

# Tik Bozukluğu Olan Çocukların Sosyal Fobi, Benlik Saygısı, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

*Evaluation of Social Phobia, Self-esteem, Anxiety and Depression Levels of Children with Tic Disorders*

© Muhammet Emin Tan<sup>1</sup>, © Gülen Güler Aksu<sup>2</sup>, © Fevziye Toros<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Kliniği, Kırşehir, Türkiye

<sup>2</sup>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

**Amaç:** Bu çalışmada tik bozukluğu olan çocukların anksiyete, depresyon, sosyal fobi, benlik saygısı düzeylerini sağlıklı çocuklarla karşılaştırmak ve tik şiddeti ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01.10.2018-01.04.2019 tarihleri arasında başvuran, 6-17 yaş çocuklardan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5-Türkçe versiyon tanı kriterlerine göre ilk kez tik bozukluğu tanısı alan 29 hasta ve 29 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 58 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Yale Genel Tik Ağrılığını Değerlendirme Ölçeği ve Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği uygulanmıştır. Gruplar sosyal fobi, benlik saygısı, anksiyete ve depresyon düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada Tourette sendromu (TS) veya tik bozukluğu tanısı almış çocuklarda sağlıklı çocuklara kıyasla depresyon (11,89±6,24, 7,86±4,34 p=0,006), süreklilik anksiyete (38,72±6,76, 33,68±5,99 p=0,004), durumluk anksiyete (35,03±7,77, 30,17±4,97 p=0,006) ve sosyal fobi düzeyleri (61,44±14,16, 49,93±11,81 p=0,001) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Benlik saygısının ise (49,93±11,81, 0,51±0,73 p=0,000) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada tik şiddeti arttıkça durumluk anksiyete (r=0,402 p=0,031) düzeyinin yükseldiği, benlik saygısının (r=0,483 p=0,008) ise düştüğü sonucuna varılmıştır.

**Sonuç:** Klinisyenlerin TS veya tik bozukluğu olan çocukların ruhsal değerlendirilmesinde eşlik edebilen depresyon, anksiyete, sosyal fobi ve benlik saygısı ile ilgili sorunları göz ardı etmemesi, tik bozukluklarının birden fazla alanda olumsuz sonuçları olabileceğinin farkında olması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tik bozuklukları, Tourette sendromu, depresyon, anksiyete, sosyal fobi

ÖZ

ABSTRACT

**Objectives:** In this study, we aimed to compare the anxiety, depression, social phobia, and self-esteem levels between the children with Tourette syndrome or tic disorder and healthy ones and to examine their relationship with tic severity.

**Materials and Methods:** This study was conducted with 58 children (including 29 children with Tourette syndrome (TS) or tic disorder for the first time according to DSM-5 criteria and 29 healthy ones) who applied to Mersin University Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic between 01.10.2018 and 01.04.2019. State-trait Anxiety Inventory, Depression Scale for Children, Rosenberg Self-esteem Scale, Yale General Tic Level Assessment Scale and Çapa Social Phobia Scale for children and adolescents were applied. Groups were compared in terms of social phobia, self-esteem, anxiety, and depression levels.

**Results:** In this study, depression (11.89±6.24, 7.86±4.34 p=0.006), state anxiety (38.72±6.76, 33.68±5.99 p=0.004), trait anxiety (35.03±7.77, 30.17±4.97 p=0.006) and social phobia levels (61.44±14.16, 49.93±11.81 p=0.001) were significantly higher in children with TS or tic disorder compared to healthy ones. Self-esteem (49.93±11.81, 0.51±0.73 p=0.000) was found lower. Also, in this study, it was concluded that the higher tic severity was related to the higher state anxiety level (r=0.402 p=0.031) and the lower self-esteem levels (r=0.483 p=0.008).

**Conclusion:** Clinicians must be aware of depression, anxiety, social phobia, and self-esteem problems that may accompany TS or tic disorder and that these disorders may have negative consequences in more than one area.

**Keywords:** Tic disorders, Tourette syndrome, depression, anxiety, social phobia

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Uzm. Dr. Muhammet Emin Tan, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Kliniği, Kırşehir, Türkiye

Tel.: +90 555 693 91 12 E-posta: muhammetemintan@yahoo.com.tr ORCID: orcid.org/0000-0003-3938-1130

Geliş Tarihi/Received: 14.01.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 19.04.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



## Giriş

Tikler, sıklık ve yoğunluk açısından dalgalanmalar gösteren, genellikle nöbetler- ataklar halinde ortaya çıkan, ani, hızlı, ritmik olmayan, tekrarlayıcı, amacı olmayan hareket veya seslerdir. Tik bozuklukları genellikle çocukluk çağında başlayan motor ve/veya vokal tiklerin varlığı ile karakterize nörogelişimsel bozukluklardır.<sup>1</sup> Daha karmaşık bir durum olan Tourette sendromu (TS) ise, bir yıldan uzun süredir devam eden motor ve vokal tikler ile karakterizedir.<sup>2,3</sup> Tikler en sık 4-6 yaş civarında basit motor hareketler şeklinde, vokal tikler ise ortalama 1-2 yıl daha geç ve basit vokal tikler şeklinde başlar.<sup>4</sup> Çocukların %4-12'sinde gelişim dönemleri boyunca herhangi bir zaman diliminde basit tikler gözlenebilmektedir. Geçici tik bozukluğu için %5; kronik tik bozukluğu için %0,5-3; TS için de %1 prevalans oranları bildirilmiştir.<sup>5</sup> Erkeklerde kadınlardan 2-3 kat daha sık gözlenmektedir.<sup>6</sup> Genellikle soygeçmiş, öykü, klinik gözlem ve muayene tik bozuklukları tanısı için yeterlidir.<sup>7</sup> Klinisyenler ayırıcı tanıda diğer nörolojik ve tıbbi bozuklukları göz önünde bulundurmalıdır.<sup>8</sup> Tik bozukluklarında komorbid ruhsal bozukluklar sıktır. Tikler günlük hayat aktivitelerini bozarak sosyal izolasyon, kişiler arası ilişki sorunları, akran zorbalığı ve okula gidememe gibi birçok soruna yol açabilir. TS/tik bozukluğu olan çocukların daha sık akran zorbalığına maruz kaldığı; tik sıklığı, kompleksliği, şiddeti arttıkça zorbalığın da arttığı saptanmıştır.<sup>9,10</sup> Hastaların yaşadığı bu sosyal izolasyon, reddedilme, akran zorbalığı, damgalanma gibi psikososyal stresörler depresyon ve kaygı bozukluklarına yol açabilmektedir.<sup>10</sup> Bazen bu bozuklukta başvuru nedeni tik değil komorbid bozukluklara bağlı şikayetler olabilmektedir. Son yıllarda komorbidite oranları ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında %85,7 düzeylerine ulaşan oranlar bildirilirken, birden fazla komorbidite %57,7 oranındadır. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %50; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ise %54,3 oranında tik bozuklukları ile komorbidite gösterebilmektedir. Bu bozuklukların ardından duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranım bozuklukları, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları ve psikotik bozuklukların geldiği belirtilmiştir.<sup>11</sup> Bir başka çalışmada komorbidite oranı %63, birden fazla komorbidite oranı %32,8, OKB oranı %24,7 ve DEHB oranı ise %34,2 olarak tespit edilmiştir.<sup>12</sup> Eapen ve ark.'nın<sup>13</sup> yaptığı bir çalışmada anksiyete bozukluğunun TS'ye %41 oranında, depresyonun ise %17 oranında eşlik ettiğini göstermiştir. Modafferi ve ark.'nın<sup>14</sup> yaptığı çalışmada ise tik bozukluğu olan hastalarda anksiyete bozukluğu oranı %55,55, sosyal fobi oranı %33,33 ve depresyon oranı da %38,88 olarak gösterilmiştir. Ayrıca tik bozukluğu olan çocukların %33'ünde benlik saygısının düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir.<sup>14</sup>

Tik bozuklukları ve yüksek komorbidite durumları benlik saygısı, sosyal uyum, akademik ve iş performansında bozulmaya yol açabilir. Yapılan çalışmalarda tik bozukluğu olan çocuklarda benlik saygısının daha düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir. Ayrıca tik şiddetindeki artışın ve eşlik eden komorbiditelerin, DEHB, OKB ve depresyonun benlik saygısını olumsuz etkilediği

gösterilmiştir.<sup>15,16</sup> Tik bozukluğu olan çocuklarda benlik saygısını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışma 12 yaşından küçük olmak ve kız olmanın düşük benlik saygısına yol açtığını vurgulamıştır.<sup>17</sup>

Bu çalışmada kaygı bozuklukları, depresyon, sosyal fobinin tik bozukluğu ile birlikteliğini incelemek ve tik şiddeti ile aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Örneklem

Çalışma örneklemini, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 01.10.2018-01.04.2019 tarihleri arasında başvuran, 6-17 yaş arası olan, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5) tanı kriterlerine göre ilk kez TS veya tik bozukluğu tanısı alan 29 hastadan oluşmaktadır. Kontrol grubu polikliniğimize belirtilen tarihler arasında başvuran, ruhsal değerlendirme sonucunda herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmayan gönüllü 29 sağlıklı çocuktan oluşmaktadır.

Çalışmanın olgu ve kontrol grubunun dışlama kriterleri 1) DSM-5 tanı kriterlerine göre zihinsel yetersizlik, otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk tanılarından birini almış olmak, 2) tik bozukluğu nedeniyle daha önce tedavi almış veya alıyor olmak, 3) kronik tıbbi hastalığı olmak, 4) iletişimi engelleyecek konuşma/işitme/görme engelli gibi bir engelin olması, 5) depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyecek başka bir hastalık, akut travma öyküsü, akut psikososyal stresör olay vs. olması olarak belirlendi.

Hem katılımcılar hem de ebeveynleri bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul ettiler. Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (dosya no: 2018/306).

### Veri Toplama Araçları

#### Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu çocuğun yaşı, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim durumu, ebeveynlerin psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumu, çocuğun doğum zamanı, doğum şekli, doğum komplikasyonları, çocuğun primer bakıcısının kim olduğu, hastalığın semptomlarının neler olduğu, semptomların genel doğası, boy, kilo gibi klinik özellikler kaydedilmiştir.

#### Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Çocuklardaki depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Kovacs<sup>18</sup> tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Geliştirilmesinde Beck Depresyon Ölçeği temel alınmış olup, çocuğun okul durumu ve arkadaş ilişkileriyle ilgili maddeler de bulunmaktadır.<sup>18</sup>

Çocuklar için Depresyon Ölçeği 6-17 yaş arasındaki çocuklara okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. Yirmi yedi madde vardır ve her madde 0-2 arasında puanlanmaktadır. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. En yüksek puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilir.<sup>18,19</sup>

Ülkemizde Çocuklar İçin Depresyon Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy<sup>20</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, test-tekrar test güvenilirliği 0,80, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur.<sup>20</sup>

### **Çocuklar için Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri**

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçmek için Spielberger<sup>21</sup> tarafından geliştirilen, 20'şer madde içeren 2 ayrı ölçekten oluşan, kendini değerlendirme ölçeğidir.

Durumluk kaygı bölümünde çocuklardan o anda çocukların kendilerini nasıl hissettiklerinin değerlendirmeleri ile ilgili üç seçenekten birini işaretlemeleri istenir. Seçenekler 1, 2, 3 olarak puanlanır. Durumluk Kaygı ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir.

Sürekli Kaygı Ölçeği 20 maddeden oluşur ve çocuktan kendini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 60'tır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta<sup>22</sup> tarafından yapılmıştır.<sup>21</sup> Kuder-Richardson 20 formülü ile saptanan iç tutarlılık ve homojenlik katsayılarının ise Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,87 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,94 ile 0,96 arasında olduğu saptanmıştır. İngilizce formda bu güvenilirlik katsayıları Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,86 ile 0,92; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasındadır.<sup>23</sup>

### **Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği (YGTADÖ)**

Leckman ve ark.<sup>24</sup> tarafından geliştirilen YGTADÖ, yarı-yapılandırılmış görüşmeye dayalı bir çizelgedir.

YGTADÖ iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm hareket ve ses tiklerinin anatomi üzerindeki dağılımını belirlemede olup yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İkinci bölümde ise ilk bölümde bildirilen hareket ve vokal tiklerin sayısı, sıklığı, şiddeti, karmaşıklık ve engellenme eksenlerinde değerlendirilmeleri yapılmaktadır.

Çocuğun ve ebeveynin bildirimine dayalı olarak, çocukta bulunan hareket ve ses tikleri kaydedilir. Klinisyen, motor ve ses tiklerinin şiddetini sayı, sıklık, yoğunluk, karmaşıklık ve engelleme olmak üzere 5 ayrı boyutta değerlendirir. Bu derecelendirmedeki puanlar toplanarak hareket tikleri şiddet skoru (0-25), ses tikleri şiddet skoru (0-25) elde edilir. Beş gösterge puanı: toplam motor tik puanı, toplam ses tik puanı, toplam tik puanı, genel işlevsel bozulma derecelendirilmesi ve genel şiddet puanıdır. Genel işlevsel bozulma, 0: bozulma yok, 10-20: en az bozulma, 20-30: hafif şiddette bozulma, 30-40: orta şiddette bozulma, 40-50: belirgin bozulma, 50-: ağır bozulma şeklinde derecelendirilir.<sup>24</sup>

Türkiye örnekleme uygulaması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Zaimoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Zaimoğlu S, Rodopman Arman A, Sabuncuoğlu O. YGTADÖ'nün güvenilirlik çalışması. Sunum 5 Ulus Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi, Ankara. 1995).

### **Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeği**

Demir ve ark.<sup>25</sup> tarafından çocuk ve ergenlerin sosyal fobi düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş 25 maddelik likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek maddeleri sosyal fobiye yol açabilecek çeşitli durumları ve bunlara verilen tepkileri içermektedir. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 125 olup, ölçeğin belirlenmiş kesme puanı yoktur. Ölçekten alınan yüksek puanlar sosyal fobi belirtilerinin fazlalığına işaret etmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0,82, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur.<sup>25</sup>

### **Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 63 madde ve 12 alt gruptan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri için "çok doğru", "doğru", "yanlış" ve "çok yanlış" şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Çalışmamızda Benlik Saygısı Alt Ölçeği kullanılmıştır. Bu alt ölçekte 10 madde bulunmaktadır. Her maddedeki seçeneklerin farklı puanları bulunmaktadır: 1. C=0,17 D=0,34 2. C=0,16 D=0,33 3. A=0,17 B=0,33 4. C=0,25 D=0,50 5. C=0,25 D=0,50 6. C=0,50 D=17. C=0,50 D=18. A=1 B=0,50 9. A=0,50 B=0,25 10. A=0,50 B=0,25. Diğer seçeneklerin puan değeri 0'dır.

Puanlama sonucunda 0-1 benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise benlik saygısı düşük olarak değerlendirilmektedir. Sümer ve Güngör<sup>26</sup> ölçeğin cronbach alfa değerinin 0,85 olduğunu belirtmişlerdir.

### **İstatistiksel Analiz**

Verilerin her grupta normal dağılıma uygunluk durumu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan veriler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma, uymayan veriler için medyan ve yüzdelik değerleri verildi. Kategorik parametreler için sayı ve yüzde değerleri verildi. İki grup arasında farklılık olup olmadığının testinde normal dağılıma uyan gruplar için Student's t-testi, uymayan parametreler için ise Mann-Whitney U testi uygulandı. İki grup arasında farklılık için Varyans analizi kullanıldı. Kategorik parametreler arasındaki ilişkilerin analizinde ki-kare analizi uygulandı. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin analizinde ise korelasyon katsayısı hesaplandı.

### **Bulgular**

Çalışmaya 29 hasta, 29 kontrol olmak üzere toplam 58 olgu dahil edilmiştir. Hasta grubun %75,9'u erkek (n=22) iken kontrol grubunun %51,7'si (n=15) erkektir (p=0,050). Hasta grubunun yaş ortalaması 12,10+2,56 yıl iken, kontrol grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması 12,31+2,67 yıl idi (p=0,765) (Tablo 1).

Kontrol ve hasta grubundaki çocukların annelerinin çalışma durumları benzerdi (p=0,401). Hasta grubunda anne babanın %89,7'si birlikte yaşarken, kontrol grubunda bu oran %79,3'tü.

Anne babanın birlikte yaşama durumları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu ( $p=0,480$ ) (Tablo 1).

Çalışmada hasta grubunda yer alan çocukların %34,5'inde ( $n=10$ ) herhangi bir ek tanı varlığı gözlenmedi. En sık görülen ek tanı %37,9 ile DEHB idi. İkinci en sık görülen tanı %17,2 ile OKB idi (Tablo 2). Hasta grubunda yer alan çocukların 2. bir ek tanı varlığı %20,7 ( $n=26$ ) oranında idi (Tablo 3).

Hasta grubunda depresyon puanları (11,89+6,2 vs 7,86+4,34;  $p<0,05$ ), süreklilik anksiyete puanları (38,72+6,76 vs

33,68+5,99;  $p<0,05$ ) ve durumluk anksiyete puanları (35,03+7,77 vs 30,17+4,97;  $p<0,05$ ) kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 4).

Hasta grubunda Çapa sosyal fobi ölçek puanlarının kontrol grubu puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi (61,44+14,16 vs 49,93+11,81;  $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Yüksek puanların düşük benlik saygısını işaret ettiği Rosenberg benlik saygısı ölçek puanları ise, hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti (1,43+1,10 vs 0,51+0,73;  $p<0,05$ ) (Tablo 4).

Depresyon, sürekli anksiyete ve Çapa sosyal fobi ölçek puan şiddetinin, Yale total tik puanı ve Yale global şiddet puanı ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Durumluk anksiyete ölçeği ile Yale global şiddet puanı ( $r=0,402$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu anlaşıldı ( $p<0,05$ ). Durumluk anksiyete ölçek düzeyi ile Yale total tik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ) (Tablo 5).

Rosenberg benlik saygısı ölçeğinin; Yale total tik puan ( $r=0,405$ ) ve Yale global şiddet puan ölçekleri ( $r=0,483$ ) ile aralarında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

## Tartışma

Bu çalışmada TS/tik bozukluğu olan çocukların kaygı düzeyleri, depresif belirti düzeyleri, sosyal fobi düzeyleri ve benlik saygısı düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve tik şiddetinin belirtilen durumlarla ilişkisi araştırılmıştır.

Bu çalışmada TS/tik bozukluğunda komorbidite oranı %65,5 olarak bulunmuştur. Bu komorbiditelerden en sık DEHB %37,9 oranında, ikinci sıklıkta OKB ise %17,2 oranında görülmüştür. Birden fazla komorbidite oranı ise %20,7'dir. 2017 yılında yapılan bir çalışmada komorbidite oranı %63, birden fazla komorbidite oranı ise %32,8 bulunmuştur.<sup>12</sup> Çalışmamızda komorbidite oranları literatüre benzer iken birden fazla komorbidite oranı

**Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin gruplara göre dağılımı**

	Hasta (n=29) n (%)	Kontrol (n=29) n (%)	Toplam (n=58) n (%)	p*
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	22 (75,9)	15 (51,7)	37 (63,8)	0,050
Kız	7 (24,1)	14 (48,3)	21 (36,2)	
<b>Yaş (ort + ss)</b>	12,10+2,56	12,31+2,67	12,20+2,60	0,765
<b>Anne iş</b>				
Çalışıyor	21 (72,4)	18 (62,1)	39 (67,2)	0,401
Çalışmıyor	8 (27,6)	11 (37,9)	19 (32,8)	
<b>Ebeveyn medeni durumu</b>				
Birlikte	26 (89,7)	23 (79,3)	49 (84,5)	0,480
Boşanma	2 (6,9)	5 (17,2)	7 (12,1)	
Parçalanmış	1 (3,4)	1 (3,4)	2 (3,4)	

SS: Standart sapma, \*:  $p<0,05$

**Tablo 2. Ek tanı 1 varlığının gruplara göre dağılımı**

Ek hastalık 1 varlığı	Hasta (n=29) n (%)	Kontrol (n=29) n (%)	Toplam (n=58) n (%)
<b>Yok</b>	10 (34,5)	29 (100,0)	39 (67,2)
<b>DEHB</b>	11 (37,9)	0 (0,0)	11 (19,0)
<b>OKB</b>	5 (17,2)	0 (0,0)	5 (8,6)
<b>Depresyon</b>	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (1,7)
<b>Anksiyete boz.</b>	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (1,7)
<b>OSB</b>	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (1,7)

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, OSB: Otizm spektrum bozukluğu

**Tablo 3. Ek tanı 2 varlığının gruplara göre dağılımı**

Ek hastalık 2 varlığı	Hasta (n=29) n (%)	Kontrol (n=29) n (%)	Toplam (n=58) n (%)
<b>Yok</b>	23 (79,3)	29 (100,0)	52 (89,7)
<b>DEHB</b>	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (1,7)
<b>Anksiyete boz.</b>	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (3,4)
<b>Davranım boz.</b>	2 (6,9)	0 (0,0)	2 (3,4)
<b>Uyku boz.</b>	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (1,7)

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

**Tablo 4. Grupların ölçek puanlarına göre karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular**

Ölçümler	Hasta	Kontrol	t	p*
	Ort + ss	Ort + ss		
<b>Depresyon ölçeği</b>	11,89+6,24	7,86+4,34	2,856	0,006
<b>Sürekli Anksiyete ölçeği</b>	38,72+6,76	33,68+5,99	2,999	0,004
<b>Durumluk Anksiyete ölçeği</b>	35,03+7,77	30,17+4,97	2,838	0,006
<b>Çapa Sosyal Fobi ölçeği</b>	61,44+14,16	49,93+11,81	3,363	0,001
<b>Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği</b>	1,43+1,10	0,51+0,73	3,710	0,000

\*:  $p<0,05$ , SS: Standart sapma

**Tablo 5. Ölçekler arasındaki korelasyon bulgularına ait dağılım**

	Beck Depresyon ölçeği	Sürekli Anksiyete ölçeği	Durumluk Anksiyete ölçeği	Çapa Sosyal Fobi ölçeği	Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği	Yale total tik puanı	Yale global şiddet puanı
<b>Beck Depresyon ölçeği</b>	1						
<b>Sürekli Anksiyete ölçeği</b>	0,698**	1					
<b>Durumluk Anksiyete ölçeği</b>	0,493**	0,488**	1				
<b>Çapa Sosyal Fobi ölçeği</b>	0,683**	0,822**	0,572**	1			
<b>Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği</b>	0,724**	0,572**	0,386*	0,598**	1		
<b>Yale total tik puanı</b>	0,152	0,157	0,222	0,172	0,405*	1	
<b>Yale global şiddet puanı</b>	0,240	0,267	0,402*	0,321	0,483**	0,936**	1

\*: p<0,05, \*\*: p<0,01

literatürden daha düşük bulunmuştur. Fakat en sık komorbid bozukluklara bakıldığında literatürle benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır.<sup>11,27</sup> Birden fazla komorbidite oranının düşük olması; örneklemimizin küçük olması, hastaların polikliniğimize ilk defa başvurmuş olması nedeniyle daha çok başvuru şikayeti tik sorunlarına ilişkin öykü vermesi, bu sorunu daha önemli görmesi, eşlik eden ruhsal sorunlarını ifade etmemesi veya gizleme eğilimi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Rizzo ve ark.'nın<sup>28</sup> yaptığı bir çalışmada TS ile çocuklar için depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir. Fakat TS'ye DEHB veya OKB eşlik ettiği zaman depresyon puanlarının anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir. Bu artışa sebep olarak ek tanılarının hayat kalitesinin daha fazla düşürmesi gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise depresyonun TS hastalarında oldukça fazla gözlemlendiği, depresyonun tik şiddeti, DEHB, anksiyete, davranış sorunlarının varlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızdaki çocukların depresyon ölçek puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada komorbidite oranının da yüksek olduğu bilinmektedir. Depresyonun sadece tik bozukluğundan mı yoksa komorbiditelerin etkisinden mi kaynaklandığı bu çalışmada değerlendirilmemiştir. Ancak depresyon ölçek puanları ile tik şiddeti arasında ilişki gösterilememiş olması, tik şiddetinin depresyonu etkilemediğini göstermektedir. Başka bir çalışmada anksiyete düzeyleri ile tik şiddeti arasında ilişki gösterilememişken, depresif şikayetler ile ilişkilendirilmiştir.<sup>12</sup> Literatürde tik şiddetinin depresyon belirti düzeyini artırdığını bildiren yayınların yanı sıra herhangi bir etkisinin olmadığını vurgulayan yayınlar da vardır.<sup>29,30</sup> Bu konuda veriler tutarsız görünmektedir. TS veya tik bozukluğu olanlarda depresyona yol açan etkenlerin değerlendirilmesi için kapsamlı uzunlamasına çalışmalar faydalı olacaktır.

TS/tik bozukluğu hasta grubunda durumluk ve sürekli anksiyete puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalarda tik bozukluğu olanlarda anksiyete bozukluklarının sıklıkla görüldüğünü aralarında yakın bir ilişki olduğunu belirtilmiştir.<sup>29</sup>

Kimi çalışmalarda tik bozukluğu olan çocuklarda anksiyete şiddetinin sağlıklı çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da daha yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>31,32</sup> Coffey ve ark.<sup>33</sup> yaptıkları bir çalışmada tik şiddeti ile komorbidite ilişkisini araştırmış ve tik şiddeti ile majör depresif bozukluk ve sosyal fobi arasında ilişki saptanamazken anksiyete bozuklukları arasında anlamlı ilişki göstermişlerdir. Eaton ve ark.<sup>34</sup> yaptıkları çalışmada anksiyete düzeyi ile tik şiddeti arasında anlamlı ilişki göstermiş; fakat sosyal fobi düzeyleri ve depresif semptom düzeyleri ile tik şiddeti arasında anlamlı ilişki gösterememiştir. İçe yönelim sorunlarının, aylık anksiyetesinin yüksek düzeyde olduğu çocuklarda tik şiddetinin de daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ancak tiklerin başkaları tarafından görülmesinin duygusal faktörlerden daha fazla düzeyde tik şiddetini etkilediği vurgulanmıştır.<sup>34</sup>

Çalışmamızda süreklilik anksiyete ölçek puanları ile total tik puanı ve global şiddet puanı arasında bir ilişki saptanamazken, durumluk anksiyete ölçek puanları ile global şiddet puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki (p=0,031, r=0,402) saptanmıştır. Tik şiddetinin duruma bağlı tetiklenen anksiyete ile artış gösterdiği görülmektedir.

Hasta grubunda sosyal fobi ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gutierrez-Colina ve ark.<sup>35</sup> yaptıkları bir çalışmada TS olan çocuklarda sosyal fobi düzeyi yüksek bildirirken, Thibert ve ark.'nın<sup>36</sup> erişkin hastalarla yaptıkları bir çalışmada TS'nin tek başına sosyal fobi puanlarını yükseltmediği fakat TS'ye şiddetli OKB semptomları eşlik ettiğinde sosyal fobi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Son yapılan çalışmalar TS olan bireylerin sosyal durumları daha fazla tehdit olarak algıladıklarını, bu durumun tik şiddetinden ziyade sosyal kaygı ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.<sup>37</sup> Yaş arttıkça tik alevlenmelerinin daha fazla olduğu, bu durumun yaş arttıkça tik nedeniyle çocuğun daha çok sosyal sorunlarla karşılaşmasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir.<sup>38</sup> Çalışmamız sosyal fobi ölçek puanlarının tik bozukluğu olan çocuklarda daha yüksek olduğunu gösterirken, tik şiddeti ile sosyal fobi puanları arasında bir ilişki bu çalışmada gösterilememiştir. Bu durumun,

sosyal kaygının tikleri alevlendirdiği düşünüldüğünde, çocuğun ölçekleri kendi başına veya ebeveyn eşliğinde güvenilir bir ortamda doldurmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Tik bozukluğu olan çocuklarda benlik saygısı düzeyinin saptanması tedavi ve değerlendirme aşamasında önemlidir. Çünkü bu çocukların akran zorbalığına maruz kalabilecekleri, sosyal ilişki konusunda sorunlar yaşayabildikleri bilinmektedir.<sup>9,10</sup> İşlevselliği etkileyen bu durumlarda tik bozukluklarının psikofarmakolojik açıdan tedavi edilmesi gerekmektedir.<sup>39</sup> Stokes ve ark.<sup>40</sup> hem çocuklar hem aileleri hem de öğretmenleri ile görüşerek yaptıkları çalışmada TS olan çocuklarda ortalama düzeyde benlik saygıları olduğunu belirtmişlerdir. Fakat TS olan çocukların daha fazla sosyal problem yaşadıklarını ve daha fazla agresiflik gösterdiklerini belirtmişlerdir.<sup>34</sup> Yapılan çalışmalara bakıldığında benlik saygısı açısından fark bulmayan çalışmalarda bile tik bozukluğu olan çocukların sosyal iletişim açısından sorunlar yaşadığı belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda hasta grupta benlik saygısının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gösterilmiştir (p=0,000). Ayrıca tik şiddeti arttıkça benlik saygısı ölçek puanlarının arttığı (p=0,008, r=0,483), yani benlik saygısının azaldığı gösterilmiştir. Benlik saygısı ile tik şiddeti arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma benlik saygısının düzeyi ile tik şiddeti arasında anlamlı ilişki göstermemiştir. Daha çok benlik saygısını komorbid hastalıkların etkilediği belirtilmiştir.<sup>41,42</sup> Bu çalışmadaki farklılık tik şiddeti ve komorbiditenin benlik saygısına etkisinin ayrı ayrı değerlendirilmemiş olmasından kaynaklanabilir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Hasta sayısının az olması, yapılandırılmış bir görüşmenin uygulanmaması, zihinsel yetersizlik tanısının sadece klinik muayene ile konulması, belirti bazında ölçek puanlarının çalışmada esas alınması sayılabilir.

### Sonuç

Bu çalışmada TS/TB tanısı almış çocuklarda sağlıklı çocuklara kıyasla depresif belirtiler, anksiyete, ve sosyal fobi düzeyleri anlamlı olarak yüksek saptanmışken, benlik saygısının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Tik şiddeti yüksek olan grupta durumluk anksiyete düzeyinin yüksek olduğu, benlik saygısının ise düşük olduğu saptanmıştır. Tiklerin tedavi sürecinde tedavi kararı verirken tik şiddetinin, işlevselliğin değerlendirilmesinin ve eşlik eden komorbiditelerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

### Etik

**Etik Kurul Onayı:** Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (dosya no: 2018/306).

**Hasta Onayı:** Hem katılımcılar hem de ebeveynleri bilgilendirilmiş gönüllü onam formu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul ettiler.

**Hakem Değerlendirmesi:** Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

### Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: M.E.T., Konsept: F.T., Dizayn: F.T., Veri Toplama veya İşleme: M.E.T., Analiz veya Yorumlama: G.G.A., F.T., Literatür Arama: G.G.A., Yazan: M.E.T., G.G.A.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

### Kaynaklar

1. Yazgan Y, Bulut G. Tik Bozuklukları. In: Akay A, Ercan E, eds. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türk Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016:311-324.
2. Scahil L, Leckman J. Tic Disorders. Sadock B, Sadock V, eds. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:3228-3236.
3. Gorman DA, Thompson N, Plessen KJ, Robertson MM, Leckman JF, Peterson BS. Psychosocial outcome and psychiatric comorbidity in older adolescents with Tourette syndrome: Controlled study. Br J Psychiatry. 2010;197:36-44.
4. Cath DC, Hedderly T, Ludolph A. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders.Part I: assessment. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011;20:155-171.
5. Robertson MM. The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome. Part 1: The epidemiological and prevalence studies. J Psychosom Res. 2008;65:461-472.
6. Murphy TK, Lewin AB, Storch EA, Stock S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Eating Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52:1341-1359.
7. Semerci B. Tik Bozuklukları. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Aysev S, Taner Y, eds. İstanbul: Golden Print; 2007:603-613.
8. Shaw ZA, Coffey BJ. Tics and Tourette Syndrome. Psychiatr Clin North Am. 2014;37:269-286.
9. Zinner SH, Conelea CA, Glew GM, Woods DW, Budman CL. Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders. Child Psychiatry Hum Dev. 2012;43:124-136.
10. Rizzo R, Gulisano M, Martino D, Robertson MM. Gilles de la Tourette Syndrome, Depression, Depressive Illness, and Correlates in a Child and Adolescent Population. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2017;27:243-249.
11. Hirschtritt M, Lee P, Pauls L, Dion Y, Grados MA, Illmann C, King RA, Sandor P, McMahon WM, Lyon GJ, Cath DC, Kurlan R, Robertson MM, Osiacki L, Scharf JM, Mathews CA, Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. JAMA Psychiatry. 2015;72:325-333.
12. Groth C, Mol Debes N, Rask CU, Lange T, Skov L. Course of Tourette Syndrome and Comorbidities in a Large Prospective Clinical Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56:304-312.
13. Eapen V, Snedden C, Rudi Č, Pick A, Sachdev P. Tourette syndrome, co-morbidities and quality of life. Aust New Zeal J Psychiatry. 2015;50:82-93.
14. Modafferi S, Stornelli M, Chiarotti F, Cardona F, Bruni O. Sleep, anxiety and psychiatric symptoms in children with Tourette syndrome and tic disorders. Eur J Paediatr Neurol. 2016;20:696-703.
15. Hanks CE, Mcguire JF, Lewin AB, Storch EA, Murphy TK. Clinical Correlates and Mediators of Self-Concept in Youth with Chronic Tic Disorders. Child Psychiatry Hum Dev. 2015;47:64-74.
16. Schreck MC, Conelea CA. Improving Self-Esteem for Youth With Tourette Syndrome and Tic Disorders. In: McGuire JF, Murphy TK, Piacentini J, Storch EA, eds. The Clinician's Guide to Treatment and

- Management of Youth with Tourette Syndrome and Tic Disorders. Elsevier Inc.; 2018:123-138.
17. Hesapçoğlu ST, Tural MK, Kandil S. Quality of life and self-esteem in children with chronic tic disorder. *Turkish Arch Pediatr.* 2014;49:323-332.
  18. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatr.* 1981;46:305-315.
  19. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull.* 1985;21:995-998.
  20. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyat Derg.* 1991;2:132-136.
  21. Spielberger C. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Consult Psychol Press. 1983:4-26.
  22. Özusta Ş. Çocuklar için durumluk- sürekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikol Derg.* 1995;10:32-34.
  23. Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.; 2012.
  24. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ. The Yale Global Tic Severity Scale: Initial Testing of a Clinician-Rated Scale of Tic Severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1989;28:566-573.
  25. Demir, T, Eralp-Demir, D, Özmen, E, Uysal Ö. Çapa Çocuk ve İçin Sosyal Fobi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam.* 1999;12:23-30.
  26. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetistirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikol Derg.* 1999;14:35-58.
  27. Freeman RD, Fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor P. An international perspective on Tourette syndrome: Selected findings from 3500 individuals in 22 countries. *Dev Med Child Neurol.* 2000;42:436-447.
  28. Rizzo R, Gulisano M, Pellico A, Cali PV, Curatolo P. Tourette syndrome and comorbid conditions: A spectrum of different severities and complexities. *J Child Neurol.* 2014;29:1383-1389.
  29. Marwitz L, Pringsheim T. Clinical Utility of Screening for Anxiety and Depression in Children with Tourette Syndrome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27:15-21.
  30. Huisman-van Dijk HM, Matthijssen SJMA, Stockmann RTS, Fritz A V, Cath DC. Effects of comorbidity on Tourette's tic severity and quality of life. *Acta Neurol Scand.* 2019;140:390-398.
  31. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome. A phenomenological analysis. *Br J Psychiatry.* 1988;152:383-390.
  32. Rickards H, Robertson M. A controlled study of psychopathology and associated symptoms in Tourette syndrome. *World J Biol Psychiatry.* 2003;4:64-68.
  33. Coffey BJ, Biederman J, Smoller JW, Geller DA, Sarin P, Schwartz S, Kim GS. Anxiety disorders and tic severity in juveniles with Tourette's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:562-568.
  34. Eaton CK, Jones AM, Gutierrez-Colina AM, Ivey EK, Carlson O, Melville L, Kardon P, Blount RL. The Influence of Environmental Consequences and Internalizing Symptoms on Children's Tic Severity. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017;48:327-334.
  35. Gutierrez-Colina AM, Eaton CK, Lee JL, LaMotte J, Blount RL. Health-Related Quality of Life and Psychosocial Functioning in Children With Tourette Syndrome. *J Child Neurol.* 2015;30:326-332.
  36. Thibert AL, Day HI, Sandor P. Self-concept and self-consciousness in adults with Tourette syndrome. *Can J Psychiatry.* 1995;40:35-39.
  37. Pile V, Robinson S, Topor M, Hedderly T, Lau JYF. Attention bias for social threat in youth with tic disorders: Links with tic severity and social anxiety. *Child Neuropsychol.* 2019;25:394-409.
  38. Himle MB, Capriotti MR, Hayes LP, Ramanujam K, Scahill L, Sukhodolsky DG, Wilhelm S, Deckersbach T, Peterson AL, Specht MW, Walkup JT, Chang S, Piacentini J. Variables associated with tic exacerbation in children with chronic tic disorders. *Behav Modifs.* 2014;38:163-183.
  39. Stokes A, Bawden H, Camfield C, Camfield P, Salisbury S. Peer problems in children with Tourette's disorder or diabetes mellitus. *Sci Proc Annu Meet Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;39:663-668.
  40. Stokes A, Bawden HN, Camfield PR, Backman JE, Dooley JM. Peer problems in Tourette's disorder. *Pediatrics.* 1991;87:936-942.
  41. Silvestri PR, Baglioni V, Cardona F, Cavanna AE. Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: A systematic literature review. *Eur J Paediatr Neurol.* 2018;22:749-756.
  42. Weingarden H, Scahill L, Hoepfner S, Peterson AL, Woods DW, Walkup JT, Piacentini J, Wilhelm S. Self-esteem in adults with Tourette syndrome and chronic tic disorders: The roles of tic severity, treatment, and comorbidity. *Compr Psychiatry.* 2018;84:95-100.