

Araştırma / Original article**Özgül öğrenme bozukluğu olan çocuklarda psikiyatrik eş tanılarının incelenmesi****Gözde Narin COŞKUN,¹ H. Gözde AKKIN GÜRBÜZ,² Veysi ÇERİ,³ Burak DOĞANGÜN⁴****ÖZ**

Amaç: Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), okul çağındaki akademik başarısızlıkların önemli bir nedenidir. Öğrenme sorunları çocuk ve ergenlik döneminde sık karşılaşılan sorunlar olup, kişisel, toplumsal ve ailesel işlevselliği bozabilmekte ve psikiyatrik bozukluklara temel hazırlayabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, ÖÖB olgularında eşlik eden diğer tanılarını ortaya koymaktır. **Yöntem:** Çalışmamız kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın olgu grubu 66, klinik karşılaştırma grubu 30, sağlıklı karşılaştırma grubu 55 çocuktan oluşmuştur. Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY), Bender Gestalt Testi ve ÖÖB tanı bataryası kullanılmıştır. Veriler Pearson ki-kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi, Fisher's exact test ve Yates' continuity correction test kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan olgular yaş ortalaması 9.18 olan 14 kız (%21.2) ve 8.91 olan 52 erkek (%78.2) çocuktur. ÖÖB olgularının %72.7'sinde eş tanının olduğu, %27.3'ünde ise başka bir psikiyatrik tanının görülmediği bulunmuştur. ÖÖB'ye en sık eşlik eden tanılar sırasıyla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, enürezis ve depresyondur. **Tartışma:** Bulgularımız ÖÖB olan çocuklarda eş tanı oranının literatür bilgilerini destekler şekilde sık olduğu yönündedir. Okuldaki zorlanmanın akran ilişkilerinden aile ilişkilerine, çocuğun özgüveninden ruhsal durumuna kadar birçok alanı etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle, psikiyatrik eş tanılarının taranması ve buna yönelik girişimler bu alanda atılması gereken adımların başında gelmelidir. (*Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19(1):87-94*)

Anahtar sözcükler: Disleksi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eş tanı

Psychiatric comorbidities in children with specific learning disability**ABSTRACT**

Objective: Specific learning disability (SLD) is a significant reason of academic failures during school age. Learning difficulties are frequent issues in childhood and adolescence that can potentially impair the personal, social and familial functionality of the child or the adolescent leading to psychiatric disorders. The aim of this research is to reveal the concomitant diagnoses of SLD cases. **Methods:** Our research was cross-sectional. Case group, clinical comparison group and healthy comparison group were composed of 66, 30 and 55 children, respectively. Socio-demographic Data Form, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime Version (SADS-PL), the Bender Visual Motor Gestalt Test and SLD diagnosis battery were used. The data were evaluated by using Pearson's chi square test, Fisher-Freeman-Halton test, Fisher's exact test and Yates' continuity correction test. **Results:** The mean ages of 14 girls (21.2%) and 52 boys (78.2%) that attended to our study were 9.18 and 8.91 respectively. It was found that 72.7% had a concomitant diagnosis and 27.3% had no other psychiatric diagnosis. The most frequent concomitant diagnoses of SLD were attention deficit hyperactivity

¹ Uzm. Dr., SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

² Uzm. Dr., Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³ Uzm. Dr., Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

⁴ Doç. Dr., İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. Gözde Narin COŞKUN, SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hast., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Kliniği, İstanbul

E-mail: naringozde@gmail.com

Geliş tarihi: 03.05.2016, Kabul tarihi: 13.09.2016, doi: 10.5455/apd.262350

Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19(1):87-94

disorder (ADHD), oppositional defiant disorder, separation anxiety disorder, social anxiety disorder, enuresis, and depression, respectively. **Discussion:** Our results were consistent with the literature reporting that dual comorbidity rate in children with SLD was high. It is known that the difficulty in school affects many areas such as peer relations, family relations, self-confidence and mental state. For this reason, the screening of psychiatric comorbidities and their interventions are the most important steps. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2018; 19:87-94)

Keywords: dyslexia, attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity

GİRİŞ

Çocuk büyüyen, değişen ve değişirken çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan bir varlıktır. Çocuğun ruhsallığı öz kaynaklarını kullanırken ve onların üzerine yeni deneyimleri eklerken çevresinden beslenir. Çevre, sadece anne ve babadan değil, çocuğun yaşamına girip çıkan herkesten ve her şeyden oluşur. Bu nedenle, okul ve öğrenim yaşamı çocuğun sağlıklı ruhsallık geliştirmesinde en az anne-babalar kadar etkilidir.

Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), kişinin kronolojik yaşı ve aldığı eğitime göre beklenenin belirgin olarak altında akademik beceri ve öğrenme göstermesi şeklinde tanımlanmıştır.¹ Çalışmalarda ÖÖB'nin yaygınlığının %2-17.5 arasında olduğu bildirilmiştir.²⁻⁴ Ayrıca ÖÖB'nin %75-80'ini okuma bozukluğu oluşturmaktadır.⁵ Farklı çalışmalarda kız/erkek oranı 0.1-1 arasında değişmektedir.⁶

Okul başarısızlığı, uyum sorunları ve öğrenme sorunları çocuk ve ergenlik döneminde sık karşılaşılan sorunlar olup, çocuk ve ergenin kişisel, sosyal ve ailesel işlevselliğini bozabilmekte ve erişkin yaşamdaki psikiyatrik bozukluklara temel hazırlayabilmektedir. ÖÖB'li çocukların büyük kısmı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan (DEHB) (en yaygın) depresyon, anksiyete, intihar ve madde kötüye kullanımına (en az yaygın) kadar uzanan çeşitli davranışsal ve duygusal sorunlar yaşarlar.⁷

Birçok çalışmada ÖÖB ile DEHB arasındaki ilişki incelenmiştir.⁸⁻¹² Bu çalışmalarda öğrenme güçlüğü çeken çocuklarda dikkat sorunlarının ya da DEHB tanısının daha sık olduğu gözlenmiştir. ÖÖB olan çocuklarda tüm içe atım ve dışa atım bozukluklarının belirtileri daha sık görülmekle birlikte, ÖÖB ve DEHB'nin birlikte görüldüğü hastalarda psikopatoloji daha yoğun seyretmektedir.¹³ ÖÖB'nin erken ve geç dönemlerinde içe atım bozukluklarının yaygınlığı arasında fark görülmezken, dışa atım bozuklukları ÖÖB'nin geç dönemlerinde daha yaygın görülmektedir.¹⁴ Bununla birlikte; ÖÖB'de depresyon sıklığının arttığı¹⁵ ve ÖÖB'li gençlerin intihar davranışı açısından da artmış risk altında olduğu ileri sürülmüştür.¹⁶

Anatolian Journal of Psychiatry 2018; 19(1):87-94

Okuma, yazma ve matematik alanlarındaki yeterli ilerleme okul çağında yerine getirilmesi gereken büyük görevlerden biri olarak kabul edilir. Bu nedenle çocuklar akademik beceriler için mücadele ederken, akademik başarısızlık beklentisi nedeniyle anksiyete reaksiyonu geliştirebilirler.¹⁷ Birçok çalışmada ÖÖB'de çok daha fazla anksiyete^{11,18,19} ve depresyon²⁰ görüldüğü bulunmuştur. ÖÖB'li çocukların ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)¹⁸ ile YAB ve sosyal fobi (SF)¹⁹ gibi anksiyete tanılarının daha çok konduğu bildirilmiştir.

Yapılan başka bir çalışmada okuma bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde, olmayanlara göre tüm içe atım ve dışa atım bozukluklarının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.¹¹

Okuma, matematik ve yazılı anlatımdaki sorunlar akademik becerilere engel olup düşük not ya da başarısızlığa neden olduğu gibi, düşük benlik saygısı, umutsuzluk, sosyal beceri sorunları, okulu bırakma, iş bulma ve sosyal uyumda zorluklar gibi başka alanlarda da sorunlara yol açar.⁷

ÖÖB'de eş tanı oranının yüksek olduğunu gösteren yurt dışı çalışmalar olmakla birlikte, Türkiye'de bu alanda yapılan çalışma azdır. Ayrıca bizim çalışmamızda eş tanıların ÇDŞG-ŞY ile taranmış olması ve gerek klinik, gerekse toplum örneklemi ile karşılaştırılmış olması, çalışmamızın güçlülüğünü artırmaktadır.

YÖNTEM

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na 2014-2015 yıllarında öğrenme güçlüğü belirtileri ile ilk kez başvuran veya daha önce ÖÖB tanısı konulmuş 66 hasta ardışık olarak çalışmamıza alınmıştır. Okullardan yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna denk gelen, akademik zorluğu bulunmayan birinci ve beşinci sınıf arası (7-12 yaş) 55 çocuk ve kliniğimizden yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna denk gelen, akademik zorluğu bulunmayan, ancak farklı belirtilerle başvuran 30 çocuk karşılaştırma grupları olarak çalışmamıza alınmıştır. Bilişsel geriliği, nörolojik belirtileri, duygusal defisitleri

(görme ve işitme), tıbbi hastalığı ve psikotik bozukluğu olan çocuklar ve formu eksik veya yanlış olan 13 olgu çalışmanın dışında bırakılmıştır. Poliklinikten öğrenme güçlüğü ön tanısı ile gönderilen 74 çocuktan 66'sına ÖÖB tanısı konularak çalışmamıza alınmıştır. Değerlendirme sonucunda ÖÖB'li çocuklara ve ailelerine çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formu verilerek onayları alınmıştır. Hastaların ÖÖB tanılandırmasında, klinik görüşme, ayrıntılı öykü, fizik muayene, aile görüşmesi, öğretmen bilgi notu, Harris Lateralleşme Testi, Saat Çizme Testi, Head Sağ-Sol Ayırt Etme Testi, Bender Gestalt Görsel Motor Algılama Testleri kullanılmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı eğitim programına uygun yaş ve sınıf düzeyine uygun metinlerle okuma, yazma ve matematik becerileri, WISC-R ile de bilişsel düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmamıza alınan hem hasta, hem de karşılaştırma grubundaki çocukların, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) yarı yapılandırılmış ölçeği ile tanısız değerlendirilmeleri yapılmıştır. Ayrıca hem hasta, hem de karşılaştırma grubundaki çocuklar yaygın gelişimsel bozukluk ve kekemelik tanıları için de değerlendirilmişlerdir. ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmekte ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacı ile geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş,²¹ Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²² Anne-baba ve çocuğun kendisi ile yapılan görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Farklı kaynaklardan alınan bilgiler arasında uyumsuzluk varsa, klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Hem içinde bulunduğu zaman, hem de geçmiş zamanla ilgili değerlendirme yapılarak şimdiki ve geçmişteki tanıları saptanır. Çalışmamızda ayrıca, olgu ve karşılaştırma grubundaki çocukların klinik ve demografik bilgileri kaydedilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, sınıfı, sosyoekonomik durumu, anne-baba yaşı ve eğitim düzeyleri, kardeş sayısı, ailenin bütünlüğü, hane kişi sayısı, devam ettiği okul, okul öncesi eğitim alıp almadığı ve süresi, okulda sınıf kaybı olup olmadığı, okuma ve yazma becerilerini öğrenmede gecikme olup olmadığı, özel eğitim alıp almadığı, alıyorsa süresi, görme, işitme ve nörolojik defisitlerin olup olmadığı, el tercihi, doğum öyküsü ve gelişim öyküsü yer almaktadır. Sağlıklı karşılaştırma grubundaki çocukların bilgileri, sosyode-

mografik açıdan kliniğe başvuranlara benzer nitelikte iki ayrı okuldan gönüllülük temelinde elde edilmiştir. Bu çocukların anne-babalarına önceden onam formları gönderilerek, onamları alınmıştır. Onam veren ailelere telefon ile ulaşılarak okula davet edilmiş ve çocuk ile eş zamanlı aileler ile de görüşmeler yapılmıştır. Okulda görüşmeye gelemeyen beş çocuğun ailesinden telefon ile bilgi alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel tekniklerin (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun saptanmasında Tukey's HSD (honest significant difference) testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzerindeki grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun saptanmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi, Fisher's exact testi ve Yates' continuity correction test (Yates düzeltmeli ki-kare) kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamız Mart 2015-Temmuz 2015 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi %31.8'i kız, %68.2'si erkek olmak üzere toplam 151 çocuktan oluşmuş olup çocukların yaşları 7-12 arasındadır (ortalama 9.10 ± 1.27 yıl).

Gruplara göre çocukların yaşları ($p = 0.429$, $p > 0.05$) ve cinsiyetleri ($p = 0.126$, $p > 0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Gruplara göre çocuklarda psikiyatrik tanı görülme oranları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0.001$); ÖÖB'li çocuklarda eş tanı görülme oranı, sağlıklı karşılaştırma grubundan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 2).

Gruplara göre çocuklarda DEHB dışı eş tanı görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0.013$); ÖÖB ve klinik karşılaştırma grubu çocuklarda DEHB dışı tanı görülme oranı, sağlıklı karşılaştırma grubun-

Tablo 1. Gruplara göre tanılarının değerlendirilmesi A

| | | ÖÖB (s=66) | | Sağlıklı karşı- laştırma (s=55) | | Klinik karşı- laştırma (s=30) | | p |
|--------------------------------|-----|------------|------|------------------------------------|------|----------------------------------|------|----------------------|
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Depresif bozukluk | Yok | 61 | 92.4 | 52 | 94.5 | 27 | 90.0 | ^f 0.722 |
| | Var | 5 | 7.6 | 3 | 5.5 | 3 | 10.0 | |
| Mani | Var | - | | - | | - | | - |
| Panik bozukluğu | Yok | 65 | 98.5 | 54 | 98.2 | 30 | 100 | ^f 1.000 |
| | Var | 1 | 1.5 | 1 | 1.8 | 0 | 0 | |
| Ayrılık anksiyete bozukluğu | yok | 51 | 77.3 | 52 | 94.5 | 26 | 86.7 | ^c 0.027* |
| | Var | 15 | 22.7 | 3 | 5.5 | 4 | 13.3 | |
| Sosyal fobi | Yok | 53 | 80.3 | 53 | 96.4 | 30 | 100 | ^c 0.002** |
| | Var | 13 | 19.7 | 2 | 3.6 | 0 | 0 | |
| Yaygın anksiyete bozukluğu | yok | 63 | 95.5 | 54 | 98.2 | 27 | 90.0 | ^f 0.229 |
| | Var | 3 | 4.5 | 1 | 1.8 | 3 | 10.0 | |
| Özgül fobi | Yok | 51 | 77.3 | 48 | 87.3 | 25 | 83.3 | ^c 0.353 |
| | Var | 15 | 22.7 | 7 | 12.7 | 5 | 16.7 | |
| Obsesif kompulsif bozukluk | Yok | 63 | 95.5 | 55 | 100 | 29 | 96.7 | ^f 0.260 |
| | Var | 3 | 4.5 | 0 | 0 | 1 | 3.3 | |
| Travma sonrası stres bozukluğu | Yok | 65 | 98.5 | 53 | 96.4 | 29 | 96.7 | ^f 0.684 |
| | Var | 1 | 1.5 | 2 | 3.6 | 1 | 3.3 | |
| Distimi | Yok | 66 | 100 | 55 | 100 | 29 | 96.7 | ^f 0.198 |
| | Var | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.3 | |
| Enürezis | Yok | 54 | 81.8 | 51 | 92.7 | 27 | 90.0 | ^c 0.176 |
| | Var | 12 | 18.2 | 4 | 7.3 | 3 | 10.0 | |
| Enkoprezis | Yok | 64 | 97.0 | 54 | 98.2 | 28 | 93.3 | ^f 0.438 |
| | Var | 2 | 3.0 | 1 | 1.8 | 2 | 6.7 | |

*: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$; ^c Pearson ki-kare testi; ^f Fisher-Freeman-Halton test.

dan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 2).

ÖÖB olguları incelendiğinde %72.7'sinde eş tanının olduğu, %27.3'ünde başka bir psikiyatrik tanının olmadığı bulunmuştur. Eş tanı dağılımları incelendiğinde, en sık eşlik eden bozukluğun DEHB (%42.4) olduğu, bunu sırasıyla karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%25.8), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%22.7), özgül fobi (%22.7), sosyal anksiyete bozukluğu (%19.7), enürezis (%18.2), depresif bozukluk (%7.6), yaygın anksiyete bozukluğu (%4.5), obsesif kompulsif bozukluk (%4.5), enkoprezis (%3), tik bozukluğu (%3), panik bozukluğu (%1.5), travma sonrası stres bozukluğu (%1.5), davranım bozukluğu (%1.5), kekemelik (%1.5) tanılarının izlediği görülmüştür. Distimi, mani ve yeme bozuklukları ise eş tanı olarak gözlenmemiştir (Tablo 1, Tablo 2).

Araştırma grupları psikiyatrik tanıları açısından karşılaştırıldığında, depresif bozukluk, panik

bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, distimi, enürezis, enkoprezis, tik bozukluğu ve kekemelik görülme oranlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği ($p > 0.05$); ancak ayrılık anksiyetesi bozukluğu ($p = 0.027$) ile sosyal fobi ($p = 0.002$) görülme oranlarının ÖÖB'li çocuklarda sağlıklı karşılaştırma grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. DEHB'nin görülme oranı ise, ÖÖB ve klinik karşılaştırma grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur ($p = 0.001$). Benzer şekilde, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu da ÖÖB ve klinik karşılaştırma grubunda daha yaygındır ($p = 0.007$). Gruplara göre çocuklarda davranım bozukluğu görülme oranları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Özel eğitim alan ÖÖB'li çocukların eğitim sürelerine göre eş tanı oranları istatistiksel olarak

Tablo 2. Gruplara göre tanıların değerlendirilmesi B

| | | ÖÖB (s=66) | | Sağlıklı karşı- laştırma (s=55) | | Klinik karşı- laştırma (s=30) | | p |
|---|-----|------------|------|------------------------------------|------|----------------------------------|------|----------|
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu | Yok | 38 | 57.6 | 51 | 92.7 | 16 | 53.3 | *0.001** |
| | Var | 28 | 42.4 | 4 | 7.3 | 14 | 46.7 | |
| Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu | Yok | 49 | 74.2 | 52 | 94.5 | 22 | 73.3 | *0.007** |
| | Var | 17 | 25.8 | 3 | 5.5 | 8 | 26.7 | |
| Davranım bozukluğu | Yok | 65 | 98.5 | 55 | 100 | 29 | 96.7 | *0.483 |
| | Var | 1 | 1.5 | 0 | | 1 | 3.3 | |
| Psikotik bozukluklar | Var | - | - | - | - | - | - | - |
| Anoreksiya nervoza | Var | - | - | - | - | - | - | - |
| Bulimiya nervoza | Var | - | - | - | - | - | - | - |
| Tik bozukluğu | Yok | 64 | 97.0 | 52 | 94.5 | 29 | 96.7 | *0.863 |
| | Var | 2 | 3.0 | 3 | 5.5 | 1 | 3.3 | |
| Yaygın gelişimsel boz. | Var | - | - | - | - | - | - | - |
| Kekemelik | Yok | 65 | 98.5 | 55 | 100 | 29 | 96.7 | *0.483 |
| | Var | 1 | 1.5 | 0 | | 1 | 3.3 | |
| Eş tanı varlığı | Yok | 18 | 27.3 | 32 | 58.2 | 1 | 3.3 | *0.001** |
| | Var | 48 | 72.7 | 23 | 41.8 | 29 | 96.7 | |
| DEHB dışında eş tanı varlığı | Yok | 26 | 39.4 | 36 | 65.5 | 13 | 43.3 | *0.013* |
| | Var | 40 | 60.6 | 19 | 34.5 | 17 | 56.7 | |

*: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$; ^c Pearson ki-kare testi; ^f Fisher-Freeman-Halton test.

anlamli farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

ÖÖB çocuklarda, cinsiyete göre DEHB oranları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmıştır ($p = 0.036$); erkeklerde DEHB görülme oranı, kızlara göre anlamli düzeyde yüksektir.

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları ÖÖB'li çocuklarda psikiyatrik eş tanı oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamıza alınan 66 ÖÖB'li çocuktan 48'ine (%72.7) psikiyatrik eş tanının eşlik ettiği belirlenmiştir. Bu bulgular daha önceki araştırma bulgularıyla uyumlu niteliktedir.^{8,9,23,24} En sık eş tanının daha önceki benzer çalışmalarda bulunduğu gibi, DEHB ve KOKGB olduğu ve bunu anksiyete bozukluklarının izlediği gözlenmiştir.⁷

Literatürde dışa atım bozukluklarından söz edilmekle birlikte, enürezis ve enkoprezise özgün olarak daha düşük oranda rastlanmaktadır. Esposito ve arkadaşları, enürezisin uyku döngüsünü bozarak veya CAP'yi (cyclic alternating pattern) etkileyerek dikkat işlevlerini bozduğunu ve okuma zorluklarına neden olabildiğini belirt-

mişlerdir.²⁵ Çalışmamızda yaygınlık açısından karşılaştırdığımızda anksiyete bozukluklarından sonra enürezis tanısının gelmesi bunu destekliyor gibi görünse de, enürezisin çok etkenli oluşu, Türkiye'deki yaygınlığı (%20)²⁶ ve ortaya çıkışındaki anne-baba tutumlarının rolü düşünüldüğünde kesin bir neden-sonuç ilişkisinden söz edilememektedir.

DEHB ve ÖÖB tanısı olarak birbirlerinden kesin ayrımlar içerseler de, belirti benzerlikleri nedeniyle binişik görünümleri oldukça sıktır. DEHB ve ÖÖB'nin birlikte görülmeleriyle ilgili nörolojik, psikiyatrik ve genetik tartışmalı açıklamalar bulunmakla birlikte, iki tanının birlikte değerlendirilmesi tedaviye yaklaşım açısından önemlidir. DEHB ve ÖÖB'yi tanımlamak için kullanılan ölçütler değişken olduğundan, binişiklik ile ilgili veriler de değişkenlik göstermektedir. DEHB tanısı konsun veya konmasın ÖÖB olgularında davranışsal ve dikkatle ilgili sorunlar sık görülmektedir.^{9,27} DEHB ve ÖÖB'nin ortak etiyolojisi ve belirtileri düşünülerek mutlaka her ÖÖB'li olgunun DEHB açısından, her DEHB'li olgunun da ÖÖB açısından değerlendirilmesi ve iki bozukluğa yönelik tedavinin de uygulanması,

çocukların akademik ve ruhsal-toplumsal işlevsellikleri açısından önemli olmaktadır. Ayrıca diğer yıkıcı davranım bozukluklarının da ÖÖB olgularında daha fazla gözlemlendiği; hem ÖÖB, hem de DEHB varlığının diğer yıkıcı davranım bozuklukları için risk oluşturduğu ve iki durum arasında çift yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir.²⁸

ÖÖB'nin depresyon ve intihar davranışı ile ilişkili olabileceği bildirilse de,^{15,16} bizim çalışmamızda ÖÖB grubu ve karşılaştırma grupları arasında böyle bir farklılık bulunmamıştır. Sağlıklı karşılaştırma grubundaki 55 çocuktan üçüne depresif bozukluk tanısı konulurken, olgu grubunda beş çocuğa depresif bozukluk tanısı konulmuştur. İki grupta da depresif bozukluk sıklığının çocuk ve ergenlerdeki toplum yaygınlığına (%5) benzer şekilde olduğu gözlenmiştir.¹ Daha önce ÖÖB'de depresyon yaygınlığını inceleyen çalışmalar ergenler ile yapılmıştır.^{14,29-31} Ergenlik dönemine geçildiğinde depresif bozukluk yaygınlığı iki kat artmaktadır.³² Bizim çalışmamızda depresif bozukluk oranının daha düşük bulunmasının nedeni ergenlik öncesi çocuklarla yapılmış olması olabilir. Ayrıca, ÖÖB'nin yarattığı ruhsal-toplumsal zorlantı yıllar içinde süregelenleştikçe, ergenlik döneminde depresif belirti olarak karşımıza çıkıyor olabilir.

Birçok çalışmada ÖÖB'de çok daha fazla anksiyete^{11,18,19} görüldüğü bulunmuştur. ÖÖB'nin anksiyete ve duygudurum bozukluklarının gelişimini kolaylaştırabileceği belirtilmiştir.³³ Önceki çalışmalarda ÖÖB'li çocuklara AAB ve YAB¹⁸ ile, YAB ve SF¹⁹ gibi anksiyete tanılarının daha çok konulduğu bildirilmiştir. Ayrıca, ÖÖB'li çocukların anksiyete bozukluğu olmaksızın anksiyete belirtileri gösterebileceği de belirtilmiştir.^{17,33} Öte yandan, başka çalışmalarda anksiyete bozukluğu oranının artmadığı da belirtilmiştir.^{34,35} Çalışmamızda anksiyete bozukluğu ÖÖB olgularında sık olarak gözlenmiştir. ÖÖB'li çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine bağlı olarak yaşadığı anksiyete, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle ÖÖB'li çocuklarda en sık hangi anksiyete bozukluğu tanısının görüldüğünü söylemek yaşa bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Daha küçük veya okul çağı çocuklarında bizim çalışmamızda olduğu gibi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve özgül fobi daha sık görülmektedir. ÖÖB'li çocukların öğrenme becerileri sırasında yaşadıkları durumsal anksiyete, bir süre sonra süregelen bir anksiyeteye dönüşebilir. Bu nedenle, bu çocukların bire bir değerlendirilmeleri anksiyetenin yara-

tacağı ikincil zararların önlenmesi açısından önemlidir.

Çalışmamızdan elde edilen bir diğer bulgu da, özel eğitim süresi ve eşlik eden psikiyatrik eş tanılar (DEHB, DB en sık) arasında anlamlı farklılık bulunmaması yönündedir. Son yıllarda yapılan bir çalışmada ÖÖB'nin geç döneminde dışa atım bozukluklarının daha yaygın olarak görüldüğü bildirilmiştir.¹⁴ Bu nedenle özel eğitim alıyor olsa bile, okuldaki zorlanmanın artması çocukta olası eş tanıları da artırıyor olabilir. Ayrıca bu durum ÖÖB'de görülen eş tanılarının ruhsal-toplumsal nedenlerden çok, biyolojik temelli olabileceğini de düşündürmektedir. Tıbbi tedavi ÖÖB'de en sık eş tanı olan DEHB'nin tedavisinde davranışçı terapilerden daha etkilidir ve ilk seçenek olmalıdır.³⁶

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçları, öğrenme ile ilgili zorluk yaşayan çocuklarda süregelenleşmenin de etkisiyle ileriki dönemlerde psikiyatrik eş tanılarının daha sık görüldüğü yönündedir. Okul, çocuğun yaşamındaki en önemli toplumsal alanlardan birisi, hatta en önemlisidir. Okuldaki zorlanmanın akran ilişkilerinden aile ilişkilerine, çocuğun özgüveninden ruhsal durumuna kadar birçok alanı etkilediği bilinmektedir. Öğrenmekte güçlük yaşayan çocuklar çoğu kez öğretmenleri ve arkadaşları tarafından damgalanmakta, düşük zekalı olarak nitelendirilmekte, toplumdaki ruhsal bozukluklara karşı olan önyargılar göz önünde bulundurulduğunda, çocuk psikiyatristlerine yönlendirilmeleri ÖÖB'li çocukları yalnızlığa itebilmektedir. Sıra dışı olmanın yarattığı bu yalnızlık, çocukları daha da içe kapanmaya sürüklemekte ve diğer ruhsal bozuklukları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca tedavinin süresinin uzun soluklu bir maratona benzemesi, Türkiye koşullarındaki özel eğitim merkezlerinin durumu da düşünüldüğünde tabloyu içinden çıkılmaz bir duruma sokmaktadır. Bu nedenle, erken tanı, erken tedavi, psikiyatrik eş tanılarının taranması ve buna yönelik girişimler, okullarda ÖÖB'yi anlatan seminerlerin düzenlenmesi, özellikle okul öncesi öğretmenlerin ve ailelerin erken dönem ÖÖB belirtileri konusunda bilgilendirilmesi, toplumda psikiyatrik bozukluklara 'delilik' gözüyle bakılmasının önüne geçilmesi için gereken çabanın harcanması ve kliniklere başvurunun özendirilmesi, özel eğitim merkezlerinde çalışması için ÖÖB konusunda uzman eğitimcilerin yetiştirilmesi bu alanda atılması gereken önemli adımlardır.

Yazarların katkıları: B.D.: Araştırmanın yürütülmesi; G.A.G.: Literatür tarama; V.Ç.: Konuyu bulma.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-5) Arlington, VA: APA, 2013.
2. McCandliss BD, Noble KG. The development of reading impairment: a cognitive neuroscience model. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews* 2003; 9(3):196-205.
3. Pratt HD, Patel DR. Learning disorders in children and adolescents. *Primary care: Clinics in office practice* 2007; 34(2):361-374.
4. Finn ES, Shen X, Holahan JM, Scheinost D, Lacadie C, Papademetris X, et al. Disruption of functional networks in dyslexia: a whole-brain, data-driven analysis of connectivity. *Biol Psychiatry* 2014; 76(5):397-404.
5. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Fourth ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
6. Rutter M, Caspi A, Fergusson D, Horwood LJ, Goodman R, Maughan B, et al. Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *JAMA* 2004; 291:2007-2012.
7. Sahoo MK, Biswas H, Padhy SK. Psychological co-morbidity in children with specific learning disorders. *J Family Med Prim Care* 2015; 4(1):21.
8. Heiervang E, Lund A, Stevenson J, Hugdahl K. Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry* 2001; 55(4):251-256.
9. Knivsberg AM, Andreassen AB. Behaviour, attention and cognition in severe dyslexia. *Nordic Journal of Psychiatry* 2008; 62(1):59-65.
10. Willcutt EG, Betjemann RS, Wadsworth SJ, Samuelsson S, Corley R, DeFries JC, et al. Pre-school twin study of the relation between attention-deficit/hyperactivity disorder and prereading skills. *Reading and Writing* 2007; 20(1):103-125.
11. Willcutt EG, Pennington BF. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(8):1039-1048.
12. Willcutt EG, Pennington BF, DeFries JC. Etiology of inattention and hyperactivity/impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28(2):149-159.
13. Guenther T, Peters K, Scharke W, Horbach J, Kraatz C, Herpertz-Dahlmann B, et al. Attention and reading performance in children with ADHD, reading disorder and the combined condition. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 2016; 44.5:351-361.
14. Törő KT, Miklósi M, Horanyi E, Kovács GP, Balázs J. Reading disability spectrum: early and late recognition, subthreshold, and full comorbidity. *J Learn Disabil* 2017; 0022219417704169.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth ed. (DSM-IV-TR), Washington, D.C.: APA 2004.
16. Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G, Seshadri S, Subbakrishna DK, Bholra P, et al. Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian J Med Res* 2005; 122(1):67.
17. Nelson JM, Harwood H. Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *J Learn Disabil* 2011; 44(1):3-17.
18. Carroll JM, Maughan B, Goodman R, Meltzer H. Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(5):524-532.
19. Goldston DB, Walsh A, Arnold EM, Reboussin B, Daniel SS, Erkanli A, et al. Reading problems, psychiatric disorders, and functional impairment from mid-to late adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(1):25-32.
20. Arnold EM, Goldston DB, Walsh AK, Reboussin BA, Daniel SS, Hickman E, et al. Severity of emotional and behavioral problems among poor and typical readers. *J Abnorm Child Psychol* 2005; 33(2):205-217.
21. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao UMA, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(7):980-988.
22. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Reliability and validity of schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish J Child Adolesc Men Health* 2004; 11(3):109-116.
23. Johnson B. Psychological co morbidity in children and adolescents with learning disorders. *J Indian Ass Child Adolesc Ment Health* 2005; 1(1):7.
24. Bäcker A, Neuhäuser G. Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr Beih* 2003; 52(5):329-337(Abstract).
25. Esposito M, Carotenuto M, Roccella M. Primary nocturnal enuresis and learning disability. *Minerva Pediatr* 2011; 63(2):99.

26. Bozlu M, Çayan S, Doruk E, Canpolat B, Akbay E. Çocukluk çağı ve adolesan yaş grubunda noktürnal ve diurnal enürezis epidemiyolojisi. *Türk Üroloji Dergisi* 2002; 28(1):70-75.
27. Dahle AE, Knivsber AM. Internalizing, externalizing and attention problems in dyslexia. *Scand J Disabil Res* 2013; 16(2):179-193.
28. Chazan M. Behavioral aspects of educational difficulties. *Understanding Learning Disabilities*. USA: Springer 1985, p.127-137.
29. Bender WN, Rosenkrans CB, Crane MK. Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Learn Disabil Q* 1999; 22(2):143-156.
30. Huntington DD, Bender WN. Adolescents with learning disabilities at risk? Emotional well-being, depression, suicide. *J Learn Disabil* 1993; 26(3):159-166.
31. Daniel SS, Walsh AK, Goldston DB, Arnold EM, Reboussin BA, Wood FB. Suicidality, school drop-out, and reading problems among adolescents. *J Learn Disabil* 2006; 39(6):507-514.
32. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet* 2012; 379(9820):1056-1067.
33. Grills-Taquechel A E, Fletcher JM, Vaughn SR, Stuebing KK. Anxiety and reading difficulties in early elementary school: evidence for unidirectional-or bi-directional relations? *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43(1):35-47.
34. Maag JW, Reid R. Depression among students with learning disabilities assessing the risk. *J Learn Disabil* 2006; 39(1):3-10.
35. Miller CJ, Hynd GW, Miller SR. Children with dyslexia: Not necessarily at risk for elevated internalizing symptoms. *Read Writ* 2005; 18(5):425-436.
36. Buitelaar JK, Kooij JJ. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): etiology, diagnosis and treatment. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(36):1716-1723.