

Okul Reddi: Klinik Özellikler, Tanı ve Tedavi

School Refusal: Clinical Features, Diagnosis and Treatment

Kayhan Bahalı ¹, Ayşegül Yolga Tahiroğlu ²

¹ Uzm. Dr., Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Mersin

² Yrd. Doç. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ABD, Adana

ÖZET

Toplumun eğitim ve okula devam etme gibi beklentilerini karşılamak için çocuklar düzenli ve gönüllü olarak okula gitmektedir. Okula devam etme yasalar ile de zorunlu hale getirilmiştir. Bununla birlikte, bazı çocuklar için okula gitmek beklenenin ötesinde sıkıntı verici bir durumdur. Bu çocuklar okula devam etmede güçlük çekmekte ve/veya okula gitmeyi reddetmektedir. Günümüzde okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır. Okul reddinin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık % 1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için % 5 olarak bildirilmektedir. Okul reddi erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görülmektedir. Okul hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Okul reddinin tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebildiği bildirilmektedir. Okul reddi klinik bir tanı olmayıp bir belirti olarak değerlendirilmektedir. Anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olabilmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu okul reddi ile birlikte en sık görülen tanılardır. Tanılarda yaşa bağlı eğilimler görülmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu genelde yaşça daha küçük çocuklardaki okul reddi ile ilişkilendirilirken, diğer anksiyete bozuklukları özellikle de fobiler ergenlerdeki okul reddi ile ilişkilendirilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında okul reddi sık görülmektedir. Bu, genetik ve çevresel faktörlerin okul reddi gelişimindeki rolünü desteklemektedir. Okul reddi bir çocuk ruh sağlığı acilidir. Kısa ve uzun dönemde olumsuz sonuçlar doğurduğu için ciddi bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Okul reddi olan çocukların uzun süreli izlem çalışmalarında, genel toplum ya da kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda ruhsal bozuklukların bulunduğu ya da ruhsal yardıma gereksinim duyma olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu nedenlerden dolayı okul reddinin tedavisi çok önem kazanmaktadır. Tedavide temel amaç çocuğun en kısa süre içerisinde okula dönmesini sağlamaktır. Tedavi ebeveyn ve okul personeli ile işbirliği içinde yürütülmelidir. Tedavide genel kabul gören yöntem çok eksenli bir tedavi yaklaşımı uygulamaktır. Psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımlar tedavinin önemli ayaklarını oluşturur. Günümüzde bilişsel davranışçı terapi ve ilaç sağaltımı tedavide en sık kullanılan yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Okul Reddi, Çocuk, Psikopatoloji, Tanı, Tedavi

ABSTRACT

Children regularly and voluntarily go to school in order to fulfill the expectations of

society from them to continue their education or schooling. School continuation has been made compulsory by laws. Nonetheless, contrary to popular belief, for some children it is distressing to go to school. These children have difficulty continuing school and/or refuse to go to school. Today school refusal is defined as a child's inability to continue school for reasons, such as anxiety and depression. The prevalence of school refusal has been reported to be approximately 1% in school-age children and 5% in child psychiatry samples. The prevalence of school refusal is similar among boys and girls. School refusal can occur at any time throughout the child's academic life and at all socio-economic levels. School refusal is considered a symptom rather than a clinical diagnosis and can manifest itself as a sign of many psychiatric disorders, with anxiety disorders predominant. Separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, social phobia, specific phobia, and adjustment disorder with anxiety symptoms are the most common disorders co-occurring with school refusal. While separation anxiety disorder is associated with school refusal in younger children, other anxiety disorders, especially phobias, are associated with school refusal in adolescents. Children who have parents with psychiatric disorders have a higher incidence of school refusal, and psychiatric disorders are more frequently seen in adult relatives of children with school refusal, which supports a significant role of genetic and environmental factors in the etiology of school refusal. School refusal is an emergency state for child mental health. As it leads to detrimental effects in the short term and the long term, it should be regarded as a serious problem. The long-lasting follow-up studies of school refusing children have revealed that these children have a higher incidence of psychiatric disorders or that they are more likely to require psychological assistance. It is for these reasons that the treatment of school refusal is increasingly gaining importance. The major aim of the treatment is to help the child return to school at the shortest time possible. The treatment should be carried out in cooperation with the child's parents and the school personnel. A widely accepted approach to the treatment of school refusal is one that is concerned with the application of a multi-faceted treatment. Psychosocial and psychopharmacological approaches constitute the crucial parts of the therapeutic process. Today, cognitive behaviour therapy and medication are the most frequently employed approaches in the treatment of school refusal.

Keywords: School Refusal, Child, Diagnosis, Psychopathology, Treatment

*(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(3):362-383)
Çevrimiçi adresi/ Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no3/
Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 26 Nisan 2010 / April 26, 2010*

Okula gitmek istemeyen çocuklar üzerine yapılan tartışmalar geçen yüzyıldan bu yana literatürde kendisine yer bulmaktadır. İlk kez 1913 yılında okula gitme durumuyla ilgili olarak "nörotik reddetme" terimi ortaya atılmıştır.[1] Korku ve anksiyeteden kaynaklanan okul devamsızlığını açıklayan ilk yazar Broadwin [2] olmuştur. "Okul fobisi" terimi ilk olarak 1941 yılında, Johnson ve arkadaşları [3] tarafından kullanılmış, okula gitmekten kaçınma ile ilgili anksiyeteye karakterize bir çocukluk sendromu olarak tanımlanmıştır. İlk kez İngiltere'de ortaya atılan "okul reddi" terimi ise duygusal sıkıntı nedeniyle okula gitmeyen çocuklarda benzer sorunları tanımlamak için kullanılmıştır.[4] Tartışmalar sürerken araştırmacılar okula

gitmeyen çocukları, korku ya da anksiyeteden dolayı okula gitmeyip evde kalanlar ile okula ilgi duymadıkları ve/veya yetişkin otoritesine karşı çıktıkları için okula gitmeyenler olarak genel iki gruba ayırmışlardır.[5] Birinci grup için "okul reddi", "anksiyöz okul reddi", "okul fobisi" ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi isimler kullanılmıştır. İkinci grup ise "okuldan kaçma" olarak isimlendirilmiştir.[6] Günümüzde okul reddi terimi daha tanımlayıcı ve kapsamlı olduğu için tercih edilmektedir.

Okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır.[5] Bowlby [7], okul korkusu olan çocukları "gerçek okul durumundan korkma ve kaçınmadan çok, bağlı oldukları kişinin yokluğu veya kaybindan ya da güven duydukları ortamdaki uzak kalmaktan korkanlar" olarak tanımlamıştır.

Günümüzde okul reddi ve okul fobisi eş anlamlı olarak kullanılmamaktadır. okul fobisi, okul reddinin nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Okul fobisi, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının dördüncü basımında (DSM-IV),[8] özgül fobiler sınıfı içinde yer almakta ve çocuğun ebeveyninden ayrılma korkusu olarak değil özgül olarak okul ortamından korkma olarak tanımlanmaktadır. Yalnızca okula gitme sırasında yaşanan ayrılma ile ilişkili anksiyete daha çok okul fobisi, buna karşın okul ve ev dışı herhangi bir yerde ayrılma ile ilgili anksiyetenin yaşanması ayrılma anksiyetesi bozukluğu olarak değerlendirilmektedir.

Literatürde okul reddinin tanımı ve okuldan kaçma ile olan ilişkisi üzerindeki tartışmalar sürerken yapılan son çalışmalarda okul reddi olan çocuklar tanımlanırken okuldan kaçma gibi antisosyal özellikleri olan ya da davranış bozukluğu ölçütlerini karşılayan çocuklar kapsam dışı bırakılmaktadır. Bu durum, okul reddi ile okuldan kaçma davranışının birbirinden farklı iki durum olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.[9-11]

Berg ve arkadaşları,[9] okul reddini okuldan kaçmadan ayırmak için, okul reddi olan çocuklarda görülen bazı ortak özellikler belirlemişlerdir:

1. Uzun süre okul devamsızlığıyla sonuçlanan okula gitmede ciddi zorluk,
2. Okula gitme zamanı geldiğinde, çocuktan okula gitmesi istediğinde, aşırı korku, öfke patlamaları ve mutsuzluk gibi belirtileri olan şiddetli duygusal sorunlar ya da duygusal bir temeli olduğu düşünülen fiziksel hastalık yakınmaları ortaya çıkarma,
3. Okul zamanında ebeveyn ya da diğer aile bireylerinin bilgisi dâhilinde evde kalma,
4. Şiddetli antisosyal davranış/davranım bozukluğunun olmamasıdır.

Ayrıca okul reddi olan bir çocuk genelde mesleki hedefleri olan çalışkan bir öğrenciyken, okuldan kaçan bir çocuk, okulu sevmeyen ve düşük okul

başarısı sergileyen ilgisiz bir öğrencidir. Okuldan kaçan çocuklarda, okula gitme konusunda anksiyete ya da korku görülme olasılığı düşüktür. Okuldan kaçanlar genel olarak okula ilgi duymama, okul dışında daha keyifli zaman geçirme ve okul kurallarına uymama nedeniyle aralıklı ve kısa süreli devamsızlık yapmaktadırlar. okul reddi olan çocukların tersine, okuldan kaçan çocuklar devamsızlıklarını çoğu kez ebeveynlerinden gizlemektedirler. Okul dışında bulduklarında eve gitmeyerek, çoğu zaman diğer antisosyal akranlarıyla birlikte yıkıcı davranışlarda bulunmaktadırlar.[12-14] Bunlara ek olarak, okuldan kaçan çocuklar duygusal bir bozukluktan çok davranış bozukluğu tanısı almaktadırlar.[15]

Ebeveynlerin çocuklarının okula gitmesini sağlamak için gösterdikleri çaba da okul reddi ile okuldan kaçmayı birbirinden ayırmaya yardımcı olmaktadır. Okuldan kaçan çocukların ebeveynlerinin okula gitmeyi teşvik etmede yeterli çaba göstermediği, hatta kimi zaman devamsızlığı teşvik edebildikleri belirtilmektedir.[16]

Bu yazıda çocuklar, ebeveynler ve okul çalışanları için oldukça sıkıntı verici bir durum olan okul reddinin klinik özellikleri, nedenleri, tanısallık değerlendirme süreci, ailesel özellikleri ve tedavisi gözden geçirilecektir.

Yaygınlığı

Okul reddinin yaygınlığına ilişkin bulgular önemli oranda değişiklik göstermektedir. Bu değişkenliğin başlıca nedeni tanımlamada kullanılan ölçütlerdeki farklılık olarak gösterilmektedir.[17] Genel olarak, okul reddi'nin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık %1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için %5 olarak bildirilmektedir.[18,19] Ek olarak, okul reddi olan çocukların sayısının giderek arttığı görüşü literatürde desteklenmektedir.[12,20,21] Okul reddinin sıklığı ile ilgili olarak ülkemize ait ayrıntılı veriler bulunmamaktadır.

Okul reddi erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görülmektedir.[22,23] Okul hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. İlkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) ve liseye başlama (14 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde, okula erken başlama durumunda, okul değişiminin olduğu durumlarda ve zorunlu eğitimin bitmesine yakın bir dönemde daha sık görülmektedir.[15,20,24,25] Bazı yazarlar ise, okul reddinin ilk ya da orta çocukluk dönemine göre ergenlik öncesinde ve ergenlik çağında daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir.[26,27] Okul reddi ile ailenin sosyoekonomik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamadığı, tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebildiği bildirilmektedir.[19,28]

Klinik Özellikleri

Herslov,[29] okul reddi olan çocuklarda görülen yaygın davranış biçimini şu şekilde açıklamaktadır: "Sorun çoğu kez okul hakkında belirsiz yakınmalar, okula gitme isteksizliği, okula gitmesi için ebeveyn tarafından kandırılması, kendisine yalvarılması, ceza verilmesi ya da öğretmenler, doktorlar ve eğitim destek görevlileri tarafından zorlanması durumunda çocuğun okulda kalmayı reddetmesi ile başlamaktadır. Okula gitme zamanı geldiğinde bu davranışlara belirgin anksiyete ve panik belirtileri eşlik etmektedir. Çocukların çoğu okula gitmek için evden ayrılamamaktadır. Bunu başaranlar ise daha yarı yoldayken eve geri dönmektedir. Bazı olgular okuldayken aniden ortaya çıkan anksiyete ile eve koşmaktadır, bazıları ise birçok kez okula gitmeyi istediğini ve bunun için hazır olduğunu söylese de okul zamanı gelince bunu başaramamaktadır.

Okul reddi oluşumunda çeşitli tetikleyici etmenler rol oynamaktadır. Etmenler herhangi bir yaşta gözlenebilir. Çocuk, okul ya da aile kaynaklı olabilir. Kaza, hastalık veya bir ameliyat geçirme çocukla ilişkili etmenler arasında gösterilebilir. Okul ya da sınıf değişikliği, ilkokuldan ortaokula, ortaokuldan liseye geçişler, okuldaki bir arkadaşını kaybetmesi, okuldaki diğer çocuklarla yaşanan güçlükler, okulda öğretmen tarafından fiziksel ya da ruhsal olarak örselenmesi, ağır ev ödevleri, kapasitesini aşan eğitimsel ve sosyal etkinlikler okulla ilişkili etmenler arasındadır. Aile üyelerinden birinin hastalığı veya kaybı, ebeveyn çatışması, ebeveynler tarafından çocuğa fiziksel şiddet uygulanması, boşanma, kardeş doğumu ve aile bireylerinden ayrılık okul reddi gelişmesini tetikleyebilen ailesel etmenlerdir. Bu etmenler çocuk tarafından bir tehdit olarak algılanır ve kontrol edilemeyen bir anksiyete ortaya çıkmasına neden olur.[1,30,31]

Okul reddi ile ilişkilendirilen çok sayıda anksiyete belirtisi bulunmaktadır. Bu belirtiler oldukça değişkendir. Bir okul günü içinde bile değişiklik gösterilebilirler. Çocuk okula giderken normal davranabilir ya da korku ve anksiyete belirtileri hızla düzelebilir. Ancak bir sonraki gün okula gitme zamanı geldiğinde korku ve anksiyete belirtileri yineleyebilir. Çocuğa evde kalması için izin verildiğinde, hafta sonlarında veya tatillerde belirtiler ortadan kalkabilir.[14,32]

Anksiyete davranışsal, fizyolojik ve bilişsel olarak ortaya çıkabilir. Davranışsal düzeyde, çocuğun okula gitme güçlüğünün en belirgin göstergesi okula gitmeyi reddetmesidir. Okula gitme konusunda direnen ve kaçınan çocuk yatakta kalmayı isteyebilir. Okul için hazırlanmayı, arabaya binmeyi ya da okula varıldığında arabadan inmeyi reddedebilir. Çocuğa okula gitmesi için baskı uygulandığında okuldan yakınma, ağlama, öfke patlamaları, ken-

dine zarar verme ya da kaçma tehditleri gibi durumlar baş gösterebilir. Çocukların korkularının diğer belirtileri titreme, sallanma, huzursuzluk ve uyku bozukluklarıdır. okul reddinde görülen uyku bozuklukları tanı ayrılma anksiyetesi bozukluğu iken ayrı yatmayı istememe, gece uykuya dalmada güçlük şeklindedir. Birden çok tanı alan okul reddi olgularında ise kâbuslar ve gece terörü gibi uyku bozuklukları da görülmektedir.[6,23]

Karın ağrısı, kusma, ishal, baş ağrısı, baş dönmesi, yüz renginin solması, terleme, boğaz ağrısı, sırt ağrısı, eklem ağrısı, göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, görme bulanıklığı, yürüme güçlüğü, ateş ve sık idrara çıkma çocuğun okula gitme konusundaki anksiyetesiyle ilişkilendirilen fizyolojik belirtilerdir. Baş ve karın ağrısı en sık görülenlerdir. Bu belirtiler genellikle sabahları ya da okula gitmesi istendiğinde ortaya çıkmaktadır.[6,33-35]

Okul reddine bağlı anksiyetesi olan çocukların ortak bilişsel yönleri bulunmaktadır. Bunlar daha çok okula gitme konusundaki gerçek dışı korkuları içermektedir. Çocuklar okulda anksiyete yaratabilecek durumları abartabilir, felaketleştirebilir ve bu durumlarla baş etme yeteneklerini küçümseyebilirler.[23]

Okul reddi davranışının klinik görünümü, tetikleyici etmenler kadar yaşa bağlı olarak da değişiklik gösterebilir. Sosyal durumlardan, öğretmen ve diğer öğrencilerden korkma büyük yaş grubu çocuklarda gözlenirken, ayrılma anksiyetesi daha çok küçük yaş grubu çocuklarda, okulu bırakma ise ergenlerde daha sık görülmektedir.[1] Okul reddi olan çocuklarda devamsızlık süreci de değişkendir. Bazıları ara sıra ve kısa süreli devamsızlık yaparken bazıları okula haftalar ya da aylarca gitmeyebilirler.[23]

Tanısal Değerlendirme

Çocuklar sıklıkla okulu reddetmelerine neden olan etmenleri belirleyemediklerinden tanı için çok sayıda kaynaktan bilgi almak gerekmektedir. Temel bilgi kaynakları ebeveyn ve okul çalışanlarıdır.[23,32] Tedavileri farklı olduğu için, okul reddi ile okuldan kaçma arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır. Okuldan kaçmanın tedavisi çoğu zaman ek yaklaşımlar gerektirmektedir.[36] Çocuğun bedensel sağlığı konusunda tıbbi bir araştırma yapılması gerekmektedir. Somatik yakınmalar okul reddi ile ilişkili anksiyeteye bağlı olarak yaygın görülmekle birlikte, devamsızlık sorununun yönetiminde, çocuklarının somatik yakınmalarının organik bir temele dayanmadığı konusunda ebeveynler kesin bilgilere gereksinim duymaktadırlar.[23,37]

Devamsızlık sorununun boyutunun belirlenmesi önemlidir. Yaşça küçük çocuklarda, yakın zamanda ortaya çıkan ve ara sıra görülen devamsızlık sorunu, ebeveynlerin çocuklarının düzenli bir şekilde okula gitmesini pekiş-

tirmesiyle çözülebilir.[38] Yaşça büyük çocuklarda ve/veya uzun süreli devamsızlıklar için okula aşamalı dönüş önerilmektedir.[23]

Olası korku ve anksiyete kaynakları araştırılmalıdır. Bunların çocuklar arasında büyük oranda değişiklik gösterdiğinin farkında olmak gerekmektedir. Okul başarısı, okul tuvaletini kullanmak, beden eğitimi yapmak, ebeveynlerden ayrılmak, yaşlılarının devamsızlık ile ilgili sorularını yanıtlamak, okulda disiplinli olmak, aile sorunları çocuklarda korku ve anksiyete yaratabilen durumlara örneklerdir. Görüşmede kullanılan öz bildirim araçları bu değerlendirmeye katkıda bulunabilirler.[39-41]

Aşırı korku ve anksiyeteye ek olarak çocuklar, öğrenme güçlükleri, yinelenen tehditler, sosyal yalıtım gibi gerçek ve yıldırıcı durumlarla da karşılaşabilir. Bu gibi yaşantılar, okulda yaşanan sorunlara odaklı özel değerlendirme ve girişimler gerektirebilir. Kimi zaman bazı zorlukların üstesinden gelmek için okul değişimi önerilebilir.[23]

Okul reddi, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir (Tablo 1).[42] Okul reddinin anksiyete bozukluklarının olmadığı durumlarda da ortaya çıkması ya da anksiyete bozukluğu olan tüm çocukların okulu reddetme davranışı sergilememesine karşın, literatürde okul reddi ile anksiyete bozuklukları arasında güçlü bir ilişkinin olduğu destekleyen bilgiler bulunmaktadır.[19,43,44] ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu en sık görülen tanılardır.[23,25,45] Tanılarda yaşa bağlı eğilimler görülmektedir. ayrılma anksiyetesi bozukluğu genelde yaşça daha küçük çocuklardaki okul reddi ile ilişkilendirilirken, diğer anksiyete bozuklukları, özellikle de fobiler ergenlerdeki okul reddi ile ilişkilendirilmektedir.[46]

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğu gibi okul reddi de ayrılma anksiyetesi bozukluğu'nin en sık gözlenen belirtisidir. ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin %75'inde okul reddi gözlenirken, okul reddi olan çocuk ve ergenlerin %80'inde de ayrılma anksiyetesi bozukluğu bulunmaktadır.[47] Ayrıca ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların ailelerinin çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine en sık başvuru nedeninin okul reddi (%75) olduğu saptanmıştır.[48] Özcan ve arkadaşlarının [45] yaptıkları çalışmada, okul korkusu yakınması olan çocukların tümü değişik anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk tanıları almıştır. Anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların içinde ayrılma anksiyetesi bozukluğu sıklığı % 76 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada okul reddi olan çocuk ve ergenlerin % 74.5'i ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı almıştır.[25]

Okul reddi olan çocuklardaki depresif belirtiler ile depresif bozuklukların yaygınlığını değerlendiren çalışmalardan çıkan sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Bu çocukların %7.3-63.6'ında depresif bozukluğun ya da depresif duygu durumuyla giden bir uyum bozukluğunun bulunduğu gösterilmiştir.[19,25,49] Olguların %50 kadarında ise çoğunlukla anksiyete ile ilişkilendirilen eşik altı depresyon belirtileri görüldüğü saptanmıştır.[50]

Berg [14], okul reddi olan çocuklarda ki davranış sorunlarını incelediği çalışmasında, bazı olgularda saldırgan ve dirençli davranışlar görülebildiğini ancak bu davranışların temelde ev ortamına sınırlı olduğunu, daha çok okuldan kaçan çocukların bir özelliği olan çalma, yıkıcı davranış gibi diğer antisosyal eğilimlerin bulunmadığını belirtmiştir. Yaygın davranış sorunları okul reddinin tipik özelliği değildir. Bununla birlikte okul reddi olan çocuklar inatçı ve tartışmacı olabilir ve ebeveynleri tarafından okula gitmeye zorlandıklarında saldırgan davranışlar sergileyebilirler.[15,51,52] Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ile ilişkili zıtlama davranışları, okul reddi olan anksiyöz çocukların % 7.3-21'inde belirlenmiştir.[25,49,53]

Tablo 1. Okul Reddi Olan Çocuklarda Görülen Ruhsal Bozukluklar

Anksiyete Bozuklukları	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu BTA Anksiyete Bozukluğu Sosyal/Basit Fobi Panik Bozukluk Agorafobili Panik Bozukluk Travma Sonrası Stres Bozukluğu Agorafobi
Duygudurum Bozuklukları	Depresif Bozukluk Distimi
Yıkıcı Davranım Bozuklukları	Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Davranım Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu BTA Yıkıcı Davranım Bozukluğu
Diğer Bozukluklar	Uyum Bozukluğu (depresif duygudurum veya anksiyete ile giden) Öğrenme Bozukluğu Madde Kötüye Kullanımı

BTA: Başka türlü adlandırılmayan

Okul reddinin dil gelişimi ve öğrenme bozuklukları ilişkisi de araştırılmıştır. Dil gelişimindeki bozukluklar ve öğrenme güçlüğü, çocuk ve gençlerin okula gitmeyi reddetmesi ile sonuçlanacak belirgin sıkıntıya neden olabilir. Yapılan bir çalışmada, diğer ruhsal bozukluğu olan ergen ve çocuklarla kıyaslandığında okul reddi olan ergen ve çocuklarda daha yüksek oranda

öğrenme güçlüğü ve konuşma bozukluğu saptanmıştır. Aynı zamanda araştırmacılar ergenlerin eğitimsel ve sosyal alandaki yetersizliklerine bağlı hayal kırıklıklarının, okul reddi gelişiminde rol oynayabileceğini de ileri sürmektedirler.[54]

Ailesel Özellikler

Anksiyete bozukluklarının ailesel olduğuna yönelik güçlü kanıtlar bulunmaktadır.[55-57] Anksiyete bozukluklarındaki ailesel yatkınlık, ebeveyninde anksiyete bozukluğu olan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar ve anksiyete bozukluğu olan çocukların akrabalarıyla yapılan çalışmalarla belirlenmiştir. Anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında ve anksiyete bozukluğu olan çocukların erişkin akrabalarında anksiyete bozuklukları daha sık görülmektedir. Aile çalışmaları panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve diğer fobik bozukluklar için özel bir ailesel kümelenmeyi göstermektedir.[58-67] Ayrıca, babaya kıyasla anne ile çocuktaki ruhsal sorunlar arasında daha güçlü bir ilişki saptanmıştır.[68-70]

Anksiyete bozukluğu olan çocukların ebeveyn ve kardeşleri ile yapılan çalışmalarda da benzer bulgular yer almaktadır. okul reddi ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda, diğer anksiyete bozukluklarına benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Last ve arkadaşları,[28] ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların annelerinin % 83'ünün, okul fobisi olan çocukların annelerinin ise %57'sinin geçmişte en az bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığını bildirilmişlerdir. Ayrıca, ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların annelerinin %57'si ile okul fobisi olan çocukların annelerinin %29'unda anksiyete bozuklukları saptanmış, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların anneleri ruhsal bozukluklar açısından değerlendirildiğinde ise yaygın anksiyete bozukluğu (% 47.4), travma sonrası stres bozukluğu (% 15.8), agorafobi (% 5.3), duygudurum bozuklukları (% 78.9) tanılarını daha sık aldıkları bildirilmiştir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların annelerinde duygu durum bozukluklarının dört kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarına bağlı okul reddi olan çocukların ebeveynlerindeki ruhsal bozuklukları tespit etmek amacıyla yapılan diğer bir çalışmada, okul reddi olan çocuklar "fobikler" ve "ayrılma anksiyetesi bozukluğu olanlar" olarak iki gruba ayrılmış ve ebeveynler ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılmışlardır. Annedeki anksiyete ve depresif bozukluğun yaşam boyu sıklığı %78.4 ve %53 olarak saptanmış, bununla birlikte babaların yarısı yaşamları boyunca en az bir anksiyete bozukluğu,

dörtte biri ise bir depresif bozukluk tanısı almışlardır. Fobik grupta olan çocukların ebeveynlerinde basit ve/veya sosyal fobinin, ayrılma anksiyetesi bozukluğu grubundaki çocukların ebeveynlerinde ise panik bozukluk ve/veya agorafobinin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.[71]

Ülkemizde okul reddi olan çocuklar ve ebeveynleri yapılan çalışmada, okul reddi olan grubun ebeveynlerinde ruhsal bozukluk görülme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. okul reddi olan çocukların annelerinin %16'sında yaygın anksiyete bozukluğu, %12'sinde major depresyon, %12'sinde panik bozukluk ve major depresyon, % 4'ünde panik bozukluk ve agorafobi, % 4'ünde obsesif kompulsif bozukluk ve major depresyon, % 4'ünde ise sosyal fobi ve major depresyon tanısı saptanmıştır. okul reddi olan çocukların babalarında ise %12 oranında major depresyon, %8 oranında sosyal fobi, %8 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %4 oranında major depresyon ve alkol bağımlılığı ve %4 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve alkol bağımlılığı tanısı saptanmıştır.[72]

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, okul reddi olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeyleri incelenmiş, okul reddi grubundaki ebeveynlerin anksiyete, depresyon ve aleksitimi düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir.[31]

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların annelerinin, Eysenck Kişilik Ölçeği eksenlerinden nevrotiklik ve psikotizm boyutlarında yüksek puanlar aldığı; anksiyöz, alingan, kolay ve çabuk tepkiler veren, aşırı duyarlı, güvensiz, psikosomatik yakınmaları fazla olan bireyler olduğu saptanmıştır.[48]

Ebeveyninde anksiyete bozukluğu olan çocuklar üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında, panik bozukluğu ve basit fobisi olan ebeveynlerin çocuklarında kontrollere göre belirgin olarak yüksek oranda ruhsal bozukluk tespit edilmiştir. Ayrıca panik bozukluğu olan hastaların çocukları daha ağır ve çoklu tanılar almıştır; bu grupta özellikle ayrılma anksiyetesi bozukluğu olmak üzere daha fazla anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Özetle, çocukların ebeveynleriyle benzer belirtiler sergilediği gözlenmiştir.[73]

Anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ile birlikte depresif bozukluk tanısı konulan ana-babaların çocukları kontrollerle kıyaslandığında, ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek oranda ruhsal bozukluk saptanmıştır. Yalnızca anksiyete bozukluğu olan hastaların çocuklarında özgül olarak anksiyete bozuklukları görülürken, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu ile birlikte depresif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve dışavurum bozuklukları saptanmıştır.[74] Benzer bir çalışmada, Biederman ve arkadaşları [75] ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan hasta gruplarının çocuklarının ortalama anksiyete bozukluğu sayısının kontrol

grubundan belirgin olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları, panik bozukluk ile birlikte major depresyonu olan hastaların çocuklarında daha sık görülürken, bu grubu tek başına panik bozukluk tanısı konulan hastaların çocukları izlemiştir. Ebeveyndeki panik bozukluk'nin, eşlik eden major depresyon olsun ya da olmasın, çocukta panik bozukluk ve agorafobi için risk etmeni olduğu belirlenmiştir. Ebeveyndeki major depresyonun ise panik bozukluktan bağımsız olarak, major depresyon, yıkıcı davranım bozuklukları ve sosyal fobi riskini artırdığı bildirilmiştir. panik bozukluk ya da major depresyon tek başına ya da birlikte ayrılma anksiyetesi bozukluğu için risk etmeni olarak saptanmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu olan annelerin çocuklarının, herhangi bir psikopatolojisi olmayan annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, anksiyete bozukluğu olan annelerin çocuklarında, kontrollerin çocuklarına göre daha fazla psikopatoloji olduğu ve bu çocukların daha fazla anksiyete bozukluğu tanısı aldıkları saptanmıştır. Panik bozukluğu olan annelerin çocuklarında %23.3 oranında ayrılma anksiyetesi bozukluğu, annelerinde obsesif kompulsif bozukluk olan çocuklarda ise %20 oranında ayrılma anksiyetesi bozukluğu saptanmıştır. Panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanılı annelerin çocuklarında benzer oranda ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirlendiğinden, ayrılma anksiyetesi bozukluğunun panik bozukluğu olan annelerin çocuklarına özgü bir patoloji olmadığı öne sürülmüştür.[76]

Genetik etmenlerin yanı sıra sorunlu ailevi işlevselliğinin de okul reddi'ye neden olabileceği belirtilmiştir.[6,15] Bu konuda aileyi değerlendiren birkaç çalışma bulunmaktadır.[11,77-79] Bu çalışmalarda, okul reddi olan olguların ailelerinde farklı aile işlevleri tanımlanmaktadır. Berstein ve arkadaşları, [77,78] aile bütünlüğü ve aile fonksiyonlarını değerlendirdikleri çalışmalarda, okul reddi ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların ailelerinde işlev bozukluklarının daha sık olduğunu saptamışlardır. Bernstein ve Borchardt,[79] bu grupta parçalanmış ailelerin oranının (%39.6) topluma göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Parçalanmış ailelerde roller ve iletişim alanındaki güçlüklerin, bütünlüğün korunduğu ailelere göre daha sık olduğu da belirtilmiştir. Kearney ve Silverman,[11] okul reddi olgularında aile alt tiplerinin belirlenmesinin önemli olduğunu vurgulamışlardır (yapışık aile, çatışmalı aile, izole aile, uzak aile, sağlıklı aile). Çocuklarında okul reddi olan 64 aile değerlendirildiğinde, okul reddi olan çocukların aile tipi, hem yapışık hem çatışmalı karışık aile yapısı olarak tanımlanmıştır.

Annenin davranışlarının da, çocukta anksiyete bozukluğu gelişiminde önemli bir etmen olduğu ileri sürülmektedir. Anksiyetenin ebeveynden çocuğa geçişinin incelendiği bir çalışmada, anksiyete bozukluğu olan ebe-

veynlerin çocuklarıyla kurdukları ilişkiler incelenmiş ve bu hastaların daha içe kapanık bir ilişki tarzını benimsediği bildirilmiştir.[80] Yapılan başka bir çalışmada, anksiyete bozukluğu olan annelerin çocuklarıyla kurdukları ilişki- de sağlıklı annelere göre daha katı ve olumsuz oldukları, çocuklarına daha az özerklik verdikleri ve daha fazla eleştirici davrandıkları belirlenmiştir. Annelerdeki anksiyetenin, çocuklarıyla kurdukları ilişkinin sıcaklığını ve yakınlığını etkilediği saptanmıştır.[81] Yapılan çalışmalarda, çocukların korkula- rı ile annelerinin korkuları arasında yoğun benzerlikler tespit edilmiş ve bu ilişkiye model almanın aracılık edebileceği bildirilmiştir. Ayrıca korkularını sıkça dile getiren annelerin çocuklarında da korkuların daha şiddetli olduğu bulunmuştur.[82]

Klinik Gidiş

Okul reddinin çocuklarda, özellikle sosyal ve eğitim başta olmak üzere kısa ve uzun dönemde gelişimi olumsuz etkilediği bildirilmektedir.[6,18,54] Buna karşın okul reddi olan çocuklar üzerinde çok az sayıda izlem çalışması ya- pılmıştır.

Okul reddi olan 8-16 yaş arası 33 çocuğun üç aylık kısa süreli sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada, 29 (% 87.9) çocuğun ruhsal bozukluk tanısı aldığı, bunlardan 21'inin (% 63.7) birden çok tanı aldığı saptanmıştır. En sık saptanan tanılar sırası ile; depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklardır. Çalışmaya alınan bütün çocuklara psikososyal destek verilmiş, 29 (% 87.9) çocuk ek olarak ilaç tedavisi almıştır. İzlemde 20 çocuğun okula devamı sağlanmıştır. Onaltı çocukta (%59.2) ruhsal bozuklu- ğun sürdüğü gözlenmiştir. Ailede son çocuk olarak doğan, hiç ruhsal bo- zukluk tanısı almayan ya da tek tanı alan, yaşı küçük olan, başlangıç işlevsel- lik düzeyi yüksek olan çocuklarda klinik gidişin daha iyi olduğu saptanmış- tır.[49]

Okul reddi olan çocukların uzun süreli izlem çalışmaları, genel toplum ya da kontrol gruplarına göre daha yüksek oranda ruhsal bozuklukların bulun- duğunu ya da ruhsal yardıma gereksinim duyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.[83-86] Okul reddinin uzun dönem sonuçları Tab- lo.2'de yer almaktadır.[42]

Okul reddi birçok ruhsal bozukluğun bir belirtisi olabileceğinden, klinik gidişi okul reddinin kendisi kadar bu bozukluğun tipi de etkilemektedir.[32] Yapılan çalışmalarda ilk kez ergenlik çağında ortaya çıkma, süregen özellik gösterme, depresyona ya da düşük zeka düzeyinin eşlik etmesi okul reddi için kötü klinik gidiş göstergeleri arasındadır.[83,87,88]

Tedavi

Okul reddi tedavisi ebeveyn ve okul personeli ile işbirliği içinde yürütülmelidir. Tedavide temel amaç çocuğun kısa sürede okula dönmesini sağlamaktır. Çocuklarda okul reddi ve anksiyete bozuklukları sağaltımında genel kabul gören yöntem, çok eksenli bir tedavi yaklaşımı uygulamaktır. Psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımlar tedavinin önemli ayaklarını oluşturur. okul reddi yönetimine ilişkin psikososyal yaklaşımlar oyun terapisi, psikodinamik psikoterapi, aile terapisi ve bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) içermektedir.[89,90] Günümüzde BDT ve ilaç tedavisi okul reddi tedavide en sık kullanılan yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 2. Okul Reddinin Uzun Dönem İzlem Bulguları [42]

Sonuç	Sıklık
Okula zorunlu ara verme	% 18
Liseyi bitirememe	% 45
Erişkin psikiyatri poliklinik bakımı	% 43
Erişkin psikiyatri klinik bakımı	% 6
Suç davranışları	% 6
20 yıl sonra ana baba ile yaşıyor olma	% 14
20 yıl sonra evlenmiş olma	% 41
20 yıl sonra çocuk sahibi olmama	% 59

Tedavide uygulanan yöntemin etkili olmaması durumunda, alternatif psikososyal yaklaşımlar tek başına ya da ilaç tedavisiyle birlikte kullanılabilir. Bu özellikle BDT'ye ya da ilaç tedavisine yanıt vermeyen çocuklarda gerekli olabilir.[89]

Bilişsel Davranışçı Terapi

Okul reddi olgularında etkinliği araştırmalarla desteklenen en iyi yaklaşım BDT'dir.[91-93] Tedavide ilk seçenek olarak kullanılması önerilmektedir. BDT çocuğa, ebeveyn ve okul çalışanlarına güçlüklerin üstesinden gelmeyi sağlayacak yöntemler sunmaktadır. İlaç tedavisiyle ortaya çıkabilecek yan etkileri içermemesi de BDT'nin tercih nedenleri arasındadır.[23] BDT için en az 3-4 haftalık bir tedavi programı önerilmektedir. Bu süreçte ebeveyn, çocuk ve okul personeli ile düzenli görüşme yapmak gerekmektedir.[94] Ebeveyn ve okul çalışanları ile yapılan görüşmelerde, okula düzenli olarak gitmeleri için çocukları teşvik etmeyi amaçlayan uygun bir davranış yönetiminin planlanması konusunda yardımcı olunmalıdır.

Öfke patlamaları, tartışma çıkarma, hasta numarası yapma gibi uygunsuz davranışların önemslenmemesi, komut verme ve uygun davranışların pekişti-

rilmesi uygun davranış yöntemleri arasındadır. Okul reddi olan çocuklar için uygulanan davranışçı yaklaşımda ise sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme eğitimi, duygu uyandırıcı imgeleme, model alma, şekillendirme, beklenmedik olayların yönetimi ve sosyal beceri eğitimi gibi tekniklerden yararlanılmaktadır.[32,42,93]

Bilişsel yaklaşımda çocuğun anksiyeteye neden olan düşüncelerini tanıması ve denetlemesi sağlanarak gerçek dışı ve uygunsuz düşüncelerle baş etmesi amaçlanmaktadır. Bu yüzden, anksiyete uyandırıcı algılar daha olumlu düşüncelerle karşılaştırılır ve çocuğa bu gibi algılarının anksiyetesini nasıl artırdığı ya da azalttığı gösterilmektedir. Son olarak, okula geri dönüşü sağlamada atılacak adımların ayrıntılı olarak gösterildiği bir plan hazırlanmalıdır.[32] Okula geri dönme tedavinin ilk yarısında planlanmalıdır. Okula aşamalı geri dönüş, okula geri dönmeyi kolaylaştırmaktır.[23]

İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi, ilk seçenek olmamakla birlikte, okul reddi olan çocuklarda genellikle düzenli olarak kullanılmaktadır. Çocuktaki anksiyete ve depresif bozukluk işlevselliği belirgin olarak bozuyorsa, BDT uygulamasına yeterli yanıt alınamıyorsa ya da BDT öncesi terapiye katılımı kolaylaştırmak için ilaçlar kullanılmaktadır.[95]

İlaç tedavisinde ilk seçenek olarak öne çıkan bir grup bulunmamakla birlikte, trisiklik antidepressanlar (TSA) ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) tedavide sık kullanılmaktadır.[96] TSA'nın kullanımında yan etki görülme olasılığının yüksek olması ve tolere edilmelerinin güçlüğünden ötürü, SSGİ ayrılma anksiyetesi bozukluğunda ilk ilaç seçeneği olarak önerilmektedir.[47]

Trisiklik Antidepressanlar

Okul reddi ve/veya ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocuklarda TSA'nın etkinliği gösterilmiş olmakla birlikte yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Okul reddi olan 35 çocuğun katıldığı imipramin çalışmasında, imipramin belirtiler üzerinde plasebodan daha etkin bulunmuştur.[97] Okul reddi olan çocuklarla yapılmış farklı bir çalışmada klomipraminin plasebodan anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir.[98] Okul reddi olan 7-14 yaşlarında 24 çocuğu kapsayan, çift kör bir çalışmada ise imipramin, alprazolam ve plasebo etkinliği kıyaslanmış, ilaç sağaltımı plaseboya üstün bulunmuştur.[78] Ayrıca, TSA ile birlikte BDT uygulanması tedavi yanıtını arttırmaktadır.[84,99]

Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSGİ)

Okul reddi olan çocuklardaki anksiyete bozukluklarının tedavisinde SSGİ'nin artan kullanımı genelde yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda elde edilen kanıtlara ve klinik deneyimlere dayanmaktadır.[95,96] Özellikle okul reddi olan çocukların tedavisinde SSGİ'lerin etkinliğini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte ayrılma anksiyetesi bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu, sosyal fobisi ya da yaygın anksiyete bozukluğu olan çocukların tedavisinde SSGİ'nin etkinliği gösterilmiştir.[23,100-102]

Tedavide Kullanılan Diğer İlaçlar

Okul reddi veya anksiyete bozukluğu olan çocukların tedavisinde benzodiazepinlerin kullanımı umut verici gibi görünse de plasebo kontrollü çalışmalarda etkinlikleri açıkça gösterilememiştir. Ayrıca benzodiazepinlerin bağımlılık yapıcı etkilerinden dolayı uzun süreli kullanımı önerilmemektedir. Klinik belirtileri ağır olan hastalarda kısa süreli kullanımları fayda sağlayabilir.[47,95,103]

Buspironun açık uçlu çalışmalarda çocuklardaki anksiyete belirtilerini düzelttiği gösterilmiştir, ancak anksiyete bozukluğu olan çocuklar üzerinde yapılan kontrollü çalışma bulunmamaktadır.[104,105]

Çocuklardaki şiddetli anksiyetenin tedavisinde klinik olarak antipsikotik ilaçlar da kullanılmaktadır. Ancak okul reddinin tedavisinde bu uygulamayı destekleyecek bilimsel kanıt bulunmamaktadır.[96]

Aile Terapisi

Tedaviye dirençli okul reddi olgularında patolojik ana-çocuk ilişkilerinin söz konusu olabileceği ileri sürülmekte ve bu tür sorunu olan çocuklarda aile terapisi de öngörülmektedir. Aile terapisinde aile dinamikleri ele alınmalı, ebeveynin çocuğa karşı tutumlarında tutarlılık ve aynılık olması amaçlanmalıdır. Özellikle ana-çocuk arasındaki bağımlılık üzerinde çalışılmalı, çocuğun özerklik kazanması sağlanmalı ve ebeveynin çocuğu hakkındaki anksiyetesi azaltılmaya çalışılmalıdır.[72]

Ebeveyndeki ruhsal bozukluklar ya da evlilik sorunlarının incelenmesi ve tedavisi önemlidir. Bu tarz uygulamalar ebeveynin çocuğun tedavisine katılımını artırmak için de gereklidir. Bazı çalışmalarda ebeveyndeki ruhsal bozukluğun çocuğun tedavisini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.[50,106]

Okula Yönelik Tedavi

Okula yönelik girişimler tedavinin değişmez parçasıdır. Çocuğun okula özgül bir anksiyetesinin olup olmadığı gözden geçirilmelidir. Anksiyete okuldaki özgül bir olay ya da nesne ile ilgili ise buna yönelik girişimler planlan-

malıdır. Planlanan tedavi sürecinde, okul çalışanları ile işbirliği gerekeceğinden, ebeveyn ile okul arasında iyi bir bağlantı kurulması gereklidir. Terapist bu konuda aileyi desteklemelidir. Terapist gerek okul ziyareti gerekse de bilgilendirme notları ile öğretmen ve diğer ilgili okul çalışanlarına tedavi planı ile ilgili bilgi vermelidir. Çocuğun okul yaşantısının olumlu ve destekleyici nitelikte olması önemlidir. Çocuğun gereksinimlerine göre okulda belirlenecek düzenlemelerin yapılması için okul çalışanları teşvik edilmelidir. Eğer okula özgül anksiyete kaynağına çözüm bulunamıyorsa, okul ya da sınıf değişikliği de tedaviyi destekleyen bir girişim olarak kullanılabilir.[23]

Sonuç

Okul reddi bireyin sosyal, duygusal, eğitimsel yaşamında kalıcı olabilecek etkileri nedeniyle ciddi bir sorun olarak ele alınmalıdır. Olguların erken dönemde tanınması ve tedavisi ruhsal bozuklukların gelişimini engelleyebilir. Bu nedenle okul reddi olan çocukların, en kısa sürede, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine ulaştırılması gereklidir. Aile, okul ve sağlık çalışanlarına yönelik düzenlenecek eğitim toplantılarıyla, ebeveynlerin, eğitimcilerin ve çocuk doktorlarının ruhsal bozukluklardan dolayı okula devam sorunları olan bu çocukları tanımaları ve hastanelere yönlendirmeleri sağlanabilir.

Okul reddi, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir. Ruhsal bozuklukların tedavileri birbirinden farklı olduğu için iyi bir ayırıcı tanı yapılması gereklidir. Çocuklar sıklıkla okulu reddetmelerine neden olan etmenleri belirleyemediklerinden, ayırıcı tanı için çok sayıda kaynaktan bilgi toplanmalıdır. Tedavi planı saptanan tanıya göre oluşturulmalıdır.

Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocuk ve ergenlerin, genetik ve çevresel etmenlere bağlı olarak ruhsal bozukluk geliştirme açısından risk altında olduğu düşünülmektedir. Ebeveyndeki ruhsal bozukluğun çocuğun tedavisini olumsuz etkilediği de gösterilmiştir. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde ortaya çıkan ruhsal bozukluklarda ebeveynlerdeki ruhsal bozuklukların saptanması ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Bu, ebeveynin çocuğun tedavisine katılımını artırmak için de gereklidir. okul reddi olgularının tedavisi planlanırken, bu durum göz önünde bulundurulmalı ve çok yönlü tedavinin bir parçası olarak gerekli durumlarda ebeveynler bireysel tedaviye yönlendirilmelidir.

Günümüzde okul reddi alanındaki tartışmalar halen sürmektedir. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu nedenle gelecekte, çocuk ve ergen popülasyonunda, okul reddi'nin etiyojisi, risk etmenleri, epidemiyolojisi, alt tipler ve tanı ölçütlerinin belirlenmesi,

klirik seyri ve tedavisine yönelik yapılacak, bilimsel güvenilirliği yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Holzer L, Halfon O. The school refusal. *Arch Pediatr* 2006; 13:1252-1258.
2. Broadwin IT. A contribution to the study of truancy. *Am J Orthopsychiatry* 1932; 2:253-259.
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. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:797-807.
7. Bowlby J. *Attachment and Loss, Separation Anxiety and Anger*. New York, Basic Books, 1973.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) 4th Ed*. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
9. Berg I, Nichols K, Pritchard C. School phobia: its classification and relationship to dependency. *J Child Psychol Psychiatry* 1969; 10:123-141.
10. Berg I. Absence from school and mental health. *Br J Psychiatry* 1992; 161:154-166.
11. Kearney CA, Silverman WK. Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assessment and treatment. *Am J Fam Ther* 1995; 23:59-72.
12. Gordon DA, Young RD. School phobia: a discussion of aetiology, treatment and evaluation. *Psychol Rep* 1976; 39:783-804.
13. Galloway D. Truants and other absentees. *J Child Psychol Psychiatry* 1983; 24:607-611.
14. Berg I. School avoidance, school phobia, and truancy. In *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (Ed M Lewis): 1104-1110. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
15. Hersov L. School refusal. In *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*, 2nd Ed. (Eds M Rutter, L Hersov): 382-389. Oxford, Blackwell, 1985.
16. Kahn JH, Nursten JP. School refusal: a comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *Am J Orthopsychiatry* 1962; 32:707-718.
17. Last CG, Francis G. School phobia. In *Advances In Clinical Child Psychology* (Eds BB Lahey, AE Kazdin): 193-222. New York, Plenum Pres, 1988.
18. Burke AE, Silverman WK. The prescriptive treatment of school refusal. *Clin Psychol Rev* 1987; 7:353-362.
19. Last CG, Strauss CC. School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:31-35.
20. Ollendick TH, Mayer JA. School phobia. In *Behavioral Treatment of Anxiety Disorders* (Ed SM Turner): 367-411. New York, Plenum Pressi 1984.
21. Honjo S, Kasahara Y, Ohtaka K. School refusal in Japan. *Acta Paedopsychiatr* 1992; 55:29-32.

22. 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.
23. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H. School refusal: Epidemiology and management. *Paediatr Drugs* 2001; 3:719-732.
24. Smith SL. School refusal with anxiety: A review of 63 cases. *Can Psychiat Ass J* 1970; 15:257-264.
25. Bahalı K, Tahiroğlu AY, Avcı A. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:310-317.
26. Kearney CA, Eisen AR, Silverman WK. The legend and myth of school phobia. *Sch Psychol Q* 1995; 10: 65-85.
27. Last CG. Anxiety disorders in childhood and adolescence. In *Internalizing Disorders in Children and Adolescents* (Ed WM Reynolds): 61-106. New York, John Wiley, 1992.
28. 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.
29. Hersov L. School refusal. In *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (Eds M Rutter, L Hersov): 455-486. Oxford, Blackwell, 1977.
30. Hersov L. School refusal: An overview. In *Why Children Reject School Views from Seven Countries* (Eds C Chiland, JG Yound): 16-41. New Haven, Yale University Press, 1990.
31. Bahalı K. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin ailesel özellikleri (Uzmanlık tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi, 2008.
32. Elliott JG. School refusal: Issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *J Child Psychol Psychiat* 1999; 40:1001-1012.
33. Torma S, Halsti A. Factors contributing to school phobia and truancy. *Psychiatria Fennica* 1975; 75:209-220.
34. Berg I. School refusal in early adolescence. In *Out of School: Modern Perspectives* (Eds L Hersov, I Berg): 231-249. Chichester, John Wiley, 1980.
35. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby R. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:661-668.
36. Bell AJ, Rosen LA, Dynlacht D. Truancy intervention. *J Res Dev Educat* 1994; 27:203-211.
37. Stein MT, Duffner PK, Werry JS, Trauner DA. School refusal and emotional lability in a 6-year-old boy. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17:187-190.
38. Kennedy WA. School phobia: Rapid treatment of fifty cases. *J Abnorm Psychol* 1965; 70: 285-289.
39. Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Pritchard M. Anxious children and school refusal. *Aust Fam Phys* 1994; 23:919-920.
40. Heyne D, King N, Tonge B, Rollings S, Pritchard M, Young D et al. The self-efficacy questionnaire for school situations: development and psychometric evaluation. *Behav Change* 1998; 15:31-40.
41. Kearney CA, SilvermanWK. Measuring the function of school refusal behavior: the school refusal assessment scale. *J Clin Child Psychol* 1993; 22:85-96.
42. Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2003; 68:1555-1560.

43. 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.
44. 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.
45. Özcan Ö, Kılınc BG, Aysev A. Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17:173-180.
46. Buitelaar JK, Van Anandel H, Duyx JH, Van Strien DC. Depressive and anxiety disorders in adolescence: a follow-up study of adolescents with school refusal. *Acta Paedopsychiatr* 1994; 56:249-253.
47. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001; 15:93-104.
48. Türkbay T, Söhmen T. Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; 8:77-84.
49. Prabhuswamy M, Srinath S, Girimaji S, Seshadri S. Outcome of children with school refusal. *Indian J Pediatr* 2007; 74:375-379.
50. Heyne D. Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal (Thesis). Melbourne, University of Monash, 1999.
51. 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.
52. King NJ, Ollendick TH. School refusal: graduated and rapid behavioural treatment strategies. *Aust NZ J Psychiatry* 1989; 23:213-223.
53. Last CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:726-730.
54. 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.
55. Merikangas KR, Swendsen J. Genetic epidemiology of psychiatric disorders. *Epidemiol Rev* 1997; 19:144-155.
56. Smoller JW, Finn C, White C. The genetics of anxiety disorders: an overview. *Psychiatr Ann* 2000; 30:745-753.
57. Turner SM, Beidel BC, Epstein LH. Vulnerability and risk for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 1991; 5:151-166.
58. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Oehrlin A, Franke P. A controlled family study in panic disorder. *J Psychiatr Res* 1993; 27(Suppl.1):S79-S87.
59. Gorwood P, Feingold J, Ades J. Epidemiologie genetique et psychiatrie(I): portees et limites des etudes de concentration familiale exemple du trouble panique. *Encephale* 1999; 10:21-29.
60. Noyes R, Woodman C, Garvey MJ, Cook BL, Suelzer M, Clancy J et al. Generalized anxiety disorder vs. panic disorder: distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:369-379.
61. Mendlewicz J, Papdimitriou G, Wilmotte J. Family study of panic disorder: comparison with generalized anxiety disorder, major depression and normal subjects. *Psychiatr Genet* 1993; 3:73-78.
62. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152:76-84.

63. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:358-363.
64. Calvo R, Lazaro L, Castro J, Morer A, Toro J. Parental psychopathology in child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:647-655.
65. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman T, Martin LY, Klein DF. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:564-573.
66. Stein M, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak MV, Tancer ME, Lander S et al. A direct interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry* 1998; 155:90-97.
67. Smoller JW, Tsuang MT. Panic and phobic anxiety: defining phenotypes for genetic studies. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1152-1162.
68. Cooper PJ, Fearn V, Willetts L, Seabrook H, Parkinson M. Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *J Affect Disord* 2006; 93:205-212.
69. McClure EB, Brennan PA, Hammen C, Le Brocque RM. Parental anxiety disorders, child anxiety disorders, and the perceived parent-child relationship in an Australian high-risk sample. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29:1-10.
70. Connell AM, Goodman SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a metaanalysis. *Psychol Bull* 2002; 128:746-773.
71. Martin C, Cabrol S, Bouvard MP, Lepine JP, Mouren-Simeoni MC. Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:916-922.
72. Özcan Ö. Okul reddi olan çocuklarda ve anne babalarında ruhsal bozukluklar (Uzmanlık tezi). Ankara, Ankara Üniversitesi, 2004.
73. Unnevehr S, Schneider S, Florin I, Margraf J. Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology* 1998; 31:69-84.
74. Beidel D, Turner SM. At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious patients. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:918-924.
75. Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:49-57.
76. Taner Y. Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu olan annelerin çocuklarında psikopatoloji (Uzmanlık tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2003.
77. Bernstein GA, Garfinkel BD. Pedigrees, functioning and psychopathology in families of school phobic children. *Am J Psychiatry* 1988; 145:70-74.
78. Bernstein GA, Garfinkel BD, Borchardt CM. Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:773-781.
79. Bernstein GA, Borchardt CM. School refusal: family constellation and family functioning. *J Anxiety Disord* 1996; 10: 1-19.
80. Woodruff BJ, Morrow C, Bourland S, Cambron S. The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002; 31:364-374.
81. Whaley SE, Pinto A, Sigman M. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:826-836.
82. Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C. The role of parental fearfulness and modelling in children fear. *Behav Res Ther* 1996; 34:266-258.

83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Valles E, Oddy M. The influence of a return to school on the long-term adjustment of school refusers. *J Adolesc* 1984; 7:35-44.
88. Atkinson L, Quarrington B. School refusal: The heterogeneity of a concept. *Am J Orthopsychiatry* 1985; 55:83-101.
89. 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.
90. Işık E, Taner YI. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul, Golden Print, 2006.
91. Blagg NR, Yule W. The behavioural treatment of school refusal: a comparative study. *Behav Res Ther* 1998; 22:119-127.
92. Last CG, Hansen C, Franco N. Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:404-411.
93. King NJ, Tonge BJ, Heyne D, Pritchard M, Rollings S, Young D et al. Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:395-403.
94. Clarke G, Rohde P, Lewinsohn P, Hops H, Seeley JR. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:272-279.
95. Labellarte MJ, Ginsburg GS, Walkup JT, Riddle MA. The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1567-1578.
96. King NJ, Tonge B, Heyne D. School refusal. In *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions* (Eds TH Ollendick, J March): 236-271. New York, Oxford University Press, 2004.
97. Gittelman-Klein R, Klein DF. Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25:204-207.
98. Berney T, Kolvin I, Bhate SR, Garside RF, Jeans J, Kay B et al. School phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *Br J Psychiatry* 1981; 138:110-118.
99. Layne AE, Bernstein GA, Egan EA, Kushner MG. Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:319-326.
100. Velosa JF, Riddle MA. Pharmacologic treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9:119-133.

-
101. Birmaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:415-423.
 102. Clark DB, Birmaher B, Axelson D, Monk K, Kalas C, Ehmann M et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders: open-label, long term extension to a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:1263-1270.
 103. 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.
 104. Simeon JG. Use of anxiolytics in children. *Encephale* 1993; 19:71-74.
 105. 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.
 106. Cobham VE, Dadds MR, Spence SH. The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2002; 66:893-905.