

MAKALE

Tülin Yöntem Fidan

Atatürk Üniversitesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Erzurum

Teşekkür: Uzmanlık tez verilerimin bir kısmıyla oluşturulmuş bu çalışmada tez danışmanım Doç. Dr. Sema Kandil'e teşekkür ederim.

Yazışma adresi:

Dr. Tülin Yöntem Fidan
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Erzurum
Tel: 0538 544 21 08
Email: tulincps@hotmail.com

Konuralp Tıp Dergisi
e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Bir Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Belirtileri ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

ÖZET

Amaç: Çocukta ruhsal belirtilerin ve bu ruhsal belirtilerin gelişimine neden olan olumlu ya da olumsuz faktörlerinin belirlenmesi, psikiyatrik hastalıkların oluşmasını engellemeye yönelik koruyucu, yeni ve etkili çalışmaların yapılması açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, bir Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin demografik özelliklerini, belirti dağılımını saptamak ve bunun diğer illerdeki Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde yapılan çalışmalardan bölgesel farklılığın olup olmadığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01 Ocak 2003-30 Haziran 2003 tarihleri arasında çeşitli belirtilerle ilk kez başvuran 632 çocuk-ergen çalışmaya dâhil edilmiştir. Çocuk ve ergenlere ait demografik özellikler ve ruhsal belirtiler görüşme formu kullanılarak elde edilmiştir. Bu çocuk ve ergenlerin demografik özelliklerin başvuru yakınmaları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Bulgular: Çocuk ve ergenlerin %63.1'i erkektir, yaş aralığı 0-18 yaşdır. En çok başvuru %40.3 ile 6-11 yaş arasında iken en az başvuru ise 0-3 yaş grubundadır. En çok başvuru nedeni sinirlilik olup bu yakınmayı sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, okul başarısızlığı, altını ıslatma-kaka kaçırma, sıkıntı, dikkat eksikliği-aşırı hareketlilik ve konuşma bozukluğu takip etmektedir. Cinsiyete göre belirti dağılımını değerlendirildiğinde kız olgularda mutsuzluk, ağlama, öz kırım girişi ve saç dökülmesi erkeklerle oranla daha fazladır ($p<0.05$). Okul başarısızlığı, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik belirtileri ise erkeklerde kızlara oranla daha fazladır ($p<0.05$). Yaşa göre belirti dağılımları özellikler göstermektedir.

Tartışma: Bu çalışmada Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran olguların belirti dağılımları ve demografik özellikler diğer bölgelerdeki çocuk-ergen ruh sağlığı kliniklerindeki belirti dağılımlarına benzerlik göstermektedir. Aile geçimsizliği olan, parçalanmış ailelerde, anne-babada ruhsal hastalık varlığında bazı ruhsal belirtiler daha fazla görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Ruhsal belirtiler, demografik özellikler, çocuk-ergen

Assessment of Mental Symptoms and Risk Factors in Children and Adolescents Who Admitted to the Child-Adolescent Psychiatry Clinic

ABSTRACT:

Objective: The results of the studies investigating the positive and negative factors which affect the mental health were important for developing protective, new and effective programs in prevention from psychiatric disorders.

The aim of this study is to determine the demographic features, symptom distribution of child and adolescents in this region.

Methods: 632 child and adolescents who attended to Karadeniz Technical University Child and Adolescent Psychiatry Clinic between 01 January 2003 and 30 June 2003 were included the study. The demographic features and first application symptoms were obtained by using interview forms to each child and adolescent and the relation between the demographic features and the first application symptoms were investigated.

Results: Of the child and adolescents 63.1% were male and the frequency of the age between 6 and 11 was %40.3 and the frequency of the age between 0-3 years old was the lowest. Irritability, poor school performance, enuresis, encopresis, anxiety, attention deficit-hyperactivity, speech disorders were the most seen symptoms of child and adolescents. Depressive symptoms like crying, unhappiness, suicide attempt were most seen in girls and behavioral symptoms like hyperactivity were seen most in boys ($p<0.05$). According to age symptoms were specified.

Conclusion: In this study, demographic features and symptom distribution between patients who applied to KTU Faculty of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic and other Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinics were found similar. In divorced and problematic families, having psychiatric disease of mother-father some specific mental symptoms were found.

Key words: mental symptoms, demographic features, child-adolescents

GİRİŞ

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ülkemizde son yıllarda gelişen bir uzmanlık alanıdır. Çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan sağlıklı olması, ruhsal sağlık açısından var olan risk faktörlerinin bilinmesi ve önlenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi bir takım özellikler içermektedir.

Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne duygusal, bilişsel, fiziksel, davranışsal sorunlarla başvuran çocuk ve ergenlerin ailesel, toplumsal, kültürel yönleri ile değerlendirilmesi gereklidir. Başvuran çocuklarda bazen tanımlanabilir bir psikiyatrik bozukluktan ziyade gelişimin bir veya daha fazla boyutunda aksamalar söz konusudur. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde şikâyet veya öyküyü alırken, bulunduğu gelişimsel dönemin özelliklerine göre çeşitli alanlardaki işlev düzeyi sorgulanmalıdır. Çocuklarda sıklıkla başvuru nedeni ebeveynin veya öğretmenin yakındığı problemlerdir (1).

Küçük çocukla ilgili tüm özgül bilgiler anne-babadan alınır (2). Çocuk ve ergenin ruhsal değerlendirilmesinde, başvuru nedeni, çocuğun geçmiş ve o andaki işlev düzeyine etkisi belirlenmelidir. Çocuk ve ergene yönlendirilen özgül sorular, anne babadan edinilen bilgiler ve en önemlisi çocuk ve ergenin gözlenmesiyle elde edilen bulgular ruhsal durum incelemesi gerçekleştirilir (2).

Çocuklardaki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı yaşla artar. Okul öncesi, ergenlik öncesi ve ergenlerde ortalama psikiyatrik hastalıkların oranları sırasıyla %10.2, %13.2, %16.5'dir (4). Cinsiyet farklılıkları dikkate alındığında, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yıkıcı davranış bozuklukları gibi dışsal nedenler erkeklerde daha fazlayken depresyon, anksiyete bozuklukları gibi içsel problemler kızlarda daha fazladır (5). Kronik sağlık sorunu olan çocuklar eğer hastalıkları bedensel yetersizliğe sebep olmuşsa psikiyatrik bozukluk ve sosyal sorunların oranı kronik hastalığı olmayan yaşlılarına göre 3 kat fazladır (6).

Çocuk psikiyatrisindeki birçok bozukluğun biyolojik ve psiko-sosyal faktörlerin kombine etkileriyle oluştuğu bilinmektedir (7). Psikopatolojinin aileden çocuğa geçişinde hem çevre hem de genetik faktörler etkilidir. Boşanmış aile, evlilikte anlaşmazlık, ailesel işlevselliğin bozuk olması, ailede depresyon gibi çevresel etkiler ve çocuklukta ruhsal bozukluk gelişimi arasında güçlü bir bağlantı olduğu ileri sürülmektedir(8).

Düşük sosyoekonomik durumun duygusal ve davranışsal sorunların ortaya çıkması için risk oluşturduğu bilinmektedir (9). Stres dolu yaşam olayları, çocuklara kötü muamele de çocuk psikiyatrik bozukluklarıyla ilişkilidir (10).

Anne-baba, öğretmen, çocuk ve ergenin verdiği bilgilerle çocuğun değişik ortamlarda (ev, okul, oyun) değerlendirilmesi gereklidir. Çocuğun davranışları erişkinlere kıyasla daha sık değişiklik

gösterir ve çocuklar çevresel etkenlerden daha fazla etkilenirler. Bu nedenle edinilen bilgiler gözlemlere ve anne-baba, çocuğun bildirimine dayandırılmalıdır (12).

İçinde yaşanılan coğrafya ve kültür psikiyatrik hastalıkların sıklığını, görünümünü değiştirebilmektedir. Bu nedenle farklı bölgelerde yapılan benzer çalışma bulgularının değerlendirilmesi ile bölgesel farklılıkların saptanması sağlanacaktır.

Bu çalışmanın amacı Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümüne başvuran çocuk ve ergenlerin demografik özelliklerini, belirti dağılımlarını tespit etmek ve bu demografik özelliklerin belirtilerle ilişkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 1 Ocak 2003- 30 Haziran 2003 tarihleri arasında 6 ay süre ile aileleri tarafından çeşitli belirtilerle ilk kez getirilen 632 çocuk-ergen dâhil edilmiştir. İlk başvuruda yaklaşık 1 saat süren yarı yapılandırılmış bir görüşme sonrasında veriler toplanmıştır. Bu çalışmada tanı koymaya kimse zorlanmamış, belirtiler öncelikle ele alınmış ve benzer belirtiler gruplandırılmaya çalışılmıştır. Çalışmaya katılanların tümüne çalışmanın amacı ve sonuçları hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ailelere aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 11.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen sayısal veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SS); sayımla elde edilen kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Kategorik verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar X^2 (chi-square) testi ile incelenmiştir. Tüm istatistiksel değişken için $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 6 ay içinde başvuran 632 çocuk ve ergenin %63.1'i (399) erkek, %36.9'u (233) kız olup yaş aralığı 0-18 yaştır. En çok başvuru %40.3 ile 6-11 yaş arasında iken en az başvuru ise 0-3 yaş grubundadır.

Çocukların büyük bir oranının tek kardeşi ya da iki kardeşi olduğu, %39.6'sının 1. çocuk, %28.3'ünün 2. çocuk, %14.7'sinin 3. çocuk ve %8.1'inin tek çocuk olduğu bulunmuştur. Çocukların %6.5'inin okul öncesi eğitim aldığı, %56.4 ilköğretim, %8.4'ünün lise öğrencisi olduğu, %26.4'ünün de henüz okula gitmediği ve sadece %22.2'sinin okul öncesi eğitim aldığı saptanmıştır.

Çocukları %42.9'unun anneleri, %25.2'sinin anne ve babaları, %17.6'sının babaları tarafından polikliniğe getirildikleri, görüşmeye yalnız gelenlerin 13 yaş ve üstü olgular olduğu, 44 vakanın (%6.9) ise konsültasyon istemiyle

polikliniğe başvurduğu öğrenilmiştir. Olguların %69.1'inin Trabzon Merkez-ilçe ve köylerinden , % 9.7'sinin Giresun, %7,3 Rize, %5,2 Artvin, %4.4 Gümüşhane, %2.3 vakanın ise Doğu Karadeniz bölgesi dışındaki illerinden başvurduğu saptanmıştır.

Annelerin %6'sının okur yazar olmadığı, %57.0'sinin ilkokul ve orta okul, %22.6'sının lise sadece %10.9'unun üniversite mezunu, babaların ise %1.4'ünün okur yazar olmadığı, %39.9'unun ilkokul ve ortaokul ,%31.5'inin lise mezunu oldukları saptanmıştır.

Annelerin %80.9'unun ev hanımı, %14.1'inin memur, %2.5'unun işçi olduğu, babaların ise, %34.4'ünün serbest meslek sahibi, %36.1'inin memur, %18.4'ünün işçi, %4.1'inin işsiz olduğu saptanmıştır. Annelerin ve babaların sağlık durumu incelendiğinde (%14.1/%5.4) oranında psikiyatrik hastalıkların var olduğu, endokrinolojik ve nörolojik hastalıkların olduğu görülmektedir. Ailelerinin yapısı araştırıldığında %8.7'inin parçalanmış aile (ebeveyn ölümü, boşanma, ebeveynlerin ayrı yaşaması) olduğu saptanmıştır. Evliliklerin ise %20.4'ü akraba evliliğidir.

Annelerin %19.2' sinde, babalarında %23.5' inde depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Başvuran

olguların annelerinde babalardan yaklaşık üç kat daha fazla ruhsal hastalık oranı mevcuttur. Ailelerin %54.7'sinin orta, %36.4'ünün düşük, %8.9'unun yüksek gelir düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Olgularda saptanan organik bulgular cinsiyete göre incelendiğinde, kızlarda en fazla %4.7 oranında nörolojik hastalıklar, erkeklerde ise %3.0 ile görme kusuru, %1.7 oranında da nörolojik hastalıkların olduğu saptanmıştır.

Olguların 36 farklı belirti grubu ile başvurduğu ve olguların birçoğunda birden fazla başvuru yakınmasının olduğu saptanmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi en çok başvuru nedeni sinirli olmadır. Bu yakınmayı sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, okul başarısızlığı, altını ıslatma-kaka kaçırma, sıkıntı, dikkat eksikliği- aşırı hareketlilik ve konuşma bozukluğu takip etmektedir.

Cinsiyete göre belirti dağılımını değerlendirildiğinde kız olgularda mutsuzluk, ağlama, öz kıyım girişimi ve saç dökülmesi erkeklerle oranla daha fazladır (p<0.05). Okul başarısızlığı, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik belirtileri ise erkeklerde kızlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0.05).

Tablo 1. Çocuk ve ergenlerin ilk başvuruda ruhsal belirtilerinin dağılımı

Başvuru belirtileri	Sayı (n=632)	Yüzde(%)
Sinirlilik	111	17.6
Yaramazlık, söz dinlememe	109	17.2
Okul başarısızlığı	107	16.9
Dışa atım bozuklukları (Gece- Gündüz altını ıslatma, Kaka kaçırma)	102	15.1
Dikkat eksikliği-Aşırı hareketlilik	94	14.8
Konuşma bozukluğu (kekemelik, fonolojik bozukluk, konuşma gecikmesi)	85	14.4
Sıkıntı	74	11.6
Mutsuzluk, ağlama	64	10.1
Zarar verici davranışlar	58	9.2
Somatik yakınmalar (Baş dönmesi, bulantı-kusma, bayılma, nefes darlığı vb)	54	8.5
Korku	52	8.2
Uyku bozukluğu	43	6.8
Adli başvuru	34	5.4
İçe kapanık olma	31	4.9
Öz kıyım girişimi	21	3.3
Geçimsizlik	20	3.2
Kardeş kıskançlığı	20	3.2
Davranış sorunları	19	3.0
Yeme bozukluğu	16	2.5
Tik	13	2.2
Tekrarlayan davranışlar	12	2.0
Mastürbasyon- Cinsel oyun	12	1.9
Anne-babaya aşırı bağımlılık	12	1.9
Unutkanlık	10	1.6
Aklından atamadığı düşünceler	7	1.1
Diğerleri	40	6.1

Tablo 2. Yaş dönemlerine göre belirti sıklığı

0-6 yaş	6-11yaş	11-15 yaş	15 yaş üstü
Konuşma Bozukluğu*	Okul başarısızlığı ¹	Okul başarısızlığı	Özkiyim girişimi ³
Yaramazlık -Söz dinlememe*	İdrar kaçırma ¹	Sıkıntı ²	Mutsuzluk-Ağlama ³
Aşırı hareketlilik*	Kaka kaçırma ¹	Mutsuzluk-Ağlama	Adli vaka ³
Zarar verici davranışlar*	İçe kapanıklık	Sinirlilik	Sinirlilik
Uyku bozukluğu	Yaramazlık-Söz	Adli vaka	Okul başarısızlığı
Kardeş kıskançlığı	dinlememe	Korku ²	İçe kapanık olma ³
İletişim sorunu ^o	Sinirlilik	Ağrı ²	Uyku Bozukluğu
Kekemelik ^o	Aşırı hareketlilik		Sıkıntı
İdrar kaçırma	Dikkat eksikliği		Saç-kaş koparma ³
Anne-babaya bağımlılık*	Korku, Sıkıntı		
	Mutsuzluk-Ağlama		
	Uyku bozukluğu		

*0-3 yaş, 3-6 yaş, ¹6-11 yaş, ²11-15 yaş, ³15 yaş üzerinde en sık görülen belirtilerdir (p< 0.05).

Yaşa göre belirti dağılımı tablo 2’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Parçalanmış ailelerde sıkıntı, uyku bozukluğu, adli başvuru, davranış sorunları, okul başarısızlığı, danışma amaçlı başvurma, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir(p<0.05). Davranış sorunları ve tik belirtileri ise anne ve baba anlaşmazlığı olan ailelerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir(p<0.05). Ruhsal hastalık olan ailelerde sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, öz kıyım girişimi, adli başvuru, kekemelik belirtileri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır (p<0.05).

TARTIŞMA

KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine getirilen çocuk ve ergenlerin altı aylık süre içinde ilk başvuru sayısı 632 olup erkek çocukların başvuru sayısının kızlardan iki kat daha fazladır. Erkek çocuklarda başvuru oranlarının daha fazla olması erkek çocuklarda psikiyatrik hastalıkların daha fazla görülmesi ve erkek çocuklar için yardım arayışının kız çocuklara kıyasla daha fazla olması olarak açıklanabilir. En çok başvuru 6-11 yaş arasındadır. Cinsiyete göre başvuru yaşı sıklığı aynıdır. Bu dönem çocuğun okula başladığı, becerilerinin belirginleştiği, sosyalleştiği bir dönemdir. Yaşıtlarıyla kıyaslandığı bir dönemdir. Bu nedenle bu yaş grubunda başvurunun fazla olduğu düşünülmektedir. Bu demografik verilerin tümü ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir(13-17).

Kardeş sayısına baktığımızda çocukların en fazla %39.4’ünün tek kardeşi, %29.0’ının 2 kardeşi, kardeş sıralamasında %39.6’sının 1. sırada, %28.3’inin 2. sıradaki çocuk, %14.7’sinin 3. sıradaki çocuk ve %8.1’inin tek çocuk olduğu gözlenmiştir. Bu bulguda diğer çocuk ruh sağlığı kliniklerinde yapılan çalışmaları destekler niteliktedir (13-17).

1994 yılında Erzurum’da yapılan çalışmada, başvuran ailelerin çocuk sayısı 4 ya da daha çok çocuk olarak belirlenmiştir. Bu farklılık yörede eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlanmıştır (17). Genelde çok çocuklu ailelerin ilk çocuklarında daha fazla sorun ortaya çıkmaktadır. İlk çocuklar anne-babanın gençlik yıllarına, deneyimsiz oldukları zamana denk gelmekte ve belki de daha çok çatışma ile yüz yüze kalmaktadırlar. Bir süre tüm ailenin şefkat ve ilgi odağı iken, kardeş doğumu ruhsal belirtileri ortaya çıkarabilir. İkinci kardeşin aileye katılışı, daha az heyecanlı, daha olağan sayılan bir olaydır. Karı-koca, anne ve baba rollerini öğrenmiş, toyluk ve tedirginliklerden sıyrılmışlardır. İkinci çocuğun sorunları, ilk çocuğunki gibi abartılmaz. Daha hoşgörülü, daha az kaygılı bir tutumla ele alınır. Beklentiler ve bunun sonucu, ilk çocuğa yapılan baskılar azalmıştır. Daha az kollanan çocuk da kendi doğrusunda gelişme olanağını daha kolay bulur. Oynayacak bir abla ya da bir ağabeyi vardır. Çevreye daha kolay uyar, daha çabuk arkadaş edinir. Ancak kendinden büyük ve kendinden sonra doğan kardeş arasında sıkışık kalabilir (18). Bu çalışmada da en fazla başvurunun 1. çocuklarda daha sonra sırasıyla 2. ve 3. çocuklarda olduğu görülmektedir.

Çocukların eğitim durumları değerlendirildiğinde olguların %56.5 oranında ilköğretim de okuyan çocuklardan oluştuğu, bunun %42.4 ilk 5 yılda olduğu, %14.1’inin 6-7 ve 8. sınıf öğrencisi olduğu gözlenmiştir. Çocukların okula başlaması ile yaşlılarıyla olan benzerlikleri ve farklılıkları açığa çıkmakta bu durum ailelerin ve öğretmenlerin hekime başvurmada temel neden oluşturmaktadır. Bu bulgular da benzer çalışmalarla aynı özelliكتedir (13-17).

Başvuran olguların %22.2 ‘sinin ilköğretim öncesi eğitim aldığı saptanmıştır. Okul öncesi eğitim özellikle bilişsel, psiko-sosyal ve motor gelişim açısından çocukların gelişimini desteklemesi bakımından önemlidir. Çocuğun kreş ve ana okul

eğitimi ile sosyalleşmesi, bilgi ve becerilerinde, kendine güvenlerinde artma olmaktadır.

Başvuran olguların geliş şekline bakıldığında en fazla %42.9 oranında anneleri tarafından, ikinci sırada %25.2 oranında anne-baba tarafından birlikte getirildiği görülmektedir. Çocukların çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine çoğunlukla anneleri tarafından getirilmesi, çocukların gelişimini, sorunlarını daha iyi gözlemledikleri ve sorumluluklarının daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Diğer çalışmalarda da anne ile başvuru benzerdir (13,15,16).

Ailelerin geldiği iller değerlendirildiğinde %69.1 oranında daha çok Trabzon merkez-köy ve ilçelerinden başvurunun olduğu bulunmuştur. Diğer illerde yapılan demografik çalışmalarda kırsal kesimden başvuru oranları bizim çalışmamıza oranla çok düşüktür (14,17). Bunun nedenleri, bölgenin coğrafi şartları nedeniyle yerleşim birimlerinin birbirine yakın olması, merkeze bağlı köylerin merkezle bağlantısının kolay olması insanların köyde oturup merkezde çalışabilmesi olabilir.

Annelerin ve babaların eğitim düzeylerine baktığımızda ilk sırada annelerin %27.4 oranında ilkökul mezunu, babaların %31.5 oranında lise mezunu oldukları tespit edilmiştir. İkinci sırada ise anneler %22.6 oranında lise mezunu, babalar ise %31.5 oranında ilkökul mezunu olarak tespit edilmiştir. Hiç eğitim almamış anne oranı %6.0 dır. Anne ve babaların meslek dağılımına baktığımızda ise annelerin %80.9 oranında ev hanımı olduğu, ikinci sırada memur, öğretmen oldukları tespit edilmiştir. Babaların meslek dağılımında ilk sırada %32.4 oranında serbest meslek, ikinci sırada %21.7 oranında memur olduğu bulunmuştur. Anne ve babaların eğitim düzeyi, meslekleri sosyoekonomik düzeyle doğrudan bağlantılıdır ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması çocuklarda psikiyatrik hastalıklar için risk oluşturmaktadır (18). Ailenin sosyo-ekonomik düzeyine bakıldığında başvuran olguların %54.7'sinin orta gelir düzeyinde olduğunu göstermektedir.

Annelerin %73.7'si, babaların %82.1'i sağlıklıdır. En sık görülen hastalık grubu hem anne hem de babalarda sırasıyla %14.1 ve %5.4 oranında psikiyatrik hastalıklardır. Özellikle ailesel psikopatoloji varlığında, çocuklarla yapılan çalışmalarda gelişimsel psikopatoloji açısından artmış risk olduğu ileri sürülmektedir (19)

Ebeveynlerin akrabalık durumu %20.4 oranında saptanmış olup bu oran polikliniğe başvuran ailelerin 1/5'inde akraba evliliği olduğunu göstermektedir. Akraba evliliklerinde genetik geçişli psikiyatrik hastalıklar için risk oluşturduğu söylenebilir (19).

Ailenin durumunu belirleyen dağılıma baktığımızda, %8.7'inin parçalanmış aile olduğu, %3.5 ebeveyn kaybı, %2.8 oranında boşanmış ailelerin olduğu görülmektedir. 1992 yılında A.Ü.

Tıp fakültesi Çocuk Psikiyatrisinde yapılan çalışmada boşanma oranı %6.3, ebeveyn kaybı %5.1 oranında tespit edilmiştir. Bu bulgular Karadeniz bölgesinde boşanmaların Ankara ve çevresi ile karşılaştırıldığında daha az olduğu sonucunu göstermektedir (13).

Boşanmış eşler üzerinde karşılaştırılmalı olarak yapılan bir araştırmada, boşanmış erkeklerde evli erkeklere göre beş kat daha yüksek bir oranda, boşanmış kadınlarda da evli kadınlara göre üç kat yüksek bir oranda ruhsal bozukluk saptanmıştır. Bu bulgular iki şekilde yorumlanabilir. Ya mutsuz evlilikler eşlerde ruhsal uyumsuzluklara yol açıyor, ya da ruhsal uyumu bozuk olan çiftlerin evliliği kısa sürüyor (20).

En sık görülen belirtiler sırasıyla sinirlilik (%17.6), yaramazlık-söz dinlememe (%17.2), okul başarısızlığı (%16.9), sıkıntı (%11.6), aşırı hareketlilik (%11.5), gece altını ıslatma (%11.4) olarak belirlenmiştir. 1993-1994 yıllarında KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisine ilk kez başvuran olgularda bu sıralama kekemelik (%12.7), yatak ıslatma (%11.7), hırçınlık-sinirlilik (%10.3), konuşma geriliği (%7.4), kaka kaçırma (%7), okul başarısızlığı (%6.5) şeklindedir. 10 yıllık zaman diliminde başvuru yakınmalarında değişiklik olduğu görülmektedir. Özellikle okul başarısızlığı yakınmasıyla gelen olguların sayısında yaklaşık 3 kat artış olduğu gözlenmiştir. 1993-1994 yıllarında yapılan çalışmada aşırı hareketlilik yakınmasıyla gelen olgu yoktur. Bu çalışmada ise sıklık sırasına göre aşırı hareketlilik 5. sırada yer almaktadır. Bunun nedenleri son yıllarda toplumun dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu konusunda konferans, panel, medya ile düzenli olarak bilgilendirilmesi ve ailelerin okulda ve evde aşırı hareketli olan çocuklarını daha kolay Çocuk Psikiyatrisine getirmeleri ya da ilköğretim okullarında görev yapan rehberlik servislerinin ve öğretmenlerin DEHB belirtileri olan çocukları Çocuk Psikiyatrisine yönlendirmeleri olabilir.

1977-79 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümünde yapılan çalışmada ilk sırayı enüresis (%21.5), ikinci sırayı (%16) ile kekemelik almaktadır. Bunu zeka geriliği (%12), sinirlilik (%8.2), korkular (%6.5), epilepsi (%5.5) izlemektedir (14).

1992 yılında A.Ü. Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ilk sırada zeka geriliği (%15.7), enüresis (%11.2), sinirlilik, huysuzluk, geçimsizlik (%9.2), danışma (%6.5), kekemelik (%5.5), DEHB (%5.5) olarak belirlenmiştir.

Sinirlilik/kolay kızma duygudurum bozukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalığa eşlik eden bir belirtidir. Yapılan bir çalışma okul öncesi dönemde depresyonun tipik belirtisinin sinirlilik ile karakterize olduğunu göstermektedir yani deprese çocukların % 98 'i bu belirtiyi taşırlar (21).

Okul başarısızlığı en sık başvuru nedenleri arasında 3. sıradadır. Okul başarısızlığı, mental geriliğe yada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, öğrenme bozukluğu, depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıklara bağlı olabilir. Bu çalışmada 3 ağır, 10 orta, 53 hafif olmak üzere toplam 66 olguya zeka testi (St. Binet, WISC-R) ile mental gerilik tanısı konmuştur.

1992 yılında A.Ü. Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada ilk sırada zeka geriliği saptanırken bizim çalışmamızda, 1977-79 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Bölümünde yapılan çalışmada, 1988 yılında A.Ü. Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada zeka gerilikleri 3. sırada en sık başvuru nedeni olarak saptanmıştır.

Sıkıntı 4. sırada en sık görülen yakınmadır. Sıkıntı psikiyatride kişiyi en rahatsız eden belirtilerden biridir ve anksiyeteyi ifade eder. Anksiyete bozukluklarının İlkokul çocuklarında yaygınlığı %4-5 oranındadır. Kızlarla erkeklerde eşit orandadır. Alt sosyo-ekonomik düzeyde daha sık görülmektedir. En sık görüldüğü yaş grupları 5-7 yaş, 11-13 yaştrı (1).

Aşırı hareketlilik 5. sırada en sık görülen yakınmadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı kriterlerinden birini aşırı hareketlilik oluşturmaktadır. Ama belirtilerin hiç birinin bu bozukluğa özgü olmadığı, hatta bu belirtilerin çoğuna normal çocuklarda da rastlandığını görmekteyiz. Normal çocuklar ile bu çocuklar sadece belirtilerin sıklığı, şiddeti ve yaygınlığı açısından farklı oldukları bilinmektedir. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse, aktivitesi o kadar fazladır. Bu nedenle yaşa özgü aşırı hareketlilik açısından 3-4 yaş çocukları daha dikkatli izlenmelidir (1).

Cinsiyete göre belirti dağılımını değerlendirdiğinde mutsuzluk, ağlama, öz kıyım girişimi gibi depresif bozukluklarla daha çok ilişkili yakınmaların kızlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Literatüre baktığımızda özellikle adolesan dönemde depresif bozuklukların ortalama kızlarda %10.2, erkeklerde %2.6 oranında olduğu bildirilmiştir (2,19,20).

Okul başarısızlığı, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, kekemelik, adli başvuru ve tik belirtileri ise erkeklerde kızlara oranla daha fazladır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karışit olama karışit gelme bozukluğu belirtileri, adli başvuru literatürle uyumlu olarak erkeklerde fazladır (18).

Yaşa göre belirti dağılımında, 0-3 yaş arasında en çok başvuru yakınmaları, sırasıyla, konuşma bozukluğu, sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, uyku bozukluğu, kardeş kıskançlığı, iletişim sorunudur. Bu bulgular gelişimsel gecikmelerin ve davranış sorunlarının bu grupta ön planda olduğunu göstermektedir (3).

3-6 yaş arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla yaramazlık, söz dinlememe, aşırı

hareketlilik, zarar verici davranışlar, konuşma bozukluğu, sıkıntı, kekemelik, gece altını ıslatma uyku bozukluğu, mutsuzluk ve ağlamadır. Bu yaş grubuna özgü belirti kekemeliktir. Kekemelik 2-7 yaşlarında başlamaktadır. 3-4 yaş grubunda kekemelik yakınması, bu yaş grubunda düşünme hızının konuşma hızını geçmesi nedeniyle pik yapmaktadır (3).

6-11 yaş arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla okul başarısızlığı, gece altını ıslatma, yaramazlık, söz dinlememe, sinirlilik, aşırı hareketlilik, korku, sıkıntı, mutsuzluk, ağlama, zarar verici davranış, dikkat eksikliği, uyku bozukludur. Çoğunlukla okul ile ilgili sorunlar bu yaşlarda başlamaktadır. Okul korkusu, öğrenme güçlüğü, zeka düzeyindeki gerilikler, dikkat eksikliği hiperaktivite sorunları bu dönemde fark edilir. Arkadaş gruplarına girmek ve arkadaş edinme sorunları ortaya çıkabilir (3,13).

11-15 yaş arasında en çok başvuru yakınmaları sırasıyla sıkıntı, okul başarısızlığı, mutsuzluk, ağlama, sinirlilik, adli vaka, korku, uyku bozukluğu, ağrıdır. 11-15 yaş grubu ergenlik dönemi içindedir. Bu dönem fiziksel ve ruhsal birçok değişimin meydana geldiği bir dönemdir. Duyguların şiddeti ve yoğunluğunun artmasına bağlı daha impulsif davranışların görüldüğü bir dönemdir. Bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon belirtilerinin arttığı görülmektedir. Ergenlik dönemi major depresyonun, depresyon riskinin arttığı bir dönemdir. Duygusal oynaklık, deprese duygudurum ve olumsuz düşünceler ergenlerde belirgin olarak artmıştır. Offord ve ark. (18)'nin 1989 yılında yaptıkları çalışmada depresyon prevalansı 6-11 yaş arasındaki çocuklarda %2.6, 12-16 yaş grubunda ise 6-11 yaş grubundaki sıklığın üç katı daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

15 yaş ve üstü en çok başvuru yakınması sırasıyla öz kıyım girişimi, mutsuzluk, ağlama, adli vaka, sinirlilik, okul başarısızlığı, içe kapanık olma, uyku bozukluğu, sıkıntıdır. Bu çalışma da 15 yaş üstü yaş grubunda öz kıyım girişiminin ilk sırada olduğu bulunmuştur. Çocukluk ve ergenlik döneminde yaş arttıkça öz kıyım girişiminin sıklığı artmaktadır. Ergenlik döneminin temel özelliklerinden biri ayrılma ve bireyselleşmeyi başarmaktır. Bu nedenle araştırmacılar ergenliğin başlı başına öz kıyım eğilim yaratan dönem olduğunu belirtmişlerdir (23). Ergenlerde depresif belirtiler yaygındır ve fark edilmesi zor bir durumdur. Çoğu ergen minimal depresyon belirtilerini gösterir. Bununla birlikte orta ve ciddi derecede depresif belirtiler ergenlerin, öz kıyım riski nedeniyle uzun dönem takip edilmesi gereklidir (24).

Türk Ceza kanununa göre 11-15 yaş ceza ehliyetinin şartta bağlı olduğu dönemdir. Bu nedenle çalışmamızda bu yaş grubundaki olguların adli yazıyla başvurma oranları anlamlı ölçüde artmıştır. Suç işlendiği zaman 11 yaşını bitirmiş

olup da 15 yaşını doldurmamış olanların işlediği suçta “farik ve mümeyyiz” olmayanlar hakkında kovuşturma yapılmaz ve ceza verilmez, T.C.K. 53. Madde hükümleri uygulanır. Çocuk işlediği suçta karşı farik ve mümeyyiz ise kısmen ceza ehliyeti vardır ve hafifletilmiş bir ceza uygulanır (T.C.K. 54) (1,25).

Parçalanmış ailelerde, sıkıntı, uyku bozukluğu, adli başvuru, davranış sorunları, okul başarısızlığı, danışma amaçlı başvurma, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar parçalanmış ailelerde aileler de anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Literatürde ailenin parçalanmasının çocukluk çağı problemlerinde belirgin artışa sebep olduğu görülmektedir. Özellikle boşanma ve yetersiz çocuk eğitimi ile ilgili literatürün meta analizinin yapıldığı bir çalışmada, ebeveynleri boşanan çocuklarda davranışsal, psikolojik ve kognitif problemlerde artış olduğunu rapor etmiştir. 1994 ‘de Fergusson ve ark. (26) yaptıkları çalışmada, ebeveynleri çocukluk çağında ayrılan ya da boşananlarda erken seksüel aktivite, madde kullanımı ve kötüye kullanımı, iletişim problemleri, ruhsal bozukluklar ve anksiyete bozuklukları gibi bir seri adolesan problemleri davranışları ve psikopatolojisinin ölçümü arasındaki ilişkinin 15 yıllık çalışma sonuçları rapor edilmiştir. Buna göre ailesel ayrılmaya maruz kalmış çocukların, adolesan dönemde problem riski artmıştır, bu ilişkinin çoğunun sahte/taklit olduğu görülmektedir ve ailesel ayrılıktan önce çocuğun ailesinde var olan sosyal ve içeriksel beraberlikten dolayı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte sonuçlar çocukluk döneminde ailesel ayrılmaya maruz kalma ile adolesan iletişim sorunları, davranış bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı arasında küçük fakat saptanabilen artış olduğu bulunmuştur.

Özellikle aile ve çocuk gelişimiyle ilgili literatürde, emniyetsiz/sağlam olmayan evliliklerle sosyo-ekonomik durum, ebeveyn eğitimi, ebeveyn yaşı, aile stresi ve benzeri faktörler arasında belirgin ilişki olduğu izlenmektedir. Anne ve babanın anlaşılabilir durumuna göre belirti dağılımı değerlendirildiğinde davranış sorunları ve tik belirtilerinin anne ve baba anlaşmazlığı olan ailelerde daha fazladır. Anne ve babanın depresyonu primer, aile geçimsizliği ise dolaylı olarak major depresyon gibi içselleştirme sorunlarını artırırken, aile geçimsizliği primer, anne- baba depresyonu dolaylı olarak davranış sorunları veya madde kötüye kullanımı gibi dışsallaştırma sorunlarının riskini artırmaktadır (27). Tik bozuklukları strese duyarlıdır. Ailedeki geçimsizlik durumunun da tiklerin artmasına neden olan bir stres kaynağı olduğu söylenebilir (3).

Gerçekten süre giden karı-koca kavgalarında, çocukların dışı vuramadıkları en önemli duygular, ana babanın ayrılmasıyla, kendilerinin ortada kalacağı korkusudur. Ayrıca, kavgalara kendilerinin neden olduğu duygusuna kapılırlar. Aile

kavgalarının önemli bir bölümünün, çocuklar yüzünden çıktığı, sonra da ana babanın kişisel kavgasına dönüştüğü düşünülürse çocuklardaki bu suçluluk duygusu daha kolay anlaşılır (20).

Ailede ruhsal hastalık varlığı ile olgulardaki belirti dağılımına değerlendirildiğinde, ruhsal hastalık olan ailelerde sinirlilik, yaramazlık, söz dinlememe, öz kıyım girişimi, adli başvuru, kekemelik belirtileri fazladır. Yüksek risk çalışmalarında anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete belirtileri artmış oranlarda bulunmuştur. 1999 yılında Dierker ve ark. (19) yaptığı risk araştırmasında, güçlü derecede özgüllüğün anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi, anksiyeteli/duygu durum bozukluklu ailelerin yapısal (boşanma oranları, tek ebeveynli aile olma) veya fonksiyonel (aile ve çocuk etkileşiminde problem) olarak düzensiz olmasının aile danışmasında olmaması bulgusuyla birleştirildiğinde, anksiyete bozukluklarının gelişiminde mizaç veya stres cevabı gibi içsel risk faktörlerinin daha çok rol oynadığı öne sürülmüştür.

Ailedeki çevresel etkiler örneğin zayıf etkileşim ve ebeveyn ile çocuk arasındaki ilişkinin yetersizliği adolesanlar da erken dönemde madde kullanımı ve davranış sorunlarına neden olmaktadır (28).

Çocuk yetiştirme dönemindeki 25–44 yaşındaki annelerin %8-10’unda klinik depresyon görülmektedir. Başka bir çalışmada bebeği olan annelerin %16’sında depresyon belirtilerinde artma olduğu rapor edilmiştir. Depresyon ya da depresyon belirtileri artmış kadınların çocuklarında duygusal regülasyon, daha az ideal ilişkiler kurma, güvensiz bağlanma, problemleri davranışlar ve rekabette yetersizlik gibi zorluklar açısından artmış bir risk vardır. Depresyonu olmayan annelerin çocukları kıyaslandığında daha fazla negatif duygu durum ve daha az canlı bakış sergiledikleri görülmüştür. Deprese annelerin bebeklerinde artmış irritabilite (sinirlilik), cevap vermede azalma, sosyal ilişkilerde azalma olduğu saptanmıştır. Birçok çalışmada maternal depresyonun bebekte ve okul öncesi dönemde güvensiz bağlanma açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir (29).

Doğu Karadeniz bölgesinde tek hizmet veren Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde yapılan bu çalışmada Ankara, İstanbul, Adana, Erzurum ve daha önce Trabzon’da yapılan diğer çalışmalarla benzer bulgular elde edilmiş olup başvuru yakınmalarında sadece sıralamada farklılıklar gözlenmiştir. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıkların tanımlanması tedavisi ve önlenmesi birbirine sıkıca bağlıdır. Yapılacak çalışmalarda çocuk-ergen ruh sağlığı alanındaki demografik bilgilerin hangi ruhsal belirtiler açısından risk oluşturulduğunun araştırılması ileride koruyucu sağlık hizmetleri için yapılacak çalışmalar için katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Polvan Ö. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ders Kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2000; 22-41.
2. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 2. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998; 1035–1039.
3. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2002;1320–1335.
4. Zahn-Waxler C, Klimes-Dougan B, Slattery MJ. Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. Dev Psychopathol. 2000; 12: 443- 466.
5. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry. 1998; 155: 715-725.
6. Camdan D, Boyle M, Szatmani P. Chronic illness, disability and mental and social well-being: Findings of the Ontario Child Health Study. Pediatrics. 1987;79: 805-813.
7. Rutter M, Silberg J, O'Connor T. Genetics and child psychiatry. I. Advances in quantitative and molecular genetics. J Child Psychol Psychiatry. 1999; 40: 3-18.
8. Crachetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. Dev Psychopathol. 1998; 10: 283-300.
9. Offord Dr, Lipman EL. Emotional and behavioral problems: Frequency by age, gender and income level and co-occurrence with other problems. In: Growing up in Canada: National Longitudinal Study of children and Youth. No. 89-550-MPE, Ottawa. Human Resources Development Canada. Statistics Canada, 1996.
10. Garrison CZ, Waller JL, Cuffee SP. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36: 458-465.
11. Earls F. Epidemiology and child psychiatry: Entering the second phase. Amer J Orthopsychiatry 1989; 59(2).
12. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. basım. Ankara: Feryal Matbaası, 2002.
13. Avcı A. AÜTF Çocuk Psikiyatrisi kliniğine başvuran hastaların belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikleri. Uzmanlık Tezi, AÜTF, 1992.
14. Sonuvar B, Yörükoğlu A, Öktem F, Akyıldız S. Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Kliniğinde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. Psikoloji Dergisi. 1982; 13:33-30.
15. Tanrıöver S. KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine iki yıl içinde başvuran çocukların demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 1996; 3(2): 69-72.
16. Tanrıöver S, Kaya N, Tüzün Ü, Aydoğmuş K. Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran çocukların demografik özellikleri ile ilgili bir çalışma. Düşünen Adam. 1992; 5: 1.
17. Özatalay E, Turan M. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran hastalarda belirti dağılımı ve demografik özellikler. 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Bursa, 1994.
18. Offord DR, Boyle MH, Racine Y. Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989;28: 856- 860.
19. Dierker L, Menihangas K, Szatmani P. Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offsprings. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38 (3): 280 – 288.
20. Yörükoğlu A. Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. 4. Baskı, Ankara: Özgür Yayın – Dağıtım, 1992.
21. Luby J, Heffelfinger A, Mrakotsy C. The Clinical Picture of Depression in Preschool Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003;42(3): 340- 348.
22. Luby J, Heffelfinger A, Mrakotsy C. Preschool Major Depressive Disorder: Preliminary Validation for Developmentally Modified DSM-IV Criteria. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41 (8):928-937.
23. Ercan Sabri E. İntihar girişiminde bulunmuş ergenlerin psikiyatrik değerlendirilmesinde nelere dikkat edilmeli. Psikiyatri Bülteni 1996;4(3):124-127.
24. Rushtan J, Michelle F, Schectman R. Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41 (2) : 199 – 205.
25. Tanrıöver Kandil S, Hocaoğlu Ç, Bağdatlı H, Aktepe E, Yöntem T, Aksu G. Son dört yılda KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk psikiyatrisine Başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Klinik Adli Tıp 2002; 2(2): 1-6.
26. Fergusson D, Horwood J, Lynskey M. Parental separation, Adolescent psychopathology and problem behaviors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:(8), 1122 – 1131.
27. Nomura Y, Wickramaratne P, Warner V. Family discord, parental depression and psychopathology in offspring: Ten year follow – up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41(4): 402–409.
28. Brook J.S, Whiteman M, Nonwa C, Gorden A.S, Cohen P. Personality, family and ecological influences on adolescent drug use: A developmental analysis. J Chem Dependency Treatment. 1998;1: 123 – 161.
29. Carter A, Garrity – Rokous E, Chazan – Cohen R, Little C, Briggs – Gowan M. Maternal depression and comorbidity; Predicting early parenting, attachment security and Toddler social – emotional problems and competencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(1):18–20.