



EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

Okul reddi tedavisinde metilfenidatin rolü

The role of methylphenidate in treatment of school refusal

Canan Kuygun Karcı¹, Ayşegül Yolga Tahiroğlu¹, Özge Metin¹, Gonca Gül Çelik¹, Ayşe Avcı¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2017;42(2):398-399

Sayın Editör,

Okul reddi davranışı, okula devamsızlık ve okulu bırakmayla sonuçlanabilecek, okula gitmekte isteksizlik olarak tanımlanmaktadır. Bu durum hem ailenin hem de çocuğun işlevselliğini sosyal, akademik, aile, emosyonel gibi birçok alanda olumsuz etkilemektedir. Okul reddi davranışı sıklıkla anksiyete bozukluklarıyla özellikle ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilişkili olmakla beraber, depresyon, somatik yakınmalar, yıkıcı davranım bozuklukları, özgül fobi, sosyal fobi ve uyum bozuklukları da eşlik edebilmektedir^{1,2}. Birçok faktör okul reddi davranışına yatkınlık yaratabilir ve/veya davranışı başlatabilir. Ancak ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilişkili olan okul reddi davranışı, sıklıkla yaz tatili veya fiziksel hastalık gibi nedenlerle ebeveynle evde geçirilen bir dönemden sonra ortaya çıkmaktadır³. Okul reddi davranışına çoğunlukla karın ağrısı, kusma, ishal, baş ağrısı, ateş, sık idrara çıkma gibi belirtiler eşlik edebilir ve bu belirtiler genellikle sabahları ya da okula gidilmesi gereken zamanlarda ortaya çıkmaktadır⁴.

Bu yazıda okul reddi davranışı olan iki olgu üzerinden Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve ayrılık anksiyetesi bozukluğunun birlikteliğinin ve metilfenidat tedavisi ile hem her iki bozukluğun belirtilerinde hem de okul reddi davranışında görülen iyileşmenin sunulması amaçlanmıştır.

Birinci olgu; ilkököl 3.sınıf öğrencisi, 8 yaşındaki erkek hasta 2 ay önce başlayan okul reddi davranışı ile kliniğimize başvurdu. Olgu ilkököl 1.sınıfa başladığında da okul reddi davranışı sergilemiş ancak

10 günden kısa bir sürede ve tedavi gerektirmeden bu davranışı gerilemişti. İlkokul 3. sınıfın başlangıcında sünnet olan olgu, ayrıca fasiyal paralizisi geçirmiş ve kortizon tedavisi almıştı. Okula gitmek için hazırlanırken başlayan karın ağrısı şikayeti vardı. Annesi refakatinde dahi sınıfta kalmayı reddediyordu.

İkinci olgu; ilkököl 2. sınıf öğrencisi, 7 yaşındaki erkek hasta ilkököl 2. sınıfın başlangıcından itibaren 3 aydır devam eden okul reddi davranışı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Olgu, ilkököl 1. sınıf ve anasınıfında da okul reddi davranışı sergilemişti. İlkokul 2. sınıfta başlayan okul reddi davranışı, anne-babasının tartışması sonucunda annenin evi terk etmesinden sonrası başlamıştı. Olgu sadece okula giderken değil, ev içinde dahi annesinden ayrılmakta zorlanıyordu. Kliniğimize başvurmadan önce fluoksetin ve alprazolam tedavisi almıştı.

Her iki olgu da Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (KSADS-PI) ile değerlendirildi ve DEHB ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanıları aldı. Birinci olguya OROS-Metilfenidat 27mg/gün (0.8mg/kg/gün) ve ikinci olguya Metilfenidat-Retard 10mg/gün (0.4mg/kg/gün) başlandı. Metilfenidat tedavisine eş zamanlı olarak olgulardan önce anneleri ile birlikte sınıfta oturmaları istendi, sonrasında kademeli olarak anneleri olgulardan uzaklaştırıldı. Birinci olgu metilfenidat tedavisinden 2 hafta sonra, ikinci olgu ise 3 hafta sonra anne refakati olmaksızın okula gitti ve tüm belirtilerde iyileşme gözlemlendi. Olgular takiplerinde de okul reddi davranışı göstermediler.

Okul reddi, ergenlik döneminde kurallara uymama

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Canan Kuygun Karcı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Turkey. E-mail: c_kuy@hotmail.com
Geliş tarihi/Received: 29.08.2016 Kabul tarihi/Accepted: 23.09.2016

ve okulu bırakma; erişkinlik döneminde ise çeşitli ekonomik, psikiyatrik, sosyal ve marital problemler için önemli risk oluşturmaktadır⁵. Okul reddi davranışı herhangi bir yaş ve sosyoekonomik düzeyde görülebilse de sıklıkla ilkököl çağında kaşımıza çıkmaktadır. İlkokul çağındaki çocuklar arasında DEHB sıklığı ise %11,3 olarak tespit edilmiştir⁶. DEHB; sınıf içinde sıkılma, öğretmen tarafından sık uyarılma ve davranış sorunlarına bağlı cezalandırılmaya yol açabilmektedir. DEHB'nin yaratabileceği bu sorunlar, anksiyete ve uyum zorlukları ile sonuçlanabilir ki bu da okul reddi davranışı tetikleyebilir.

Okul reddinin tedavisi hem psikofarmakolojik hem de psikososyal müdahaleleri içermelidir. Ebeveynler ve öğretmenler de tedavi sürecine dahil edilmelidir. Anksiyete bozuklukları ile yakın ilişkisi nedeniyle okul reddi davranışının tedavisinde sıklıkla trisiklik antidepressanlar, serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve benzodiazepinler tercih edilmektedir⁷. İkinci olgumuza da benzer şekilde dış merkezde fluoksetin ve alprazolam başlanmış ancak fayda sağlanmamıştır. Bu nedenle okul reddi yakınması ile gelen olgularda anksiyete bozukluklarıyla beraber DEHB de mutlaka akla getirilmeli ve belirtileri sorgulanmalıdır. DEHB'nin eşlik ettiği okul reddi davranışının iyileşmesinde, çoğu zaman metilfenidat tek başına yeterli olabilmektedir. Çocuk ve ergen ruh

sağlığı alanında sık karşılaşılan ve bazen dirençli olabilen bu sorunun çözümünde, metilfenidat güçlü bir alternatif olarak gözükmektedir. Bu konuda yapılacak büyük örneklemler konuya ışık tutacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior: diagnostic aspects. *Behav Modif.* 2004;28:147-161.
2. Özcan Ö, Kılınç BG, Aysev A. Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Turk Psikiyatri Derg.* 2006;17:173-180.
3. Hanna G. Separation anxiety disorder and school refusal in children and adolescents. *Pediatr Rev.* 2006;27:56-63.
4. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders: a community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:797-807.
5. Kearney CA. School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:451-71.
6. Venkata JA, Panicker AS. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school children. *Indian J Psychiatry.* 2013;55:338-42.
7. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs.* 2001;15:93-104.