

## ÜNİVERSİTE PSİKİYATRİSİ (COLLEGE PSYCHIATRY)

Dr. A. Savaş ÇİLLİ\*, Dr. Nazmiye KAYA\*\*

\* Nevşehir Devlet Hastanesi, \*\* S.Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı

Üniversite çağındaki geç ergenler ve genç erişkinlerin ruhsal problemlerinde, hekim problemin strese bağlı beklenen bir tepki mi, nevrotik veya psikotik bir durumun erken işaretleri mi olduğuna dikkat etmelidir (1).

Biyolojik, ruhsal ve sosyal yönden gelişimin hızlandığı ergenlik; çocukluğun bittiğini belirleyen ve erişkinliğe geçişi oluşturan bir süreçtir. Ergenlik çağı, erken (11-14 yaş), orta (14-17 yaş) ve geç (17-20 yaş) olmak üzere üç döneme ayrılabilir (2).

**Erken Ergenlik Dönemi (11-14 yaş):** Hormonların aktivitesiyle ergen görünümü oluşur (primer ve sekonder seks karakterleri). Ergende gerçek veya hayal edilen bir gelişim sapması, aşağılık duygusu ve düşük benlik saygısına neden olabilir. Erkek ergen sıklıkla libidinal enerjisini, cinsel dürtüleri doyurmada güvenli bir yol olarak gördüğü mastürbasyona vermektedir (2).

**Orta Ergenlik Dönemi (14-17 yaş):** Bu dönemde iki önemli biyolojik olay görülür. Erkekler boy ve kiloda kızları yakalarlar ve kızlarda menarş olayı önemli yer tutar. Cinsellik, vücut imajı, gebelik, erkek ve kızlık rolleri, popüler olma bu dönemin konu ve problemlerini oluşturur (2).

**Geç Ergenlik Dönemi (17-20 yaş):** En önemli gelişme soyut ve mantıklı düşünmede olur. Bu gelişme süreci 11-12 yaşlarında başlar ve geç ergenlik döneminde zirve yapar. Geç ergenlik döneminde nöral gelişme tamamlanmıştır ve kişi çevreye uyum gösterebilir hale gelir (2).

### ÜNİVERSİTE SIRASINDAKİ PROBLEMLER

#### A. Akademik problemler:

Öğrencilerde en sık stres nedeni eğitimsel problemlerdir(3).

1. Entellektüel yetersizlikler: Okuma problemleri, organik ve entellektüel yetersizlikler genellikle erken yaşta ortaya çıkmalarına rağmen bazen üniversitede dikkati çekebilir. bu öğrencilerin özel yardım ve desteğe ihtiyaçları vardır.

2. Konsantrasyon gücü: Öğrencinin dersleriyle aile veya sosyal ilgilerinin yer değiştirmesi, obsesif ve cinsel düşünceler veya suçluluk hisleriyle derslerine dikkatini yoğunlaştıramaması başarısızlığa neden olabilir. Çalışmanın verimli olması için başarısızlık kaynağının açığa çıkarılması ve altta yatan probleme yönelmek gereklidir.

3. Düşünce bozuklukları: Genel olarak uyumları zayıf olan borderline ve psikotik öğrenciler üniversite yaşamında büyük zorluklar yaşarlar. Üniversitenin stresi egoyu dağılmaya kadar götürür.

#### B. Cinsel Kaygılar:

Ülkemizde Tıp Fak. Hst.'ne başvuran üniversite öğrencilerinde % 1.2-5.4 oranında cinsel bozukluk bulunmuştur (4).

1. Bakirelik: Üniversite öğrencilerinde, her iki cinsten de bakirelik hakkında kaygılar sık çatışma kaynaklarıdır. Bakirelik üzerindeki çatışma derin bir cinsellik ve karşı cinse yakın olma korkusu ile cinsel kimlik çatışmasına neden olabilir.

2. Cinsel karmaşıklık: Üniversiteli kadınlarda cinsel karmaşıklık ve ruhsal bozukluklar arasında doğru orantılı bir ilişki mevcuttur. Bu davranış sıklıkla, bağımlılık ve sevilme, bakılma ihtiyacı üzerindeki ağır çatışmaları ifade eder. Öğrenci, olgun arkadaşlıklar içinde doğru bir ilişki yoluyla sevgiyi elde edememekte, sık ve kısa süreli cinsel ilişkilerin anlık hazlarında aramaktadır. Suçluluk duygusu ve tecrit olma duygusuyla sonuçlanan bu durum, onun yalnızlığını ve düşük benlik saygısını arttırmaktadır. karmaşık cinsel davranış psikotik bir sürecin erken işaretlerinden biri olabilir.

Depresyon, hamile kalma ve veneryal hastalıklar geliştiğinde, karmaşık cinsel ilişkilerde bulunan üniversiteli kız öğrencileri tedaviye yöneltir. Hekim, bu hastaların cinsel davranışının duygusal önemi konusunda bilinçli olmalıdır. Karmaşık cinsel ilişkilerde bulunan bir erkek şuur altındaki eşcinsel hislerine karşı kendisini savunmak için daha olgun bir ilişkiye yöneliyor olabilir (1).

3 Gebe kalma ve korunma: Bekar öğrencilerin cinsel serbestliği, hamile kalana kadar ona bir zorluk çıkarmayabilir. Hamile kaldığında ise genellikle yoğun sıkıntı, suçluluk ve utanç duyar. Hamilelik okul hayatını ve ailesiyle ilişkisini bozar. Psikiyatrist anne- babasıyla temas kurmasında, seçenekleri beraber görüşerek ne şekilde davranacağına karar vermesinde yardımcı olabilir. Evlenmemiş genç bayanlar için korunma metodlarının tavsiye edilmesi öğrenciler tarafından daha geniş cinsel aktivite için müsamaha olarak anlaşılmakta ve bu da başka sorunlar doğurmaktadır.

4. Mastürbasyon: Mastürbasyon sonrası suçluluk duygusu sıklıkla dini duygular veya mastürbasyona eşlik eden fantezilerden kaynaklanır. Çoğu öğrencide mastürbasyonun, yapılamayan cinsel ilişkinin yerine geçtiği kabul edilir. Bir günde pek çok kez, zorlantılı bir şekilde, çok zevk alınmadan yapılan aşırı mastürbasyon, anksiyete ve diğer yaşam olaylarıyla başa çıkma veya cinsel zihin meşguliyetinin bir ifadesi olabilir. Psikoza doğru gidişin bir belirtisi de olabilir.

5. Eşcinsel panik: Bazı panik atakları şuur altı eşcinsel hislerden kaynaklanmaktadır. Bu ataklar, yurt yatakhanelerindeki yakın yaşam koşullarından, sporcuların soyunma odalarında birbirine yakın bulunmalarından veya bir eşcinsel tarafından sarkıntılıktan sonra olabilir. Daha az olmakla birlikte kız öğrencilerde de eşcinsel panik görülebilir. Eşcinsel hislerin bir derecede şuurlu olması durumunda ikna edilme yararlı olabilir. Diğer durumlarda hazırlayıcı terapi olmaksızın yorumdan kaçınılmalıdır. Bu ataklar bağımlılık veya pasiflik üzerindeki daha derin çatışmaların cinselleştirilmiş yüzeysel ifadesi olabilir. Bu gibi durumlarda damgalamak ve bireye eşcinsel gibi davranmak asıl problemi tedavi etmeyecektir. Yine eşcinsel paniğin, paranoid gelişimin işaretlerinden biri olabileceğini unutmamak gerekir.

Eşcinsel erkek öğrenci, ilk olarak bu cinsel seçimi ortaya koyduğunda öğüt vermek, yönetim ve yasal otoritelerle sürtüşmelerden kaçınmak için bu cinsel davranışını kontrol etmesine destek vermek gerekir. Hasta genellikle cinsel seçimini değiştirmek arzusunda değildir. Eşcinsel dürtüler, fanteziler veya davranışlar üzerinde çatışma içinde olan öğrenci, erkeksi kimliğin gelişmesine engel olan şeyin açığa çıkarılması için araştırmacı terapiye alınmalıdır. Heteroseksüel uyum, özellikle biseksüel bir ilgi varsa olasıdır (1).

### C. İnsanlar Arası İlişkilerde Zorluklar:

1. Dışlanmış öğrenci: Bu gibi öğrencilerin çoğu şizoid ya da depresiftir, fakat diğer tanı gruplarında da olabilirler.

2. Histerik dışlanmış öğrenci: Histerik öğrenciler dışlanma dahil bütün durumlara dramatik şekilde tepki verirler. Bozulan bir arkadaşlık, bir kötü not veya bir söz, panik oluşturabilir. Ağlama, dürtüsel davranış hatta intihar gösterileri olabilir. Bazı vakalarda yatıştırıcı verilmesi veya revirde bir gece kalması gerekir. Takip görüşmeleri, altta yatan daha ciddi patolojik durumları göstermede değer taşır(1).

3. Depresyon : Üniversite öğrencilerinde dep-

resyonu en sık görülen bozukluk olarak bulan çalışmalar vardır (5-9). Depresyon okulu terk etme ve akademik başarısızlıkla sonuçlanabilir (10). Çoğu deprese öğrenci üniversite yöneticileri tarafından kolayca tanınır.

Depresyon reaktif veya endojen olabilir. Anne-babadan birinin ölümü, üniversite öğrencisi için özellikle zor bir problemdir. Biten bir aşk macerası, zayıf notlar veya ailevi problemler de depresif reaksiyonlar geliştirebilir. Endojen depresyonlar özellikle tehlikelidir ve dikkatle takip edilmelidir. İntihar, mutsuzluktan kurtulmada kolay bir çözüm olarak planlanabilir. İntihar sıklığı aynı yaş gurubuna göre üniversite öğrencilerinde daha fazladır. Türkiye'de tüm intiharların üçte biri 15-24 yaş gurubunda olmaktadır (11). Ergenlerde ölüm nedenleri arasında intiharı 2., 3., ve 4. sırada bulan araştırmalar vardır(12-14). Üniversite öğrencisinde depresyon tedavisi genel nüfusta olduğu gibidir. Erken yardım ve destek, bu yaş gurubunda sıklıkla çabuk etki etmekte ve ağır depresif reaksiyona gidişi engellemektedir.

4. Borderline veya psikotik öğrenciler: Bu öğrenciler kronik psikoz semptomlu ve akut psikotik reaksiyonla ortaya çıkanlar olmak üzere ikiye ayrılır.

Borderline veya şizofrenik öğrenciler diğer öğrenciler gibi benzer problemleri gösterebilirler. Konsantrasyonda güçlük şikayetleri, anlamsız düşüncelerin zorlamasından da olabilir. Davranışının ne kadar acayip ve anlamsız olduğunu kavramayabilir, uygunsuz işaretler, sözler ve diğer yazılı araçlarla sınıfta veya sınav esnasında dikkati kendilerine çekebilirler. Herhangi bir durumsal stres, paranoya, eksitasyon ve diğer psikotik reaksiyonları uyarabilir. Bu öğrenciler sağlık servislerince hassas, destekleyici ve devamlı ilişki gerektirirler. Trankilizanlar son derece yardımcı olabilir. Zor bir ders veya bir süre için okulu bırakarak rahatlama gerekli olabilir(1).

5. İlaç kötüye kullanımı ve alkol : Alkolizm üniversite öğrencilerinde seyrek. Ara sıra olan kısa ve reaktif alkolizm dönemleri olabilir ve yıkıcı dav-

ranışa işaret eder. Bazı araştırmalarda ülkemizde üniversite öğrencilerinde % 16.2 düzenli alkol kullanımını, % 18-20 madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmektedir (15,16).

Çoğu ülkede halüsinojen ve diğer ilaçların geniş kullanımı büyük ciddiyet taşıyan bir problemdir. İlaç kötüye kullanımını, sosyal, nevrotik ve psikotik olmak üzere değerlendirmek yararlı olur. Sosyal kategori; merakın getirdiği denemeleri ve akranlarının oluşturduğu grupta kalma çabasını içerir.

Nevrotik ilaç kullanıcıları, devamlı hoşnutsuzluklarından kurtulmayı temin için aldıklarından bağımlılık riski taşırlar. Devamlı metamfetamin kullanımı 7-10 günde toksik psikoz oluşturabilir. Süregen, aylarca aşırı marihuana kullanımını emosyonel bağımlılık oluşturabilir, aynı zamanda gerçeği algılamada azalma olur ve bu öğrenciler, argoda "afyon kafalı" tabir edilen, etraflarındaki dünya ile ilgide kaybolma tanımlarlar. Bilişsel ve yaratıcı yetenekler azalır, duygulanım fakirleşir (17).

Psikotik ilaç kullanıcıları; gerçekten uzaklaşmalarını arttırabilirler veya bunları kronik olarak almaları intihar eşdeğeri olabilir. Psikotrop bileşikler bu kişilerde akut psikotik tepkiler geliştirebilir.

Narkotik, trankilizan, barbitürat ve amfetaminlere karşı gerçek bağımlılık üniversitede nadir görülür. Bunların kesilme belirtileri ve tedavileri için yatırılmaları gerekir. İlaç kullanan öğrencilerde, tanı ve altta yatan bozukluğun tedavisinin yanında, psikiyatrist bu alanda eğitici olarak da gerekli hizmeti oluşturabilir. Öğrencilerin ilaç kötüye kullanımının fiziksel, duygusal ve yasal riskleri hakkında bilgilendirilmesi kontrolün sağlanmasında etkili yoldur. Böylece öğrencinin kendi düşüncesini oluşturması sağlanır (1).

## ÜNİVERSİTEDE PSİKİYATRİK PROBLEMLERİN TEDAVİSİ

Öğrenciyi idare ve tedavi edecek uzman : Ergen başa çıkılması güç bir bireydir. Bu nedenle psikiyatristin bu yaş gurubu için özel eğitimi ve tec-

rübesi olmalıdır. Onların bakış açısından bakmalı, anlayışlı, kullanılmayacak kadar sıkı, ama tercih edilen, yürüyen bir arkadaşlık kurabilecek kadar sıcak kanlı olmalıdır. Belirli bir dış neden varsa veya yalnız kriz boyunca destek ve yardım gerektiği düşünülüyorsa deneyimli bir aile doktoru, okul psikoloğu veya rehber danışman, psikolojik eğitim görmüş din görevlisi ve psikiyatrik sosyal çalışmacı yardımcı olabilir (1).

Emosyonel problemlerinin uzun süreceği, orta veya ağır şiddette olduğu, geleceğe yönelik ciddi sorunlar taşıdığı ( psikotik, orta ve ağır derecede kronik psikonevrotik, psikosomatik hastalık, kişilik bozuklukları gibi) kanısına varıldığında seçim tercihen konuda uzman, en azından ilgili bir psikiyatrist olmalıdır. Terapist her hastanın emosyonel durumuna göre hitap etmelidir. Öğrenci, anlayışlı, eleştiri yapmayan, hastayı bir birey olarak kabul eden tutarlı bir anne- baba figürü aramaktadır. Terapisti kabullenme ve güvenmede zorlanacaktır. Terapist hastanın gönlünü kazanmalı, hastaya olan ilgisini ispat etmeli ve erişkinlerde beklenenden daha aktif olmalıdır (1).

## TEDAVİ TİPLERİ :

### A. Bireysel Psikoterapi :

1. Destekleyici psikoterapi : Uyum reaksiyonlarında, hafif psikonevrotik bozukluklarda, hafif depresyon, psikoz sonrası uyumda ve precipitan bir sebebin asıl rol oynadığı düşünülen durumlarda uygulanabilir. Yoğun psikoterapinin mümkün olmadığı, hastanın az istekli olduğu, iç görüşünü kabul edemediği daha ciddi bozukluklarda da kullanılabilir. Bazı psikotik bireyler yoğun psikoterapi ile daha da bozulabilirler. Nevrotik özellikte savunma mekanizmaları olan bazı bireyler, örseleyici bir olay görülene kadar idare ederler. Bu kişiler destekleyici terapiye daha iyi cevap verirler. Destekleyici terapi, yalnızca eğitimli kişiler tarafından yapılmalıdır.

Destekleyici tedavinin fonksiyonu, dinleyerek, cesaret vererek aydınlatarak, dış ve iç problemlerle yardım olmaksızın başa çıkabileceği zaman kadar

stresli dönemde telkin yaparak hastayı hazırlamaktır. Seanslar haftada ve ayda bir olabilir, hatta "gerektiğinde" diye tasarlanabilir. Haftalar ve aylar sürebilir (1).

2. Yoğun, derin veya iç görüşü psikoterapisi : Bu tip terapi orta ve ağır şiddette psikonevroz, fonksiyonel psikoz, kişilik bozuklukları ( tedaviye yöneltecek yeterli anksiyete veya suçluluk hissi olduğunda) ve psikosomatik bozukluklarda uygulanabilir. Bu terapi dinamik psikoterapik teknik veya psikanaliz eğitimi olan psikiyatrist tarafından yapılmalıdır.

Yoğun psikoterapinin esası; iç görüşü kazanmasında hastaya yardım etmek ve bu iç görüşü günlük durumlarda yararlı kılmaktır. Aynı zamanda terapist destekleyici bir rol oynayabilir. Bu seansların sıklığı haftada bir veya birkaç defa olabilir ve tedavinin iki üç yıl sürmesi gerekebilir. Pahalı olması ve uzun süre gerektirmesi nedeniyle psikanaliz genel olarak üniversite öğrencileri için uygun değildir (18).

### B. Grup tedavisi :

Grup tedavisi çekingen öğrenciler için, yaşlıları tarafından gelen güven ve birbirlerini desteklemeleri öğelerini içerir (1). Öğrencilerin pek çok problemlerinde kullanılabilir (psikoz, psikonevroz, bağımlılık, kişilik bozuklukları gibi). Grup benzer hastalıkları olanları veya aile bireylerini kapsayabilir. Grup tedavisi, hastanın başkalarının da benzer problemlerinin olduğunu görmesini, onların bu problemler karşısındaki düşünce ve hislerinin neler olduklarını bilmesini, gruptaki bireylerle dinamik etkileşime girerek kendi reaksiyonlarına iç görüşü kazanmasını sağlar. Grup seanslarının sıklığı haftada bir- iki veya hafta aşırı olabilir, süresi birkaç ay, bir yıl veya daha fazla olabilir (1).

C. Danışmanlık : Danışma hizmetleri çalışma ve kariyer problemleriyle sınırlıdır ve ikincil olarak problemleri öğrencileri dinleyen bir kulak görevi görürler. Bu hizmetler genellikle takip etmedikleri problemleri havale etmek için psikolojik test ve teknikleri içerirler.

Kampüsteki diğer ilgililer öğrencinin problemlerinde yardımcı olabilirler. Öğrenci, psikoloji bölümünün bir üyesinden, okul din görevlisinden, dekan, müdür veya diğer fakülte elemanlarından yardım ve destek arayabilir. Öğrenci, fakülte elemanı ile yakın ve destekleyici bir ilişki içine girmişse, psikiyatrist bu ilişki içinde yardımcı rol görebilir (1).

**D. Çevresel değişiklik :** Çevresel değişiklikler, ruhsal bozuklukları tedavi etmez, fakat halen stres altındaki bir öğrenciyi çevresel baskıdan kurtarmak sıklıkla tedaviye yardımcı önemli bir etkidir. Problemi olan öğrenciler için kapasiteye uygun bir yol tutulursa, eğitimini bitirmesi uzun sürse bile daha çok şanslı olur. Oda değişiklikleri faydalı olabilir. Bazı öğrenciler, oda arkadaşlarını ve yatakhane yaşamını kabullenemezler. Utangaç, şizoid, çekingen öğrenciler sosyal gruplara katılarak yalnızlıklarının kırılmasında yardıma ihtiyaç duyabilirler.

#### **E. İlaçlar :**

Üniversite psikiyatrisinde ilaç tedavisinin yeri sınırlıdır. Psikotik reaksiyonlarda antipsikotikler önerilebilir, benzodiyazepinler gibi diğer sedatifler kısa süreli panik ve akut anksiyete reaksiyonları için kullanılabilir. Çoğu öğrenci çatışmalarını alkol ve psikoaktif maddelerle çözmeye çalıştıktan sonra gelmiş olabilir. Doktorun temel görevi, problemleriyle başa çıkma ve daha gerçekçi metotlar bulmada yardımcı olmaktır (1). Hiperaktivite, bariz anksiyete, depresyon, madde ve alkol bağımlılığının kesilme belirtilerinde ve psikozlarda ilaç tedavisi gereklidir. Psikoterapi ek olarak kullanılabilir. Psikozların tedavisinde erişkinde olduğu

gibi hospitalizasyon, psikoterapi, ilaçlar ve elektrokonzulziv tedavi (ECT) gibi somatik tedaviler kullanılabilir (18). ECT, psikoterapi ve antidepressan tedavisine cevap vermeyen, özellikle intihar şüphesi olan depresyonda yapılabilir (1).

#### **Ergenin emosyonel bozukluklarında prognozun değerlendirilmesi :**

Çoğu ergen gelişmenin bu çok zor dönemini yardım olmadan geçirir. Sonuçta temel dürtülerini kontrol edebilen ve onlarla baş edebilen istikrarlı genç erişkinler olurlar. Bununla birlikte belirtilen sorunları gösteren öğrenciler tedavi görmezlerse, problemler erişkin yaşamda da devam edebilir. Ergenin kişilik yapısı daha esnek olduğu ve hala gelişme sürecinde olduğu için, benzer bozukluğu olan erişkinine göre düzelmesi daha kolay olur.

#### **Seyri iyileştirici faktörler :**

Ciddi olsa bile akut başlangıçlı belirtiler ve belli bir dış neden olması, çevresel şartların değiştirilebilir olması olumlu faktörlerdir. Anne - baba, diğer akrabalar, başka bir ergen veya bir yaşıtıyla yakın ve olumlu bir arkadaşlık kurarsa, diğer bir deyimle ergen başka biri tarafından sevildiğini hissederse seyri daha iyidir.

#### **Seyri kötüleştirici faktörler :**

Semptomların dereceli başlaması uzun sürmesi; aşırı yatak ıslatma, gece korkuları, barsak eğitim problemleri gibi çocuklukta ciddi ve çok sayıda semptomların olması; anne- baba veya kardeşlerle problemler, ailenin dağılması, anne-baba kaybı gibi bozuk ailesel özellikler; dıştan bir sebebin tespit edilememesi, yakın ve olumlu bir arkadaşlık olmaması olumsuz gidiş etkenleridir (1).

## **KAYNAKLAR**

1. Seil ED. College psychiatry. In: Solomon P, Patch VD, eds. Handbook of psychiatry. Boston: Lange Medical Publications, 1969: 417-32.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988: 1950.
3. Bush HS, Thompson M, Van Tubergen N. Personal assessment of stress factors for college students. J Sch Health 1985; 55(9) : 370-5.

4. Uluutku N, Etit A, Bekaroğlu M, Tanrıöver S. Psikiyatri polikliniğine başvuran K.T.Ü. öğrencilerinin bazı özellikleri üzerine bir çalışma. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, 1990; 3. Cilt: 391-7.
5. Lostar S, Yurtseven H, Aykut L, Şenveli B, Özaydın M, Yeğin H. Bir gurup tıp ve biyoloji öğrencilerinde " Zung İndeksi" ile depresif öğelerin saptanması. 25. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı, 1989: 135-43.
6. Barnes GM, Welte JW, Dintcheff B. Alcohol misuse among college students and other young adults: findings from a general opulation study in New York State. Int J Addict 1992; 27(8) : 917-34.
7. Schuckit MA, Halikas JA, Schuckit JJ. Four year prospective study on college campus. Dis Nerv Syst 1973; 34: 320-4.
8. Ekşi A. Öğrencilerde psikosomatik bozukluk ve stres arası ilişkilerin araştırılması. 17. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 1981:85-86.
9. Uluutku N, Özel A. Yüksek öğrenim öğrencilerine uygulanan Cornell Index (form no 2) testinden alınan sonuçlar üzerine bir araştırma. 19. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 1983:95-6.
10. Whitney W, Cadoret RJ, Mc Clure JN. Depressive symptoms and academic performance in college students. Am J Psychiatry 1971; 128: 766-70.
11. DİE İntihar İstatistikleri. ankara : Devlet İstatistik Enstisüsü Yayınları, 1985.
12. Stober B. Social environment suicidal children and adolescents. A comparative study In: Soubrier JP, Vedrinne J, eds: Depression and suicide. Oxford: Pergamon Press, 1981: 115-25.
13. Gispert M, Wheeler K, et al. Suicidal adolescents. Factor in evaluation. Adolescence 1985; 20(8): 753-63.
14. Marks P, Haller D. Now lay me down for keeps: a study of adolescent suicide attempts. J Clin Psychol 1977; 33: 390-400.
15. O Malley PM, Johnston LD, Bachman JG. Quantitative and qualitative changes in cocaine use among American high school seniors, college students, and young adults. Res Monogr 1991; 110: 19-43.
16. Kushwaha KP, Singh YD, Rathi AK, Singh KP, Rastogi CK. Prevalence and abuse of psychoactive substances in children and adolescents. Indian J Pediatr 1992; 59(2): 261-8.
17. Ziyalar A. Gençlik çağında ruhsal hastalıklar. Yeni Symposium 1985; 3-4: 5-25.
18. Schwartz LA. Adolescent psychiatry In: Solomon P, Partch VD, eds. Handbook of psychiatry. Boston : Lange Medical Publications, 1969: 403-16.