkin en önemli belirti ise **göz ilişkisi kuramamalarıdır.**



- Otistik çocuklar sıklıkla yaşamlarındaki en önemli kişileri; annelerini, babalarını, öğretmenlerini tanımaz ya da ayırt edemez gibi görünürler.
- Yabancı bir ortamda tanımadığı kişiler ile yalnız kaldıklarında ayrılık kaygısı göstermeyebilirler.
- Otistik çocuklar dokunsal uyaranlardan sakınabilirler.



- İsmi çağrılınca bakmama özellikle diğer gelişimsel bozuklukların ayırıcı tanısında önemlidir.
- Dil gelişimindeki gecikme, otistik çocukların ailelerinin genellikle ilk dikkatini çeken belirtidir.



- Özellikle iletişimde kullanılan yüz ifadesi,
 - beden dilini kullanma ve anlama,
 - hayret ve sempati gibi duygusal jest ve mimiklerin kullanımı bakımından,
- otistik çocukların yaşıtlarının düzeyine ulaşamadıkları belirlenmiştir.**



- Bu çocuklar aynı zamanda zamirleri ters kullanabilirler.
- **Örneğin**, "Ben kurabiye istiyorum" yerine "Sen kurabiye istiyorsun" derler.
- Otistiklerin, konuşması mekaniktir ve iletişimsel olmaktan çok uyarıcıdır.



- Otistik çocukların yaşamlarının ilk yıllarında normal çocuklarda gözlenen araştırmacı oyunların çoğu yoktur ya da çok azdır.
- Oyuncaklar ve nesnelere amaçsız, yaratıcılıktan ve imgeden uzak bir şekilde, çok az sembolik özellikler ve değişiklikler ile kendi başlarına oynarlar.
- Oyunları ve etkinlikleri değişmez, tekrar edici ve tek düzedir.



- Otistik çocuklar sıklıkla kendi etrafında dönerler,
- ellerini kanat çırpar tarzında sallayabilirler,
- parmak uçlarında yürüyebilirler,
- nesnelere çevirip döndürebilirler,
- yere vurabilir ya da sıraya dizebilirler.



- Otistik çocuklar değişikliklere direnç gösterirler, davranışlarında değişmezlik (rijidite) vardır.
- Yeni bir eve taşınma, mobilyaların değiştirilmesi ya da banyodan önce kahvaltı yapma gibi bir sıranın değiştirilmesi sonucunda panik veya öfke nöbetleri gözlenebilir.



- Araştırma bulguları ailelerin gelişim basamaklarındaki aksayışı 18. aydan sonra fark ettiklerini ve genellikle 2 yaş dolaylarında tıbbi yardım alma girişiminde bulduklarını göstermektedir.
- Hastalığın seyri sreğendir.



Otistik çocukların tedavisindeki amaç;

- Yıkıcı davranışları azaltmak,
- Dil, iletişim ve kendine bakım becerilerini kazandırmak ve
- Öğrenmeyi arttırmaktır.





Bazı şeyleri çok iyi ve hızlı yapar ancak sosyal ilişkileri çok zayıftır.



Vücut dili, yüz ifadesi ve jestleri anlaşılabilir.



Hareketleri tekdüzedir.



Ebeveynleri ve bakıcıları ile iletişim kuramazlar.



Arkadaşlarının oyununa katılmakta isteksizdir.



Eşyaları tutar veya yuvarlar.

- Bu amaçlar en iyi Şekilde, ocuğun güçlü yönlerini ve ihtiyaçlarını belirleyen ayrıntılı bir değerlendirme yaptıktan sonra, çok iyi yapılandırılmıŐ ve bireyselleŐtirilmif yeteneklerini en st düzeye çıkaran programlar ile sağlanabilir.



- Henüz otizmin ana belirtilerini tamamı ile ortadan kaldıracak bir tedavi bulunmamasına karşın, bu bozukluğa eşlik eden belirtilerin sağaltımında ilaçlar etkili olabilmektedir.



RETT SENDROMU

- **Rett Sendromu,**
- X'e bağlı dominant geçiş gösteren,
- postnatal beyin gelişimini etkileyen,
- edinilen motor ve dil fonksiyonlarının kaybı,
- otistik bulgular ve stereotipik hareketler ile karakterize, ağır nörogelişimsel bir bozukluktur.



- Psikomotor gelişme, doğumdan sonraki ilk 5 ay süresince normâl seyreder.
- Bütün gelişimsel göstergeler yolunda gitmekte iken, **beşinci aydan sonra** belirtiler kendini göstermeye başlar. Bunlar şu şekildedir:
- —5. ilâ 48. aylar arasında baş çevresinin büyümesi yavaşlar;
- —5. ilâ 30. aylar arasında, daha önceden edinilmiş amaca yönelik el becerileri kaybedilir ve bunun ardından basmakalıp el hareketleri ortaya çıkar (örn; el yıkarmışçasına veya el burarmışçasına hareketler baş gösterir).



- Rett Sendromunu daha iyi anlayabilmek için tanı ölçütlerinden **stereotipik el hareketleri, diş gıcırdatma, hiperventilasyon ve nefes tutma atakları, karın şişliği, ağrıya duyarsızlık, gece gülmeleri, şiddetli çığlık atmalar, baş çevresi büyüme hızında duraklama, büyüme geriliği, gövde ataksisi, skolyoz ve epilepsinin karakteristik özellikleri** üzerinde durulması gereklidir.



- Bozukluğun süresi ömür boyudur ve yetilerdeki kayıp genel olarak kalıcı ve ilerleyicidir.
- RS'nin tıbbi yönlendirmesi temelde semptomatik ve destekleyicidir.
- Tedavide özel eğitimin yeri büyük önem taşır.
- Tam düzelme yoktur.
- Bu hastalıkta, klinik tablo giderek kötüleştiği için olumsuz bir seyir vardır.
- Erken yaşlarda kayıplar nadir değildir.



- Tedavide uygun antiepileptik seçimi gereklidir



ASPERGER BOZUKLUĞU

- Asperger Bozukluğunun temel özelliği, toplumsal etkileşimlerde şiddetli derecede ve kalıcı bozulmaların olması, kişinin gerek ilgi ve etkinliklerinin gerekse davranışlarının sınırlı bir gelişim göstermesi ve tekrarlayıcı örüntüye sahip olmasıdır.



Asperger sendromunu otizmden ayıran en önemli fark, Asperger Sendromu'nda zekâ ve dil gelişiminin normal düzeyde olması ve bu çocukların zekâ düzeyinin sınır zekâ olan Zekâ Bölümü' nün (IQ=) 70 ve onun üzerinde olmasıdır. Otizm ve Asperger Sendromunun bazı ortak özellikleri:

1. İletişim kurmada zorluklar,
2. Sosyal ilişki kurmada zorluklar,
3. Hayali ve yaratıcı oyunun olmamasıdır.



- Yapılan araştırmalar Asperger Sendromu'nun tam nedenlerini ortaya koyamamıştır ancak yapılan genetik ve beyin görüntüleme çalışmaları; **doğumla başlayan, genlerle gelen ve çevresel etkenlerle de pekişen bir nöropsikiyatrik bozulma olduğunu düşündürmektedir.**
- Fetus gelişimi sürecinde embriyon hücrelerinin migrasyonunda (taşınmasında) ortaya çıkan anormalliklerin beyin gelişiminde aksamalara neden olabileceği düşünölmüştür.



- Asperger bozukluğunda da konuşurken ses tonundan ve yüz ifadesinden duygu durumunu yorumlamada eksiklikler görülmektedir.
- Diğerleri ile ilişki kurma güçlükleri nedeniyle sıklıkla duyarsız, biçimsel ve başkalarının emosyonlarına aldırılmaz gibi görünürler.
- Asperger bozukluğu olan kişiler sıklıkla sosyal olarak yalnız görünürler ancak başkalarının varlığının farkındadırlar.



- Yaklaşımları uygunsuz, garip olabilir.
- Genellikle yetişkinlerle olmak üzere konuşmayı başlatabilirler.
- Konuşmaları tek taraflı, bilgiçlik taslar şekilde ve sıklıkla olağan dışı dar başlıklar ile sınırlı ve kendisinin favori konuları ile ilgilidir.



- Göz göze temasın az, yüz ifadelerinin ve ses tonunun sınırlı olması,
- sosyal içe çekilme ve akran ilişkilerinde azlık,
- duyguları anlamada güçlük,
- zamirlerin yer değiştirilerek kullanılması,
- basmakalıp aktarım ve davranışlar,
- bilgiçlik taslayan konuşma biçimi,
- karşılıklı iletişimde ve hayali oyunda sınırlılık,
- zihinsel takıntılarla donatılmış olma,
- rutinlere esnek olmayan bir biçimde yönelme ve nesnelere yineleyici kullanımı önemli belirtileridir.



- Dil gelişimi sorunları yaygın gelişimsel bozukluklar için tipik olmakla birlikte Asperger bozukluğunda dil sorunları daha az göze çarpmaktadır.



- Asperger bozukluğu olan kişiler tipik olarak, çok yoğun bir şekilde bir konu hakkında gerçekler ile ilgili çok miktarda bilgi toplarlar ve ilgi alanlarındaki konu ile ilgili bilgilerini ilk sosyal etkileşim fırsatında hemen karşı tarafa göstermek isterler.
- Asperger bozukluğunda, bu özel ilgiler daha olağan dıőıdır ve genellikle dar bir alana odaklanmıştır.



- Bütün bu özellikleri nedeniyle bu hastalığı **Yüksek İşlevsellikli Otizm** şeklinde tanımlayan ekoller de bulunmaktadır.
- Tarihte büyük işler yapan bazı kişilerin bu gruptan oldukları düşünülmektedir: **Bill Gates** gibi...



- Seyir ve sonlanım otizmden daha iyidir.
- AS için ideal tedavi yöntemi, zayıf iletişim becerileri ile obsesif ve yineleyici rutinlerden oluşan ana belirtilere hitap eden terapistler tarafından uygulanmaktadır.



- Tedavisinde özel eğitimin yeri esastır. En yüz güldürücü cevap alınan ve seyri en iyi olan YGB'dir.



ÇOCUKLUĞUN DEZENTEGRATİF BOZUKLUĞU (Heller Sendromu)

- Öncesinde normal işlev gösteren çocuğun 3-4 yaşlarında başlayan **zeka, dil ve sosyal işlevlerinde** bir kaç ay içinde gelişen deteryasyondur (yıkım).
- Tahminen otistik bozuklukların 10'da biri sıklıkta gözlenir.
- Erkek/kız oranı 4-8/1'dir.
- Sebep bilinmiyor.



- Hastalığın başlangıcı genellikle iki şekilde olur.
- En sık görüleni, haftalar ya da aylar içinde gelişen sinsü formudur.
- Günler veya haftalar içinde gelişen alevli veya akut başlangıç daha nadir görülür.



- Bazılarında “**haber verici dönem**” olarak adlandırılan yoğun korku, huzursuzluk ve aşırı hareketliliğin olduğu prodromal dönem olabilir
- Konuşmadaki kayıp ve bozulma hem konuşulanı anlamada hem de ifade edici dil alanlarında gözlenir.



- Buna ajitasyon,
- yatıştırılmayan ağlamalar,
- öfke patlamaları,
- saldırganlık,
- kendini yaralama davranışları,
- bağırsak-mesane denetiminin kaybı ve kompulsiyonlar eşlik edebilir.



- Sosyal işlevler zihinsel yetilerdeki kayıplara paralel olarak kötüleşir.
- Çocuğun oyunlara, insanlarla iletişim kurmaya ve ailesine olan ilgisi giderek azalır.
- Bu çocukların zeka düzeyleri oldukça düşük bulunmuştur
- Bu tanıyı koyabilmek için belirtilerin 10 yaşından önce gelişmiş olması gerekir.



- Bozukluğun tedavisi ile ilgili kapsamlı bir çalışma yapılmamıştır.
- Anne baba eğitimi ve çocuk için özel eğitim programlarını yanı sıra belirtilere yönelik düşük doz antipsikotik bir ilaç bu eğitimin verimini arttırabilir.
- Erişkin yaşamda çoğu hasta yoğun bir bakıma gereksinim duyabilir
- Seyri kötüdür.
- Özel eğitimin yeri önemlidir.



Başka Türölü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

- Bu terim, otistik özellikler göstermekle beraber, **otizm sınıflamasına girmeyen** ve daha önce sözü edilen **diğer bozukluklardan herhangi birinin ölçütlerine birebir uymayan**; ancak sosyal iletişim, sözel ve sözel olmayan dil, takıntılı tekrarlayıcı davranış alanlarından biri veya bir kaçında **otistik belirtileri olan** çocuklar için kullanılır.



- Bu grupta yer alan çocuklar, ölçeklerde geliştirilmiş tanı ölçütlerine birebir uymayan bir tablo çizdiklerinden, adı tam konulamayan grup dediğimiz ve sayıca YGB içinde en fazla görülen grubu oluştururlar.
- Ancak, bu çocukların da tam otizm belirtileri gösteren çocuklarla eşdeğer eğitim almaları gerekmektedir.



DSM-IV

DSM-V

- Yaygın Gelişimsel

Bozukluk

- 5 alt kategori
- Temel belirtiler 3 Boyutta

- Otizm Spektrum Bozuklukları

- Alt kategori yok

- Temel belirtiler 2 boyutta



Otizm Spektrum Bozuklukları(DSM-V)

1

- Sosyal – iletişimsel yetersizlikler

2

- Tekrarlayıcı Davranışlar

DSM V'e göre;

- Otizm açılımı kapsamında bozukluk
- Dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu
- İstenç dışı devinim (tik) bozuklukları
- Kekemelik

Nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almaktadır.



DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

- Bozukluğun temel özelliği,
- kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı,
- engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışta ya da bilişte ortaya çıkan **ataklık ve huzursuzluktur.**



- DEHB' nin okul yaşındaki erkek çocuklarının yaklaşık %10'unda görüldüğü düşünölmektedir.
- Daha çok erkek çocuklarında görölür.



- Nedeni bilinmemektedir;
- Ancak genetik, biyokimyasal ve psikososyal etkenlerin katkısı olabilir.
- Nöradrenerjik işlev bozukluğunun rolü olabilir.
- Psikososyal yoksunluk ve aile içi çatışmaların da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin gelişmesine katkısı olabilir.



- **DEHB'nin belirtileri ana çizgileriyle;**
- dikkat eksikliği,
- aşırı hareketlilik ve
- dürtüsellik bileşenleri olarak özetlenebilir.



Bu bileşenlerin ortak etkileşimi sonucunda da;

- Başladığı bir işi bitirememe,
- aynı anda birden fazla işle meşgul olma,
- doyumsuzluk,
- engellenme eşiğinin düşük olması,
- tutarsızlık,
- kararsızlık,
- yetersiz sosyal yargılama,
- kaba motor aktivite düzeyinde aşırı hareketliliğe karşın ince motor becerilerin yaş grubu altında olması,
- dikkatini toplayabilme ve
- duruma odaklanma becerilerinin düşük olması en önemli özellikleridir



- Bireyde gözlemlenen saldırgan davranışlar ve davranım bozuklukları,
- akademik başarıdaki düşüklük,
- akranlarla uyumsuz ilişkiler,
- aile içi iletişim

tanı aşamasında önemli ip uçlarıdır.



- DEHB ilaç, psikoterapi ve özel eğitim desteğiyle tedavi edilmeye çalışılmaktadır
- İlaç tedavisinde antidepressanlar, antipsikotikler kullanılır.



DSM-5'te “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” nun tanı ölçütleri sağlamlaştırılmış ve daha güvenilir hale getirilmiştir.

- Örneğin, DSM-5'te bozukluğun farklı kültürlerdeki görünümünün farklı olabileceğine ilişkin vurgulama daha fazla yapılmıştır.



- **DSM-5’te “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu”nun Otistik Spektrum Bozukluğu ile komorbid olamayacağı belirtilmiştir.**



TİK BOZUKLUĞU

- Kaslarda tekrarlayan istem dışı ve amaçsız hareketlere **tik** denir. Bazı nörolojik bozukluklarda görölen hareket bozukluğu ile karıŐtırılmamalıdır.
- Tikler en sık olarak **göz kırpma**, **burun çekme**, kaŐlarını oynatma, **omuz silkme** ve **yüzdeki değişik hareketler** Şeklinde görölmektedir.



- Hastanın istemli çabaları ile bu hareketler birkaç dakikadan birkaç saate kadar durdurulabilir.
- Bu da tik bozukluğunun tipik bir belirtisidir.



- Bir aydan bir yıla kadar uzayan tikler geçici iken, bir yıldan uzun sürenler kronik olarak kabul edilir.
- Tik bozuklukları oluş nedenleri arasında kalıtımsal, nörobiyolojik, psikolojik etkenler ve kendine yönelmiş bağışıklık (otoimmünite) gibi çok farklı etkenler yer almaktadır.



KEKEMELİK

- Değişik ses, hece ve kelimelerin tekrarı ya da konuşma düzeninin duraklamalar nedeniyle kesilmesi şeklinde ortaya çıkan konuşma bozukluğudur.
- Ruhsal gerginliğin arttığı anksiyete durumlarında belirtiler artar.
- Ağır kekemelik durumlarında çeşitli tikler sanki konuşma güçlüğünü hafifletecekmişçesine tabloya eklenir



- 12 yaşımdan önce başlar.
- Görölme sıklığı %1 dolayındadır.
- Nedeni tam olarak aydınlatılmamıştır.
- Seyri kronik olan bu konuşma bozukluğu, zaman zaman düzelmeler gösterebilir.
- Tedavide aileye danışmanlık yanı sıra çocuğa konuşma tedavisi önerilmektedir



YIKICI BOZUKLUKLAR, DÜRTÜ DENETİMİ VE DAVRANIM BOZUKLUKLARI

1. KARŞIT OLMA, KARŞI GELME BOZUKLUĞU

Otorite konumundaki kişilere (anne, baba, öğretmen) itaat etmemek, alınganlık göstermek, düşmanca davranışlar sergilemek bu hastalığa sahip çocukların belirgin davranış biçimleridir.



KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞUNUN BELİRTİLERİ NELERDİR?

- Sık sık öfkelenir.
- Sık sık yetişkinlerle tartışmaya girer.
- Sık sık yetişkinlerin isteklerine ve kurallarına karşı gelir veya kabul etmez.
- Sık sık isteyerek başkalarını rahatsız eder.
- Çoğu kez kendi hataları ve davranışlarından dolayı başkalarını suçlar.
- Çoğunlukla alıngandır. Kolay kızdırılır.
- Çoğu kez kızgın ve güceniktir. Sık sık küfreder veya açık saçık bir dil kullanır.



**BU DAVRANIŞLAR OKUL SORUNLARINA,
OLUMSUZ ARKADAŞ İLİŐKİLERİNE VE
ANNE BABA İLE ÇATIŐMALARA NEDEN
OLUR!**



KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞUNUN NEDENİ NEDİR?

- Bozukluğun oluşumunda genetik faktörler önemli yer tutmaktadır.
- Aynı zamanda anne babanın hatalı davranışları da çocukta bu hastalığın ortaya çıkmasında etkilidir.



KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU TEDAVİ EDİLMEZSE NE OLUR?

- Sürekli anne baba ve çocuk çatışması yaşanır.
- Çocuk arkadaşlarıyla ve öğretmenleriyle olan ilişkilerinde sorun yaşar.
- Evden kaçar. Topluma ya da toplum kurallarına uyum sağlayamaz.
- Yetişkinlikte kanunen suç işler.
- İleriki yaşlarda anti – sosyal davranışlar gelişir.
- Alkol ve kumara düşkünlük ortaya çıkar.
- Zamanla başka psikiyatrik bozukluklar ortaya çıkar: Örneğin; davranım bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk.



TEDAVİ

- Psikiyatrist
 - Psikolog
 - Aile
 - Öğretmen işbirliği ile yürütülür.
- İlaç tedavisi
 - Psikoterapi
 - Anne – baba eğitimi
 - Öğretmen ile birlikte yapılan çalışmalar.



2. DAVRANIM BOZUKLUĞU

- Davranım bozukluğu, başkalarının temel haklarının ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değer ve kuralların hiçe sayıldığı yineleyici ve sürekli bir davranış örüntüsüdür.
- Davranım bozukluklarının temel özelliği, **başkalarının temel haklarının veya yaşa uygun toplumsal norm ve kuralların sürekli ve tekrarlayıcı bir biçimde saldırıya uğratılmasıdır.**



- İnsanlara ve hayvanlara yönelik saldırgan davranışlar, güvenliği tehdit, hırsızlık, kuralların ciddi biçimde ihlal edilmesi gibi davranışlar davranım bozukluğu kapsamına girmektedir.



- Davranım bozukluğu gösteren bireyler genellikle saldırgan davranışlar içindedirler ve dolayısıyla başkalarına sürekli olarak zarar verirler. Tehdit, hakaret, kavga çıkarma gibi.
- Yaralama ve öldürme gibi eylemler gerçekleştirebilirler.
- Başkalarına ve hayvanlara eziyet edebilirler.



- Zorla cinsel eylemde bulunabilirler. Başkalarının mülkiyetine saldırı, daha çok yangın çıkarma, otomobiline, eşyalarına zarar verme şeklinde olabilir.
- Kuralların ihlali daha çok okul ve aile ile ilgilidir. **Örneğin** okuldan kaçma, evden kaçma, geceyi anne-babadan izinsiz dışarıda geçirme gibi



- Çevresel olarak çeşitli risk etmenleri tanımlanmıştır.
- **Bunlar arasında:**
- kişinin mizacı,
- hiperaktivite,
- kronik hastalık ve sakatlık,
- zayıf aile işlevleri,
- çocuğun istismarı ve ihmali,
- olumsuz ebeveynlik (katı, uygunsuz, gözetim eksikliği),



- anne-baba reddi,
- ders başarısızlığı,
- sosyoekonomik dezavantaj,
- arkadaş dışlaması,
- şiddete maruz kalma,
- geniş aile,
- bakım vericide sık değişiklik ve çocuğun elverişliliğidir.



- **DB ikiye ayrılmaktadır;**
- **1-Çocuklukta başlayan tip:** Belirtilen davranışlar on yaşından önce başlar.
- Çoğunlukla erkeklerde görülür.
- Başkalarına karşı saldırganlıklar ve arkadaşlık ilişkileri bozuktur.
- Bu tipte gidiş ikinci tiptekine göre daha kötüdür.
- Kalıcı davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişme ihtimali daha yüksektir.



- **2- Ergenlikte başlayan tip:**
- Belirtiler **on yaşından sonra** ortaya çıkar.
- Saldırgan davranış daha azdır ve arkadaş ilişkileri daha iyidir.
- Kalıcı davranım bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu gelişme ihtimali daha azdır.



- Erken başlangıç kötü sonlanımı düşündürür ve erişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol madde kullanım bozukluğu riskini artırır.



- Bu bozuklukla ilgili davranışların denetlenebilmesinde en iyi sonuç aile ve toplum kaynaklarının tümünün kullanıldığı çoklu tedavi modelleri ile elde edilmektedir.
- Davranış tedavisi, iyi bir aile okul işbirliği ve denetimiyle birlikte sürdürülen psikoterapilerden başarılı sonuçlar alınmaktadır



DIŐA ATIM BOZUKLUKLARI

- **ENÜREZİS**
- Enürezis, istemsiz ya da istemli olarak idrarın giysilere ya da yatağa yineleyici bir biçimde bırakılmasıdır.
- Tanının konması için çocuğun gelişimsel ya da takvim yaşının **en az beş** olması gerekir



- Enürezis tanısını koyabilmek için, tanımlanan durumun **en az ardışık üç ay, haftada iki kez** ortaya çıkan bir sıklıkla olması, klinik açıdan belirgin bir sıkıntı yaratması, hem toplum içinde, hem de diğer işlevsellik alanlarında bozulmalara yol açması öngörülmektedir.



- Durumun tıbbi bir duruma ya da diüretik gibi bir ilaç ya da başka bir maddenin kullanımına bağlı olmadan ortaya çıkması gerekmektedir.
- Enüretik bir çocukta başarılı sağaltım sürecinden sonra davranış, duygulanım ve sosyal uyum açısından olumlu gelişmeler olduğu gözlenmektedir



ENKOPREZİS

- Gelişimsel olarak 4 yaşa gelinmesine rağmen, dışkının istemli veya istem dışı olarak, yineleyen bir biçimde uygunsuz yerlere yapılması ile belirli bir bozukluktur.
- 5 yaşındakilerin yaklaşık %1' inde enkoprezis olduğu sanılmaktadır ve bozukluk erkeklerde kızlara oranla daha yaygındır.
- Çocuğun takvim yaşı **4 yaşına** ulaşmadan (zeka yaşı 4) konulamaz.



- **Belirti 3 ay süre ile en az ayda bir kez olmalıdır.**
- Bozukluk çocuğun öz güvenini azaltır, arkadaşları tarafından dışlanmasına ve bakım veren tarafından cezalandırılması veya reddedilmesine yol açar, bu da bozukluğun artmasına neden olur.
- Enkoprezisi olan çocukların çoğunda enürezis de vardır



- **Nedenleri;**

1-Yeterli tuvalet eğitiminin verilmemesi (bağırsak kontrolü).

2-Ağrılı dışkılama nedeniyle dışkının tutulması

3-Annenin aşırı katı veya aşırı gevşek ve aldırılmaz tutumu (tuvalete girme mikrop kaparsın vb - buna bağlı oluşan bağırsak düzensizliği).



4-Ruhsal bir bozukluğa bağlı olarak, kontrolü olmasına karşın bilerek dışkı çıkarma (kardeş doğumu, anne ile çatışma...)

5-Kaygıların bulaştırılması (tuvaletten bir şeylerin çıkacak olması endişesi).

6-Evdeki ile okuldaki tuvaletlerin farklı olması (klasik-alafranga)



- **Tedavi;**

1-Tuvalet eğitimi. Zaman ayarlamasının yapılması, tuvalette en az 2 ile 10 dakika arasında oturması.

2-Anne ile çocuk arasında sağlıklı iletişimin kurulması (bıktım senden, seninle mi uğraşacağım?...yanlış ifadeler kullanılmamalıdır.)

3-Ailedeki gerginliklerin, çatışmaların giderilmesi. Bir yaşından sonra çocuğun odasının mutlaka ayrılması.

4-Telaşlanmadan rahat iç çamaşırı değiştirebilmesi için ortam hazırlanmalıdır.



5-Takvim tutması sağlanarak, temiz olduğu günlere bağlı olarak ödül verilmelidir.

6-Eşlik eden hiperaktivite bozukluğu varsa, bu durumun ele alınması gerekir.

7- Ağrılı dışkılama varsa lifli yiyecekler yemesi sağlanmalıdır.

8-İlaç tedavilerinde düşük dozda imipramin (trisiklik antidepresan) doktor kontrolünde verilmelidir



Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların tanıları ve sosyodemografik özellikleri

Demikaya, Sevcan Karakoç; Aksu, Hatice; Yılmaz, Nevzat; Özgür, Börte Gürbüz; Eren, Esra; Avcil, Sibel Nur

Bağlantı: http://meandrosmedicaljournal.org/article_9142/Sociodemographic-Characteristics-And-Diagnoses-Of-Individuals-Referred-To-A-Child-And-Adolescent-Psychiatry-Outpatient-Clinic-Of-A-University-Hospital
<http://hdl.handle.net/11607/1818>

Tarih: 2015

Özet:

AMAÇ: Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olguların sosyodemografik özelliklerinin, gelişim şikayetlerinin ve aldıkları tanılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **GEREÇ VE YÖNTEMLER:** Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine 01 Şubat-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında başvuran olguların dosya verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. **BULGULAR:** Çocuk psikiyatrisi polikliniğine altı aylık zaman diliminde başvuran toplam 832 olgunun %41,8'i kız, %58,2'si erkekti. Kızların ve erkeklerin yaş ortalaması sırasıyla 10,8±4,9 ve 8,5±4,7 iken, en sık başvuru 12-18 yaş aralığında idi. Olguların annesi ve babası birlikte olanlar %81,1 iken, yetiştirme yurdundan gelenler %0,8 oranındaydı. Akriba evliliği oranı %13,7 olarak saptandı. Anne ve baba eğitim seviyesi en sık ilkokul mezunu idi (sırası ile %47, %45,6). Annelerin %15,6'sında, babaların %7,6'sında psikiyatrik yükü mevcuttu. Polikliniğe başvuru nedenleri incelendiğinde %21,9'unun sağlık kurulu, %13,8'inin adli değerlendirme ve %11,2'sinin konsültasyon amaçlı başvurduğu, kalan %52,9 olgunun genel poliklinik değerlendirmesi için başvurduğu saptandı. Genel polikliniğe en sık sinirlilik (%15,7), dikkat eksikliği/hareketlilik (%14,8), konuşmada gecikme (%10,5), korkular/kaygılar (%5,9) ve ders başarısızlığı (%5,7) şikayetleri ile başvuruların yapıldığı belirlendi. Hastaların aldıkları tanılar ise en sık olarak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%20,6), diğer yıkıcı davranış bozuklukları (%12,4) ve anksiyete bozukluğu (%10,2) olarak saptandı. **SONUÇ:** Çalışmamızda en sık başvuru şikayetinin sinirlilik, en sık alınan tanının ise DEHB olması bu alanda yapılan diğer çalışmalarla benzer niteliktedir. Sonuçlarımıza göre, çocuk psikiyatrisine başvuran ailelerde ebeveynlerde düşük eğitim seviyesi ve yüksek psikiyatrik hastalık yükü mevcuttur. Bu veriler koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için risk faktörleri olarak değerlendirilebilir.

Avcil, S., Yılmaz, N., & Avcil, M. (2016). Bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen suça sürüklenen çocuk olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17, 15.



1. KAYNAKLAR

2. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı am ve Engin Nobel Tıp Kitapevi. 2014
3. Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri, ev. ed. Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015
4. Psikiyatri, Davranış Bilimleri-Klinik Psikiyatri Kaplan & Sadock ev: Ali Bozkurt Güneş Tıp Kitapevi, 2016
5. DSM 5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri Ertuğrul Köroğlu . Boylam Psikiyatri Enstitüsü Hekimler Yayın Birliği
6. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Gürhan Nermin. 2016. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.



TEŞEKKÜRLER...

