



Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olgularının Sosyodemografik ve Tanısal Özellikleri

Sociodemographic and Diagnostic Characteristics of Post-Traumatic Stress Disorder Cases Presenting to a Child and Adolescent Psychiatry Department

Mehmet KARADAĞ¹, Cem GÖKCEN², Ayşe Sevd SARP²

¹Mardin Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Mardin, Türkiye

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Yazışma Adresi
Correspondence Address

Mehmet KARADAĞ
Mardin Devlet Hastanesi,
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği,
Mardin, Türkiye
E-posta:
mehmetkaradag1988@gmail.com

Geliş tarihi \ Received : 04.10.2019
Kabul tarihi \ Accepted : 10.11.2019
Elektronik yayın tarihi : 30.09.2020
Online published

Bu makaleye yapılacak atıf:
Cite this article as:

Karadağ M, Gökçen C, Sarp AS. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğine başvuran travma sonrası stres bozukluğu olgularının sosyodemografik ve tanısal özellikleri. Akd Tıp D 2020;3:424-9.

Mehmet KARADAĞ
ORCID ID: 0000-0002-4130-0494
Cem GÖKCEN
ORCID ID: 0000-0003-3824-5890
Ayşe Sevd SARP
ORCID ID: 0000-0002-2764-6325

Çalışma, 2-5 Mayıs 2019 tarihleri arasında İstanbul'da yapılan 29. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresinde Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Amaç: Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), çocuk ve ergenlerin yaşamlarını etkileyen önemli bir psikiyatrik hastalıktır. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, bir çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran TSSB'li hastaların sosyodemografik ve tanısal özelliklerini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlere araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik verilerin ve yaşanan travmatik olayla ilgili soruların olduğu bir form doldurulmuştur. Ayrıca psikiyatrik tanımlar için yapılandırılmış bir klinik görüşme aracı olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu versiyonu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine başvuran ve TSSB tanısı almış 40 çocuk ve ergen dahil edildi. 13'ü (%32,5) erkek, 27'si (%67,5) kızdı. Yaş ortalaması $14,7 \pm 2,87$ olarak bulundu. 9 (%22,5) hastada ebeveyn kaybı mevcuttu. 13 hastada sadece TSSB (%32,5) tanısı vardı. Diğer hastalarda birden fazla tanı vardı. 12 (%30) hasta daha önce psikiyatri kliniğine başvurmuş olmasına rağmen, diğer 28 (%70) hasta daha önce başvuru yapmamıştı. Hastaların yaşadığı travma ile uzmanlık başvurusu arasındaki ortalama süre $3,97 (\pm 3,4)$ yıldır. 24 hastada (%60) yalnızca bir travmatik olay yaşanmıştı, 16 hastada (%40) birden fazla travmatik olay yaşanmıştı. Cinsel istismar ($n=19$, %47,5) hâkim travma tipi idi.

Sonuç: Bu küçük örneklemli çalışma psikiyatri kliniklerine başvuran TSSB'li çocuk ve ergenlerin tanınması açısından önem arz etmektedir. Ancak yine de daha büyük örneklem sayılarına sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: TSSB, Çocuk, Ergen, Cinsel istismar, Psikiyatrik hastalık

ABSTRACT

Objective: Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a debilitating psychiatric disorder that impacts many children and adolescents. The aim of this study was to determine the sociodemographic and diagnostic characteristics of PTSD patients presenting to a child and adolescent psychiatry clinic.

Material and Methods: Children and adolescents who participated in this study were asked to fill a questionnaire about sociodemographic data and were asked questions about the traumatic event. In addition, they were evaluated with the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS), a semi-structured interview for psychiatric diagnoses.

Results: Forty children and adolescents presenting to the Gaziantep University School of Medicine's Department of Child and Adolescent Psychiatry and diagnosed with PTSD were included in the study. There were 13 (32.5%) boys and 27 (67.5%) girls. The mean age was 14.7 ± 2.87 years. Nine

(22.5%) patients had lost a parent. Thirteen (32.5%) patients had PTSD only whereas the rest had more than one psychiatric diagnosis. Twelve (30%) patients had presented to a psychiatry clinic previously and 28 (70%) patients had not. The mean time between trauma and admission was 3.97 (\pm 3.4) years. A total of 24 patients (60%) had only one traumatic event while 16 patients (40%) had more than one traumatic event. Sexual abuse (n=19, 47.5%) was the dominant trauma type.

Conclusion: This study had a small sample size but it ensures better understanding of the characteristics of children and adolescents with PTSD who present to psychiatry clinics. Studies with larger sample sizes are needed.

Key Words: PTSD, Children, Adolescent, Sexual abuse, Psychiatric disorder

GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bir travmatik stres kaynağı ile yüz yüze kalınmasının ardından özgül bir takım belirtilerin gelişmesi olarak tanımlanır (1). Epidemiyolojik veriler çocukların dörtte birinden fazlasının erişkinliğe ulaşmadan önemli bir travmatik deneyim yaşadığını göstermektedir (2). Bu travmalar çocuk istismarlarını, ev içi, toplumsal ve okuldaki şiddeti, afetleri, araç ve diğer kazaları, savaşı, terörizmi, mülteciliği, diğer kişilerin ölümünü veya beklenmedik korkutucu bir deneyimi kapsamaktadır. Farklı merkezlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda TSSB'nin yaşam boyu prevalansı %1 ile %14 arasında değişmektedir (1). Travmaya maruz kalan çocukların yaklaşık %34,5'inde TSSB geliştiği bildirilmektedir (3). Bu oran TSSB'nin travma sonrası gelişen ruhsal bozukluklar arasında ilk sırada olduğunu göstermektedir (4). Travma sonrasında gelişen diğer ruhsal bozukluklar arasında; akut stres bozukluğu, anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu, depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, uyku bozukluğu, yas, yıkıcı davranışlar ve madde kötüye kullanımı gibi birçok ruhsal bozukluk yer almaktadır.

Travmatik olaylar içinde özellikle yaşamı tehdit eden, cinsel ve fiziksel istismar gibi insan eli ile oluşan travmaların daha sık TSSB geliştirme riski olduğu bildirilmiştir (5,6). TSSB'nin etiolojisini inceleyen bazı çalışmalarda; hastalığı ortaya çıkaran bazı risk etmenleri tanımlanmıştır. Bunlar; kız cinsiyet, yaş, travma maruziyet şiddeti, tekrarlayan ve süregelen travma yaşamak, travmanın niteliği, ebeveynlerde yaşanan travmaya bağlı gelişen ruhsal sorun varlığı, ebeveynlerin çocuklarındaki belirtilere gösterdikleri tepkiler, sosyal destek sisteminin niteliği ve psikiyatrik eş tanı taşıma olarak sayılabilir (7). TSSB belirtilerinin ortaya çıkması açısından bazı çalışmalar, kızlarda daha fazla belirti görüldüğünü bildirirken (8, 9), bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arasında fark görülmemiştir (10). Bu çalışmanın amacı, bir çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran TSSB'li hastaların sosyodemografik ve tanısal özelliklerini ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamıza Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine başvuran ve TSSB tanısı

almış 40 çocuk ve ergen dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen çocuklara araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) (11,12) uygulanmıştır. Hazırlanan sosyodemografik veri formunda; çocuğun/ergeninin yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, eğitim durumu, anne-baba yaşı, anne-babanın daha önceden belirlenen psikiyatrik tanısının olup olmadığı yer almaktadır. Ek olarak travmaya ilişkin hangi tür travma deneyimlediği, ne zaman deneyimlediği, kaç kez travma deneyimlediği ve daha önce herhangi bir psikiyatri kliniğine başvurup başvurmadığı sorgulanmıştır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri 6-18 yaş arasında olmak, okuma/yazma becerilerine sahip olmak, K-SADS-PL'ye göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterlerini sağlıyor olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gönüllülerden sözel ve yazılı onam alınmıştır.

İstatistiksel yöntem

Araştırmada SPSS-22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığının değerlendirilmesi histogram grafiği ve Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilks testleri ile yapılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde Ki-Kare Testi, Fisher's Exact testi ve Student's t testi uygulanmış, normal dağılmayan verilerin değerlendirmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde sayısal değişkenler için Ortalama \pm Standart Sapma(\pm SD), kategorik değişkenler için yüzde (%) kullanılmıştır. p<0.005 anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma için Gaziantep Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 2019/274 Tarih: 18.09.2019).

BULGULAR

Çalışmamıza 13 (%32,5)'ü erkek, 27 (%67,5)'si kız olmak üzere 40 hasta alınmıştır. Araştırmaya alınan çocuk ve ergenlerin yaş ortalaması 14,7 olarak bulunmuştur. Çocuk ve ergenlerin 4 (%10)'ü ilkökula, 6 (%15)'si ortaokula, 24 (%60)'ü liseye, 1 (%2,5)'i üniversiteye giderken, 5 (%12,5) hasta okula devam etmiyordu. Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin kardeş sayılarının ortalama 4,33 (min:2, max:8) olduğu, annelerinin yaş ortalamasının 39,90,

babalarının yaş ortalamasının 41,41 olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmaya katılan 40 hastanın 10'unun annesinde daha önce belirlenen psikiyatrik hastalık olduğu, 2 sinin de babasında daha önce belirlenen bir psikiyatrik hastalık olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizde anne ile baba arasındaki psikiyatrik hastalık sıklığının anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlenmiştir (Tablo I).

Araştırmaya katılan 40 çocuğun 13 (%32,5)'ünde sadece TSSB varken, kalan 27 çocukta birden fazla tanı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda TSSB'ye en sık eşlik eden bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluklarını sırasıyla Depresif bozukluklar ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) izlemiştir. Ayrıca 4 hastada TSSB'ye hem Depresif bozukluklar hem de Anksiyete bozuklukları birlikte eşlik etmiştir (Tablo II).

Hastalardan %70'i yaşadıkları travmanın ardından ilk kez bir psikiyatri kliniğine başvuru yapmışlardı. Travmanın yaşandığı tarihten bir psikiyatri kliniğine başvuru süresi arasında geçen zaman ortalama 3,97 yıl gibi uzun bir

zamandı. Travma mağdurları bazen tek travmaya maruz kalmazlar. Nitekim bizim araştırmamızda da hastaların %40'ının birden fazla travmatik deneyime sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca tek travma ile çoğul travmatik deneyim sahibi çocukların yapılan tanısal karşılaştırmasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,02). Çoğul travma mağduru çocuklarda komorbidite oranının daha sık olduğu görülmüştür. Yaşanan travmalar arasında en sık görülen travma şekli %47,5 ile cinsel istismardır. Cinsel istismarı sırası ile trafik kazaları, diğer sebepler ve herhangi bir aile bireyinin kaybı izlemiştir (Tablo III).

TARTIŞMA

Çalışmamızda Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniğine başvuran ve TSSB tanısı almış çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve tanısal özellikleri incelenmiştir. TSSB olgularının iyi tanımlı tedavi edilmesi çocuk ve ergenlerin psikososyal hayatlarını olumlu bir şekilde etkileyeceği düşünüldüğünde bu çalışmanın verileri literatüre katkı sağlayacaktır.

Tablo I: Sosyodemografik özellikler.

Ortalama yaş	14,7± 2,87 (min:6, max:18) yıl
Cinsiyet	
Erkek (n,%)	13 (32,5)
Kız (n,%)	27 (67,5)
Kardeş Sayısı	4,33 (min:2, max:8)
Anne yaşı (yıl)	39,90±12,23
Babanın yaşı (yıl)	41,41±17,04
Eğitim durumu	
İlkokul (n,%)	4 (10)
Ortaokul (n,%)	6 (15)
Lise (n,%)	24 (60)
Üniversite (n,%)	1 (2,5)
Okula gitmiyor (n,%)	5 (12,5)
Ebeveyn Psikopatolojisi	
Anneler (n,%)	10 (25)
Babalar (n,%)	2 (5)

Tablo II: Katılımcıların tanısal özellikleri.

TANILAR	n (%)
TSSB	13 (32,5)
TSSB+Depresif Bozukluklar	8 (20)
TSSB+ ANKS Bozuklukları	10 (25)
TSSB+ANKS Boz+Depresif Bozukluklar	4 (10)
TSSB+DEHB	5 (12,5)

Tablo III: Psikiyatrik değerlendirme sonuçları.

Psikiyatri Kliniği Başvurusu	
İlk Başvurusu Olan (n,%)	28 (70)
Daha Önce Başvurusu Olan (n,%)	12 (30)
Travma Zamanı ile Tedaviye Başvuru Arasında Geçen Ortalama Süre (yıl)	
	3,97 (±3,4)
Deneyimlenen Travmatik Olay Sayısı	
Bir Travma (n,%)	24 (60)
Multipl Travma (n,%)	16 (40)
Travma Türü	
Cinsel İstismar (n,%)	19 (47,5)
Trafik Kazası (n,%)	9 (22,5)
Aile Bireylerinden Birinin Ölümü (n,%)	5 (12,5)
Diğer Sebepler (n,%)	7 (17,5)

TSSB tanılı çocuk ve ergenlerin dahil edildiği çalışmamızda, kızların başvuru oranının daha fazla olduğu, lise döneminde daha çok başvuru olduğu, annelerde babalardan daha çok psikiyatrik patoloji olduğu gözlenmiştir. Ayrıca olguların çoğunun ilk defa ve yaklaşık olarak 4 yıl sonra profesyonel yardım arayışına girdiği, bir kısmının birden fazla travması olduğu ve birçoğunun da TSSB'ye ek tanılara sahip olduğu gözlenmiştir. Son olarak başvuran hastaların yaklaşık olarak yarısının cinsel istismar mağduru olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza dahil edilen olguların %67,5'i kızlardan oluşuyordu. Bunun için muhtemel açıklamalardan biri, kızların travmatik olaylara erkeklerden daha güçlü tepki göstermesidir, çünkü biyolojik farklılıklar nedeniyle kızların TSSB belirtileri için daha yüksek risk altında olduklarını ve TSSB belirtileriyle başa çıkmada daha büyük problemleri olduğunu gösteren kanıtlar vardır (13,14). Gillies ve ark. tarafından yapılan gözden geçirmede bizim çalışmamızla benzer şekilde kız olguların fazla olduğu görülmüştür (15). Ek olarak çalışmada kızların erkeklerden 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiş olup, başvurularındaki kızların yoğunluğuna daha fazla açıklama getirmemizi sağlamaktadır (16,17). Araştırmamızda başvuruların %60'ının lise çağındaki ergenlerden oluştuğu görülmüştür. Bu yaş grubunda artan öz farkındalığın ve sözel becerilerin başvuruların fazla olmasında rolü olabilir (18).

Araştırmamızda başvuru yapan olguların annelerinin psikopatoloji oranlarının babalarınkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Benzer sonuçlar daha önce yapılan çalışmalarda da saptanmıştır (19,20).

Travma mağdurlarının bunu açığa çıkarması ve semptomları için tedavi arayışına girmesi bazen çok uzun zaman alabilmektedir. Özellikle sosyal stigmatizasyon, maddi imkanların yetersizliği, reçete edilen ilaçların tedavideki

etki sorunları başvuruların aksamasına sebep olabilmektedir (21). Nitekim bizim çalışmamızda da başvuruların ortalama travmanın ardından yaklaşık 4 yıl sonra yapıldığı görülmüştür.

TSSB kompleks bir bozukluk olup, nadiren tek başına görülmektedir (22). 2012 yılında D'Andrea ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada kişiler arası travma ve primer bakımverenlerle ilgili sorunları olan çocuk ve ergenleri kompleks TSSB geliştirmelerinin daha olası olduğu bulunmuştur (23). Bizim araştırmamızda da olguların sadece %32,5'inde TSSB tanısına ek bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. Çalışmamızda TSSB'ye en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluğun anksiyete bozuklukları, hemen ardından depresif bozukluklar olduğu görülmüştür. TSSB'ye komorbid bozuklukların sıklığı konusunda farklı yayınlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalar TSSB'ye en sık eşlik eden komorbid bozukluğun depresif bozukluklar olduğunu belirtmektedir (5,22). Bazı çalışmalarda da anksiyete bozukluklarının daha ön plana çıktığı görülmüştür (24). Yapılan gözden geçirme ve meta analizlerde çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu düşünüldüğünde (25), TSSB olgularına eşlik eden anksiyete bozuklukları sıklığı olağan bir durum olarak kabul edilebilir. Özetle çalışmaların neredeyse tamamı TSSB'ye en çok anksiyete ve depresif bozuklukların eşlik ettiğini bulmuştur (26, 27). Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda TSSB'ye iki tanının birlikte eşlik etmesinin hastanın işlevselliğini kötü yönde etkilediğini belirtmektedir (28).

Çalışmamıza katılan TSSB tanılı çocuk ve ergenlerin yaşamış olduğu travmalar arasında en sık görülen travma şekli %47,5 ile cinsel istismardır. Cinsel istismarı sırası ile trafik kazaları, diğer sebepler ve herhangi bir aile bireyinin kaybı izlemiştir. Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 olarak bildirilmektedir (29). Cinsel istismar önemli

bir sosyal sorun olduğu kadar, ardından gelişen TSSB de çocuğun ruhsal-cinsel gelişimini, kişilik organizasyonunu ciddi biçimde etkileyebilecek düzeyde önemli bir sağlık sorunudur. Cinsel istismar sonrası TSSB gelişme oranının %50 civarında olduğunu gösteren çalışmalar (5, 30) olduğu düşünüldüğünde en sık başvurunun cinsel istismar mağdurları tarafından yapılabileceği anlaşılabilir. Çalışmamızın bazı kısıtlamaları bulunmaktaydı. Bunlar; örneklem sayısının düşük olması, yalnızca klinik örnekleme yapılan tek merkezli bir çalışma olmasıdır. Bu çalışma kısıtlılıklarına karşın; TSSB tanısı olan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik özellikler ve tanısal özellikler açısından bazı farklılıkları ortaya koyduğundan önemli bir çalışmadır. Benzer çalışmaların çok merkezli ve daha geniş örneklem grubuyla yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

SONUÇ

Çocuk ve ergen yaş grubu ile çalışan sağlık profesyonellerinin travmanın günlük yaşamın bir parçası olduğunu, sıkça karşılaştığını hatırlaması önemlidir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde TSSB'yi tanımlamak, olguların klinik özelliklerini ve tanısal özelliklerini iyi bilmek çoğu zaman klinisyenler için tedaviyi kolaylaştırıcı bir etkidir. Bu sebeple yapılan çalışma ile literatüre çocuk ve ergenlerde TSSB ile ilgili katkı sağlanmış olup, gelecek çalışmalarla desteklenmesi ve geliştirilmesi daha faydalı olacaktır.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmaya katılan tüm hastalara teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub, 2013.
2. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J Trauma Stress* 2002; 15(2):99-112.
3. Berman SL, Kurtines WM, Silverman WK, Serafini LT. The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66(3):329-36.
4. Rosenberg JE. Forensic aspects of PTSD in children and adolescents. PTSD in children adolescents In: Spencer (ed), Washington DC: American Psychiatric Publishing 2001:33-58.
5. Lewis M. Posttraumatic stress disorder. In child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002:912-24.
6. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002; 346(2):108-14.
7. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *JAACAP* 1997; 36(11):1503-11.
8. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Richardson D, Canobbio R, Schweers JM, Roth C. Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: predisposing factors and phenomenology. *JAACAP* 1995; 34(2):209-15.
9. Gillis HM. Individual and small-group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. In: Saylor CF, ed. Children and disasters. New York: Springer, 1993:165-86.
10. Burton D, Foy D, Bwanausi C, Johnson J, Moore L. The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and post-traumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *J Trauma Stress* 1994; 7(1):83-93.
11. Gokler B. Reliability and validity of schedule for affective disorders and Schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Mental Health* 2004; 11:109-16. (in Turkish).
12. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *JAACAP* 1997; 36(7):980-8.
13. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Indi Differ* 2004; 37(7):1401-15.
14. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *J Psychiatr Res* 2006; 40(1):1-21.
15. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Evidence-based child health: Cochrane Database Syst Rev 2013; 8(3):1004-116.
16. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 1994; 4(2):31-53.
17. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *JAACAP* 2003; 42(3):269-78.
18. Berton MW, Stabb SD. Exposure to violence and post-traumatic stress disorder in urban adolescents. *Adolescence* 1996; 31(122):489-98.

19. Babakhanian M, Sayar S, Babakhanian M, Mohammadi G. Iranian children with ADHD and mental health of their mothers: The role of stress. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2016;10(1):e2026.
20. Karadag M, Gokcen C, Nacarkahya G, Namiduru D, Dandil F, Calisgan B, Eroglu S. Chronotypical characteristics and related miR-142-3p levels of children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 2019; 273:235-9.
21. Mobile application and wearable sensors for use in cognitive behavioral therapy for drug addiction and PTSD. Fletcher RR, Tam S, Omojola O, Redemske R, Fedor S, Moshoka JM, editors. 2011 5th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare (PervasiveHealth) and Workshops. Dublin: IEEE; 2011.
22. Campbell DG, Felker BL, Liu C-F, Yano EM, Kirchner JE, Chan D, Rubenstein LV, Chaney EF. Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *J Gen Intern Med* 2007; 22(6):711-8.
23. D'andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatry* 2012; 82(2):187-200.
24. Zlotnick C, Warshaw M, Shea MT, Allsworth J, Pearlstein T, Keller MB. Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *J Trauma Stress* 1999; 12(1):89-100.
25. Bernstein GA, Borchardt CM. Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *JAACAP* 1991; 30(4):519-32.
26. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 7:22-32.
27. Price M, Legrand AC, Brier ZM, Hebert-Dufresne L. The symptoms at the center: Examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *J Psychiatr Res* 2019; 109:52-8.
28. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord* 2010; 123(1-3):249-57.
29. Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel İstismar. In: Aysev A, Taner YI, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Baskı. İstanbul: Golden Print, 2007:721-36.
30. Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, Jackson KL, McKeown RE, Chilappagari S. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *J Gen Intern Med* 1998; 37(2):147-54.