

Adolesanda ruhsal sorunlar

Psychological problems in adolescent period

Didem Behice Öztop¹

Özet

Ergenlik dönemi gelişimsel birçok yapı taşının kazanıldığı, çocukluk ve erişkinlik dönemlerinden ayrı, farklı ve özel bir dönemdir. Bu dönemde ruhsal sorunların görülme sıklığı da yüksektir. Kız ergenlerde anksiyete ve depresyon gibi içe yönelimli davranış sorunları ve sosyal ilişkilerde (ebeveynler, arkadaşlar ve okul) sorunlar, erkek ergenlerde ise okulda ve işte sorunlar, antisosyal ve şiddet içerikli davranışlar şeklinde dışa yönelimli davranış sorunları (dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma bozukluğu, davranım bozukluğu) daha siktir. Aile hekimleri ruhsal sorunları olan ergenlerle sık karşılaşabilirler. Ancak bu sorunların aile hekimleri tarafından nasıl tanınacağı, ele alınacağı, kime, ne zaman ve nasıl yönlendirileceği net değildir. Bu nedenle aile hekimlerinin öncelikle ruhsal bozukluklardan haberdar olmaları ve tanısız becerilerini artırmaları için standardize eğitimlere ihtiyaçları vardır. Bu yazındaki amacımız ergenlik döneminde sık karşılaşılabilecek ruhsal belirtilerden ve bozukluklardan söz etmek, ergenlerle görüşme yapılırken dikkat edilecek noktaları vurgulamak, neler yapılabileceği hakkında bilgi vermektir.

Anahtar sözcükler: Adolesan, ruhsal sorunlar, yönetim.

Summary

Unlike childhood and adulthood, puberty is a different and special period during which lots of developmental constituents are gained. During this period, the incidence of psychological problems is high. While it is frequent for the adolescent girls to experience inner directed behavioural problems such as anxiety and depression and problems with social relations (with parents, friends and school), it is frequent for adolescent boys to experience problems with school and work and outer directed behavioural problems in the form of anti-social and violent behaviours (lack of attention-hyperactivity disorder, objection disorder, conduct disorder). Family physicians are likely to come across adolescents with mental health problems frequently. But it is not actually explicit how these problems could be recognized and handled by the family physicians and when, how and to whom they will be directed. Therefore, family physicians need first of all to be aware of the mental problems and then to get standardized trainings to increase their diagnostic skills. Our aim in this study is to deal with frequently encountered mental symptoms and disorders, to stress upon the points to which attention should be paid while interviewing the adolescents, and to inform them about what could be done.

Key words: Adolescents, psychological problems, management.

Ergenlik dönemi gelişimsel birçok yapı taşının kazanıldığı, çocukluk ve erişkinlik dönemlerinden ayrı, farklı ve özel bir dönemdir. Bu süreçte ergenin başarılması gereken şeyler; ebeveynlerden ayrılarak özerklik ve bireyselleşmenin geliştirilmesi; fiziksel kendine özenin üstlenilmesi; memnuniyet verici, olgunlaşma değişiklikleri karşısında gerçekçi bir vücut görüntüsünün geliştirilmesi; filizlenen cinsel ve saldırgan dürtülerle başa çıkma; cinsel, etnik değerler ve mesleki amaçlar dâhil kimliğin kazanılması ve pekiştirilmesi; memnuniyet verici akran ilişkileri-

nin geliştirilmesi ve daha sonraki ergenlikte uygun bir eşle romantik samimiyet geliştirilmesidir.^[1] Tüm bu görevleri başarmaya ve süreci tamamlamaya çalışmak ergenleri psikiyatrik bozukluklar açısından daha hassas bir hale getirebilir.^[2]

Epidemiyolojik çalışmalarda ergenlik döneminde psikiyatrik bozuklukların prevalansının ve insidansının artmasına rağmen birçoğunun gerekli ruhsal yardımı alamadığı gösterilmiştir.^[3] Klinisyenlerin karşılaştıkları ço-

¹⁾Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Kayseri

çocukların %40-50'sinde davranışsal, psikososyal ve eğitimle ilgili sorunlar olduğu, psikiyatrik bozukluğu olan çocukların yaklaşık %75'inin de bir kez aile hekimleri tarafından görüldüğü belirlenmiştir.^[4] Ergenlerin ise yaklaşık %10-25'inin ciddi ruhsal bozukluklar sergilediği ve erişkin dönemdeki psikiyatrik bozuklukların bu dönemde başladığı bildirilmiştir.^[5,6]

Aile hekimlerinin diğer sağlık profesyonellerine göre ruhsal sorunu olan gençlerle daha sık karşılaştıkları ileri sürülmüştür.^[7] Aile hekimlerine başvuran ergenlerin %20'den fazlasında ruhsal sorunlar olduğu, ancak çoğunun fiziksel sorunlarla başvurduğu belirtilmiştir.^[8]

Aile hekimlerinin ruhsal sorunların erken dönemde tespit edilmesinde önemli görevleri olmasına rağmen,^[9,10] ergenlerdeki psikiyatrik sorunları değerlendirecek ve müdahale edecek bilgi ve becerileri yetersiz olabilir.^[11,12] Ülkemizde ise son yıllarda aile hekimliği süreci ve pratiği hızla değişime uğramıştır. Ancak çocuk ve ergenlerdeki ruhsal sorunların birinci basamakta aile hekimleri tarafından nasıl ele alınacağı, kime, ne zaman ve nasıl yönlendirileceği net değildir.

Bu yazındaki amacımız ergenlik döneminde sık karşılaşılabilecek ruhsal belirtilerden ve bozukluklardan söz etmek, ergenlerle görüşme yapılırken dikkat edilecek noktaları vurgulamak, neler yapılabileceği hakkında bilgi vermektir.

Ergenlikte Sık Görülen Ruhsal Sorunlar ve Bozukluklar

Yapılan çalışmalarda çocuklukta başlayan psikiyatrik bozuklukların erkeklerde, ergenlikte başlayan psikiyatrik bozuklukların kızlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur.^[13] Sosyal fobi, panik bozukluk, madde kötüye kullanımı, major depresyon ve yeme bozukluklarının başlangıcı ergenlik döneminde olmaktadır.^[14] Ülkemizde yapılan bir çalışmada erkek ergenlerin hareketlilik, dikkat eksikliği, kız ergenlerin ise bedensel yakınmalar ve intihar girişimleri ile çocuk psikiyatri kliniğine başvurdıkları, okul başarısızlığı ve sinirlilik yakınmasının her iki cinsiyette de yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir.^[15]

Ergenlik döneminde, kızlarda anksiyete ve depresyon gibi içe yönelimli davranış sorunları ve sosyal ilişkilerde (ebeveynler, arkadaşlar ve okul) sorunlar sık görülür.^[16] Bir ergen kendisini ailesinden ve arkadaşlarından soyutlarsa, uyku ve iştah değişiklikleri (açıklanamayan kilo azalması ve artışı) yaşarsa, kendine zarar verme davranışı sergilerse içe yönelimli davranış sorunları akla gelmelidir.

Ergenlerde depresif belirtiler kızlarda daha fazladır. Görülme oranı % 20'ye kadar çıkabilir.^[17] Can sıkıntısı, huzursuzluk, arkadaş ve etkinliklere ilgi kaybı, içe kapan-

ma, okul başarısında düşme, dikkati toparlamada zorluk, psikomotor yavaşlama, aşırı yeme ve uyuma, yalnızlık, sevilmediği duygusu, intihar düşünceleri ve girişimleri görülebilir.^[18]

Aile hekimleri intihar fikirleri, davranış sorunları, madde kullanımı gibi sorunlarla daha az karşılaşılır.^[16] Ancak intihar ergenlik dönemindeki ruhsal sorunların en trajik sonuçlarından biridir. Araştırmalarda intihar girişiminde bulunan gençlerin %90'ının ruhsal sorunlardan muzdarip olduğu, tamamlanmış intiharlarda depresyon, davranım bozukluğu ve madde kullanımının sırasıyla en sık görülen üç bozukluk olduğu bildirilmiştir.^[19] Kendini yaralama davranışını, çoğu intihar girişimi olmasa da, hemen hemen bir psikiyatrik bozukluk eşlik eder.^[4]

Yeme bozuklukları çoğunlukla ergenlik döneminde başlayan, belirgin cinsiyet farklılığı gösteren ve kızlarda 6-10 kat daha fazla görülen diğer bir psikiyatrik bozukluktur.^[20] Anoreksiya nervosa ve bulimya nervosa başta olmak üzere bu iki sendromun atipik biçimleri ve son yıllarda tanımlanan tıknırcısına yeme bozukluğu tablosundan oluşan bir tanı grubudur.^[21] Anoreksiya nervosa bozulmuş zayıf bir bedene sahip olma arzusu, kilo almaktan korkma ve bozuk beden imajıyla karakterizedir. Menarş sonrası dönemdeyse amenore diğer bir bulgudur. Bulimya nervosa tıknırcısına yemek yeme, kilo almaktan kaçınmak için lakastif ve diüretik kullanma, kendini kusturma veya aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz yollara başvurma şeklindedir. Organik durumlardan ve diyet alışkanlıklarından ayırt edilmelidir.^[22]

Erkek ergenlerde ise okulda ve işte sorunlar, antisosyal ve şiddet içerikli davranışlar şeklinde dışa yönelimli davranış sorunları (dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma bozukluğu, davranım bozukluğu) daha sıktır.^[10]

Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, akademik başarısızlık ve sosyal problemlerle karakterizedir. Pratikte karşılaşılan davranış sorunlarının %10'unu oluşturur. Erkeklerde daha sıktır. Ergenlikte diğer psikiyatrik bozukluklarla görülme sıklığı yüksektir.

Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) 18 yaş altında %2-16 sıklıkta, ergenlikte kızlarda ve erkeklerde eşit oranda görülen, kronik ve kalıcı bir bozukluktur. %30'unda davranım bozukluğu gelişebilir. Etiyolojide aile ve çocuktan kaynaklanan biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin rolü vardır. Ebeveynler sıklıkla yetersiz, etkin olmayan, tutarsız ve farklı disiplin yöntemleri uygularlar. Çocuklar karşı çıkar ve itiraz ederler. Ayrıca agresif ve dürtüselidir. Genellikle ebeveynleri, arkadaşları, kardeşleri ve öğretmenleri gibi tanıdık bireylerle tartışır. Ebeveynler de dürtüsel olabilir. Aile bireylerinin

evlilik, iş, sağlık ve kişisel sorunları olabilir. Ergenler ayrılma-bireyselleşme ve kimlik kazanma sürecinde normal karşı gelme davranışları sergileyebilir. Ancak bunlar KOKGB'den farklıdır ve genellikle 6 aydan kısa sürer.

Davranım bozukluğu prevalansı 18 yaş altı erkeklerde %6-16, kızlarda %2-9 arasında değişir. Sinirlilik ve öfkeyle karakterize, kentlerde daha sık görülen ve suça yönelme oranını 50 kat artıran ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğunu takip eden karşıt olma bozukluğundan sonra başlayabilir ve madde/alkol kullanımı ve erişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu ile sonlanabilir. Yalan söyleme, zarar verici davranışlar, hırsızlık yapma, evden ve okuldan kaçma gibi davranışlar akademik başarıda bozulma, uygunsuz cinsel eylemler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar, suça sürüklenme ve intiharla sonuçlanabilir.

Uyku sorunları, sınavlar ile ilgili kaygılar, travmatik yaşam deneyimleri de ergenlikte görülebilecek ruhsal problemlerdir. Uyku yoksunluğu, gecikmiş uyku fazı sendromu ergenlerde yaygın görülen uyku bozukluklarıdır. Ergenlerde değişen biyolojik sirkadyen ritim çevresel uyaranlardan (televizyon, bilgisayar, arkadaşlar, sosyal aktiviteler) etkilenir. Kafein ve sigara kullanımı da uykuya dalmayı geciktirebilir.^[22]

Değerlendirme

Aile hekimliğinde duygusal bir stresin ve ruhsal bir sorunun belirlenmesi ruhsal tedaviye ulaşılmasında kilit nokta olmasına rağmen,^[23] hekimler gençlerdeki ruhsal bozuklukları belirlemede diğer yaş gruplarına göre daha çok zorlanabilirler. Ancak ergenler kendileri ruhsal sorunlarını ifade ederse ya da ruhsal belirtiler çok şiddetliyse, aile hekimlerinin bozukluğu tespit etmeleri kolaylaşmaktadır.^[24] Yapılmış çalışmalarda ruhsal bozuklukları tanımak için eğitim verilen aile hekimlerinin %50'sinin ruhsal bozukluklara tanı koyamadığı gösterilmiştir.^[3] Bu nedenle son yıllarda aile hekimlerinin tanı koyabilme becerisinden ziyade görüşme tarzlarının ve hastayla kurdukları ilişkinin, bozukluğun ifade edilmesine dolayısıyla tanı konmasına katkıda bulunduğu üzerinde durulmaktadır.^[23]

Çocuklar ve ergenler yaşadıkları koşullar çerçevesinde biyopsikososyal bir yaklaşım içerisinde değerlendirilmelidir.^[25] Ergendeki ruhsal belirtileri ve sorunları çoğu zaman ana-babaları, öğretmenleri ve rehber öğretmenleri, bazen de işverenleri veya kurum çalışanları (kurum bakımında olanları) fark edebilir.^[26] Bazen de ergenler sorunlarını ve yardım arayışlarını kolaylıkla dile getirebilirler. İster ergen ister aile sorunu dile getirmiş olsun, ergenler sıklıkla ebeveynleriyle birlikte yardım ararlar.^[1] Ancak yapılan çalışmalarda kızların psikiyatrik sorunları için daha fazla yardım aradıkları bulunmuştur.^[10,27]

Ergenle görüşme incelik, esneklik ve mizah içeren iyi bir iletişim kurulmasını sağlar. Ayrıca ergenlik döneminin iyi bilinmesi, normal ve psikopatoloji ayırımına yardımcı olur. Değerlendirme sırasında gizlilik ergenler için çok önemlidir. Temelde görüşmelerin gizlilik ilkesi içerisinde yürütülmesi gerekmesine rağmen, öz kıyım riski, madde kullanımı, adli sorunlar (istismar ve suça eğilimli davranışlar) gibi hasta ve diğerleri için açık bir tehlike oluşturabilecek bir durumla da birinci basamakta karşılaşılabilir. Bu durumda gizlilik ilkesinin geçerli olmayacağını ergenin de, hekimin de bilmesi gerekir. Ergene bu durumu ebeveynlerinin bilmesi gerektiği ifade edilmeli, acilen çocuk ve ergen psikiyatrisine yönlendirilmeli ve bu durumun psikiyatrinin yardımı ve desteğiyle ailesine açıklanabileceği ve tedavisinin düzenlenebileceği ifade edilmelidir.

Ebeveynlerin istekleri doğrultusunda hekime yönlendirilen ergenler isteksiz, pasif, huzursuz veya düşmanca bir tavır sergileyebilirler. Birçoğu ruhsal sorunları zayıflık, pasiflik ve "delilik" olarak algılayabilir ve çevresindekilerin bilmesini istemez. Damgalanmaktan, psikiyatrisiye yönlendirilmekten, tedavi almaktan ya da hastaneye yatmaktan korkabilir. Hekim böyle bir tutumla karşılaştığında yargılayıcı olmamalıdır. Sorunun ne olduğunu ve nasıl yardım edeceğini anlamaya çalıştığını sakın ve sabırlı bir şekilde ifade etmelidir. Bunu yapmaya çalışırken kaçınması gereken en önemli şey öğüt vermektir. Bu yönlendirmeyi yaparken, herhangi bir konuda düşüncesini belirtiyormuş gibi davranması ergenin anlaşıldığını ve desteklendiğini hissetmesine ve süreci kabullenmesine yardımcı olabilir.^[25,28]

Ergene okulla ilgili deneyimleri, okul yaşamında önemli olan kişiler, akademik performansı, akranları ve arkadaşlarıyla ilişkileri sorulabilir. Bu alanlarda görüşme yapmak; ergenin bir birey olarak değerlendirildiğini hissetmesine, dostluk kurmaya ve savunmacılığı azaltmaya yarar.^[29]

Hekim ergendeki ruhsal bir sorunu araştırırken öncelikle aile üyelerine tarafsız bir tutum içinde yaklaşmalı ve duygularını rahatça ifade edebilecekleri bir ortam sağlamalıdır.^[30] Tüm görüşme sürecinde yargılayıcı olmaktan kaçınılmalı ve tarafsız davranmalıdır. Açık uçlu, yüksüz, yargısız ve yansız sorular sormalı, merakını gidermekten ziyade sorunu anlamaya çalışmalıdır. Bu süreçte hekimin eş duyum (empati) yapabilmesi, çocuğun ve ana-babanın anlayacağı bir dili kullanması anne-babaların duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade etmelerini sağlar; böylece hekim daha fazla ve nitelikli bilgiye ulaşabilir.^[31] Var olan sorunun öyküsünü öğrenmeye çalışırken ergenin davranış problemlerinin ne olduğu, hangi ortamlarda ve ne zaman ortaya çıktığı, ne kadar sürdüğü, belirtilerin neden olduğu güçlüklerin içeriği, sosyal ve akademik alanlara olan etkileri sorulabilir.^[28]

Zarar verici, tehlikeli ve saldırgan içerikli dışa yönelimli davranış sorunları olan ergenler ebeveynlerin, öğretmenlerin ve klinisyenlerin dikkatini kolaylıkla çekebilirler. Bilginin birçok kaynaktan alınması uygundur. Ayrıca hekimlik pratiğinde içe yönelimli davranış sorunları olan ergenlere özellikle dikkat edilmelidir. Bazen ciddi ruhsal sorunları olan ergenler sorunlarını dışa vurmak yerine içe atabilirler. Bir ergeni göz teması kurmadığı veya sohbet etmediği için utangaç veya çekingen olduğunu var saymak yerine, bunun çocuğun normal davranış ve sosyal örüntüsü olup olmadığını araştırmak daha akıllıca olabilir.^[10]

Ergenlik bir kişinin ne çocuk ne yetişkin olduğu farklı bir yaşam dönemi olduğu için ergenin ruhsal değerlendirilmesi de güç, karmaşık ve farklıdır.^[25] Bu nedenle aile hekimleri için ergeni ayrıntılı bir şekilde değerlendirebilecek yarı-yapılandırılmış görüşme formları geliştirilebilir. Bu görüşme formları sosyodemografik ve sosyoekonomik bilgileri, temel olarak yardım aradıkları şikâyeti, kimin ilk yardım arayışında bulunduğu, şu anki problemlerden ötürü daha önce başvurdukları sağlık hizmetleri, daha önce gördüğü psikiyatrik bir tedavi olup olmadığına dair verileri içermelidir. Ergenlerde araştırılması gereken en önemli verilerden biri kendini yaralama davranışı ve özkıyım düşünceleri, girişimi ve davranışlarıdır.^[10]

Kendini yaralama davranışından şüphelenildiğinde ergene kendisine zarar vermeyi veya öldürmeyi deneyip denemediği sorulabilir. Çoğu durumda ergenler doğruyu söyler. Değerlendirme için kesiyi göstermesi istenebilir. Hekim bunu, işi olduğunu açıklayarak “enfeksiyon veya kanama olup olmadığına bakmak için kesiyi görebilir miyim” şeklinde sorabilir. Diğer kesileri de göstermesi istenebilir. En önemlisi de yargılayıcı bir tutum takınılması ve özkıyım girişiminde bulunan ergenin çocuk psikiyatri uzmanına yönlendirilmesidir.^[4]

Ergendeki ruhsal belirtiler bazen döneme özgü gelişimsel bir kriz veya karşılaştığı bir yaşam olayına ya da zorlanmaya karşı verdiği bir tepki olabilir. Ancak daha önce psikiyatrik tedavi almış olanlar, kendini yaralama davranışında bulunanlar, psikososyal işlevleri yetersiz olanlar, çocuk koruma ve sosyal servislerine ihtiyaç duyanlar, çoklu-uzun süreli ve ciddi problemleri olanlar, daha ileri değerlendirme ve tetkikler gerekli olduğu için mutlaka bir üst kurumdaki çocuk ve ergen psikiyatri servislerine sevk edilmelidir.^[10] Bu nedenle çocuk ve ergenin değerlendirmesinde diğer disiplinlerle (çocuk psikiyatri, erişkin psikiyatri ve çocuk nöroloji) iletişim ve multidisipliner yaklaşım bir kuraldır.

Ayrıca ergenlerde ruhsal ve davranışsal sorunları araştırmak için standart tarama testleri ve ölçekler kullanılabilir. Bu testler anne-babalar, öğretmenler veya profesyoneller tarafından uygulanabilir. Bazıları eğitim ve deneyim

gerektirir. Bu değerlendirmelerin tanı koydurucu olmadığı akılda tutulmalıdır.^[4] Yurt dışında birinci basamak için ergenlerde ruhsal sorunları tarayabilecek birçok test olmasına rağmen ülkemizde aile hekimliğine özgü, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş değerlendirme araçlarına rastlanmamıştır.

Muayene sürecinde işitsel ve görsel halüsinasyonlar gibi algı bozukluklarının saptanması öncelikle gelişmekte olan psikotik bir süreci akla getirmelidir. Ayrıca denge ve konuşma bozuklukları da tabloya eklenmişse organik kaynaklı bir sorunun yanında madde kullanımı akla gelmeli ve ergen acil değerlendirme ve müdahale için tam teşekküllü bir hastaneye ve psikiyatri servisine yönlendirilmelidir.^[31]

Sonuç

Yurt dışında yapılan çalışmalar ergenlerde ruhsal sorunların tespit edilmesi ve uygun müdahalelerin yapılmasının ergenlerin eğitim düzeyini yükselttiğini ve ergen gebeliğini, suça yönelik davranışları ve şiddet içerikli suçları azalttığını göstermiştir

Ergenlik döneminde ruhsal sorunların görülme sıklığı yüksek, aile hekimlerinin de ruhsal sorunları fazla olan ergenlerle karşılaşma oranları fazladır. Bu nedenle aile hekimlerinin ergenlerin ruhsal sağlığının korunmasında önemli rolleri vardır. Bu rollerinden dolayı ergenlerdeki ruhsal bozuklukların birinci basamakta tespit edilmesi ve uygun bir biçimde yönlendirilmesi koruyucu hekimlik açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu yüzden aile hekimlerinin öncelikle ruhsal bozukluklardan haberdar olması ve tanısal becerilerini artırmaları için standardize eğitimlere ihtiyaçları vardır. Ayrıca birinci ve ikinci basamak arasındaki iş birliği de artırılmalıdır. Ek olarak bu alandaki ihtiyaçların ve taleplerin anlaşılmasını sağlayacak uzun süreli araştırmalar da yapılması gereklidir.

Kaynaklar

1. Young JG, Kaplan D, Pascualvaca D, Brasic JR. Psychiatric examination of the infant, child, and adolescent. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 2169-206.
2. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci* 2008;9:947-57.
3. Hickie Ib, Fogarty AS, Davenport TA, Luscombe GM, Burns J. Responding to experiences of young people with common mental health problems attending Australian general practice. *Med J Aust* 2007;187(7 suppl):S47-52.
4. Miller JW. Screening children for developmental behavioral problems: principles for the practitioner. *Primar Care Clin Office Pract* 2007;34:177-201.
5. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatr* 2001;42:451-61.

6. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorders: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiat* 2003;60: 709-801.
7. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatr* 1998;173:508-13.
8. McKelvey RS, Pfaff JJ, Acres JG. The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15-24-year-old patients presenting to general practitioners. *Med J Aust* 2001;175:550-2.
9. Jacobson L, Churchill R, Donovan C, Garralda E, Fay J. Members of the Adolescent Working Party, RCGP. Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Fam Pract* 2002;19:401-9.
10. Laukkanen E, Hintikka JJ, Kylmä J, Kekkonen V, Marttunen M. A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. *BMC Health Serv Res* 2010;261:1-10.
11. Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:592-98.
12. Hafting M, Garlov I. "You may wade through them without seeing them": general practitioners and their young patients with mental health problems. *Nord J Psychiatry* 2009;63:256-9.
13. Rutter m, Caspi A, Moffitt T. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44:1092-115.
14. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:8-25.
15. Akdemir D, Çuadaroğlu-Çetin F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2008;15:5-13.
16. Gilbert A, Maheux B, Frappier JY, Haley N. Adolescent care part 1: are family physicians caring for adolescents' mental health? *Can Fam Physician* 2006;52:1440-1.
17. Hoffmann JP, Baldwin SA, Cerbone FG. Onset of major depressive disorder among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:217-24.
18. Ağaoğlu B. Depressif Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı'nda. E. Çuadaroğlu-Çetin F ve ark. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. s. 373-82.
19. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
20. Work Group on eating disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Washington DC: APA; 2006.
21. Gürdal-Küey A. Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı'nda. E. Çuadaroğlu-Çetin F ve ark. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008 s. 373-82.
22. Moser SE, Bober JF. Behavioral problems in children and adolescents. In: Rakel RE, Rakel DP, editros. Textbook of Family Medicine. 8th ed. China: Elsevier-Saunders; 2011. p. 442-54.
23. Haller DM, Sanci LA, Sawyer SM, Patton GC. The identification of young people's emotional distress: a study in primary care. *Br J Gen Pract* 2009;59: e61-70.
24. Martinez R, Reynolds S, Howe A. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *Br J Gen Pract* 2006;56:594-599.
25. Lewis M. Psychiatric assessment of infants, children and adolescents. In: Lewis M, editor. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2002:525-44.
26. Barker P. Clinical Interviews with Children and Adolescents. E. Barker P. Library of Congress Cataloging in Publication Data, USA, 1990.
27. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord* 2002;70:35-47.
28. King R, Schwab-Stone M, Peterson BS, Thies AP. Bebek, çocuk, ergenin psikiyatrik incelemesi. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de. Çev: Bozkurt E. Sadock BJ ve Sadock VA, çeviri ed. Aydın HA, Bozkurt A. 8. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti.; 2007. s. 3044-75.
29. Kaplan HI & Sadock BJ. Çocuk psikiyatrisi: değerlendirme, inceleme ve psikolojik inceleme. Klinik Psikiyatri'de. E. Kaplan HI & Sadock BJ, çeviri ed. Abay E. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004. s. 475-80.
30. Baykara A, Miral S. Çocuğun ve ergenin ruhsal inceleme. Psikiyatri Temel Kitabı'nda. Ed. Güleç C ve E Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. s. 1035-41.
31. Baykara A, Baykara B. Oyun çağı ve latans dönemi. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda, Ed. Aysev A ve Taner Y. İstanbul: Asimetrik Paralel; 2007. s. 173-89.

Geliş tarihi: 23.02.2012
Kabul tarihi: 16.05.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Didem Behice Öztop
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Kayseri
Tel: (0533) 773 42 95
e-posta: dboztop@hotmail.com