

ÖYKÜSÜNDE ENÜREZİS NOKTURNA OLAN KİŞİLERİN PSİKİYATRİK HASTALIKLARLA İLİŞKİSİ

Erdoğan GÜLTEKİN^a, Ertuğrul KÜÇÜKTÜRK^b, Ercan ABAY^c,
Okan ÇALIYURT^d

ÖZET

Bu çalışmada Entürezis nokturnanın (EN) genel popülasyonda yaygınlığı %15.1 oranında bulunmuştur. Erkeklerde, kızlara oranla evde ve okulda dayaha maruz kalmanın , EN tanısı alma oranını arttırdığı saptanmıştır. EN tanısı alma ile psikiyatrik semptomlara sahip olma arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulgularımız literatürle karşılaştırılmış ve tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Entürezis nokturna , Psikiyatrik semptom

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN PSYCHIATRIC DISORDERS AND ENURESIS NOCTURNA HISTORY

In this study, the ratio of enuresis nocturna(EN) has been found %15.1 in general population. Subjecting to the beat in school or at home has increased the diagnosis of EN in males in proportion to females. It has been found that there is positive relationship psychiatric symptoms and EN. These data were evaluated within the relevant literature and discussed.

Key Words: Enuresis nocturna, Psychiatric symptoms

GİRİŞ

Enürezis nokturna(EN) , çocukluk döneminde daha sık görülen ve bazen aileyi çaresiz bırakan istem dışı bir davranış bozukluğudur.

Entüretikler çoğu kez kendilerini kusurlu bulurlar ve bu bozukluğun gizlenmesi gerektiğini düşünürler. Bu nedenle, bu bozuklukla ilgili bilimsel çalışmaların yapılması ve tedavi edici yardımların bireylere ulaşması güç olabilmektedir.

Çocukluk döneminde görülen enürezis gibi bozuklukların , ileride gelişebilecek ruhsal bir reaksiyonun habercisi olabileceği kuramı yeterince araştırılmamıştır. Bu konunun ele alınması koruyucu ruh sağlığı açısından yararlı olacaktır.

^a Psikolog., Zübeyde Hanım Doğumevi, ANKARA

^b Yrd. Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, EDİRNE

^c Doç. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, EDİRNE

^d Araş. Gör. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği, EDİRNE

Araştırmamızda bu konunun önemini vurgulamak , EN'nin yaşamın daha sonraki dönemlerinde kişiliği nasıl etkilediğini ortaya çıkarmak, normal popülasyondaki yaygınlığını araştırmak, belli ölçülerde sosyodemografik özellikler arasındaki korelasyonu bulmak ve daha önceki çalışmalarla karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Enürezis nokturna, genellikle çocuklukta istem dışı olarak geceleri ortaya çıkan yaygın bir idrar tutamama durumu olup, belli bir organik bozukluk olmadan işlevsel eksiklik olarak tanımlanmaktadır. "Nokturnal enürezis", "gece işemesi", "yatak ıslatma", "mesane kontrol yetersizliği" gibi terimler sinonim olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda "Enürezis nokturna" (EN) terimi kullanılmıştır(1,2,3,4,5,6).

EN ile ilgili yaygın çalışmalara rağmen, M.Ö. 1550 de Ebers papirüsünde ilk kez söz edilmesinden bu yana etyolojisi, klinik önemi ya da tedavi yöntemi hakkında henüz bir fikir birliği oluşmamıştır(7).

İdrarın istem dışı yapılması gece uykuda oluyorsa "enürezis nokturna", gündüz oluyorsa "enürezis diurna", hem gece hem de gündüz oluyorsa "enürezis kontinü" ya da "enürezis nokturna ve diurna" adı verilir(8,9,10,11).

DSM-III-R' e göre EN'nin tanı ölçütleri şunlardır.

- A.İster istemsiz, isterse istemli olsun gün içinde ya da geceleri, tekrar tekrar, yatağa ya da giysilere idrar yapma.
- B.Beş-altı yaşlarındaki çocuklar için ayda en az iki kez böyle bir olayın olması ve daha büyük çocuklar için ayda en az bir kez böyle bir olayın olması.
- C.Takvim yaşının en az beş ve mental yaşın en az dört olması.
- D.Diabet, üriner sistem enfeksiyonu ya da bir konvülziyon bozukluğu gibi fiziksel bir bozukluğa bağlı olmaması koşulu(8).

Bir çok yazar EN'yi gelişimin gecikmesine bağlamaktadır. Kalıtsal etmenlere bağlı olup olmadığı ya da mesane kapasitesi gelişiminin yeterli olup olmadığının kesinlik kazanmadığı düşünülmektedir(12,13,14,15).

Diğer yandan bazı yazarlar, EN'yi psikolojik bir bozukluk olarak düşünmektedirler (5,16).

Enürezis tüm zeka düzeylerinde bulunabilir.Ama tek başına bir semptom olarak nadiren ortaya çıkar.Klinik gözlemler, genel olgunlaşmamışlıkla ve genel davranış örüntüsüyle oldukça ilişkili olduğunu göstermektedir.Örneğin, sızlanmak, huysuzluk, inatçılık, kleptomani, enkoprezis, yeme problemleri, öfke nöbetleri, tırnak yeme, korku reaksiyonları, gece kabusları, tik, parmak emme, kekemelik, uyur gezerlik ve okuldan kaçma gibi davranış bozukluklarıyla bir arada bulunabilmektedir(2,17,18,19).

Çeşitli nedenler sonucunda kişilik bozuklukları ve enürezis birlikte oluşabilir. Böylece bazı kişilerde enürezis, nörotik kişiliğin bir belirtisi olarak ortaya çıkabilmektedir. DSM-III-R'e göre de yukarıda geçen bu durumlarla ilgili kişilik

bozukluklarının, yetişkin kişilik bozukluklarıyla aralarında birebir korelasyon vardır (17,18).

Aydınalp ve ark.(1974), diğer antisosyal reaksiyonlarla birlikte enürezisin semptomlarından herhangi birini ya da daha fazlasını gösteren çocuğun erişkinliğinde psikopatik reaksiyon ya da kişilik bozukluğu gösterme olasılığının, normal kişilik geliştirme olasılığından daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır(20).

Enürezisin Yaygınlığı

Enürezis, daha çok enürezis nokturna şeklinde görülmektedir.Kanner'a göre enürezis nokturna %63, enürezis diurna %7, enürezis kontinu %30 oranındadır. Enürezise erkek çocuklarda, kızlardan iki kat daha sık rastlanmaktadır ve en sık 5-7 yaşları arasında görülmektedir.Beş enüretik erkek çocuktan biri, on enüretik kızdan biri aynı zamanda enkopretiktir.Enürezisin küçük bir bölümü (%5), bedensel hastalıklar sonucu ortaya çıkmaktadır(8,12,21,22).

Araştırmalar, enürezisin çoğunlukla anne-babadan çocuğa geçtiğini, bu oranın anneden kıza %20, babadan oğula %40 olduğunu göstermektedir.Enürezisli çocuklarda elektroensefalografik bozuklukların çok yüksek oranlarda bulunması da anlamlıdır. Çocuk popülasyonunda enürezisin görülme oranı %5-15 arasındadır.H.Ü. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne başvuran 2367 çocuk içinde enürezis %21.3 oranla ilk sırayı almaktadır. Gölbaşı'nda yürütülen epidemiyolojik bir araştırmada oran %21.8 olarak bulunmuştur. Çocukların büyük çoğunluğunda (%80) enürezis hiç kesilmeden bebeklikten itibaren süregelir (Birincil enürezis). Az bir kısmında (%20) ise tuvalet eğitimi tamamlanıp kontrol sağlandıktan sonra enürezis başlar (İkincil enürezis) (23,24,25,26).

Son yıllardaki çalışmalar birincil enürezisde herediter komponentlerin daha ağır bastığını ve ikincil enürezisin daha çok psikojenik kaynaklı olduğunu ortaya koymuştur (27,28).

Oluş nedenleri

Enürezisin etyolojisiyle ilgili olarak çok sayıda araştırma yapılmış olup, psikolojik, sosyolojik, biyolojik ve karışık olmak üzere etyolojik faktörler dört temel grupta toplanmıştır (29,30,31). Psikososyal etmenler arasında ana-baba tutumları (ana-babanın kişilik özellikleri, tuvalet eğitiminin ne şekilde verildiği, ayrılma, boşanma, ana-babanın fiziksel ve ruhsal hastalıkları vb.), kardeşle ilgili problemler, okul problemleri, sosyoekonomik ve sosyokültürel şartlar sayılabilir(29,32,33,34).

Enürezise yolaçan biyolojik ya da organik etyolojik faktörler arasında ise: üriner sistem patolojileri(işlevsel, yapısal, doğumsal), vücut su dengesi bozuklukları, uyku bozuklukları, üst solunum yolları obstrüksiyonları, genel gelişim geriliği, prenatal, perinatal, postnatal patolojiler sayılabilmektedir.Bunların yanında EEG anormallikleri, pozitif nörolojik yumuşak belirtiler, minör fiziksel anormallikler enürezise yol

açabilmektedir. Özellikle düşük mesane kapasitesinin, birincil enürezisde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Spina bifida, bugünkü görüşlere göre tartışmalıdır. Ayrıca, diabetes mellitus, diabetes insipidus, kanda ürik asidin artması ve epilepsi enürezisin nedenleri arasında sayılmaktadır (2,18,35,36,37).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalına Ağustos 1992 ile Şubat 1993 tarihleri arasında başvuran denekler ;

- 1-) 18-45 yaş arası,
- 2-) En az okur yazar
- 3-) EN'nin kesilmiş olması özelliğine sahiptir.

Veri Toplama Araçları ;

I. Anket Formu: Deneklerin sosyodemografik özellikleri, EN'yi etkileyen etmenler ve EN ile ilgili bilgileri almak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu uygulanmıştır.

II. EN Tanı Formu : DSM-III-R'daki "Dışaatım Bozuklukları" başlığı altında, enürezis için önerilen tanı ölçütleri, araştırmacı tarafından soru şekline çevrilmiş ve uygulanmıştır.

III. SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi) :

İşlem :

Bu araştırma için saptanan, kurallara uygun 165 kişiye veri toplama araçları verilmiştir. Ancak altı ay süren araştırma esnasında yetersiz bilgi verme, veri toplama aracının geri dönmemesi ve yanlış yanıtlanması nedeniyle değerlendirmeye alınan denek sayısı 106 olarak gerçekleşmiştir.

İstatistiksel değerlendirme :

EN olan ve olmayan deneklerde sosyodemografik özellikler ve SCL-90-R'in alt ölçekleri belirlenmiş ve bulgular bağımsız iki ortalama ve oran arası farkının anlamlılığı Mann-Whitney Two Sample Test ile karşılaştırılmış ve tablolarda sunulmuştur (Tablo I ve II).

BULGULAR

Değerlendirme kapsamına alınan 106 denegin 16'sında EN belirtileri bulunmuştur (%15.1).

Çalışma grubunu 18-45 yaş arası denekler oluşturmuş ve yaş ortalaması 32 olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek gruplar arasında yaşa bağlı olarak EN tanısı alma yönünden istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda cinsiyete bağlı olarak EN, erkeklerde kızlara oranla yaklaşık iki kat fazla olup, oran %62.5 dir.

Birincil enürezis oranı %62.5, ikincil enürezis oranı ise %37.5 olarak bulunmuştur.

EN tanısı alan deneklerde okur yazar oranı %50 iken, normal grupta bu oran %11.1 dir. EN tanısı alanlarda lise ve üniversite mezunu hiç yokken, normal grupta bu oran %43.3 olarak bulunmuştur.

Doğum yeri, medeni durum, anne-baba mesleği ve anne-baba eğitimi yönünden gruplar arasında farklılık yoktur. Anneyi kaybetme , kardeş sayısı, kardeşle yaş farkı ve anne-babanın üvey olmaları açısından da gruplar arasında fark bulunmamıştır.

EN tanısı alan deneklerde 4-7 yaşlar arasında baba kaybı oranı yüksek bulunmuştur (%40).

Doğum sırası açısından, ikinci çocukların EN tanısı alanlar arasında oranı %50 iken, bu oran normal grupta %32.1'dir. Beşinci ve daha sonraki çocuklarda EN tanısı alma oranı %12.5 iken, normal gruptaki bu oran %7.8'dir.

EN tanısı alanlarda çocukluk döneminde dayak yeme oranı %56.3, normal grup da %18.9 olarak bulunmuştur.

Ruhsal bozukluk geçirme özelliği açısından EN tanısı alanlarla, normal grup arasında anlamlı fark vardır(EN %50, Normal %24.4).

Ailede ruhsal bozukluk geçiren bireyin olması da EN'yi etkilemektedir. EN tanısı alanlarda oran %25, normal grupta %13.3'tür.

Araştırmamızda, öğrenim kurumunda dayak uygulanması yönünden denekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. EN tanısı alan deneklere daha çok dayak uygulanmıştır.(z: 1.97, p:0.04).

EN tanısı alanların psikiyatrik semptomlarla ilişkisi SCL-90-R ile incelenmiş ve EN tanısı alan grubun normal gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur(Pozitif Semptom Toplamı :PST:z:2.65, p:0.00). Alt ölçeklere baktığımızda anger-hostilite (z:2.19, p:0.02), somatizasyon (z:2.06, p:0.03) ve obsesyon-kompulsiyon (z:1.99, p:0.004) semptomlarının anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (Tablo II).

Sosyodemografik statü açısından iki grup arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre, EN tanısı alan deneklerin anne eğitim düzeyleri yükseldikçe EN'nin düzelmesinde tedavi etkisinin artması anlamlı bulunmuştur(r:0.55, p:0.02). Baba eğitimiyle EN'nin düzelmesi arasında da yakın ilişki kaydedilmiştir(r:0.51, p:0.04). Doğum sırası yükseldikçe deneklerin bakımının başkaları tarafından yapıldığı

gözlenmektedir($r:0.59$, $p:0.01$). Çocukluğunda dayak yemiş olan deneklerin okulda da dayakla karşılaştıkları ($r:0.88$, $p:0.00$) ve yine bu deneklerin ailelerinde ruhsal bozukluğun olduğu bulunmuştur($r:0.50$, $p:0.04$). Deneklerden ruhsal bozukluk geçirenlerin ailelerinde de ruhsal bozukluk olduğu görülmektedir($r:0.57$, $p:0.01$).

Psikiyatrik semptomlar ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Buna göre, EN tanısı alanların , okulda dayak yiyenlerde paranoid semptomlar oluşturduğu görülmüştür ($r:0.52$, $p:0.03$). Konvülziyon geçirenlerde anger-hostilite semptomu yüksek bulunmuştur ($r:0.51$, $p:0.03$).Ruhsal bozukluk geçirenlerde obsesyon-kompulsiyon ($r:0.78$, $p:0.00$), interpersonal sensitivite ($r:0.58$, $p:0.01$),anksiete ($r:0.55$, $p:0.02$), anger-hostilite ($r:0.50$, $p:0.05$), fobik anksiete($r:0.53$, $p:0.33$) ve paranoid idea ($r:0.59$, $p:0.01$) semptomları yüksek bulunmuş olup bunlarda Pozitif Düzey Semptom İndeksi (PSDI) de anlamlı bulunmuştur($r:0.59$, $p:0.01$).

TARTIŞMA

EN sonrası psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi için seçilen tanı kriterleri, semptomların varlığı ve ağırlığıyla ilgili sayısal zorluklar vardır.Bununla birlikte anger-hostilite %52 düzeyinde ve psikiyatrik semptomların %43-64 arasında olduğu belirtilmektedir (20).

Cinsiyete bağlı olarak EN, erkeklerde kızlara oranla yaklaşık iki kat daha fazla olarak bulunmuştur.Bu bulgu literatürle uyumludur (8,11,19).

Genel çocuk popülasyonunda EN'nin görülme oranının %5-15 arasında olması araştırmamızdaki %15,1 oranıyla yakınlık göstermektedir.Araştırmamızdaki birincil enürezis görülme oranı %62.5, ikincil enürezis oranı %37.5 iken literatürde bu oranlar %80 ve %20 olarak belirtilmektedir(8,17,24).

Sosyodemografik özellikler açısından eğitim düzeyi yükseldikçe EN tanısı alma özelliği azalmaktadır.EN tanısı alanlarda okur-yazar oranının %50, lise ve üniversite mezununun hiç olmaması yanında normal grubun lise ve üniversite mezunlarının %43.3 oranında olması literatürü destekler gözükmektedir(2,39).

EN tanısı alanlarda 4-7 yaşlarında babanın kaybedilmesi oranının %40 olarak yüksek düzeyde bulunması literatüre uygundur(19,39).

Doğum sırası açısından ikinci çocuklarda EN tanısı alanların oranı %50 iken, normal grupta bu oranın %31.1 olması, literatürdeki enürezis nedenlerinden kardeş kıskançlığı faktörünü desteklemektedir(2,19).

Çocuklukta dayak yeme oranı EN tanısı alanlarda %56.3'tür.Ayrıca EN tanısı alanlarda okulda dayak yeme oranının da %50 gibi yüksek düzeyde bulunması oldukça anlamlı bir farklılık göstererek literatürü desteklemektedir(18).

Üriner enfeksiyon geçirmiş olma özelliği yönünden EN tanısı alanlarda oran %31.3 iken, normal grupta bu oranın %13.3 de kalması DSM-III-R kriterlerini desteklemektedir (8).

Diabetin EN'sı olan çocuklarda daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar olmasına karşın, çalışmamızda, böyle bir bulguya rastlanmamıştır(2).

Epilepsi, konvulziyon ve menejit özelliklerinin EN'da etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Ancak araştırmamızda böyle bir bulguya rastlanmamıştır.

EN tanısı almış olanların %18.8'inde ayda iki kez ortaya çıkan altını ıslatma sıklığı, literatürdeki %14 oranıyla yakınlık göstermektedir(17).

Araştırmamızda EN tanısı alanların %87.5'inde bozukluğun kendiliğinden geçtiği görülmüştür. Bu bulgular EN tanısı alanların tedaviden de çok az yararlandığını göstermektedir. Ferber, Gelder ve Williams EN'nın kendiliğinden iyileşme oranını %15 olarak bulmuşlardır (38).

EN yaygınlığı araştırmamızda %15 iken, bu oran B. Britanyada (%10.8), ABD'de (%10)'dur. Ancak diğer sosyodemografik özellikler de göz önüne alınmalıdır(6).

Tedavi edilmeyen psikiyatrik bir bozukluğun uzun sürmesi, ileride ortaya çıkabilecek diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesine neden olabilecektir. Robin, çocukluktaki bu gibi semptomların fazlalığının, antisosyal ve psikiyatrik bozukluk olasılığını artırdığını saptamıştır (20).

Araştırmamızda, EN tanısı alan deneklerden elde edilen sonuçların SCL-90-R'in alt ölçeklerinde oldukça anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuçlar, literatürdeki semptomların birbirini etkileyerek artırması olasılığını destekler görünmektedir (20).

Bu çalışmamızın ana amacı, EN'nın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini semptomatoloji düzeyinde belirlemektir. Bu amaçla, SCL-90-R'yi nesnel bir belirleyici olarak kullanarak EN gösteren deneklerde normal gruba göre istatistiksel açıdan sonuçların anlamlı olarak yüksek düzeyde bulunduğu saptandı. Bu bulgular, EN'nın psikiyatrik bozukluklarla, özellikle anger-hostilite semptomu içeren psikopatik reaksiyon gelişimiyle ilişkisi bulunduğunu gösteren literatürü desteklemektedir. Ancak bizim çalışmamızda SCL-90-R sonuçlarında psikiyatrik semptom alt ölçeklerinde anger-hostilite semptomu yüksek düzeyde anlamlı olmakla beraber, somatizasyon ve obsesyon-kompulsiyon semptomunun normal gruba göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Anger-hostilite semptomu ile ilgili bulgular literatürü destekler görünmektedir(20).

SONUÇ

Sonuç olarak normal popülasyonda EN'nın %15.1 olarak bulunduğu, gelişmiş ülkelere oranla ülkemizde EN yaygınlığının daha yüksek düzeyde olduğu ve EN tanısı alanlarda normal gruba oranla, psikiyatrik semptomların anlamlı biçimde yüksek

olduğu saptanmıştır. Buna göre, EN tanısı almış olanlarda anger-hostilite, somatizasyon ve obsesyon-kompulsiyon semptomlarının görülme olasılığının artacağını söyleyebiliriz. Bu nedenle öyküsünde enürezisi olan bireylerin gelecekte kişilik bozuklukları ve psikiyatrik semptomlar geliştirebileceği kanısına varabiliriz.

Tablo I: EN ve Normal Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (*Mann-Whitney testine göre istatistiksel olarak anlamlı değerler, $p < 0.05$)

	EN	NORMAL	DEĞERLENDİRME	
	Ort. ± S.D.	Ort. ± S.D.	z	p
Cinsiyet	1.6 ± .50	1.5 ± .50	.58	0.56
Meslek	3 ± 1.6	3 ± 1.8	0.008	0.99
Yaş	32 ± 6.4	32 ± 7.8	.57	.56
Doğum Yeri	2.4 ± 1.1	2 ± 1.1	1.35	0.17
Eğitim Durumu	3.9 ± .99	3.9 ± 1.0	.30	0.97
Medeni Durumu	2 ± 1.1	1.8 ± 1.3	.43	0.66
Anne Mesleği	3.9 ± .85	3.9 ± .86	3.9	.96
Baba Mesleği	3.2 ± 1.1	3 ± 1.1	.60	.50
Anne Eğitimi	2.4 ± 1.0	2.2 ± .99	.46	.64
Baba Eğitimi	2.5 ± 1.0	2.7 ± 1.0	.68	.48
Anne Sağ mı?	1.1 ± .40	1.1 ± .31	.48	0.62
Anneyi Kayıp Yaşı	3 ± 1.7	3.7 ± .67	.50	0.61
Baba Sağ mı?	1.3 ± .47	1.3 ± .46	8.8	0.99
Babayı Kayıp Yaşı	3.2 ± 1.0	3.4 ± 1.0	.47	0.63
Anne-Baba Aynı mı?	1.9 ± .25	1.9 ± .14	.25	0.79
Kardeş Sayısı	3.2 ± 1.6	2.9 ± 1.4	.72	0.46
Doğum Sırası	2.2 ± 1.2	2.3 ± 1.3	.18	0.85
Kardeş Yaş Farkı	3.1 ± 1.5	2.9 ± 1.3	.42	0.67
Anne Baba Üvey	2 ± 0	2.5 ± .70	.72	0.43
Çocukken Dayak	1.4 ± .51	1.6 ± .48	1.3	.18
Okulda Dayak	1.5 ± .51	1.8 ± .39	1.9	0.04
Çocukken Oyun	2.5 ± .89	2.6 ± .61	.30	0.76
Çocukken Bakım	1.1 ± .75	1.1 ± .64	.15	0.98
Üriner Enfeksiyon	1.6 ± .47	1.8 ± .31	1.1	0.25
Ruhsal Bozukluk	1.8 ± .35	1.6 ± .47	1.6	0.10
Ruh.Boz. Tedavisi	1.8 ± .35	1.6 ± .47	.79	0.42
Ailede Ruh.Boz.	1.7 ± .44	1.8 ± .34	.74	0.45
Epilepsi	1.9 ± .25	1.9 ± .14	.25	0.79
Konvulziyon	1.8 ± .34	1.9 ± .23	.44	0.65
Menenjit	1.9 ± .25	1.9 ± .18	.18	0.85

Tablo II: EN ve Normal Grupların SCL-90-R Değerleri
 (* Mann-Whitney U Testine göre istatistiksel olarak anlamlı değerler, $p < 0.05$)

ALT ÖLÇEK	EN		NORMAL		DEĞERLENDİRME	
	Ort±S.D.	%	Ort±S.D.	%	z	p
SOMAT	1.75 ± 1.05	59	1.17 ± .93	41	2.06	0.03*
OBSKO	1.92 ± 1.15	56	1.35 ± .82	44	1.99	0.04*
İNTSE	1.51 ± .99	54	1.28 ± 1.01	46	.93	0.34
DEPRE	1.70 ± .97	54	1.42 ± .89	46	1.00	0.31
ANKSİ	1.80 ± 1.21	56	1.38 ± 1.03	44	1.29	0.19
ANGHO	1.94 ± 1.40	64	1.09 ± .81	36	2.19	0.02*
FOBAN	1.30 ± 1.11	59	.87 ± .85	41	1.24	0.21
PARİD	1.56 ± 1.26	60	1.03 ± .92	40	1.57	0.11
PSİKO	1.21 ± .92	59	.81 ± .71	41	1.43	0.15
EKÖLÇ	1.48 ± .79	54	1.26 ± .84	46	1.17	0.23
GSİ	1.10 ± .87	42	1.18 ± .74	58	.45	0.65
PSDİ	1.70 ± 1.02	40	2.05 ± .78	60	1.12	0.26
PST	3.33 ± 26.8	41	49.7 ± 20.9	59	2.65	0.00*

KAYNAKLAR

1. Knopf I J. Childhood Psychopathology. N.J:Printice-Hall Inc.Englewood Cliffs,:211- 216, 1979.
2. Shirley H F. Pediatric Psychiatry. Cambridge :Harvard Univ Press, 1965.
3. Yavuzer H. Aile ve Çocuk, 1982-1983 Seminer Konferansları. Okul Öncesi Çocuklarda Kötü Alışkanlıklar ve Davranış Bozuklukları. İstanbul: Ak Yay, 215, 1984.
4. Brazelton T B. *A child oriented approach to toilet training*. Pediatrics 29:121-128 , 1962.
5. Rutter M: Helping Troubled Children .Penguin Books. Harmondsworth, Middlesax, 1982: 290-295.
6. Söhmen M T: *Fonksiyonel enürezis*. Türk Psikiyatri Der, 1:39-42, 1990.
7. Strong R: An Introduction to Child Study . The Mc Millan Co, New York , 1946:128.
8. Mc Kendry J B J, Steaword D A. *Enuresis* Ped Clin North Am, 21:1019-1028, 1974.
9. Ajuriquerre J. Handbook of Child Psychiatry and Psychology.Printed in U.S.A., 1980:213- 221.
10. Domius R. *Cystometry in pediatry enuresis*.Scand J Urol Nephrol.5:222-228, 1986.
11. Mc Guire L. *Incoordination of detrusor in primer enuresis*. J Urology 34:116-121, 1984.
12. Kanner L. Chil Psychiatry.I Pring Field, Illinois : Charles C Thomas, 1972.
13. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Meteksan, 1983:307-309.

14. Bakwin H. *Enuresis in Children*, J Pediatr Psychol, 58:806-819, 1961.
15. Popoport J L, Mikkelsen E J, Zavodil A. *Childhood enuresis*. Arch Gen Psychiatry, 37:1146, 1980.
16. Yerma S K , Shah D K, Bhatra S C: *Enuresis in children -psychopatological study*. Child psychiatry Quart, 5:28-34, 1972.
17. Braitwalte J V. *Some problems associated with enuresis*. Proc Roy Soc Med 49:33-38, 1956.
18. Çetin M, Ak I, Sürmeli A, Tekell G: Entürezisli ve primer entüretiklerde organizite çalışması. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi.2:53-54 ,1990.
19. Ritvo E R, Ornitz E M, Gottlib F: *Arousal and Nonarousal Enuretics Events*. Am J Psychiatry , 126:77-84, 1965.
20. Söhmen M T: *Fonksiyonel Entürezis*. Ankara: Türk Psikiyatri Dergisi, 1:39-42, 1990.
21. Arnold S J, Ginsberg A: *Entürezis. Incidence and pertinence of genitourinary disease in healty enuretic children*.Urology, 2:437-443, 1973.
22. Stansfeld J M. *Enuresis and Tract Enfektion*. In:Kolvin, I. et al. eds, Bladder Control and Enuresis London: The Lavenham Press ltd, 1973.
23. Strong R. *An Introduction to Child Study*. New York :The Mc Millan Co,1946:128.
24. Esmen A. *Nocturnal enuresis, Some current concepts*. J Am Acad Child Psychiatry 16: 150-158, 1977.
25. Popoport J L, Mikkelsen E J, Zavodil A: *Childhood enuresis*. Arch Gen Psychiatry, 37:1146, 1980.
26. Weiner I B: *Child Adolescent Psychopatology*. John Wiley-Sons Inc.,Canada ,1982.
27. Yörükoğlu A: *Çocuk Ruh Sağlığı*. Ankara:İş Bank. Kültür Yay., 1983, 247-250.1.
28. Öztürk O: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. İstanbul Evrim Bas.Yay.Dağ.,1990:385-386.
29. Beijing S: *Nonjing College of Traditional Chinese Medicine The Acupuncture Institute of the Academy of Traditional Chinese Medicine. Essentials of Chinese Acupuncture* .Foreign Language Press. Beijing China, 1980.
30. Shirley H F: *Pediatric Psychiatry*. Harward Unv Press, Cambridge, 1965.
31. Noorgood J P: *Simultaneus registrtion of sleep stages and bladder activity in energy*. Urology 3:316-319, 1985.
32. Köroğlu E: *Amerikan Psikiyatri Birliği:Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R)*.Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989:207-208.
33. Berg I, Fielding D, Meadow R: *Psychiatric Distrubance urgency and bacteriuria in children with day and night wetting*. Arch Dis Child, 52:651-657, 1977.
34. Yavuzer H: *Çocuk Psikolojisi*.İstanbul: Altın Kitaplar Yay, 1985.

35. **Herbet M:** Problems of Childhood. London: Penbooks, 1975; 238-242.
36. **Rutter M:** Helping Troubled Children. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Book, 1982; 290-295.
37. **KlackenberG G:** *Nocturnal enuresis in a longitudinal perspective.* Acta Paediatr Scand 70:453-457, 1981.
38. **Yavuzer H:** Çocuk Psikolojisi. Altın Kitaplar Yay, İstanbul, 1981.