

Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri

Kayhan BAHALI,¹ Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU,² Ayşe AVCI³

ÖZET

Amaç: Okul reddi yakınması ile başvuran çocukların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve gözden geçirilen kaynaklar ışığında tartışılmasıdır. **Gereç ve Yöntem:** Polikliniğimize okul reddi yakınması ile başvuran 55 çocuk çalışmaya alınmıştır. Çocukların anne-babalarına çalışmanın amacı anlatılmış ve onayları alınmıştır. Çocuk ve anne-baba ile ayrıntılı klinik görüşmeler yapılmıştır. Anne-babalara sosyodemografik bilgi formu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. **Bulgular:** Okul reddi yakınması ile polikliniğimize başvuran çocuklar arasında erkek çocukların oranının daha fazla olduğu; çocukların yaş ortalamasının 9.1 ± 3.0 yıl olduğu; ilkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde daha sık görüldüğü; ailelerin çoğunun tek ya da iki çocuklu aileler olduğu; ailenin ilk çocuğunda daha sık görüldüğü; en sık görülen ruhsal bozukluğun ayrılma anksiyetesi bozukluğu olduğu ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocuklarda en sık görülen eş tanının diğer bir anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Okul reddi bireyin sosyal, duygusal ve eğitim yaşamında kalıcı olabilecek etkileri nedeniyle önemli bir sorun olarak ele alınmalıdır. Olguların erken dönemde tanınması ve sağaltımı ruhsal bozuklukların gelişimini engelleyebilecektir. Günümüzde okul reddi alanındaki tartışmalar halen sürmektedir. Bu nedenle, çocuk ve ergen nüfusunda, okul reddinin etiyojisi, epidemiyolojisi, alt tipleri ve tanı ölçütlerinin belirlenmesi, klinik gidişi ve sağaltımına yönelik yapılacak ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2009; 10:310-317)

Anahtar sözcükler: Çocuk, klinik özellikler, okul reddi

The clinical features of children and adolescents with school refusal

ABSTRACT

Objective: To assess the clinical features of children with school refusal and discuss them in the light of the resources reviewed. **Methods:** Fifty-five children with school refusal have been included in the study. Firstly, we gave information about study and got informed consent. Detailed clinical interviews were made with child and parents. A sociodemographic information form and a Symptom Check List for Separation Anxiety Disorder were applied to the parents. Definitive statistics were employed in the evaluation of the data. **Results:** It was found that among children who presented with complaints of school refusal the number of boys was higher; the average age of children was 9.1 ± 3.0 ; school refusal was more frequently seen in children who go through important transition periods such as starting primary school (5-7 years) and junior high school (10-11 years); most of the families had either one child or two children; school refusal was more frequently seen in the first child of the family; the most frequently seen psychiatric disorder was separation anxiety disorder; and the most frequently seen accompanying diagnosis in children with separation anxiety disorder was another anxiety disorder. **Conclusions:** School refusal should be considered as an important problem due to its effects that could be permanent in the social, emotional,

¹ Uzm.Dr., ² Yrd.Doç.Dr., ³ Prof.Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Uzm.Dr. Kayhan BAHALI, Çukurova Ü.T.F. Balcalı Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hast. ABD, Yüreğir/Adana

E-mail: mkbahali@yahoo.com

and educational life of the affected individual. The early identification and treatment of the cases will inhibit the development of psychiatric disorders. Today there is still ongoing controversy regarding school refusal. Thus, in child and adolescent population, future studies are needed to determine the etiology, epidemiology, subtypes, diagnosis, clinical course, and treatment of school refusal. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:310-317)

Key words: child, clinical features, school refusal

GİRİŞ

Okula gitmek istemeyen çocuklarla üzerine yapılan tartışmalar geçen yüzyıldan bu yana literatürde kendisine yer bulmaktadır. İlk kez 1913 yılında Jung tarafından okula gitme durumuyla ilgili olarak 'nörotik reddetme' terimi ortaya atılırken, Broadwin korku ve anksiyeteden kaynaklanan okul devamsızlığını açıklayan ilk yazar olmuştur.^{1,2} 'Okul fobisi' terimi ilk olarak 1941 yılında Johnson ve arkadaşları tarafından kullanılmış, okula gitmekten kaçınma ile ilgili anksiyeteye karakterize bir çocukluk sendromu olarak tanımlanmıştır.³ İlk kez Büyük Britanya'da ortaya atılan 'okul reddi' terimi ise duygusal sıkıntı nedeniyle okula gitmeyen çocuklarda benzer sorunları tanımlamak için kullanılmıştır.⁴ Günümüzde okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır.⁵

Okul reddinin yaygınlığına ilişkin bulgular değişiklik göstermektedir. Bunun başlıca nedeninin tanımlamada kullanılan ölçütlerdeki farklılıklar olduğu düşünülmektedir.⁶ Genel olarak, okul reddinin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık %1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için %5 olarak bildirilmektedir.^{7,8} Okul reddinin sıklığı ile ilgili olarak ülkemize ait ayrıntılı veriler bulunmamaktadır. Okul reddinin erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir.^{9,10} Okul yaşamının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir.¹¹⁻¹³ Tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebildiği bildirilmektedir.^{8,14}

Okul reddi, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir.¹⁵ Okul reddinin anksiyete bozukluklarının olmadığı durumlarda ortaya çıkması, ya da anksiyete bozukluğu olan tüm çocukların okulu reddetme davranışı göstermesine karşın, literatürde okul reddi ile anksiyete bozuklukları arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu destekleyen bilgiler bulunmaktadır.^{8,16,17} Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB), yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu en sık görülen tanılardır.¹⁰ AAB'nin, okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğu, ayrıca okul reddinin de AAB'nin en sık gözlenen belirtisi olduğu bildirilmiştir.¹⁸

Çocuklarda okul reddi ve anksiyete bozuklukları sağaltımında genel kabul gören yöntem, çok eksenli bir sağaltım yaklaşımı uygulamaktır. Psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımlar sağaltımın önemli ayaklarını oluşturur. Okul reddi yönetimine ilişkin psikososyal yaklaşımlar oyun terapisi, psikodinamik psikoterapi, aile terapisi ve bilişsel davranışçı terapiyi içermektedir.^{19,20} İlaç sağaltımı, ilk seçenek olmamakla birlikte, çocuktaki anksiyete ve depresif bozukluk işlevselliği belirgin olarak bozuyorsa, bilişsel davranışçı terapi uygulamasına yeterli yanıt alınmıyorsa, ya da bilişsel davranışçı terapi öncesi terapiye katılımı kolaylaştırmak için kullanılmaktadır.²¹ Trisiklik antidepressanlar ve seçici serotonin gerilim inhibitörleri sağaltımda sık kullanılan ilaçlardır.²²

Okul reddinin çocuklarda, özellikle sosyal ve eğitim başta olmak üzere, kısa ve uzun dönemde gelişimi olumsuz etkilediği bildirilmektedir.^{7,23,24} Okul reddi olan çocukların uzun süreli izlem çalışmaları, genel toplum ya da kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda ruhsal bozuklukların bulunduğunu ya da ruhsal yardıma gereksinim duyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.²⁵⁻²⁸ Bu çalışmanın amacı okul reddinin klinik özelliklerini değerlendirmek ve gözden geçirilen kaynaklar ışığında tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma örneklemi

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından ileriye dönük çalışma düzeninde yapılmıştır. Polikliniğimize okul reddi yakınması ile başvuran tüm çocukların anne-babalarına çalışmanın amacı anlatılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 55'i çalışma örneklemini oluşturmuştur.

Örneklem seçimi

Çocukların beş yaşından büyük olması, okula devam edememe sorununun en az bir aydır sürüyor olması, ciddi bir bedensel hastalığının

olmaması, anne-babanın çalışmaya katılma onayının alınmış olması çalışmaya kabul edilme ölçütleri olarak belirlenmiştir.

Çocukların beş yaşından küçük olması, okula devam edememe sorununun bir aydan kısa bir süredir sürüyor olması, ciddi bir bedensel hastalığın olması, anne-babanın çalışmaya katılmaya onay vermemesi çalışmadan dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir.

Uygulama

Okul reddi yakınması ile başvuran çocukların anne-babalarına çalışmanın amacı anlatılmış ve onayları alınmıştır. Çocuk ve anne-baba ile ayrıntılı klinik görüşmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı klinik görüşmenin ardından anne-babalara sosyodemografik bilgi formu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır.

Bilgi toplama araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Anabilim dalımızca rutin olarak kullanılan ve tarafımızdan hazırlanan bu formda çocuk ve anne-babalara ait sosyodemografik özellikler sorgulanmaktadır.

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Belirti Tarama Listesi: Bu çalışma için tarafımızca uygulanan belirti tarama listesi, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı dördüncü basımında (DSM-IV), ayrılma anksiyetesi bozukluğu için belirtilen tanı ölçütleri temel alınarak on yedi maddeden oluşturulmuştur.²⁹ Belirti tarama listesi, anne tarafından 'evet' veya 'hayır' şeklinde yanıtlanır.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler bilgisayar paket programı ile gerçekleştirilmiştir (Statistical Program for

Social Sciences-SPSS). Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Belirti Tarama Listesi ve sosyodemografik bilgi formu verilerinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 34'ü (%61.8) erkek, 21'i (%38.2) kız olmak üzere toplam 55 çocuk alınmıştır. Çocukların yaş ortalaması 9.1±3.0 yıl olarak bulunmuştur. Çocukların 24'ü (%43.6) 5-7 yaş, 12'si (%21.9) 10-11 yaş, 11'i (%20) ise 12 yaş ve üstü aralığında yer almıştır.

Çocukların 7'sinin (% 12.7) okul öncesi, 37'sinin (% 67.3) ilköğretim (1-5. sınıflar), 11'inin (%20) ortaöğretim-lise (6. sınıf ve üstü) düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır.

Ailelerin çoğunun bir ya da iki çocuklu aileler olduğu saptanmıştır. Çocukların 27'si (%49.1) ailenin birinci çocuğu olup, 21'i (%38.2) ise ikinci çocuğudur. Bakım verenleri incelendiğinde ise, 46'sının (%83.6) bakım vereninin anne-baba olduğu saptanmıştır.

DSM-IV'e göre 41 çocuğa (%74.5) AAB, beş çocuğa (%9.1) obsesif kompulsif bozukluk, dört çocuğa (%7.3) majör depresif bozukluk, dört çocuğa (%7.3) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu olmak üzere yıkıcı davranım bozukluğu ve bir çocuğa da (%1.8) sosyal fobi tanısı kondu.

Çocukların 17'sine (%30.9) herhangi bir eş tanı konmamış, 38 çocuğa (%69.1) bir ya da daha fazla eş tanı konmuştur. On bir çocuğa AAB, dokuz çocuğa obsesif kompulsif bozukluk, sekiz çocuğa dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu olmak üzere yıkıcı davranım bozukluğu, dört çocuğa

Tablo 1. Çocukların tanı ve eş tanıları

Tanı	Eş tanıları							
	AAB s	OKB s	YAB s	SF s	PB s	Depresyon s	YDB s	Diğer s
AAB	-	7	3	3	2	2	7	9
OKB	5	-	0	0	0	0	0	0
Depresyon	3	1	0	0	0	-	1	0
YDB	2	0	1	0	0	0	-	4
SF	1	1	0	-	0	0	0	0
Toplam	11	9	4	3	2	2	8	13

AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, SF: Sosyal fobi, PB: Panik bozukluğu, YDB: Yıkıcı davranım bozukluğu

Tablo 2. Çocukların tanılarına göre aldıkları ilaç tipleri

Tanı	İlaç tipi				DDD s
	Antidepresan s	Anksiyolitik s	Antipsikotik s	Stimülan s	
AAB	34	18	9	5	0
OKB	5	0	0	0	0
Depresyon	4	2	0	0	1
YDB	1	1	4	1	0
SF	1	1	0	0	0
Toplam	45	22	13	6	1

DDD: Duygu durum düzenleyiciler, AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, SF: Sosyal obi, YDB: Yıkıcı davranım bozukluğu

Tablo 3. Çocukların tanılarına göre son durumları

Tanı	Okula gidiyor		Son durum Okula gitmiyor		Bilinmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
AAB	31	56.3	2	3.6	8	14.6	41	74.5
OKB	3	5.5	0		2	3.6	5	9.1
Depresyon	2	3.6	0		2	3.6	4	7.3
YDB	3	5.5	0		1	1.8	4	7.3
SF	0		1	1.8	0		1	1.8
Toplam	39	70.9	3	5.5	13	23.6	55	100

AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, SF: Sosyal fobi; YDB: Yıkıcı davranım bozukluğu

Tablo 4. Çocukların ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirtileri

Ölçek maddeleri	%
Evden her ayrıldığında aşırı anksiyete	89.7
Yakınlarını kaybedeceğine dair sürekli anksiyete	69.2
Yakınlarına zarar geleceği konusunda anksiyete	64.1
Yakınlarının ayrılıp geri dönmeyeceği anksiyetesi	76.9
Kötü bir olayın yakınlarından ayıracağı anksiyetesi	64.1
Kaçırılacağına dair sürekli anksiyete	37.8
Öldürüleceğine dair sürekli anksiyete	23.1
Yakınları yanında olmadığında sürekli anksiyete	87.2
Tek başına uyumaya gitmeyi reddeder	74.4
Yakınları olmadan ev dışında uyumaz	76.9
Tek başına evde kalmaz	82.1
Yakınları olmaksızın başka ortama girmez	82.1
Yakınları ile olmadığında üzgün görünür	84.6
Yakınları yokken etkinlik yapmakta zorlanır	79.5
Ayrılma konusunda gece kâbusları görür	53.8
Ayrılmamak için okula gitmeyi reddeder	92.3
Ayrılma anlarında bedensel yakınmaları olur	87.2

yaygın anksiyete bozukluğu, üç çocuğa sosyal fobi, iki çocuğa panik bozukluğu, iki çocuğa majör depresif bozukluk eş tanısı konmuştur. AAB olan çocuklarda en sık görülen eş tanı başka anksiyete bozukluğu olmuştur (Tablo 1).

AAB olan üç çocuk (%5.5) dışında tüm çocuklar bir ya da daha çok ilaç kullanmıştır. Kullanılan ilaç tiplerine bakıldığında çocukların 45'i, çoğunluğu seçici serotonin geri alım inhibitörü olmak üzere antidepresan, 22'si antianksiyete ilaç kullanmıştır (Tablo 2).

Uygulanan sağıltım sonrasında çocukların klinik izlemlerinde genel olarak okul reddi olan çocukların 39'unun (%70.9) okula gitmeye başladığı, üçünün (%5.5) okul reddi nedeniyle okula devam etmediği belirlenmiştir. On üç çocuk (%23.6) sağıltım sürecinde düzenli izlem önerilmesine karşın poliklinik izlemine gelmemiştir. AAB olan 41 çocuktan 31'i (%75.6) okula gitmeye başlamış, ikisi (%4.9) okula devam edememiş, 8'i (%19.5) poliklinik izleminden düşmüştür. Okula gitmeyen diğer çocuğa sosyal fobi tanısı konmuştur (Tablo 3).

AAB olanlarda en sık görülen belirtiler sırasıyla, yakınlarından ayrılmamak için okula gitmeyi reddetme (%92.3), evden her ayrıldığında aşırı anksiyetenin olması (%89.7), ayrılma anlarında bedensel yakınmalar dile getirme (%87.2), yakınları yanında olmadığında sürekli bir anksiyetenin olması (%87.2), yakınları ile olmadığında üzgün görünme (%84.6), tek başına evde kalamama (%82.1) ve yakınları olmaksızın başka ortama girememe (%82.1) belirtileri olmuştur (Tablo 4).

TARTIŞMA

Okul reddi geçen yüz yıldan bu yana literatürde kendisine yer bulmaktadır. Bununla birlikte okul reddi alanındaki çalışmaların çoğunun son on yılda yapıldığı görülmektedir. Yine de okul reddinin epidemiyolojisi, klinik özellikleri, izlemi ve sağıltımı ile ilgili çalışmalar çok az sayıdadır.

Okul reddi yakınması ile polikliniğimize başvuran çocuklardan erkeklerin daha fazla olduğu görülmektedir. Elli beş çocuktan 34'ü (%61.8) erkek, 21'i (%38.2) kızdır. Birçok çalışmada okul reddinin iki cinsiyette eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir.^{9,10} Ancak ülkemizde, Özcan ve arkadaşları okul reddi olan çocuklarda bu tanının erkek çocuklarda daha sık olduğunu saptamıştır.³⁰ Ülkemizde AAB olan çocuklarla yapılan diğer bir çalışmada da, okul reddinin erkek çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.³¹

Diğer kültürlerde yapılan çalışmalardan farklı olarak, çalışmamızda ve Türk örneklem içeren diğer çalışmalarda erkek çocukların daha yüksek oranda olmasının sosyokültürel etkenler ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde ailelerin erkek çocuklara verdikleri değerin daha fazla olması, erkek çocuklara göre kız çocukların eğitim almasına daha az önem verilmesi gibi sosyokültürel etkenler, okul reddi ortaya çıktığında erkek çocukların hastanelere daha sık getirilmesine neden olabilir.

Çalışmamızdaki çocukların ortalama başvuru yaşı 9.1±3.0 yıl olarak bulunmuştur. Bulgularımıza göre olguların özellikle okula başlama yıllarına denk gelen 5-7 yaşlarında kümelenmiş olması dikkat çekicidir. Benzer olarak, literatürde de okul reddinin okul yaşamının herhangi bir döneminde ortaya çıkabildiği ve ilkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) ve liseye başlama (14 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde daha sık görüldüğü belirtilmiştir.^{11,12} Diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi okul reddinin de erken yaşlarda başlamasına karşın, ailelerin hastanelere ancak ciddi işlev kaybı durumunda başvurmaları, çalışmamızdaki okul reddi başvuru yaş ortalamalarının belirtilen yaş grubunda toplanmasına neden olabilir.

Ailelerin çoğunun bir ya da iki çocuklu aileler olduğu saptanmıştır. Çocukların 27'si (%49.1) ailenin birinci çocuğu, 21'i (%38.2) ikinci çocuğudur. Bulgularımızın tersine, Berg ve arkadaşları okul reddinin ailedeki son çocuklarda daha sık görüldüğünü bildirmiştir.³² Bulgularımıza benzer olarak, ülkemizde yapılan bir çalışmada ise okul reddi gelişiminde ailenin ilk çocuğu olmanın hazırlayıcı bir etken olabileceği bildirilmiştir.³³ Bu konuda da sosyokültürel değişkenlerin etkili olduğu düşünülebilir. Türk aile yapısında, ilk çocukların, çekirdek ve geniş aile tarafından aşırı koruyucu ve kaygılı bir denetim ile yetiştirildiği söylenebilir. Bu tutumun, ilk çocuklarda anksiyete belirtilerinde artış yaratması şaşırtıcı değildir.

DSM-IV ölçütlerine göre,²⁹ klinik tanımlar ve eş tanımlarla ilgili bulgularımız literatür ile benzerdir. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluğunun AAB olduğu, okul reddinin ise AAB olgularında en sık gözlenen belirti olduğu belirtilmektedir.¹⁸ Yaygın davranış sorunlarının okul reddinin tipik özelliği olmadığı, bununla birlikte okul reddi olan çocukların inatçı ve tartışmacı olabildiği ve anne-babaları tarafından okula gitmeye zorlandıklarında saldırgan davranışlar gösterebildikleri bildirilmiştir.^{11,34,35} Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ile ilişkili zıtlasma davranışları, okul reddi olan ank-

anksiyeteli çocukların %9-21'inde saptanmıştır.³⁶⁻³⁸ Özcan ve arkadaşlarının çalışmasında okul korkusu yakınması olan çocukların tümünde en az bir ruhsal bozukluğa rastlanmıştır. Adı geçen çalışmada 19 (%76) çocuğa AAB, üç (%12) çocuğa sosyal fobi, iki (%8) çocuğa obsesif kompulsif bozukluk ve bir (% 4) çocuğa yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur. Bu tanıları, olguların %24'ünde depresyon ve %4'ünde özgül fobi eşlik etmiştir.³⁰ Prabhuswamy ve arkadaşları ise, okul reddi olan 33 çocuğun %63.6'sında depresif bozukluk, %30.3'ünde özgül fobi, %15.2'sinde öğrenme bozukluğu, %12.1'inde AAB, %9.1'inde obsesif kompulsif bozukluk, %9.1'inde karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, %6.1'inde davranım bozukluğu, %6.1'inde yaygın anksiyete bozukluğu bildirmiştir. Aynı çalışmada çocukların yaklaşık üçte birinde dissosiyatif bozukluk, uyum bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu saptanmıştır.³⁷ Çalışmamızın sonuçları literatürde yer alan diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ancak çalışmamızda okul reddi olan çocuklarda fobik ve depresif bozukluk görülme oranları literatürde belirtilen oranların oldukça altında kalmıştır. Okul reddi olan çocukların tanılarında yaşa bağlı eğilimler görülmesi, çalışmamızdaki olguların yaş ortalamalarının bu konuda yapılan diğer çalışmalara göre daha düşük olması, AAB'nin genelde yaşça daha küçük çocuklardaki okul reddi ile ilişkilendirilmesi, buna karşılık diğer anksiyete bozuklukları, özellikle de fobilerin ve depresif bozuklukların ergenlerdeki okul reddi ile ilişkilendirilmesi bu konuya açıklık getirebilir.

Günümüzde bilişsel davranışçı terapi ve ilaç sağaltımı okul reddi sağaltımında en sık kullanılan yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır. İlaç sağaltımında ilk seçenek olarak öne çıkan bir grup bulunmamakla birlikte, trisiklik antidepressanlar ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri sık kullanılmaktadır.²² Trisiklik antidepressanların kullanımında yan etki görülme olasılığının yüksek olması ve tolere edilmelerinin güçlüğünden ötürü, seçici serotonin geri alım inhibitörleri ayrılma anksiyetesi bozukluğunda ilk seçenek olarak önerilmektedir.¹⁸ Benzodiyazepinlerin kullanımı umut verici gibi görünse de, plasebo kontrollü çalışmalarda etkinlikleri açıkça gösterilememiştir. Ayrıca benzodiyazepinlerin bağımlılık yapıcı etkilerinden dolayı uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Klinik belirtileri ağır olan hastalarda kısa süreli kullanımlarının fayda sağlayabildiği bildirilmiştir.^{18,21,39} Buspironun açık uçlu çalışmalarda çocuklardaki anksiyete belirtilerini düzelttiği gösterilmiştir, ancak anksiyete bozukluğu

olan çocuklar üzerinde yapılan kontrollü çalışma yoktur.^{40,41} Çocuklardaki şiddetli anksiyetenin sağaltımında klinik olarak antipsikotik ilaçlar da kullanılmaktadır; ancak okul reddinde bu uygulamayı destekleyecek bilimsel kanıt bulunmamaktadır.²² Çalışmamızdaki çocukların %94.5'i bir ya da daha çok sayıda ilaç kullanmıştır. Kullanılan ilaç tiplerine bakıldığında çocukların 45'i çoğu seçici serotonin geri alım inhibitörü olmak üzere antidepressan, 22'si çoğu benzodiyazepinler olmak üzere antiansiyete ilaçları tek başına ya da birlikte almıştır.

Bir çalışmada AAB tanısı konan çocuklarda en sık karşılaşılan belirtilerin okula gitmede isteksizlik veya okul reddi (%75), bir şeylerin ailesine zarar vereceği ya da onları yitireceği konusunda gerçek dışı bir anksiyetenin olması (%67.5), anne-babası yanında olmadan uyumak isteme (%57.5), bedensel yakınmalardan en az birinin olması (%57.5), anne-babası ile birlikte olma isteği nedeniyle evde yalnız kalmaktan kaçınma (%40), anksiyete nedeniyle evden dışarıya çıkıp oynamama (%40), ayrılma anksiyetesini yansıtan yineleyici gece kabuslarının olması (%32.5) ve kötü bir olayın ailesinden ayrılmasına yol açacağına ilişkin anksiyete (%27.5) olduğu saptanmıştır.⁴⁰ Çalışmamızda ise, AAB tanısı konan çocuklarda en sık rastlanan belirtiler sırasıyla, yakınlarından ayrılmamak için okula gitmeyi reddetme, evden her ayrıldığında aşırı anksiyetenin olması, ayrılma anlarında bedensel yakınmalar dile getirme, yakınları yanında olmadığında sürekli bir anksiyetenin olması, yakınları ile olmadığında üzgün görünme, tek başına evde kalamama, yakınları olmasızın başka ortama girememesi olmuştur. Bu sonuçlar, Türkbay'ın çalışmasının sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur.⁴²

Bu çalışmayla, okul reddi alanında, çocuk ve ergenlerin klinik özelliklerinin değerlendirildiği literatüre bir yenisi daha eklenmiştir. Çalışmanın çeşitli güçlü yanları ve kısıtlılıkları bulunmaktadır. Okul reddi olgularının yalnız polikliniğimize başvuran çocuklardan oluşması, çocuklara ruhsal bozukluklar için yapılandırılmış bir görüşmenin uygulanmaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Bununla birlikte, okul reddinin klinik özellikleri açısından daha sonra yapılacak çalışmalara ışık tutabilecek bulguların elde edilmesi, örneklem sayısının okul reddi alanında daha önce yapılan çalışmalardaki örneklem sayılarından daha çok olması çalışmamızın güçlü yanlarıdır. Okul reddi bireyin sosyal, duygusal, eğitim yaşamında kalıcı olabilecek etkileri nedeniyle ciddi bir sorun olarak ele alınmalıdır. Olguların

erken dönemde tanınması ve sağaltımı ruhsal bozuklukların gelişimini engelleyebilir. Günümüzde okul reddi alanındaki tartışmalar halen sürmektedir. Bu nedenle gelecekte, çocuk ve ergen nüfusunda, okul reddinin etiyolojisi, risk

etkenleri, epidemiyolojisi, alt tipler ve tanı ölçütlerinin belirlenmesi, klinik seyri ve sağaltımına yönelik yapılacak, bilimsel güvenilirliği yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Broadwin IT. A contribution to the study of truancy. *Am J Orthopsychiatry* 1932; 2:253-259.
2. Holzer L, Halfon O. The school refusal. *Arch Pediatr* 2006; 13:1252-1258.
3. Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA, Svendsen M. School phobia. *Am J Orthopsychiatry* 1941; 11:702-711.
4. Hersov LA. Refusal to go to school. *J Child Psychol Psychiatry* 1960; 1:137-145.
5. King N, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:197-205.
6. Last CG, Francis G. School phobia. BB Lahey, AE Kazdin (eds), *Advances in Clinical Child Psychology*, New York, Plenum Press, 1988, p.193-222.
7. Burke AE, Silverman WK. The prescriptive treatment of school refusal. *Clin Psychol Rev* 1987; 7:353-362.
8. Last CG, Strauss CC. School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:31-35.
9. Granell de Aldaz E, Vivas E, Gelfand DM, Feldman L. Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears. A Venezuelan sample. *J Nerv Ment Dis* 1984; 172:722-729.
10. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School refusal: epidemiology and management. *Paediatr Drugs* 2001; 3:719-732.
11. Hersov L. School refusal. M Rutter, L Hersov (eds), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, second ed., Oxford, Blackwell, 1985, p.382-399.
12. Ollendick TH, Mayer JA. School phobia. SM Turner (ed), *Behavioral Treatment of Anxiety Disorders*, New York, Plenum Press, 1984, p.367-411.
13. Smith SL. School refusal with anxiety: A review of 63 cases. *Can Psychiatr Ass J* 1970; 15:257-264.
14. Last CG, Francis G, Hersen M, Kazdin AE, Strauss CC. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry* 1987; 144:653-657.
15. Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2003; 68:1555-1560.
16. Bools C, Foster J, Brown I, Berg I. The identification of psychiatric disorders in children who fail to attend school: a cluster analysis of a non-clinical population. *Psychol Med* 1990; 20:171-181.
17. Berg I, Butler A, Franklin J, Hayes H, Lucas C, Sims R. DSM-III-R disorders, social factors and management of school attendance problems in the normal population. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:1187-1203.
18. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001; 15:93-104.
19. King N, Tonge B, Heyne D, Ollendick TH. Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: a review and recommendations. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:495-507.
20. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Golden Print, 2006.
21. Labellarte MJ, Ginsburg GS, Walkup JT, Riddle MA. The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1567-1578.
22. King NJ, Tonge B, Heyne D. School refusal. TH Ollendick, J March (eds), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, New York, Oxford University Press, 2004, p.236-271.
23. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:797-807.
24. Naylor MW, Staskowski M, Kenney MC, King CA. Language disorders and learning disabilities in school-refusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:1331-1337.
25. Berg I, Jackson A. Teenage school refusers grow up: a follow up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *Br J Psychiatry* 1985; 147:366-370.
26. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR, Crosby RD, Kushner MG, Thuras PD, et al. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:276-283.
27. Flakierska N, Lindstrom N, Gillberg C. School refusal: a 15-20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *Br J Psychiatry* 1988; 152:834-837.

28. Flakierska PN, Lindstrom M, Gillberg C. School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Compr Psychiatry* 1997; 38:17-22.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
30. Özcan Ö, Kılınç BG, Aysev A. Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17:173-180.
31. Türkbay T, Söhmen T. Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; 8:77-84.
32. Berg I, Butler A, Mc Guire R. Birth order and family size of school phobic adolescents. *Br J Psychiatry* 1972; 131:500-505.
33. Özcan Ö. Okul reddi olan çocuklarda ve anne babalarında ruhsal bozukluklar. *Uzmanlık Tezi*, Ankara, Ankara Üniversitesi, 2004.
34. Hoshino Y, Nikkuni S, Kaneko M, Endo M, Yashima Y, Kumashiro H. The application of DSM-III diagnostic criteria to school refusal. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1987; 41:1-7.
35. King NJ, Ollendick TH. School refusal: graduated and rapid behavioural treatment strategies. *Aust NZ J Psychiatry* 1989; 23:213-223.
36. Heyne D. *Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal*. Thesis, Melbourne, University of Monash, 1999.
37. Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S, Seshadri S. Outcome of children with school refusal. *Indian J Pediatr* 2007; 74:375-379.
38. Last CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:726-730.
39. Riddle MA, Bernstein GA, Cook EH, Leonard HL, March JS, Swanson JM. Anxiolytics, adrenergic agents, and naltrexone. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:546-556.
40. Simeon JG. Use of anxiolytics in children. *Encephale* 1993; 19:71-74.
41. Pfeffer CR, Jiang H, Domeshek LJ. Buspirone treatment of psychiatrically hospitalised pre-pubertal children with symptoms of anxiety and moderately severe aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997; 7:145-155.
42. Türkbay T. Ayrılık kaygısı bozukluğunda psikolojik, ailesel ve sosyal etmenlerin araştırılması. *Uzmanlık Tezi*, Ankara, GATA, 1999.