

Depremın Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuru profili üzerine etkisi

Meral Berkem,¹ Tezan Bildik²

ÖZET

Amaç: 1998 ve 1999 deprem sonrası aylarda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastaları yaş, cinsiyet ve tanı açısından karşılaştırmalı incelemektir. **Yöntem:** 1998 ve 1999 yıllarında, 18 Ağustos - 18 Kasım tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastaların dosyaları geriye dönük olarak değerlendirilip veriler toplanmıştır. **Sonuç:** 1998 yılında başvuran çocuklara daha çok iletişim bozuklukları ve dışa atım bozuklukları, 1999 yılında başvuranlara daha çok anksiyete bozuklukları tanısı konmuştur. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2(1):29-35*)

Anahtar sözcükler: Deprem, anksiyete, anksiyete bozukluğu, çocuk ve ergen

SUMMARY

Objective: The aim of this research is to compare the age, sex, initial problems, final diagnosis of the outpatients firstly admitted to Child Psychiatry Department of Marmara University Medical Faculty in two years before and after the earthquake. **Method:** The data is obtained from the archive of our department from the patients' reports. **Result:** In 1999, after the earthquake, children had the diagnosis of anxiety disorders more than the previous year. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2001; 2(1):29-35*)

Key words: Earthquake, anxiety, anxiety disorder, children and adolescents

GİRİŞ

Anksiyete kavramı gerek yaşamın temel duygularından birisi olması, gerekse ruhsal bozukluklara neden olması açısından çok önemli bir özellik taşımaktadır.¹ Anksiyete, kişinin yeni koşullara uyum sağlayıcı ve ruhsal gelişimini olumlu yönde geliştirici işlevinin yanı sıra, engelleyici, ketleyici işlev de görebilir. İlk epidemiyolojik çalışmalar Marks, Katschnig ve Shepherd tarafından yapılmış, ancak farklı tanı kriterleri ve farklı yöntemler kullanıldığı için iyi bir tanımlama yapılamayacağı birçok yazar

tarafından bildirilmiştir. Anksiyete bozukluklarının toplumda en fazla görülen ruhsal bozukluklar olduğunu bildiren pek çok yayın vardır.² Ayrıca çocuk ve ergenlerde de yaygın olarak görülmektedir. Livingston'a göre Links, çocuk ve ergenlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda anksiyete bozukluklarının prevalansını % 5-50 oranında bildirmiştir.³ Çocuk ve ergende anksiyete bozukluklarının cinsiyet oranına ilişkin sınırlı bilgi olmasına karşılık, korku ve kaygı belirtilerinin kızlarda daha sık görüldüğünü destekleyen çalışmalar

¹ Doç.Dr., ² Uzm.Dr., Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ABD, İstanbul
Doç.Dr. Meral BERKEM, Marmara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ABD, Altunizade/İstanbul
e-posta: meralberkem@superonline.com

vardır.⁴⁻⁸ Erkeklerde sosyal fobi, kızlarda basit fobi, kaçınan bozukluk, agorafobi daha sıktır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu her iki cinsiyette eşit olarak görülmektedir. Livingston'a göre Reinherz, geç dönemdeki ergenlerde fobiler her iki cinste eşit oranda görülürken, posttravmatik stres bozukluğunun kızlarda anlamlı şekilde daha sık bulunduğunu bildirmiştir.³ Ayrıca, sosyoekonomik durum anksiyete bozukluğunun yaygınlığını ve belirtilerinin dağılımını da etkilemektedir, sosyoekonomik durum ile fobilerin prevalansı arasında ters orantı olduğunu bildirilmiştir.³

Çocuk ve ergenlerde gelişim dönemleri boyunca korku ve anksiyete bozukluklarının klinik görünümünün değiştiğini destekleyen klinik çalışmalar vardır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun en sık 12 yaşından küçük çocuklarda görüldüğü saptanmıştır.⁵ Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğunun ise en sık ergenlerde görüldüğüne ilişkin veriler elde edilmiştir.^{4,5,9}

Anksiyete bozukluklarının etiyojisini iki ana başlık altında inceleyebiliriz: Organik nedenler ve psikososyal nedenler. 19. yüzyılda Kraepelin, Bleuler ve Schneider, anksiyete bozukluklarının henüz bulunamamış organik nedenleri olduğuna inanıyorlardı. Son yıllarda, beyin görüntüleme tekniklerindeki gelişmeler, fizyoloji, biyokimya ve genetik çalışmalardan elde edilen veriler sayesinde bazı sonuçlara varılmıştır. Anksiyete bozukluklarının organik etiyojisinde en çok ponsta yer alan ve merkezi sinir sistemindeki nöroadrenerjik nöronların % 50'sini oluşturan bir çekirdek olan "locus ceruleus" üzerinde durulmaktadır. Anksiyete bozukluklarının oluşumunu bu bölgenin aşırı uyarılmasına bağlayan görüşler vardır. Biyolojik psikiyatri, anksiyete bozukluklarının GABAerjik, noradrenerjik ve serotonerjik sistemlerle ilişkili olduğunu savunur.¹⁰⁻¹¹

Anksiyete bozuklukları üzerinde yapılan genetik çalışmalardan elde edilen veriler ışığında bir çok genetik faktörün de etiyojide rol oynadığı düşünülmektedir. Monozigot ikizlerin % 50'sinde aynı tür anksiyete bozukluğu ve % 65'inde ise belirgin "anksiyeteye eğilim" saptanmıştır.¹⁰ Erişkinlerde yapılan aile çalış-

malarından elde edilen veriler, anksiyete bozukluklarının varlığının akrabalar arasında hastalık riskini arttırdığını ortaya çıkarmıştır. Çocukluk çağı anksiyete bozukluklarına ilişkin aile çalışmaları oldukça sınırlıdır. Klein'a göre Last ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, hiperaktivite dikkat eksikliği bozukluğu ve normal kontrollere göre anksiyete bozukluğu olan çocukların akrabalarında anksiyete bozukluklarının daha yaygın olduğu saptanmıştır.²

Anksiyete, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten (intrapşik) veya dıştan (çevresel) kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı ya da tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında yaşanan duygu durum olduğu için; anksiyete bozukluklarının etiyojisinde rol oynayan psikolojik ve sosyal nedenleri açıklayan değişik görüşler vardır: Tanımlayıcı yaklaşım, klasik psikoanalitik yaklaşım, ego psikolojisi, obje ilişkileri kuramı, davranışçı yaklaşım ve bilişsel yaklaşımdır.¹⁰

Klasik psikoanalitik yaklaşıma göre anksiyete, her şeyden önce duygusal bir yaşantıdır. Anksiyete, hem içrel çatışmaların merkezinde yer alır, hem de çeşitli bozuklukların belirtilerinden biridir. Freud çalışmaları sonucunda, dürtü kuramı, topografik kuram ve yapısal kuramı geliştirmiştir. Özellikle yapısal model anksiyete bozukluklarını anlamamızda çok yararlıdır. Bu bozukluklarda, temel savunma düzeneği "bastırma"dır. Bastırmanın yetersiz kaldığı durumlarda, anksiyetenin belirgin olarak kendini gösterdiği değişik klinik görüntüler ortaya çıkar: Panik bozukluğu, fobik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu gibi. Bu klinik görüntülerde egemen savunma düzeneği bastırma olmasına karşın, fobilerde yer değiştirme (deplasman), panik bozukluğunda bedenselleştirme, obsesif-kompulsif bozuklukta yap-boz gibi savunma düzenekleri eşlik ederek özgün tabloların ortaya çıkmasına neden olurlar.

Ego psikolojisi ve obje ilişkileri kuramcılarının göre, ruhsal aygıt dizgelerinin bütünlüklerinin oluştukları durumlarda, ortaya çıkabilecek intersistemik çatışmalarda, bastırma düzeneğinin ve bu düzeneğe yardımcı olan diğer savunma düzeneklerinin devreye girmesi ile anksiyete bozuklukları ortaya çıkar. Bilişsel yakla-

şımcılara göre, anksiyetenin nedeni olayların kendisi değil, kişinin beklentileri, bu olayları nasıl ve ne biçimde algılayıp yorumladığı ile ilgilidir. Kişiler bazı uyaranları zarar ve tehlike beklentisi olarak değerlendirmeyi öğrenirler. Bu öğrenme gözlemlerle, bilgilendirilme ya da tepkisel koşullanma ile oluşur. Tehlike ya da zarar görme beklentisi ne kadar çoksa, anksiyete de o oranda artar. Anksiyete bozukluklarında gözlenen bilişsel çarpıtmalar, onaylanma duygusu, yetersizlik duygusu, denetim duygusu ve anksiyete duygusu ile ilgili olanlardır. Bu olumsuz şemalarla olaylara yaklaşan kişiler, çoğunlukla olayın gerçek tehlikesiyle orantılı olmayan bir biçimde anksiyete duyguları yaşarlar.

Tüm yaklaşımlar “anksiyete”yi değişik boyutlarda algılamamızı ve öğrenmemizi sağlayarak anksiyetenin 4 temel elemanını ortaya koyar:¹⁰

1. Bilişsel yanı (kişinin yaşadığı kaygı durumu),
2. Duygusal yanı (korku, huzursuzluk, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik vb.),
3. Davranışsal yanı (anksiyete yaratan durumlardan kaçınma),
4. Fizyolojik yanı (anksiyetenin neden olduğu bedensel belirtiler).

Deprem, sel, yangın gibi afetler çocuk ve ergende duygusal değişimler yaşanmasına, kurulu denge ve düzenin bozulmasına, kendilerine, ailelerine ve arkadaşlarına zarar gelebileceğine ilişkin yoğun bir kaygıya neden olurlar. Depres-

yon, yaygın anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğu, akut stres ve travma sonrası stres bozukluğu hem erişkinlerde, hem de çocuk ve ergenlerde görülebilen ruhsal bozukluklardır.¹²

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, 18 Ağustos 1999 - 18 Kasım 1999 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastaları yaş, cinsiyet ve tanı açısından 1998 yılı ile karşılaştırarak incelemek ve 17 Ağustos İzmit depreminin etkisiyle çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan ruhsal tepkileri ve psikopatolojiyi araştırmaktır.

YÖNTEM

1998 ve 1999 yıllarında, 18 Ağustos - 18 Kasım tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastaların yaş, cinsiyet ve tanı açısından dosyaları geriye dönük olarak değerlendirilip veriler toplanmıştır. Tanılar DSM-IV tanı ölçütlerine göre sınıflandırılmış, khi kare istatistiksel analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

1998 ve 1999 yıllarında başvuran hasta sayısı, yaş, cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı, 1998 yılında başvuran olguların yaş ortalamasının 8.3 ± 3.6 yıl ve 1999 yılında başvuranların yaş ortalamasının ise 8.9 ± 4 yıl olduğu görülmüştür.

Tablo 1. 18 Ağustos-18 Kasım 1998 ve 1999 tarihlerinde başvuran hasta sayısının aylara göre dağılımı

| Aylar | Yıllar | | | |
|---------|--------|-------|------|-------|
| | 1998 | | 1999 | |
| | n | % | n | % |
| Ağustos | 28 | 13.7 | 33 | 14.4 |
| Eylül | 72 | 35.1 | 85 | 37.1 |
| Ekim | 65 | 31.7 | 66 | 28.8 |
| Kasım | 40 | 19.5 | 45 | 19.7 |
| Toplam | 205 | 100.0 | 229 | 100.0 |

32 Depremi ... başvuru profiline etkisi

18 Ağustos 1998 – 18 Kasım 1998 tarihleri ve 18 Ağustos 1999 – 18 Kasım 1999 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran hasta sayısının aylara göre dağılımı Tablo 1'de

gösterilmiştir.

1998 ve 1999 yıllarında polikliniğe başvuran hastaların gelişim dönemlerine göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. 1998 ve 1999 yıllarında başvuran hastaların gelişim dönemlerine göre dağılımı

| Dönemler | Yıllar | | | |
|-------------|--------|-------|------|-------|
| | 1998 | | 1999 | |
| | n | % | n | % |
| Okul öncesi | 76 | 37.3 | 71 | 30.6 |
| Okul çağı | 84 | 41.2 | 89 | 38.4 |
| Ergenlik | 44 | 21.6 | 72 | 31.0 |
| Toplam | 204 | 100.0 | 232 | 100.0 |

1998 ve 1999 yıllarında polikliniğe başvuran hastaların cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. 1998 ve 1999 yıllarında polikliniğe başvuran hastaların cinsiyete göre dağılımı

| Cinsiyet | Yıllar | | | |
|----------|--------|-------|------|-------|
| | 1998 | | 1999 | |
| | n | % | n | % |
| Erkek | 132 | 64.4 | 156 | 65.8 |
| Kız | 73 | 35.6 | 77 | 34.2 |
| Toplam | 205 | 100.0 | 233 | 100.0 |

1998 ve 1999 yıllarında polikliniğe ilk kez başvuran hastaların tanılarına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

1998 yılında iletişim bozuklukları ($\chi^2 = 5.8$, $df = 1$, $p = 0.015$) ve dışa atım bozuklukları ($\chi^2 = 5.3$, $df = 1$, $p = 0.021$) tanısı konan çocuklar daha çokken, 1999 yılında anksiyete bozuklukları tanısı ($\chi^2 = 17.5$, $df = 1$, $p =$

0.00) anlamlı şekilde daha yüksek oranda konmuştur.

Polikliniğe başvuran hastalara konan tanıların her iki yılda aylara göre karşılaştırıldığında, anksiyete bozukluğu tanısının 1999 yılında Ağustos ayı ($\chi^2 = 4.7$, $df = 1$, $p = 0.018$) ve Eylül ayında ($\chi^2 = 12.6$, $df = 1$, $p = 0.00$) daha yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 1998 ve 1999 yıllarında polikliniğe ilk kez başvuran hastaların tanılarına göre dağılımı

| Tanılar | Yıllar | | | |
|--------------------------------------|--------|------|------|------|
| | 1998 | | 1999 | |
| | n | % | n | % |
| Mental retardasyon | 32 | 16.6 | 38 | 19.8 |
| İletişim bozukluğu | 26 | 13.5 | 11 | 5.7 |
| Yaygın gelişimsel bozukluk | 5 | 2.6 | 7 | 3.6 |
| DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları | 27 | 14.0 | 25 | 13.0 |
| Tik bozuklukları | 7 | 3.6 | 6 | 3.1 |
| Dışa atım bozuklukları | 21 | 10.9 | 8 | 4.2 |
| Majör depresyon | 8 | 4.1 | 8 | 4.2 |
| Anksiyete bozuklukları | 22 | 11.4 | 52 | 27.1 |
| Somatoform bozukluklar | 5 | 2.6 | 0 | 0.0 |
| Uyku bozuklukları | 2 | 1.0 | 0 | 0.0 |
| Dürtü kontrol bozuklukları | 0 | 0.0 | 2 | 1.0 |
| Uyum bozuklukları | 6 | 3.1 | 11 | 5.7 |
| İlişki sorunları | 6 | 3.1 | 5 | 2.6 |
| İstismar/ihmal | 3 | 1.6 | 3 | 1.6 |
| Patolojik yas | 2 | 1.0 | 2 | 1.0 |
| Gelişimde gecikme | 9 | 4.7 | 12 | 6.3 |
| Normal gelişimsel özellikl. | 8 | 4.1 | 2 | 1.0 |
| Psikotik bozukluk | 3 | 1.6 | 0 | 0.0 |

Tablo 5. En sık konan üç tanının karşılaştırılması.

| Yıllar | İletişim Bozuklukları | | | | Dışa Atım Bozuklukları | | | | Anksiyete Bozuklukları | | | |
|--------|-----------------------|------|-----|------|------------------------|------|-----|------|------------------------|------|-----|------|
| | Yok | | Var | | Yok | | Var | | Yok | | Var | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1998 | 167 | 86.5 | 26 | 13.5 | 172 | 89.1 | 21 | 10.9 | 183 | 94.8 | 10 | 5.2 |
| 1999 | 181 | 94.3 | 11 | 5.7 | 184 | 95.8 | 8 | 4.2 | 154 | 80.2 | 38 | 19.8 |

Polikliniğe başvuran hastalara konan tanılar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında 1998 yılında erkek çocuklara ($\chi^2 = 8.4$, $df = 1$, $p = 0.004$) ve okul öncesi dönemdeki çocuklara ($\chi^2 = 3.7$, $df = 1$, $p = 0.054$) daha yüksek oranda iletişim bozukluğu, 1998 yılında kız çocuklara ($\chi^2 = 4.99$, $df = 1$, $p = 0.026$) daha yüksek oranda dışa atım bozuklukları tanılarının konduğu saptanmıştır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Anksiyete, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten (intrapsişik) veya dıştan (çevresel) kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı ya da tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında yaşanan duygudurumdur. Bu nedenle, İzmit ve Düzce depremlerinin arka arkaya yaşanması, Marmara'da meydana gelebilecek deprem olasılığının artması, medyada deprem bölgesinin görüntülerinin yoğun olarak yer alması ve deprem öncesi toplumsal müdahalelerin gerçekleştirilmemesi sonucunda İstanbul'da yaşayan çocuk ve ergenler ve ailelerinde yoğun anksiyete ortaya çıkmıştır.

Bütün bu nedenlerin etkisiyle, tehlike ya da zarar görme beklentisi arttıkça anksiyete de o oranda artmıştır. Bireysel ve toplumsal çaresizlik, yaşamları üzerinde kontrol kaybı duygusu ile ilgili olan bilişsel çarpıtmalarla olaylara yaklaşan kişilerde anksiyete artmaktadır.

1998 yılında iletişim bozuklukları ve dışa atım

bozuklukları, 1999 yılında anksiyete bozuklukları tanısı daha yüksek oranda konmuştur. 1998 yılında elde edilen sonuçlar, Ankara, Adana, İstanbul'da yapılan çalışmalarda saptanan ilk sıralarda yer alan kekemelik ve enürezis sonuçlarıyla uyumludur.¹³⁻¹⁸ Ancak, 1999 yılında anksiyete bozuklukları ilk sırada yer almıştır. Bu farkın, toplumu şiddetle etkileyen deprem nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

1999 yılında kızlardaki anksiyete bozukluğu tanısı erkek çocuklardan daha fazladır. Bu sonuç, korku ve kaygı belirtilerinin kızlarda daha sık görüldüğünü destekleyen çalışmalardan elde edilen verilerle uyumludur.⁴⁻⁸

Konulan tanılar cinsiyet, gelişim dönemi ve başvuru ayı açısından karşılaştırıldığında, 1999 yılında Ağustos ve Eylül aylarında bir önceki yıla göre tüm parametrelerdeki çocuklara daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu tanısının konduğu saptanmıştır.

Arka arkaya yaşanan deprem felaketinin stresi ve "yeniden olacak" tehditini sürekli yaşayan İstanbul'daki toplumsal ortamının anksiyete bozukluklarının belirtileriyle başvurunun artmasında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Bu tip çalışmaların boylamsal olarak devam ettirilmesi, psikopatolojinin erken tanı ve tedavisini ve özellikle PTSS gelişen çocukların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin saptanması ile çocuk ruh sağlığı alan çalışmalarına basamak oluşturacaktır.

KAYNAKLAR

1. Berkem M, Bildik T: *Sportif tüplü dalış, kişilik ve önemli ruhsal süreçler. SBT Kongre Kitabı, ODTÜ, Ankara, 2000.*
2. Klein RG: *Anxiety disorders. M Rutter, E Taylor, L Hersov (eds): Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches'ta, 3. baskı, Oxford, Blackwell Science, 1994, s.351-374.*
3. Livingston R: *Anxiety disorders. M Lewis (ed): Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook'ta, 2. baskı, Maryland, Williams & Wilkins, 1996, s.674-684.*
4. Kashani JH, Orvasches H: *Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. Am J Psychiatry 1988; 145:960-964.*
5. Kashani JH, Orvasches H: *A community study of anxiety in children and adolescents: sample. Am J Psychiatry 1990; 147:313.*
6. Bernstein GA, Garfinkel BD, Hoberman HM: *Self-reported anxiety in adolescents. Am J Psychiatry 1989; 146:384-386.*
7. Bell-Dolan DJ, Last CG, Strauss CC: *Symptoms of anxiety disorders in normal children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29:759-765.*
8. Erol N, Şahin N, Özcebe H: *Çocukluk korkuları: Korku Tarama Ölçeği'nin psikometrik özellikleri ve geçekonu kesimine ilişkin norm çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1990; 1:31-38.*

9. Keller MB, Lavori PW, Wunder J ve ark: *Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:595-599.
10. Sürmeli A: *Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. C Güleç, E Köroğlu (eds.): Psikiyatri Temel Kitabı'nda, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, Cilt 1, 1997, s.449-459.*
11. Berkem M: *Çocuk ve ergenlerde stres sonrası travma bozukluğu. Yeni Symposium Dergisi, 2000 (baskıda).*
12. Diler RS, Kulan E, Avcı A, Uzel M, Adıgüzel L: *Adana depremi sonrası poliklinik başvurularının değerlendirilmesi. 9. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, Poster Sunumları Tam Metin Kitabı, Adana, 1999, s.4-11.*
13. Sonuvar B, Yörükoğlu A, Öktem F ve ark: *Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Kliniği'nde iki yıl içinde görülen çocukların demografik özellikleri. Psikoloji Dergisi* 1982; 13:13-39.
14. Tanrıöver S; Kaya N; Tüzün Ü ve ark. (1992) *Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Çocukların Demografik Özellikleri ile İlgili Bir Çalışma, Düşünen Adam, 5:13-19.*
15. Tanrıöver S: *K.T.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne iki yıl içinde başvuran çocukların demografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 1996; 3(2): 69-72.*
16. Avcı A, Ünal M: *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'ne başvuranların değerlendirilmesi. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bursa, 1994.*
17. Özatalay E; Turan M (1994) *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran hastalarda belirti dağılımı ve demografik özellikler. 4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Bursa, 1994.*
18. Erol N (1988) *Çocuk Psikiyatrisinde Demografik Özellikler ve Belirti Dağılımı, Ankara Tıp Bülteni (10): 13-24.*