

PRİMER İNSOMNİANIN NEDEN OLDUĞU OKUL REDDİ: BİR OLGU SUNUMU

İpek PERÇİNEL*, Öznur BİLAÇ**, Kemal Utku YAZICI***

ÖZET

Okul reddi, çocuğun okula gitme konusunda isteksiz olması ya da okula gitmeyi tamamen reddetmesi durumudur. Okul reddinin oluşumunda çeşitli tetikleyici etmenler rol oynamaktadır ve her sosyoekonomik düzeyde görülebildiği bildirilmektedir. Bu yazıda primer insomniaya bağlı olarak ciddi okul reddi davranışı gözlenen bir kız olgunun klinik özellikleri, tedavi süreci ve bu bağlamda literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, insomnia, okul reddi, uyku bozuklukları

SUMMARY: PRIMARY INSOMNIA AS A CAUSE FOR SCHOOL REFUSAL: A CASE REPORT

School refusal is a clinical condition where a child is reluctant or completely refuses going to school. Various precipitating factors might play a role in emergence of school refusal and it could be encountered in every socioeconomic background. In this article, the clinical features and treatment process of a female case with a severe school refusal behavior due to primary insomnia were discussed while aiming to review the relevant literature within this context.

Key Words: Child, insomnia, school refusal, sleep disorders

GİRİŞ

Günümüzde okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır; çocuğun okula gitmeyi reddetmesini, okula gidip sonrasında derslere devam etmeyip okuldan ayrılmasını, okul günlerinde psikosomatik yakınmalar ya da öfke patlamaları gibi davranış sorunları göstermesini ya da okula gitmek yerine bakım verenleriyle evde kalmayı tercih etmesini de kapsamaktadır (Özcan 2007). Klinik bir tanı değil bir belirtidir ve çocuk ruh sağlığı acillerinden biridir. Okul reddi ilk kez İngiltere’de ortaya atılmış, duygusal sıkıntı nedeniyle okula gitmeyen çocuklarda benzer sorunları tanımlamak için kullanılmıştır (Hersov 1960). Genel olarak okul reddinin yaygınlığının tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık %1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için %5 olduğu, erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir (Bahalı ve Tahiroğlu 2010).

Okul reddi; kaza, hastalık, ameliyat, arkadaş kaybı, arkadaş ilişkilerinde sorun, aile üyelerinden birinin hastalığı, kaybı ve kardeş doğumu gibi herhangi bir sebeple tetiklenebilir. Sorun çoğu kez okul hakkında belirsiz yakınmalar, okula gitme isteksizliği sebebiyle, ebeveynin, öğretmen ya da doktorların okula gitmeye zorlaması durumunda çocuğun okulda kalmayı reddetmesi ile başlamaktadır. Okula gitme zamanı geldiğinde; belirgin anksiyete, panik belirtileri göstermekte, çocuk okula gitmek için evden ayrılamamakta, yarı yoldan ya da okuldan aniden dönmektedir (Hersov 1985). Bununla birlikte klinik olarak okuldan yakınma, ağlama, bağırma, öfke patlamaları, kendine zarar verme, kaçma davranışları, huzursuzluk, uyku bozuklukları (kabuslar, gece terörü vb.) olabilir ve karın ağrısı, ateş, sık idrara çıkma, bulantı-kusma, baş ağrısı, baş dönmesi gibi somatik yakınmalar sık görülebilmektedir. Bu belirtiler, genellikle sabahları ya da okula gitmesi istendiğinde ortaya çıkmaktadır.

*Uzm. Dr., Osmaniye Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Osmaniye.

**Uzm. Dr., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Manisa.

***Yrd. Doç. Dr., Fırat Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ.

Okul reddi, çeşitli ruhsal bozuklukların bir belirtisi olarak karşımıza çıkabilmektedir (Fremont 2003). Anksiyete bozuklukları ile okul reddi arasında güçlü ilişki olduğunu belirten çalışma-

lara rastlanmaktadır (Bahalı ve ark. 2009, Buite-laar ve ark. 1994, Last ve Strauss 1990). Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB), okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluğudur (Bahalı ve ark. 2009). AAB olan çocukların, çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine en sık başvuru nedeni, okul reddidir (%75) (Türkbay ve Söhmen 2001). Okul reddi olan çocuklardaki depresif belirtiler ile depresif bozuklukların yaygınlığını değerlendiren çalışma sonuçları değişkenlik göstermekte; bu çocukların %7.3-63.6'sında depresif bozukluğun ya da depresif duygudurumla giden bir uyum bozukluğunun bulunduğu gösterilmiştir (Prabhuswamy ve ark. 2007). Literatürde, davranış sorunlarının okul reddi olgularının tipik özelliği olmadığı belirtilmektedir. Ancak okul reddi davranışı gösteren bazı çocuklar okula gitmeye zorlandıklarında saldırgan davranışlar sergileyebilirler (Hersov 1985, King ve Ollendick 1989).

Uyku sorunları çocukluk çağında sık görülmektedir (Blader ve ark. 1997, Ipsiroglu ve ark. 2001, Spruyt ve ark. 2005, Wiater ve ark. 2005). Okul reddi daha çok anksiyete ve özellikle ayrılık kaygısının klinik yansıması olarak daha çok karşımıza çıksa da, yakın zamanlı yapılan çalışmalarda uyku bozuklukları ile okul reddi arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Fricke-Oerkermann ve ark. 2007, Hochadel ve ark. 2014). Bu yazıda, primer insomnianın neden olduğu, klinik olarak başka ek bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etmediği okul reddi olgusunun klinik özellikleri, tedavi süreci ve bu bağlamda literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

9 yaşında kız olgu kliniğimize ailesi tarafından okul reddi ile getirildi. Olgunun bu yıl ilköğretim üçüncü sınıfa devam ettiği, ilk dönemde okula gitme isteksizliğinin başladığı, ancak ailenin telkinleri ile okula devam edebildiği, ikinci dönem başladıktan birkaç gün sonra okula gitmeyi tamamen reddettiği, her türlü desteklemeye rağmen okula gitmek istemediği belirtildi.

Özellikle okula gitmeden hemen önce başlayan karın ağrısı ve baş ağrısı yakınmalarının olduğunu, kendisini çok yorgun hissettiğini ifade ettiği bildirildi. Dış merkezde başvurdukları çocuk psikiyatrisi hekimi tarafından fluoksetin başlandığı, ancak ilacı kullanırken olgunun belirgin hırçnılık, sinirlilik, söz dinlememe yakınmaları olması üzerine hekimin fluoksetin tedavisini kestiği, sertralin başlandığı, yaklaşık üç ay ilacı kullanmalarına karşın fayda olmadığı öğrenildi. Olgu tarafımıza başvurduğunda son 16 gündür okula gitmiyordu. Ailenin bu durumdan dolayı oldukça üzgün olduğu göze çarpmaktaydı. Okul reddi davranışının sebebini bulamadıkları için de kendilerini suçlamaktaydılar. Olgunun kendisiyle yapılan görüşmede; aslında okul korkusunun olmadığı ama sabahları zor uyanabildiği için okula gitmek istemediği, bu şekilde okula gitse bile dersi dikkatli dinleyemediği ve okulda da sürekli uykusunun geldiği, bu sebeplerden dolayı artık okula gitmek istemediği öğrenildi.

Özgeçmişinde; annenin ilk ve tek gebeliğinden, hastanede, normal spontan vaginal doğumla 3550 gr. ağırlığında, miadında dünyaya geldiği, istenilen ve planlı bir gebelik olduğu, gebelik dönemi süresince, doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir sorun yaşanmadığı öğrenildi. Daha önce kaybedilmiş gebelik, küretaj ya da ailede erken bebek-çocuk ölümü olmadığı belirtildi. Olgunun nöromotor gelişimi sorgulandığında, bir yaşına kadar anne sütü aldığı, yaklaşık sekiz aylıkken emeklediği, yürümeye bir yaşında, cümle kurmaya iki yaşındayken başladığı, 2,5 yaşından beri tuvalet eğitimi aldığı ifade edildi.

Soygeçmişinde anne 31 yaşında, lise mezunu, ev hanımı; baba 33 yaşında, üniversite mezunu, inşaat mühendisi olarak çalışmaktaydı. Anne-baba arasında kan bağı bulunmadığı, aneanedeki anksiyete bozukluğu dışında çekirdek ve geniş ailede psikiyatrik tanı alan ve tedavi gören bir birey olmadığı öğrenildi.

Olgunun yapılan psikiyatrik değerlendirmesinde fizik görünümü yaşına uygun, duygudu-

rumunun ılımlı düzeyde depresif ve anksiyöz, afektinin duygudurumu ile uyumlu olduğu izlendi. Düşünce süreç ve içeriği normaldi. Tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde anksiyete/depresyon bulgusuna rastlanmadı. Herhangi bir yıkıcı davranım sorunu yoktu. Okul zamanı yaklaştığında ortaya çıkan somatik yakınmaları mevcuttu. Olgunun uyku düzeni ayrıntılı olarak sorgulandığında geceleri kendi odasında yattığı, ama uykuya dalmakta çok zorlandığı, yatağa yattıktan sonra uzun bir süre (yaklaşık 1,5-2 saat) uyuyamadığı, uyuyamayınca ertesi gün derste uykusunun geleceğini düşünüp heyecanlandığı, sonrasında uyusa bile gece boyunca uykusunun çok sık bölündüğü ve yine uykuya dalmakta zorlandığı öğrenildi. Bir derste sürekli esniyor diye öğretmenin kendisine kızdığını ve bundan dolayı çok utandığını ifade etti. Gece uykusunu yeterli sürede alamayan olgu ertesi gün okuldan geldikten sonra evde yaklaşık iki saat uyumakta idi. Olgu ek olarak başka bir psikiyatrik yakınma tariflemiyordu. Tanılama aşamasında Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) (Gokler ve ark. 2004), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (Ağargün ve ark. 1996), Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (Kovacs 1981), Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri (STAI) (Spielberger 1970) kullanıldı. Olgu, ÇDŞG-ŞY-T'ye göre binşik tanı almıyordu. ÇDÖ puanı 3, durumluk ve sürekli anksiyete puanları düşük anksiyete ile uyumlu bulundu. Olgunun yaklaşık 1,5-2 saat uyku latansı (PUKİ:3 puan) mevcuttu. PUKİ toplam puanı 16 olarak saptandı (>5 puan). Gece boyunca sık uyanması (haftada 1-2 kez) ve sonrasında rahatça uykuya dalamaması nedeniyle, toplam uyku süresi azalmıştı. Olgunun toplam uyku süresi ortalama 6 saat, yatakta geçen toplam süre ise 9-10 saat idi (Akşam 22:00-Sabah 07:00). Uyku İndeksi (Toplam Uyku Süresi/Yatakta Geçen Süre X 100) 0,66 olarak saptandı (PUKİ: %65-74 arası). İnsomniaya neden olabilecek endokrin, metabolik, alerjik hastalıkların ekarte edilmesi açısından çocuk hastalıklarına konsülte edildi.

Herhangi bir organik hastalık ya da ilaç kullanımı saptanmadı. Yakınmalarının bir aydan uzun süredir var olması, eşlik eden gündüz yorgunluğunun bulunması, yakınmalarını açıklayacak herhangi bir tıbbi/psikiyatrik bozukluk ya da madde/ilaç kullanımının bulunmaması ve belirtilerinin günlük işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açması nedeniyle primer insomnia tanısı düşünüldü. Okul ve öğretmen görüşmeleri başlatıldı. Okuldan alınan bilgilere göre, ders başarısının sınıf düzeyinde olduğu ama sınıfta sessiz ve yorgun görüldüğü, okul reddi davranışı karşısında öğretmenlerinin de çok şaşırıldığı öğrenildi. Olguya öncelikte tarafımızdan uyku hijyeni önerileri verildi. Gündüz uyumasının kaldırılması, gece uyku gelmeden yatağa gidilmemesi, yatağını sadece uyumak için kullanması, kafein gibi uyku kaçırabilecek maddeler içeren gıdaların alınmaması, gün içinde egzersiz yapması önerildi. İzlemede şikayetlerinde belirgin değişiklik olmaması üzerine (PUKİ toplam puan: 15) olguya alprazolam 0,5 mg/gün (yatmadan 45 dk. önce) başlandı. Olgu haftada bir değerlendirildi. Tedavinin 10. gününde uykuya dalma süresinin belirgin olarak azaldığı (15-20 dakika), yatağa yattıktan sonra çok nadiren 30 dakika içinde uyuyamadığı (haftada 1 kereden az) ifade edildi. PUKİ'ye göre uyku latansı 2 puan olarak saptandı. Ortalama uyku süresi ve uyku indeksi artmıştı (yaklaşık 8,5 saat, %94). PUKİ toplam puanı 4 saptandı (<5 puan). Uyku hijyeni önerilerini uygulamaya devam ediyordu. Son üç gündür okula gitmeye başlamıştı ve okula gittiği için kendisini keyifli hissettiğini söylüyordu. Uyku hijyeni önerilerine devam etmek şartıyla alprazolam tedavisi kesildi. Olgu üç hafta sonraki kontrolde uykusunun artık düzenli olduğunu ve geceleri uyanmadığını ifade etti (PUKİ toplam puan: 3). Okul reddi tamamen ortadan kalkmıştı.

TARTIŞMA

Bu yazıda primer insomniaya bağlı olarak ciddi okul reddi davranışı gözlenen bir kız olgunun, uyku hijyeni önerileri ile birlikte, on gün gibi

kısa süreli ilaç tedavisi sonrası okul reddi davranışının düzeldiğinden yola çıkılarak, okul reddi olgularının değerlendirilmesinde uyku bozukluklarının da düşünülmesinin önemli olduğu vurgulanmak istenmiştir.

Literatür incelendiğinde, okul çağındaki çocuklarda uyku problemlerinin sık olarak görüldüğü belirtilmektedir (Archbold ve ark. 2002, Baweja ve ark. 2013, Blader ve ark. 1997, Fricke-Oerkermann ve ark. 2007, Ipsiroglu ve ark. 2001, Spruyt ve ark. 2005, Wiater ve ark. 2005). Okul çağı çocuklarının %12'sinde her gece, %76'sında sıklıkla uyku problemleri olduğu bildirilmiştir (Ipsiroglu ve ark. 2002). Uykuyu başlatma ve sürdürme güçlüğü, çocukluk çağında en sık görülen uyku problemidir (Kraenz ve ark. 2004). 6-13 yaş arası okul çağı çocuklarında uykuyu başlatma ve sürdürmede %31 oranında problem olduğu bildirilmiştir (Spruyt ve ark. 2005). Olgumuzda da uykuyu başlatma ve sürdürmede problem olduğu, bu durumun, gün içindeki işlevselliğini etkilediği tespit edilmiştir.

Çocuklarda uyku problemlerini değerlendiren çalışmaların sıklığının yanında uyku sorunları ile okul reddi davranışının ilişkisini inceleyen yalnızca bir çalışmaya ulaşılabilmektedir. 8-11 yaş arasındaki 1490 çocukta Uyku Anketi ve Okul Reddi Değerlendirme Skalası (Kearney ve Silverman 1993, Kearney 2002) kullanılarak yapılan çalışmada, uyku sorunlarının okul dönemindeki çocuklarda sık görüldüğü ve bu sorunların çok açık bir şekilde okul reddi davranışı ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada, insomnia, parainsomnia ve gündüz uykululuğu olan çocukların, uyku sorunu olmayan çocuklara göre, okul reddi davranışlarında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları belirtilmiştir. Araştırmacılar uyku problemlerini, özellikle anksiyete bozuklukları ile ilgili olan okul reddi olguları ile ilişkilendirmişler, karşı gelme ya da davranış bozuklukları ile ilgili okul reddi olgularında, uyku problemleri açısından anlamlı bir fark olmadığını vurgulamışlardır (Hochadel ve ark. 2014). Olgumuzda ÇDŞG-ŞY'ye göre binişik herhangi bir

tanı saptanmadı. Olgu, sadece, ertesi gün okulda uykusu gelirse öğretmenin kendisine kızacağı konusunda yoğun endişe duymaktaydı. Kaygısının tek bir alanla sınırlı olması sebebiyle yaygın anksiyete bozukluğu tanısından uzaklaşıldı. Sınıfta yorgun ve uykulu olduğundan dolayı öğretmenin kendisine kızdığı günden önce de yakınmalarının mevcut olduğu izlendi. Bunun dışında özgül bir stresör ya da travma yaşantısı yoktu. Kaygısı, bağlanma figürlerinden ayrılma ile ilişkili değildi. Yakınmalarına neden olabilecek herhangi bir organik hastalık ya da madde/ilâç kullanımı saptanmadı. Olgu primer insomnia olarak düşünüldü. Gün içindeki yorgunluk/isteksizlik hali ve okul reddi davranışı, insomnia ile ilişkilendirildi.

Çocukların yeterli uyku alamaması, hem fiziksel sağlıklarını hem de duygusal, sosyal ve bilişsel gelişimlerini etkileyebilmektedir (Baweja ve ark. 2013). Uyku sorunları olan çocuklarda emosyonel ve davranışsal problem görülme riski, uyku sorunu olmayan çocuklara göre 2-3 kat daha fazladır (Kraenz ve ark. 2004). Araştırmacılar, davranışsal problemleri olan çocuklarda uyku düzeni için müdahalede bulunmanın gerekliliğini belirtmişler, uyku problemlerinin düzelmesi halinde davranış sorunlarının azabileceğini vurgulamışlardır (Aronen ve ark. 2013, Kraenz ve ark. 2004). Olgumuzda, uyku hijyeni önerileri ile birlikte on günlük alprazolam ve idamede yalnızca uyku hijyeni tedavisinden sonra insomnia yakınmasının düzelmesi ile birlikte okul reddi davranışının ortadan kalktığı gözlemlendi.

Okul reddi oluşumunda çocuktan, aileden ya da okuldan kaynaklanan çeşitli tetikleyici etmenler rol oynar (Bahalı ve Tahiroğlu 2010). Olgumuzun gündüz ders sırasında uykulu ve yorgun görüldüğü bir gün öğretmenin kendisini uyarması, olguda aşırı kaygı oluşturarak okula gelmeyi istememe davranışını tetiklemiş olabilir. Bu durum mevcut primer insomniasında şiddetlenmeye yol açmış olabilir. Ayrıca olgumuzun anneanesinde tanı konmuş anksiyete bozukluğu bulunması, aşırı anksiyete oluşturmaya yat-

kınlaştıran bir etmen olarak düşünülebilir. Bu durum aynı zamanda Hochadel ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada vurgulanan, uyku problemlerinin anksiyete bozuklukları ile ilişkili okul reddi olgularıyla özellikle bağlantılı olduğu bulgusuyla uyumlu gözükmektedir (Hochadel ve ark. 2014).

Bu yazıda, psikiyatrik bir acil olan okul reddi davranışı ile uyku problemlerinin ilişkisine dikkat çekmek ve okul reddi davranışı ile başvuran olgularda izole ya da izole olmayan uyku problemlerinin değerlendirilmesinin önemine vurgu yapılmak amaçlanmıştır. Olgumuz çok kısa bir süre içerisinde okula devam etmeye başlamıştır. Bu durumun, çocuğun sosyal ve bilişsel gelişimi açısından oldukça önemli olduğu ve bu bağlamda vurguyu hak ettiği düşünülmüştür. Konu ile ilgili uzunlamasına çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö (1996) Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 7:107-15.

Archbold KH, Pituch KJ, Panahi P ve ark. (2002) Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *J Pediatr* 140:97-102.

Aronen ET, Lampenius T, Fontell T ve ark. (2013) Sleep in children with disruptive behavioral disorders. *Behav Sleep Med Baskıda.*

Bahalı K, Tahiroğlu AY, Avcı A (2009) Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10:310-17.

Bahalı K, Tahiroğlu AY (2010). Okul reddi: Klinik özellikler, tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2: 362-83.

Baweja R, Calhoun S, Baweja R ve ark. (2013) Sleep problems in children. *Minerva Pediatr* 65:457-72.

Blader JC, Koplewicz HS, Abikoff H ve ark. (1997) Sleep

problems of elementary school children: A community survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151:473-80.

Buitelaar JK, Van Andel H, Duyx JH ve ark. (1994) Depressive and anxiety disorders in adolescence: A follow-up study of adolescents with school refusal. *Acta Paedopsychiatr* 56:249-53.

Fremont WP (2003) School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* 68:1555-60.

Fricke-Oerkermann L, Plücker J, Schredl M ve ark. (2007) Prevalence and course of sleep problems in childhood. *Sleep* 30:1371-77.

Gokler B, Unal F, Pehlivanurk B ve ark. (2004) Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children- present and lifetime version-turkish version (K-SADS-PL-T). *Cocuk ve Genclik Ruh Sagligi Dergisi/Turkish J Child Adolesc Ment Health* 11:109-116.

Hersov LA (1960) Persistent non-attendance at school. *J Psychol Psychiat* 1:130-6.

Hersov LA (1985) School Refusal. *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches içinde*, M Rutter, LA Hersov (ed) Blackwell Scientific Publications, Oxford, s:382-89.

Hochadel J, Frölich J, Wiater A ve ark. (2014) Prevalence of sleep problems and relationship between sleep problems and school refusal behavior in school-aged children in children's and parents' ratings. *Psychopathology* 47:119-26.

Ipsiroglu OS, Fatemi A, Werner I ve ark. (2001) Prevalence of sleep disorders in school children between 11 and 15 years of age. *Wien Klin Wochenschr* 113:235-44.

Ipsiroglu OS, Fatemi A, Werner I ve ark. (2002) Self-reported organic and nonorganic sleep problems in schoolchildren aged 11 to 15 years in Vienna. *J Adolesc Health* 31:436-42.

Kearney CA, Silverman WK (1993) Measuring the function of school refusal behavior: The school refusal assessment scale. *J Clin Child Adolescent Psychol* 22:85-96.

PERÇİNEL VE ARK.

- Kearney CA (2002) *Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the school refusal assessment scale*. *J Psychopathol Behav Assess* 24:235-45.
- King NJ, Ollendick TH (1989) *School refusal: graduated and rapid behavioural treatment strategies*. *Aust NZ J Psychiatry* 23:213-23.
- Kovacs M (1981) *Rating scales to assess depression in school-aged children*. *Acta Paedopsychiatr* 46:305-15.
- Kraenz S, Fricke L, Wiater A ve ark. (2004) *Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 53:3-18.
- Last CG, Strauss CC (1990) *School refusal in anxiety-disordered children and adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:31-5.
- Özcan Ö (2007) *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde Acil Durumlar*. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde*, A Soykan Aysev ve Y Işık Taner (ed) *Golden Print, İstanbul*, s:851-77.
- Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S ve ark. (2007) *Outcome of children with school refusal*. *Indian J Pediatr* 74:375-9.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. *California Consulting Psychologists Press, Palo Alto, ABD*.
- Spruyt K, O'Brien LM, Chuydts R ve ark. (2005) *Odds, prevalence and predictors of sleep problems in school-age normal children*. *J Sleep Res* 14: 163-76.
- Türkbay T, Söhmen T (2001) *Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8:77-84.
- Wiater AH, Mitschke AR, Widdern S ve ark. (2005) *Sleep disorders and behavioural problems among 8- to 11-year-old children*. *Somnologie* 9:210-14.