

**T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tourette ve Kronik Tik Bozukluğu Görülen
Çocukların Aile Profilleri, Aile İçi Tutumların Tikler
Üzerindeki Etkisi**

**Nazlı Kızılyel
2501020095**

**Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Tefika Tunaboşlu İkiz**

İstanbul 2005

**T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tourette Ve Kronik Tik Bozukluğu Görülen
Çocukların Aile Profilleri Ve Aile İçi Tutumların
Tikler Üzerindeki Etkisi**

**Nazlı Kızılyel
2501020095**

İstanbul 2005

ÖZ

Araştırmanın amacı Tourette veya Kronik Tik Bozukluğu olan çocukların 1) aile dinamiklerini incelemek ve 2) bu dinamiklerin tik ağırlığı üzerindeki etkisini ölçmektir. TB veya KTB ile ilgili yapılmış olan çalışmalar, ağırlıklı olarak, bozuklukların genetik veya nörofizyolojik nedenleri üzerinde durmaktadır. Yapılan araştırmada ise TB veya KTB'nin psiko-sosyal etkenleri ele alınmıştır. Olumsuz aile içi tutumların ve annelerin kaygı durumuna olan yatkınlıklarının tik ağırlığı üzerindeki etkileri, toplam 38 katılımcı ve anneleri ile yapılan değerlendirmelerle incelenmiştir. 19 TB veya KTB'li çocuktan oluşan vaka grubu ile 19 sağlıklı çocuktan oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Vaka ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet dağılımı bakımından eşit özellikler sergilemektedir. Tik ağırlığı, Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirilirken annelerin kaygı seviyesi Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri ile belirlenmiştir. Aile içi tutumlar, Aile Yapısını Değerlendirme Aracı ile incelenmiştir. Annelerin kaygı durumuna yatkınlıkları bakımından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Ayrıca annelerdeki kaygı durumuna yatkınlık arttıkça tik ağırlığında artış gözlenmiştir. Yine vaka ve kontrol grubu arasında aile içi iletişim, yönetim, yetkinlik ve birlik özellikleri bakımından anlamlı farklar saptanmıştır. Aile içindeki işleyişin esnek olmaması (yönetim), aile içi problem çözme becerilerinin zayıf olması (yetkinlik) ve aile üyeleri arasındaki çelişkinin , tik ağırlığı üzerinde olumsuz etki yarattığı gözlemlenmiştir. Araştırma, TB ve KTB'nin psiko-sosyal etkenleri üzerinde yoğunlaşmış, elde edilen sonuçlar tartışma bölümünde değerlendirilmiştir.

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate the family dynamics of children with Tourette Disorder or Chronic Tic Disorder and their effect on tic severity. Studies of Tourette Disorder or Chronic Tic Disorder have usually focused on genetic and neurophysiologic aspects of these disorders. The current study focuses on the psycho-social aspects of TD or CTD, which are known to be effective on tic severity. The effects of unhealthy family environment and maternal relationship on tic severity were examined by 38 children. 19 TD or CTD participants and their mothers were compared with 19 matched healthy control participants and their mothers. Tic severity in children was evaluated by "Yale Global Tic Severity Scale", whereas mothers were asked to fill a self-report Spielberger anxiety rating scale ("Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanteri"). The family profiles were examined by "Aile Yapısını Değerlendirme Aracı". There was a significant difference between anxiety scores of the mothers of TD or CTD group and control group. A positive correlation between anxiety level and tic severity was also observed. A significant difference was found between TD or CTD and control groups' communication skills, sense of control, individual competence and cooperation within the family. A negative correlation between tic severity and sense of control, individual competence and a positive correlation between tic severity and contradiction within the family were observed. This study emphasizes the the effect of psycho-social factors on tic severity. The implications of the findings were also discussed.

ÖNSÖZ

Nöropsikiyatrik Hareket Bozuklukları sınıfında yer alan Tik Bozuklukları'nın etyolojisinde esasen nörofizyolojik etkenler yer almakta ve farmakolojik tedavi sağaltım sürecinin temelini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, tiklerin ağırlığı üzerinde etkileri olduğu savunulan psiko-sosyal etmenlerin incelenip terapötik müdahale ile minimuma indirgenmesinin kişinin yaşam kalitesini yükseltmesinde önemli bir yaklaşım olacağı fikri de desteklenmektedir. Bu tez çalışmasında, aile içi tutumların, Tourette ve Kronik Tik Bozuklukları görülen çocukların tik ağırlıkları üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Tez çalışmamın tüm aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, yakın ilgi ve desteklerini gördüğüm değerli hocalarım, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Tevfika Tunaboşlu İkiz'e ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. öğretim üyesi Doç. Dr. Levent Kayaalp'e içten teşekkürlerimi sunarım.

Değerli hocalarım İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji A.B.D. Başkanı Prof. Dr. Sibel Arkonaç ve Doç. Dr. Pınar Ünsal'a tez jürime katılarak verdikleri destek için ayrıca teşekkür ederim.

İ.Ü. Edebiyat Fakültesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Sevtap Cinan, Marmara Üniversitesi Psikiyatri A.B.D. öğretim üyeleri Doç. Dr. Sennur Zaimoğlu ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe Arman tez çalışmaları sırasında değişik konularda, benden yardımlarını esirgemediler. Kendilerine teşekkür ediyorum.

Uygulama süreci boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D. uzman, asistan, psikolog ve hemşirelerine, aileme ve özellikle babam Dr. Ali Balkır'a şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ/ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix

GİRİŞ.....	1
1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1 Tanım.....	3
1.2 Tanı Sistemleri.....	5
1.3 Ayırıcı Tanı.....	7
1.4 Tarihçe.....	7
2. EPİDEMİYOLOJİ.....	8
2.1 Prevalans ve Cinsiyet.....	8
2.2 Başlangıç Yaşı.....	8
3. KOMORBİDİTE.....	9
3.1 TB ve OKB.....	10
3.2 TB ve DEHB.....	11
3.3 TB ve Öğrenme Bozukluğu.....	12
3.4 TB ve Davranım Bozukluğu.....	12
3.5 TB ve Diğer Bozukluklar.....	13
4. ETYOLOJİ.....	13
5. ÇEVRESEL ETKENLER.....	13
6. TEŞHİS VE TEDAVİ.....	15
7. SONLANIM.....	18
8. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
8.1 Çalışma Grubu.....	19
8.2 Veri Toplama Araçları.....	20
8.2.1 Yale Genel Tik Ağırlığını Değerlendirme Ölçeği (YGTADÖ) (Leckman ve ark. 1989).....	20
8.2.2 Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) (Spielbilger ve ark. 1970).....	21
8.2.3 Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA). (Gülerce, 1990).....	22

8.2	Veri Analizi.....	22
9.	BULGULAR.....	24
9.1	Yaş ve Cinsiyet Verileri.....	24
9.2	Annelerin Eğitim Durumu Verileri.....	24
9.3	Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeğinden Elde Edilen Veriler.....	24
9.4	Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanterinden Elde Edilen Veriler.....	25
9.5	Aile Yapısını Değerlendirme Araçından elde Edilen Veriler.....	27
	TARTIŞMA VE SONUÇ.....	31
	TABLolar.....	38
	BİBLİYOGRAFYA.....	51
	EKLER.....	63

TABLÖLAR LİSTESİ

TABLO 1	: YAŞ VE CİNSİYET DAĞILIMI.....	38
TABLO 2	: ANNE EĞİTİM DAĞILIMI.....	38
TABLO 3	: YGTADÖ VE ALT ÖLÇEKLERİ PUANLARI DAĞILIMI.....	39
TABLO 4	: DSKE PUANLARI DAĞILIMI.....	40
TABLO 5	: KONTROL GRUBU.....	40
TABLO 6	: YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ.....	41
TABLO 7	: KIZ POPÜLASYON YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ.....	42
TABLO 8	: ERKEK POPÜLASYON YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ.....	42
TABLO 9	: 7-11 YAŞ POPÜLASYONU YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ.....	43
TABLO 10	: AYDA PUANLARI AĞILIMI.....	44
TABLO 11	: YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ.....	46
TABLO 12	: ERKEK POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ.....	47
TABLO 13	: KIZ POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ.....	48
TABLO 14	: 7-11 YAŞ POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ.....	49
TABLO 15	: 11-15 YAŞ POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ.....	50

KISALTMALAR

A.P.A.:	American Psychological Association
A.Y.D.A.:	Aile Yapısını Değerlendirme Aracı
D.E.H.B.:	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM III:	Diagnostic Statistical Manuel of Mental Disorders, üçüncü baskı
DSM III-R:	Diagnostic Statistical Manuel of Mental Disorders, gözden geçirilmiş üçüncü baskı
DSM IV:	Diagnostic Statistical Manuel of Mental Disorders, dördüncü baskı
D.S.K.E.:	Durumluluk Süreklilik kaygı Envanteri
D.K.Ö.:	Durumluluk Kaygı Ölçeği
G.T.B.:	Geçici Tik Bozukluğu
G.T.S.:	Gilles de la Tourette Sendromu
K.T.B.:	Kronik Tik Bozukluğu
K.M.T.B.:	Kronik Motor Tik Bozukluğu
K.V.T.B.:	Kronik Vokal Tik Bozukluğu
Maks.:	Maksimum değer
Min.:	Minimum değer
n.:	Popülasyon
O.K.B.:	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ort.:	Ortalama
P.Q.I.:	Performans I.Q. puanı
Sd.:	Standart Sapma
S.I.Q.:	Sözel I.Q. puanı
S.K.Ö.:	Süreklilik Kaygı Ölçeği
T.B. :	Tourette Bozukluğu
Y.G.T.A.D.Ö.:	Yale genel Tik Ağırlılığını Derecelendirme Ölçeği

GİRİŞ

TB çocukluk döneminde ortaya çıkan, motor ve vokal tiklerle karakterize, kronik bir nöropsikiyatrik bozukluktur (APA, 1994). Kronik Motor yada Vokal Bozukluğunda çoğul motor yada vokal tikler vardır ancak hastalık sırasında, zaman zaman bir arada bulunmayabilir (Leckman ve ark., 1992). Tanı kriterleri göz önünde bulundurulduğunda, TB ve KTB birbirlerine benzerlik göstermektedir. Tikler ve stereotipiler gibi diğer nörolojik hareket bozuklukları nöropsikiyatrik ve nöropsikolojik boyutları detaylı bir şekilde incelenen bozukluklar olmuşlardır (Leckman ve ark., 1987).

Tipik olarak, erken çocukluk döneminde (3 ve 8 yaş arası) başlayan KTB ve TB ile ilgili yapılan araştırmalar, genetik etkenlerin yanı sıra stres ve yorgunluk gibi çevresel etkenlerinde rol oynadığı ileri sürülmektedir (Leckman, 1998).

Çevresel etkenler, Tik Bozukluklarına olan genetik yatkınlığın ne derece kronik bir bozukluğa dönüşebileceğini belirlemektedir (Leckman ve ark., 1987). Tiklerin sıklığı ve şiddeti, yorgunluk veya stresle artış gösterebilmektedir (Leckman, 2002: 1579). Tik Bozukluklarını olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktörün ise uygunsuz aile ortamı olduğu ileri sürülmüştür (Leckman ve ark., 1987).

Bu bilgiler ışığında, araştırmanın amacı olumsuz aile içi koşulların ve annelerin kaygı durumuna olan yatkınlıklarının tikler üzerindeki etkilerini ölçmektir. Nitekim literatürde ailenin, çocuğunun gelişimine olduğu kadar çocukta oluşabilecek kronik bir hastalığın da gelişimine katkıda bulunabilecekleri ileri sürülmüştür (Ackerman, 1958: 197).

Annelerdeki kaygının kronik bir seyir izlemesi durumu ile çocuktaki kronik bozukluktan kaynaklanan kaygı durumu ayırt edilerek, annelerdeki kronik kaygı durumunun tikler üzerinde olumsuz etki yarattığı ileri sürülmektedir.

Bunun yanı sıra, aile bağlamında anne ve çocuğun ilişkisi ve aile içi dinamiklerin de tikler üzerinde etki sahibi olup olmadığı incelenecektir.

Bu araştırmada, TB ve KTB'nun tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanı sıra, tiklerin ağırlığı üzerinde etkileri olduğu savunulan psiko-sosyal etmenlerin incelenip terapötik müdahale ile minimuma indirgenmesinin kişinin yaşam kalitesini yükseltmesinde önemli bir yaklaşım olacağı fikrinin desteklenip desteklenmeyeceği araştırılacaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1 Tanım

DSM IV'te tik, birden ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan ve basma kalıp motor hareket yada ses çıkartma olarak tanımlanmıştır (APA, 1994: 63). Tiklerde zaman içinde artma yada azalma görülebilmektedir.

Basit tikler ani, hızlı, anlamsız ve tekrarlayıcıdır. Basit vokal tikler, hırıltı, boğaz temizleme, burun çekme, öksürük, havlar gibi çıkartılan sesler olarak ortaya çıkabilmektedir. Basit motor tikler, kısa, ani ve anlamsız kas hareketleridir. Şiddetli göz kırpma, burnunu kıvrma, dudak yalama, yüz buruşturma, ani kafa atımları gibi istemsiz motor hareketlerle kendini gösterebilmektedir.

Karmaşık tikler daha uzun sürelidir. Karmaşık vokal tiklere, koprolali (küfür, beddua gibi), ekolali (ses, ve sözcüklerin tekrarı), palilali (kendi çıkarttığı son hece veya kelimelerin taklidi) örnek gösterilebilir. Karmaşık motor tikler belirli bir amacı olan davranışlar gibi kendini gösterebilir. Örnek olarak omuz silkme, çömelleme, zıplama, el veya yüzün anlamlı hareketleri; şaşırılmış yada anlamamış gibi bakma, parmaklarla sayı sayarmış gibi yapma, ileri geri adımlar atma, ekopraksi (başkalarının hareketlerinin taklit edilmesi) veya paliknezi (özellikle hastanın kendisine zarar vereceği hareketlerin patolojik tekrarı) gösterilebilir (Leckman ve Cohen, 1994: 455), (Leckman, 1998: 14-15), (Öztürk, 2001: 577).

Tek tek ayırt edilemeyen, birçok tikin birbiriyle uyumlu olarak aynı anda yada art arda ortaya çıkmasına tik kalıbı denilmektedir. Tikler gün içinde ani ataklar olarak ortaya çıkabilir, haftalar yada aylar içinde birçok tik epizodu görülebilir. Stres ve yorgunlukla şiddetleri artabilir (Öztürk, 2001: 576), (Leckman, 2002: 1578-1579).

Tik bozuklukları başlıca 4 grupta ele alınmıştır (APA, 1994: 63-65), (Öztürk, 2001: 575):

1. Tourette Bozukluğu
2. Kronik Motor yada Vokal Tik Bozukluğu
3. Gelip Geçici Tik Bozukluğu
4. Başka Türölü Adlandırılmayan Tik Bozukluğu

- Tourette Bozukluğu ve Diğer Kronik Tik Bozuklukları-

DSM-IV'te, Gilles de la Tourette Sendromu, Tourette Bozukluğu olarak adlandırılmaktadır. TB çocukluk döneminde ortaya çıkan, motor ve vokal tiklerle karakterize, kronik nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Tanı ölçütlerine göre TB tanısı koyabilmek için gerekli koşullar, bir yıldan daha uzun dönem boyunca çoğul motor ve bir yada birden fazla vokal tikin birlikte birbirinden bağımsız bulunması, bu süre içinde tiklerin görülmediği dönem 3 aydan uzun olmamakla beraber 18 yaşımdan önce başlamasıdır (APA, 1994: 63-64), (Doğan ve ark., 1996: 88-89), (Lawden, 1986: 282-283). Kronik Motor yada Vokal Tik Bozukluğunda çoğul motor yada vokal tikler vardır ancak hastalık sırasında, zaman zaman bir arada bulunabilir. TB'de olduğu gibi önemli işlevsellik alanlarında çoğunlukla belirgin bir bozulmaya neden olmaz. TB diğer Kronik ve Geçici Tik Bozukluklarından, eşlik eden diğer davranış sorunları ile belirgin olarak farklılık gösterir (Leckman ve ark., 1992).

TB, tipik olarak, erken çocukluk döneminde (3 ve 8 yaş arası) göz kırpmaya gibi basit motor tiklerle başlar. Boğaz temizleme gibi vokal tikler, motor tikleri takiben bir kaç yıl içinde ortaya çıkar. Genellikle, 10 yaş ve sonrası, motor ve vokal tiklerin şiddetli artış gösterir. Motor ve vokal tikler, gün içinde ani ataklar olarak ortaya çıkmakla beraber, haftalar ya da aylar içinde şiddeti artabilir. Dakikalar ya da saatler içinde oluşabilen tik atakları gruplar halinde görülebilir. Bu atak grupları haftalar ya da aylar içerisinde episod şeklinde oluşabilir. Bu periyodik ve artımlı kombinasyon (**higher-order combinations**), TB'nin temel (**wax and wane**) özelliğidir ve zaman içinde çeşitli faktörlerin etkisiyle şiddetinde azalma yada çoğalma olabilir (Leckman,1998: 15-17), (Leckman, 2002: 1580). Hastaların %5'inde karmaşık motor tikler kendine zarar verici

yada daha karmaşık bir biçimde görülebilmektedir (Cohen ve Leckman, 1995: 6).

Vakaların %30'unda başlangıcı belirtisi olarak vokal tikler vardır. Ekolali, polilali ve kopolali gibi karmaşık vokal tikler daha az görülür. Bununla beraber karmaşık tikler olarak, konuşmanın tonunda, ritminde veya hızında ani dramatik değişikliklerde görülebilir (Barry ve Gorfinkel, 1990: 310-311), (Robertson, 1989).

GTB ise tekil yada çoğul motor tiklerin görülmesi ve başlangıç yaşının 18 yaşın altında olması bakımından TB ve KTB ile benzerlik göstermektedir. Ancak, GTB'nin tanı kriterleri, tiklerin en az dört hafta boyunca aralıksız ortaya çıkmaları ve 12 aydan daha kısa sürmeleriyle farklılık gösterir (APA, 1994: 64-65) . Yapılan bir araştırmada, dikkat gerektiren koşullar altında ve kaygı yaratan durumlarda tiklerde artış gözlemlendiği ve GTB'nin operant değişkenlerden etkilendiği ileri sürülmüştür (Carr ve ark., 1996).

Başka Türü Adlandırılmayan Tik Bozukluğu'nda, klinik tablo, herhangi bir Tik Bozukluğu kriterlerini karşılamamaktadır. Bu durumda, tikler, 4 haftadan kısa sürebilmekte veya 18 yaşından sonra başlayabilmektedir (APA, 1994: 65).

1.2 Tanı Sistemleri

TB ve Kronik Vokal yada Motor Tik Bozukluğu (KMVTB) DSM ve ICD tanı sistemlerinde Tik Bozuklukları başlığı altında yer almaktadır.

DSM III'te, Geçici Tik Bozukluğu (GTB), Kronik Motor Tik Bozukluğu (KMTB), Tourette Hastalığı, Atipik Tik Bozukluğu, Atipik Stereotipik Hareket Bozukluğundan oluşan alt gruplar, Stereotipik Hareket Bozuklukları ana başlığı altında toplanmıştır (İzmir, 1994), (APA, 1980).

DSM III-R'de ise TB, KTB (Kronik Tik Bozukluğu), GTB ve Başka türlü Adlandırılmayan Tik Bozukluğundan oluşan alt gruplar, Tik Bozuklukları ana başlığı altında toplanmıştır (APA, 1991).

Son olarak DSM-IV'te Tik Bozuklukları DSM-III-R ile benzer özellikler göstermektedir ve yine dört alt gruptan oluşmaktadır. DSM-IV'te, ek olarak, TB, KTB ve GTB başlangıç yaşının 18'in altına indirilmesi ve TB ve KTB'nin tiksiz geçen döneminin 3 aydan uzun süreli olmaması kriterleri eklenmiştir. Bununla beraber, DSM-IV'in çok eksenli değerlendirme sistemine göre, (Eksen V), bozukluğun, toplumsal, mesleki ve diğer işlevsellik alanlarında belirli bir bozulmaya yol aması gerektiğine ilişkin yeni bir tanı kriteri eklenmiştir (APA, 1994), (APA, 1995).

Tanı kriterleri göz önünde bulundurulduğunda, TB ve KTB birbirlerine benzerlik göstermektedir. Aralarındaki fark, TB'da bazen motor ya da vokal tiklerin birlikte bulunmasıdır (APA, 1994: 63-65). TB, KTB'nin daha ağır bir tablosu olarak ta düşünülebilir. Bununla beraber, TB ile KTB'nin ilişkisini açıklayan aile genetik çalışmaları literatürde yer almaktadır (Eapen ve ark., 1993), (Pauls ve Leckman, 1986). TB ve KTB grlen vakalarla yapılan bir çalışmada, vaka grubu ve kontrol grubu arasında pre- ve perinatal koşullar bakımından farklılık gözlemlenmesine rağmen TB ve KTB grupları birbirleriyle benzerlik göstermektedir. OKB, Anksiyete Bozuklukları, ADHD ve uyku problemleri gibi ortaya çıkabilecek eştanılı bozukluklar, TB'li grupta KTB'li gruba göre daha şiddetli bir tablo çizebilmektedir. Buradan yola çıkarak, TB'nin KTB'den daha ağır ve kompleks bir Tik Bozukluğu formu olduğu savunulmuştur (Saccomani ve ark., 2005).

1.3 Ayırıcı Tanı

Amfetamin entoksikasyonu, serebrovasküler bozukluklar, Wilson Hastalığı, Huntington koresi, Multipl Skleroz, şizofreni ve bazı organik

mental bozukluklarıda TB ve KTB'na benzer motor bozukluklar görülebilmemesine karşın tüm bozuklukların kendilerine özgü belirtileri olmakla beraber vokal tikler görülmemektedir (Öztürk, 2001: 576).

1.4 Tarihçe

TB, literatürdeki yerini 1825'te, Fransız nöroloğu Jean-Marc Itard tarafından Motor ve vokal tikleri olan Marquise de Dampierre vakası ile almıştır. Daha sonra Trousseau tarafından "Maladie des Tics" olarak adlandırılmıştır (Lees, 1986: 809-810).

1885'te Gilles de la Tourette Sendromu, Gilles de la Tourette'in başyardımcısı ve öğrencisi olan Charcot tarafından "Gilles de la Tourette Sendromu" olarak isimlendirilmiş ve tikler, koproali ve ekolali üçlüsü olarak tanımlanmıştır (Tourette, 1898). Gilles de la Tourette'in histeri ve hipnoz ile ilgili olan çalışmaları da literatürde yer almaktadır (Tourette, 1891).

Shapiro ve ark. ise Gilles de la Tourette Sendromu belirtilerini "impulsions" olarak tanımlamışlardır (Shapiro ve Shapiro, 1992: 154).

Leckman ve ark. GTS ve OKB'nin sıklıkla bir arada görülmesi nedeniyle, GTS'i, OKB ile birlikte görülen ya da görülmeyen olarak ayırmayı önermişlerdir (Sandor, 1993: 214-215).

TB uzun dönem az rastlanan ve zor tanımlanan bir bozukluk olarak kabul edilmiştir.

2. EPİDEMİYOLOJİ

2.1. Prevalans ve Cinsiyet

TB, tüm kültür ve toplumlarda görülebilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, TB'nin yaşam boyu yaygınlığının 4-5/10.000 olduğu belirtilse de bu oran %0.03-1.6 arasında değişebilmektedir. Erkeklerde ise kadınlara oranla 1.5-3 kat daha fazla görüldüğü açıklanmıştır.

Genel popülasyonda Tik Bozukluklarının daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Bununla ilgili belirtilen oranlar, erkeklerde %1-13 kadınlarda ise %1-11 dir (Leckman 2002: 1580-1583).

7-15 yaş arası 4479 çocuk arasında yapılan bir araştırmada, popülasyonun %0.06'sında TB, %0.8'inde KMTB, %0.5'inde KVTB, %4.8'inde ise GTB görüldüğü bildirilmiştir. Toplam olarak %6.6 çocukta şu anda yada son bir yılda Tik Bozuklukları gözlenmemiştir. Leckman ve Cohen'e göre okul çağı çocuklarının %1'inde TB görülmektedir. TB'nin, İngiltere'de 5-16 yaş arası çocukların 90.000'inden fazlasında teşhis edildiği bildirilmektedir(Leckman ve Cohen, 2001:600).

5-15 yaş arasındaki 3034 çocuk üzerine yapılan bir araştırmada TB'nin prevalansı 3.6/10.000 olarak belirtilmiştir(Apter ve ark., 1993: 734).

2.2. Başlangıç Yaşı

Ortalama 6-7 yaş grubu çocuklarda, TB basit tiklerle ortaya çıkmaktadır (Prestia, 2003: 66). Dördüncü ayda tiklerin görüldüğü bebeklik çağı başlangıçların da belirtildiği araştırmalarda vardır (Burd ve Kerbeshion, 1997). Bazı araştırmalarda ise 35 yaşından sonrada başlayan birkaç olgu bildirilmiş ve "Tourette Benzeri Bozukluk" olarak tanımlanmıştır (Coming ve Coming, 1985: 437).

Ancak sıklıkla vakaların %90'ında ilk belirtiler 10 yaşın altında görülmektedir (Leckman, 1998: 15), (Cohen ve Leckman, 1995: 3-4), (Erden ve Ceylar, 1990: 183-184).

3. KOMORBİDİTE

TB görülen vakalarda, tik belirtilerinin yanı sıra kişinin aile yaşantısında, akademik performansında veya sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olabilen bir takım davranışsal ve duygusal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Leckman, 2002). Bu belirtiler klinik tabloya eşlik eden belirtiler olmak yerine, TB ile eş tanıılı (komorbidite) olarak ortaya çıkabilen DEHB, OKB, Özgül Öğrenme Bozukluğu ya da Davranım Bozukluğu gibi tabloların belirtileri olabileceği ileri sürülmektedir (Öztürk, 2001: 575-578).

TB ile birlikte görülen bu sorunlar dürtüsel, engellenemeyen immatür davranışlar olabilir. TB'li çocukların bir kısmında, kendi yaşlarına uygun sosyal becerileri kazanmalarının 2-4 yıl geciktiği belirtilmiştir (Kurlan ve ark., 1987). Yapılan bir araştırmada, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında TB görülen grupta, davranışsal ve psikiyatrik problemlerin daha yaygın olduğu saptanmıştır (Termine ve ark., 2005).

Dokunma, vurma, sürtme gibi kompulsif davranışlar da TB ile birlikte görülebilir. Bu kompulsif belirtiler, daha erken yaşta başlamasıyla ve karakteristik motor ve vokal tik ataklarını takip etmesiyle klasik OKB'den ayrılırlar (Miguel ve ark., 1995: 247-248). Yapılan araştırmalarda adı TB ile en çok geçen bozukluklar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Obsesif Kompulsif Bozukluktur (OKB). Ancak TB'de ortaya çıkan klinik tablo ile DEHB ve OKB arasındaki sınır belirgin değildir. DEHB ve OKB'nin yanı sıra, birçok bozukluğun TB'ye eşlik ettiği ileri sürülmektedir. Bu diğer bozuklukların arasında Davranım Bozukluğu, Karşıt olma- karşıt gelme Bozukluğu, Otizm-Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Uyku Bozuklukları, Enurezis Noktürna, gece korkuları, Depresyon, Anksiyete yer alabilmektedir (Coming ve Coming, 1985), (Carter ve ark., 1994), (Gökler, 1995), (Holzer ve ark., 1994), (Jadresic, 1993), (Shapiro ve Shapiro, 1992). Bazı araştırmalarda da Öğrenme Bozukluğunun da TB spektrumuna eşlik edebileceği belirtilmiştir (Carter ve ark., 1994: 370-371).

Hafif tik belirtileri olan KTB vakalarında, eş tanıli (komorbit) olarak birlikte görülebilecek bozuklarının, tiklerin şiddetine paralel şiddette ortaya çıkabilecekleri savunulmuştur (Gökler, 1995: 38), (Caine ve ark., 1988).

3.1. TB ve OKB

Bir çok vakada, OKB'nin eş tanıli olarak TB ile birlikte görüldüğü ve aralarında güçlü bir ilişki olduğu bir çok araştırmada ileri sürülmüştür. Yapılan araştırmalarda OKB'nin TB ile birlikte görülme sıklığı %7-41.7, OKB belirtilerin görülme sıklığının ise %30-90 arasında değiştiği ileri sürülmektedir (Yüksel, 1994: 196-205). Aile genetik çalışmalarında, TB ve OKB'nin genetik nedenlerinin aynı olmasına karşın farklı klinik tablolarla ortaya çıkan bozukluklar olduğu ileri sürülmüştür (Pauls ve Leckman, 1986), (Pauls ve ark., 1986). Yapılan bir çalışmada, aynı genetik bozukluğun, erkeklerde TB, kızlarda OKB olarak ortaya çıkabildiği savunulmuştur. TB'ye eşlik eden OKB belirtilerinin, klasik OKB'ye göre daha erken yaşta ortaya çıktığı belirtilmiştir (Pauls ve ark., 1986). Yapılan bir araştırmada, TB'ye eşlik eden OKB belirtilerinin başlangıç yaşı 9 olarak belirtilirken, klasik OKB'nin başlangıç, yaşının 17 olduğu ileri sürülmüştür (Gökler, 1995: 36). Bununla beraber, farklı bir araştırmada, yaş olarak daha büyük TB'li vakalarda OK belirtilerinin şiddetinde ve sıklığında artış olduğu gözlemlenmiştir (Robertson, 1989).

Dokunma, vurma, sürme, ovma gibi kompulsif davranışlar, TB ile en sık görülenlerdir (Miguel ve ark., 1995: 251-252). Yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada sadece OKB'si olan ve OKB+TB olan ikinci grubun kompulsif davranışları incelenmiştir. İlk grupta, mikroplarla ilgili obsesyonlar ve bunlara paralel temizlik kompulsüyonları bildirilmiştir. Bu kompulsüyonların, suçluluk kaygı gibi düşüncelerle ortaya çıktığı belirtilmiştir. İkinci grupta ise, dürtüsel olarak ortaya çıkan şiddet, simetri ve cinsel obsesyonlarla; göz kırpması, dokunma ve kendine zarar verme kompulsüyonları gözlemlenmiştir (Price ve ark., 1985). Yapılan bir diğer çalışma ise TB+OKB vakalarının %81'inin, OKB vakalarının ise %23'ünün

kompulsyonlarının kendilerini iyi hissedene kadar sürdürdükleri ileri sürülmüştür (Leckman ve ark., 1994).

3.2. TB ve DEHB

Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular TB ve DEHB arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Tiklerin başlangıcından önce, vakalarda, davranış problemlerinin yanı sıra, dikkatte azalma, çabuk dağılma olduğu savunulmuştur. Ortaya çıkan bu klinik tabloyu önce motor tiklerin izlediği, daha sonra TB'li vakalarda vokal tiklerinde tabloya eşlik ettiği belirtilmiştir (Öztürk, 2001: 575-576).

Bir araştırmada, TB ve DEHB'nin birlikte görölme sıklığının %35-54 arası olduğu saptanmıştır. Daha ayrıntılı sonuçlara göre komorbidite oranları, TB+Dikkat Eksikliği Bozukluğu için %13-35, TB+Hiperaktivite için %67-73, TB ve DEHB için ise %36-73 olarak bildirilmiştir (Barabos ve Matthews, 1985: 74-75).

DEHB belirtilerinin tik şiddetine göre artış gösterildiği savunulmuştur (Cohen ve Leckman, 1995), (Nolan ve ark., 1996: 1628-1629). KTB'nin, TB,den daha hafif bir tablo olduğu göz önünde bulundurulduğunda, KTB olan vakalarda DEHB belirtilerinin daha hafif bir formda gözükteği, TB görölün vakalarında ise daha şiddetli bir formda gözükebileceği savunulabilir (Eapen ve ark., 1993), (Pauls ve Leckman, 1986).

Sosyal uyum açasından incelendiğinde, TB'ye eş tanılı olarak DEHB bulunan vakaların, yalnız TB tanısı almış vakalara göre daha zayıf sosyal uyum gösterdiği ileri sürülmüştür. Bu durum, TB+DEHB tanılı olanların akademik ve sosyal alanlarda daha fazla problem yaşamalarına neden olmaktadır (Strokes ve ark., 1991: 938-939).

3.3. TB ve Öğrenme Bozukluğu

Yapılan bir araştırmada, TB'li vakaların %47'sinde Öğrenme Bozukluğunun görüldüğü ve özel eğitime ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (Robertson, 1989), (Robertson ve Sterns, 1997). Önemli bir kısmında ise akademik performansın düşük olduğu belirtilmiştir. TB'li çocukların, WISC-R testleri sonuçlarına göre, sözel IQ ve performans IQ'ları arasında fark olduğu, SIQ'nun genelde PIQ'dan daha yüksek çıktığı ileri sürülmüştür (Spencer ve ark., 1995).

KTB olan veya TB'nin daha hafif formu gözlenen çocuklarda, Öğrenme Bozukluklarının, TB'li çocuklara göre daha hafif olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada TB'li, TB+OKB'li, TB+DEHB'li vakalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hafıza ile ilgili herhangi bir problem saptanmamakla beraber planlama, tertipleme, ardıllaştırma ve soyutlama gibi bilişsel yeteneklerde (**executive functioning**) belirgin farklar saptanmıştır (Channon, 2003: 252).

3.4. TB ve Davranım Bozukluğu

Önceden de belirtildiği gibi TB diğer Kronik ve Geçici Tik Bozukluklarından, eşlik eden diğer davranış problemleri ile belirgin olarak farklılık göstermektedir (Leckman ve ark. 1992). Tiklerin yanı sıra, Davranım Bozuklukları da, vakaların sosyal uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. TB ile gözlemlenen Davranım Bozuklukları arasında, kendine zarar verme, agresyon, öfke, şiddet, tepkisellik ilaç ve alkol bağımlılığı yer alabilmektedir. Bununla beraber, hayvanlara ve insanlara zarar verme, yalan söyleme, disiplin sorunları, uygunsuz cinsel davranışlar veya adli problemler de görülebilmektedir (Coming ve Coming, 1985).

Yapılan bir çalışmada ele alınan bir vakada kopolali ve eroin bağımlılığında, TB'nin neden olduğu dürtüsel, kompulsif davranışlara ve bağımlılığa olan eğilimin etkin olduğu ileri sürülmüştür (Berthier, 2003). Başka bir çalışmada, duygusal ve davranışsal problemlerin en çok TB'li vakalarda (%7.7), daha sonra KTB olan vakalarda (%4.72) en az ise GTB olan vakalarda (%0.37) görüldüğü savunulmuştur (Zhu ve ark., 2003: 365).

3.5. TB ve Diğer Bozukluklar

Bir çok araştırmada, TB ve Yaygın Gelişimsel Bozukluğun birlikte görülebileceği belirtilmiştir. Ancak ikisinin de birlikte görüldüğü vakalarda davranışların tik mi yoksa stereotiptik davranışlar mı olduğu tartışma konusu olarak kalmıştır (Kerbeshian ve ark., 1987). Başka bir çalışma, karşıt-olma, karşıt-gelme Bozukluğunun, TB ile en sık eş tanılı olarak görülen bozukluklardan biri olduğu ileri sürülmüştür (Grene ve ark., 2003). Uyku Bozuklukları da TB ile birlikte görülebilmektedir. Uyku Bozuklukları arasında ise somnambulizm (uykuda oturma veya yürüme benzeri davranışlar), uykuda konuşma, dış gıcırdatma tanımlanmaktadır (Arkonaç, 1999), (Kostaneca ve ark., 2003).

4. ETYOLOJİ

TB ve KTB'nun etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalar genetik etkenlerin, nörotransmitter sisteminin yanı sıra stres ve yorgunluk gibi çevresel etkenlerinde rol oynadığı ileri sürülmektedir.

5. ÇEVRESEL ETKENLER

TB ve KTB'nun etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalar genetik etkenlerin, nörotransmitter sisteminin yanı sıra stres ve yorgunluk gibi çevresel etkenlerinde rol oynadığı ileri sürülmektedir.

Genetik etkenlerin yanı sıra ikincil etkenler olarak olumsuz prenatal veya perinatal koşulların, Tik Bozuklukların oluşumunda rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (Cohen ve Leckman, 1995), (Leckman ve ark., 1997). Bununla beraber, çevresel etkenlerin de, tikler üzerinde önemli rol oynayabileceği savunulmaktadır (Singer, 2005). Çevresel etkenler, Tik Bozukluklarına olan genetik yatkınlığın ne derece kronik bir bozukluğa dönüşebileceğini belirlemektedir. Tiklerin sıklığı ve şiddeti, yorgunluk veya stresle artış gösterebilmektedir (Leckman, 2002: 1579).

Stres bağlantılı yaşam olaylarının semptomların şiddeti ve sağaltım süreci üzerindeki olumsuz etkileri sık görölmekle beraber, duygusal travma ve kaygı, tikleri olumsuz etkileyebilmektedir (Chappel ve ark., 1994). Tik Bozukluğu görölen okul çağı çocuklarda, yaşanan duygusal problemlerin ve kişiler arası ilişkilerdeki olumsuzlukların, hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilediği savunulmuştur (Wodrich, 1998).

Tikleri olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktörün ise uygunsuz aile ortamı olduğu ileri sürölmüştür (Leckman ve ark. 1987). Yapılan bir çalışmada, olumsuz kişiler arası ilişkilerin yanı sıra patalojik aile ortamının da semptomları hızlandıracağı ve yapılan vaka çalışmalarından aile içi dinamikleri açıklayan profillerin elde edilebileceği belirtilmiştir (Baker ve ark., 1983). Aile profilinin betimlenmesine yardımcı olmak adına, yapılan ikiz çalışmaları incelendiğinde, TB'nin monozigot ikizlerde konkordans oranı %53, diğer Tik Bozukluklarında ise bu oranın % 77 olduğu belirtilmiştir. Dizigot ikizlerde ise bu oran TB için %8, diğer Tik Bozukluklarında ise %23 olarak bildirilmiştir (Hyde ve Weinberger, 1995: 500), (Price ve ark., 1985: 818).

İkiz çalışmalarına paralel olarak, yapılan aile genetik çalışmalarında ortaya çıkan tabloda, TB görölen vakaların ailelerinde OKB'nin veya OKB'li hastaların ailelerinde ise TB'nin göröldüğu yüksek oranda gözlemlenmiştir (Pauls ve Leckman, 1986: 995-996). Diğer bir çalışmada OKB olan vakaların, birinci dereceden akrabalarında TB görölme oranı %7-13 olarak belirtilirken, TB olgularının birinci derece akrabalarında ise OKB görölme oranının anlamlı derecede yüksek olduğu savunulmuştur (Doğan ve ark. 1996), (Gökler, 1995: 38-39). Farklı bir çalışmada, TB'li çocukların, birinci derece akrabalarına TB, KTB ve OKB'nin yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir. İstatiksel verilere göre, TB'li vakaların birinci derece erkek akrabalarında TB'nin görölme sıklığı %18, KTB'nun %31 ve OKB'nin ise %7 olduğu; kadın akrabalarına ise bu oranın TB için %5, KTB için %9 ve OKB için ise %17'dir (Pauls ve ark., 1993). Yapılan diğer bir aile çalışmasında ise birinci derece akrabalar için bu oran, TB için %8.3, KTB için ise %16.3'tür (Pauls ve ark., 1991). Başka bir çalışma ise TB'li vakaların ailelerinde görölebilen diğer

psikiyatrik bozukluklar üzerinde durmuştur. Bulgulara göre DEHB'nin görülme oranı %%12.9, Affektif Bozuklukların %11.2, alkol ve ilaç bağımlılığının %17.2 diğer psikiyatrik bozuklukların ise %47.3 olarak belirtilmiştir (Doğan ve ark., 1996).

6. TEŞHİS VE TEDAVİ

Tik Bozukluklarının değerlendirilmesinde, hastalık öyküsü, aile hikayesi, klinik değerlendirme ve nörolojik muayene yer almaktadır (Scahill ve ark., 1993). Eş zamanlı Gelişimsel veya Mental Bozukluklar, kronik fiziksel hastalıklar, psikolojik ve nörolojik bozuklukların aile hikayesi, aile ve akranlarla olumsuz ilişkiler, düşük akademik performans ve önemli yaşam olayları, hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkileyebileceğinden dikkat edilmesi gereken diğer faktörlerdir (Öztürk, 2001: 577-578).

Tik Bozukluğu kronik bir tablo çizmekle beraber iyileşme dönemleride görülebilmektedir. Psikoterapötik, eğitici ve destekleyici görüşmeler ve nöropsikofarmakolojik tedaviler Tik Bozukluklarının tedavisinde yararlanılan başlıca yöntemler olmakla beraber nöropsikofarmakolojik tedavinin en etkin yöntem olduğu vurgulanmıştır.

Psikanalizin, bazı vakalarda, farmokolojik tedaviye destek amaçlı kullanıldığı belirtilmiştir.

Adetin tersine çevrilmesi (**Habit Reversal**), farkında olma eğitimini, olasılıkların idare edilmesini, gevşeme tedavisini, kendini yöneltme yöntemlerini birleştiren bir davranış tedavisi olmakla beraber Tik, tek düze davranış; Obsesif- kompulsif Bozukluklar gibi bozuklukların tedavisinde en çok kullanılan tedavi yöntemi olduğu ileri sürülmüştür. Yapılan bir araştırmada Habit Reversal'in TB bozukluğu olan vakalarda vokal tiklerin tedavisinde başarılı bir sonuç alındığı ve tedavi sırasında motor tiklerde herhangi bir artış olmadığı ileri sürülmüştür (Woods, 2003). Yine başka bir çalışma **Habit Reversal**'dan, destekleyici

psikoterapiye oranla TB görülen vakalarının tedavisinde daha başarılı sonuçlar elde edildiği belirtilmiştir (Wilhelm, 2003).

Karşılaştırmalı bir çalışmada, Relaksasyon Terapi (**Relaxation Therapy**) grubunda yer alan vakaların, tedavi sürecinin sonunda, tik bulgularında olumlu gelişmeler gözlenmiştir (Bergin ve ark., 1998).

Psikoterapötik müdahalelerin yanı sıra, vakaların öncelikle ailesi, okul ve sosyal çevresinin tikler hakkında bilgilendirilmesi, tiklerin belirgin olarak azalmasını sağlamakta ve akademik performansın, sosyal becerilerin de gelişmesini sağlamaktadır (Prestia, 2003).

Yapılan bir araştırmada, TB olan vakaların ebeveynlerinin, psikiyatrik bozukluklara ve tükenmişliğe karşı risk taşıdıkları savunulmuştur (Cooper ve ark., 2003).

Yapılan eğitici görüşmeler, özellikle çocuklarının tikleri inadına ve kasıtlı olarak yaptığına inanan aile ve öğretmenlerin çocukla ilgili negatif beklentileri olumlu yönde değiştirmek için yararlı olduğu belirtilmiştir (Prestia, 2003: 69).

Ailenin yanı sıra akranlarla da iletişim kurmak, TB görülen vakaların sosyal becerilerini ve benlik saygılarını olumlu yönde pekiştirmeleri açısından önemlidir. Bir çalışmada, tiklerin, akranlar tarafından olumsuz yönde algılanmalarının tiklerin şiddeti üzerinde olumsuz bir etki olduğu ileri sürülmüştür. Bozukluk hakkında eğitilen akranların tutumlarının eğitim almayanlara oranla daha pozitif olduğu belirtilmiştir (Doğan ve ark., 1996: 90).

Tikler, genellikle, erken ilkökul çağında fark edilmekle beraber, Tik Bozukluğu olan çocukların sınıf içinde kendilerine özgü akademik, sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçları olduğu bilinmektedir. Bu nedenle aile ve akranlar kadar öğretmenlerinde eğitilmesi, çocukların bu alanlarda da ihtiyaçlarının karşılanması ve Bozukluğun yarattığı engellenmenin minimuma indirilmesi açısından önemlidir.

Akademik performansı olumsuz yönde etkileyen bu güçlüklerle karşı, TB olan çocuğun kapasitesini daha verimli kullanabilmesi için bir takım önerilerde bulunulmuştur. Bunlar;

TB olan çocukların, sıklıkla ve belki en yoğun yaşadıkları diğer problematik alanların sosyal ve duygusal alanlar olduğu ve bu alanlarda da öğretmenlerin yapabileceği gerekli müdahalelerin, vakaların sosyal becerilerini ve benlik saygılarını olumlu yönde geliştireceği savunulmuştur. Tiklerin, okulda akranlar tarafından anlaşılması ve kabul görmemesi, TB görülen çocuklarda, utanç ve kaygıya neden olabilmekle beraber bu durum düşük benlik saygısı, kendine güvensizlik bazı durumlarda ise depresyon olasılıkları için risk teşkil etmektedir. Bunun önüne geçilmesi adına, akranların “arkadaşça” bir dille bozukluk hakkında bilgilendirilmesi önemlidir. Bunun dışında, TB olan çocukların, kendine olan güvenlerini geliştirmek adına başarılı olduğu alanları zaman zaman ön plana çıkarmanın ve olumlu davranışları sık sık ödüllendirmenin gelişimlerini olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmiştir.

Motor ve vokal tikler gün içinde bir takım özel fiziksel ihtiyaçlara neden olabilir. Örneğin vokal tikleri olan bir çocuğun boğaz kuruluşunu engellemek adına yanında su bulundurması veya motor tikleri olan bir çocuğun vücudunda, çarpma gibi nedenlerden bir hasar oluşmaması adına daha geniş bir alanda oturması sınıf içinde karşılaşılabilecek en basit problemlere çözüm olabileceği ileri sürülmüştür.

Öğretmenlerin sınıf içinde çocuğun her alandaki ihtiyaçlarına dikkat etmesinin, bu ihtiyaçların birbirlerinden etkilendikleri için gerekli ve önemli olduğu savunulmuştur (Prestia, 2003).

7. SONLANIM

Yapılan araştırmalar, erken yaşta başlayan bozukluğun seyrinin daha şiddetli olabileceği yönündedir. Ergenlik öncesi dönemde belirtiler artmakta ve tedaviye direnç gösterilebilmektedir. Bununla beraber %8 oranında tam iyileşme olduğu veya geç ergenlik yada erken yetişkinlik

çağında tiklerin sayısında ve şiddetinde azalma görülebileceği belirtilmiştir. Buna karşın, bozukluğun, yetişkinlik evresinde, hastaların işlevselliklerini önemli ölçüde etkileyebileceği dönemlerde olabilmektedir (Leckman ve ark., 1998), (Öztürk, 2001: 577).

8.

9. GEREÇ VE YÖNTEM

9.1 Çalışma Grubu

Araştırmaya, 19 TB veya KTB tanısı almış çocuk hasta grubu olarak, 19 sağlıklı çocuk ise kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Her iki gruptaki çocuklar 7-15 yaş aralığındadır. Örneklemin hasta grubu, arşiv yöntemi ile belirlenmiş olup, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine ve Göztepe SSK Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.'ye başvuran ve Kronik Tik veya Tourette Bozukluğu tanısı alan 19 çocuktan oluşmaktadır. Hasta grubu, polikliniğe yaptıkları başvuru sırasına göre seçilmiştir. Kontrol grubuna, hasta grubundaki çocukların sayısı, yaş ve cinsiyet dağılımına uygun olan profilde çocuklar dahil edilmiştir. Veri toplama araçları, her iki gruba da tek zamanlı, hasta grubuna ise tedaviye başlamadan önce uygulanmıştır.

Çalışmanın dışlayıcı ölçütleri; her iki grup için de, WISC-R değerlendirilmesinde toplam IQ puanının 70 ve altı olması. Vaka grubu için, Yaygın Gelişimsel Bozukluğun olması, kronik Tik veya TB'nin bir maddenin doğrudan etkisine (ör:Stimulanlar) ya da genel medikal bir duruma (ör:Huntington hastalığı) bağlı olması, Kronik Tik veya TB tanısı almış çocuk ve ergenlerin bu bozukluklara yönelik farmakolojik tedavi görmeleri. Kontrol grubu için ise, herhangi bir kronik bozukluk tanısı almış olması, kaygı puanlarında yanıltıcı bir etki yaratmaması bakımından, ailenin son 1 yıl içinde herhangi bir kayıp, boşanma veya okul değişimi gibi stresörlerle karşılaşmamış olmasıdır.

9.2 Veri Toplama Araçları

9.2.1 Yale Genel Tik Ağırılığını Değerlendirme Ölçeği (YGTADÖ) (Leckman ve ark.1989)

Kronik Hareket veya ses tikleri ve TB tanısı alan çocuk ve ergenlerin tik ağırlığını değerlendirmek için YGTADÖ kullanılmıştır. YGTADÖ iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm hareket ve ses tiklerinin, anatomi üzerindeki dağılımını belirlemekte olup yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İkinci bölümde ise ilk bölümde bildirilen hareket ve vokal tiklerin sayısı, sıklığı, şiddeti, karmaşıklık ve engellenme eksenlerinde değerlendirilmeleri yapılmaktadır. Bozulma derecesinin değerlendirildiği bölümde, hareket ve vokal tiklerin kişinin aile, arkadaş ilişkileri, okul performansı ve kendilik değeri üzerindeki etkileri derecelendirilmektedir. Sıklık ve Şiddet eksenlerinin biyolojik çalışmalarda önemli olabileceği savunulmuştur. YGTADÖ'nin içeriğinde bulunan tiklerin sayısı, sıklığı, şiddeti, karmaşıklığı ve engelleyiciliği maddelerinden hareket ve vokal tik puanları ayrı ayrı elde edilmektedir. Her bir alt ölçek puanı 0-5 aralığında olmakta ve hareket ve vokal tik puanları için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Buna göre, kişinin hareket tikleri toplam puanı en az 0 en fazla 25, vokal tikler toplam puanı en az 0 en fazla 25 olabilmektedir. işlevsellik düzeyinde bozulma puanı 0-50 puan aralığında olup, hareket ve vokal tik puanlarına etki etmeden toplam YGTADÖ puanına dahil edilmektedir. YGTADÖ toplam puan aralığı 0-100 arasındadır. İstatistiksel analizlerde, genel bozulma puanı ve YGTADÖ toplam puanı bağımlı değişkenler olarak dahil edilmiştir.

YGTADÖ, yapılan gözlemler ve ailelerden alınan bilgiler ışığında birebir görüşmeler sonucunda doldurulmuştur.

Ölçek, Marmara Üniversitesi Gelişim ve Nöropsikiyatri Birimi tarafından Türkçe'ye çevirilmiş, ölçeğin Türk örneğine uygulanmasını, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Zaimoğlu ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır.

9.2.2 Durumluluk–Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) (Spielberger ve ark. 1970)

DSKE Hasta ve kontrol grubunda olan çocukların annelerinin durumluluk kaygı düzeyleri ile annelerin kaygı yaşantısına olan yatkınlığını ayırt etmek, ölçmek ve sonuçları karşılaştırmak için kullanılacaktır. DSKE, kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme anketidir.

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Durumluluk kaygı ölçeği (Form TX-1), 20 maddeden oluşmaktadır ve bireyin belirli bir anda ve koşullara kendisini nasıl hissettiğini dikkate alarak cevaplaması gerekmektedir. Ölçeğin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, belirli yaşantıların şiddetine göre cevaplandırılır. (1) Hiç, (2) Biraz , (3) çok ve (4) Tamamıyla gibi.

Sürekli Kaygı ölçeğinde ise bireyini genelde kendisini nasıl hissettiği ile ilintili cevap vermesi gerekmektedir ve 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre cevaplandırılır. (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok Zaman ve (4) Hemen her zaman gibi..

Ölçekler 20'şer ifadeden oluştuğu için her ölçeğin puan aralığı 20-80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek kaygıyı ifade etmektedir.

Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri 1983 yılında, Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır.

9.2.3 Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA) (Gülerce,1990)

Araştırmada, aile içi tutumları belirlemek ve ölçmek amacıyla kullanılmış, anne ve çocuklara uygulanmıştır. AYDA'nın, birey, aile, iletişim, birlik, yönetim, yetkinlik, duygusal bağlam, çelişki doyum ve direnç puanları istatistiksel analize dahil edilmiştir. Tek bir maddeden, birey en fazla 5, en düşük 1 alabilmektedir. Birey puanı, tek bir aile bireyinin 36 maddeden aldığı puanların toplamıdır ve en fazla 180, en düşük 36 puan olabilmektedir. Aile puanı, anne ve çocuğun puan ortalamalarıdır ve aralığı birey puanı ile aynıdır. İletişim puanı, iletişimi ölçen maddelerin değerlendirilmesinden elde edilen puan olup 10-2 arasında değişebilmektedir. Hem anne ve çocuk için ayrı hesaplanmış hem de aileyi yansıtan toplam puanları (20-4) alınmıştır. Birlik puanı, ailede birliği ölçen maddelerin değerlendirilmesinden elde edilen puan olup 10-2 arasında değişebilmektedir. Hem anne ve çocuk için ayrı hesaplanmış hem de aileyi yansıtan toplam puanları (20-4) alınmıştır. Aynı sistem ailede yönetim ve yetkinlik alt ölçekleri için de geçerlidir. Çelişki puanı, bireylerin her bir maddeden aldıkları puanların farklarının toplamı olup en fazla 144 en düşük 0 olabilmektedir. Doyum ve değişime karşı direnç alt ölçeklerinde birey puanları 25-5 puan aralığında olabilmektedir. Yalnız burada toplam doyum ve direnç puanı için ortalama alındığından toplam puan aralığı yine 25-5 arasındadır.

AYDA bir öz-değerlendirme anketidir. Geçerlilik ve güvenilirliği Aydan Gülerce (1990) tarafından yapılmıştır.

8.3 Veri Analizi

İstatistiksel analizlerde SPSS 11 kullanılmıştır. Yapılan MANOVA testi sonucunda, vaka grubunda cinsiyet ve yaş alt grupları arasında tik puanları bakımından anlamlı bir fark çıkmadığı saptanmıştır. Levene testi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği saptandığından analizlerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Buna göre, vaka ve kontrol grubu arasındaki farklar saptanırken Mann-Whitney U testinden, korelatif ilişkiler incelenirken ise Spearman's Correlation'dan faydalanılmıştır.

9. BULGULAR

9.1. Yaş ve Cinsiyet Verileri

Çalışmaya, 7-15 yaş arası TB veya KTB tanısı almış 14 erkek (%73.7) ve 5 kız (%26.3) olmak üzere toplam 19 çocuk vaka grubu olarak dahil edildi. Kontrol grubu, yine 7-15 yaş arası 14 erkek (%73.7) ve 5 kız (%26.3) olmak üzere toplam 19 çocuktan oluşturuldu (bkz Tablo 1).

9.2. Annelerin Eğitim Durumu Verileri

Vaka ve kontrol grubunun annelerinin eğitim durumları Tablo 2’te verilmiştir. Buna göre, TB veya KTB tanısı alan çocukların annelerinin arasında hiç eğitim almayan yoktur. Grupta, ilkokul mezunu 4 kişi (%21.1), orta okul mezunu 7 kişi (%36.6), lise mezunu 7 kişi (%36.6) ve yüksek okul mezunu yalnızca 1 kişi (%5.3) bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise hiç eğitim almayan annelerin sayısı 2 (%10.5) ve ilkokul mezunu olanları ise 17 dir (%89.5). Her iki grubun, annelerin eğitim durumu bakımından, arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .01$).

9.3. Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeğinden Elde Edilen Veriler

Yapılan MANOVA sonucunda, vaka grubunda ($n=19$), Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği’nin alt testleri, Genel Bozulma ve toplam YGTADÖ puanlarında, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > .05$).

Yine, vaka grubunda ($n=19$), Yale Genel Tik Ağırlığını Derecelendirme Ölçeği’nin alt testleri, Genel Bozulma ve toplam YGTADÖ puanlarında, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > .05$).

Yapılan Levene Testi sonucunda da YGTADÖ puanları yaş ve cinsiyet bakımından normal dağılım göstermemektedir. Bu nedenle, sonuçlar parametrik olmayan testler ile değerlendirilmiştir.

Kontrol grubunda ise (n=19) 4 kişide basit vokal ve hareket tikleri gözlemlenmiş ve anneleri tarafından rapor edilmiştir (YGTADÖ puanları sırasıyla 8, 8, 8 ve 9 dur).

TB veya KTB tanısı almış çocuk popülasyonunda (n=19) tik puanlarının dağılımı, Genel Bozulma puanı için en düşük 10, en yüksek 40 (ort. 18.42, sd. 7,64); hareket tikleri toplam puanı için en düşük 9, en yüksek 19 (ort. 14, sd. 2.84); vokal tikler toplam puanı için en düşük 0, en yüksek 21 (ort. 6.89, sd. 6.31) ve son olarak YGTADÖ için en düşük 20, en yüksek 65 (ort. 39.32, sd. 13.14) olarak saptanmıştır (bkz. Tablo 3).

9.4. Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanterinden Elde Edilen Veriler

TB veya KTB tanısı almış çocuk popülasyonunda (n=19), Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanterinden elde edilen puanların dağılımı, Durumluluk Kaygı puanı için en düşük 22, en yüksek 54 (ort. 39.89, sd. 7.80); Sürekli Kaygı puanı için en düşük 27, en yüksek 49 (ort. 38.79, sd. 6.49); ortalama kaygı puanı için en düşük 24.5, en yüksek 50.5 (ort. 39.42, sd. 6.42) olarak saptanmıştır (bkz. Tablo 4).

Kontrol grubunda ise (n=19), Durumluluk Süreklilik Kaygı Envanterinden elde edilen puanların dağılımı, Durumluluk Kaygı puanı için en düşük 20, en yüksek 57 (ort. 29.63, sd. 11.18); Sürekli Kaygı puanı için en düşük 23, en yüksek 54 (ort. 30.42, sd. 9.97); ortalama kaygı puanı için en düşük 22.5, en yüksek 55.5 (ort. 30.03, sd. 10.10) olarak saptanmıştır (bkz. Tablo 5).

İki grup arasında, durumluluk kaygı puanları (Mann-Whitney 70,5), sürekli kaygı puanları (Mann-Whitney 65,5) ve ortalama kaygı

puanları(Mann-Whitney 72) bakımından anlamlı fark belirlenmiştir ($p < .01$).

Tüm popülasyon içerisinde ($n=38$), YGTADÖ puanı, Genel Bozulma puanı, Durumluluk kaygı puanı, Sürekli Kaygı puanı ve ortalama kaygı puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında elde edilen sonuçlar aşağıda belirtildiği gibidir (bkz. Tablo 6).

Durumluluk Kaygı puanı arttıkça YGTADÖ ($p < .05$) ve Genel Bozulma puanları ($p < .01$) artış göstermektedir.

Süreklilik Kaygı puanı arttıkça YGTADÖ ve Genel Bozulma puanları artış göstermektedir ($p < .01$).

Ortalama kaygı puanı arttıkça YGTADÖ ($p < .05$) ve Genel Bozulma puanları ($p < .01$) artış göstermektedir.

TB veya KTB tanısı almış çocuk popülasyonunun kendi içinde ($n=19$), tik ve kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p > .05$).

Sadece erkek çocuklarda ($n=28$), durumluluk kaygı puanları (Mann-Whitney 51), sürekli kaygı puanları (Mann-Whitney 50) ve ortalama kaygı puanları (Mann-Whitney 52) bakımından vaka ($n=14$) ve kontrol grubu ($n=14$) arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < .05$).

Yine aynı grupta, durumluluk kaygı puanları ile genel bozulma arasında ilişki gözlemlenmiştir ($p < .05$) (bkz Tablo 8).

Sadece kız çocuklarda ($n=10$), durumluluk kaygı puanları (Mann-Whitney 0,00, Wilcoxon 15), sürekli kaygı puanları (Mann-Whitney 0,0, Wilcoxon 15) ve ortalama kaygı puanları (Mann-Whitney 0,00, Wilcoxon 15) bakımından vaka ($n=5$) ve kontrol grubu ($n=5$) arasında, anlamlı fark saptanmıştır ($p < .01$).

Yine aynı grupta, kaygı puanları ile genel Bozulma ve YGTADÖ puanı arasında yüksek ilişki gözlemlenmiştir ($p < .01$) (bkz Tablo 7)

Sadece 7-11 yaş arası çocuklarda ($n=20$), durumluluk kaygı puanları (Mann-Whitney 18,73), sürekli kaygı puanları (Mann-Whitney 11,5) ve ortalama kaygı puanları (Mann-Whitney 17,5) bakımından vaka ($n=10$) ve kontrol grubu ($n=10$) arasında, anlamlı fark gözlemlenmiştir. ($p < .05$, Süreklilik Kaygı Puanı için $p < .01$).

Yine aynı grupta, kaygı puanları ile genel Bozulma ve YGTADÖ puanı arasında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir ($p < .05$, Süreklilik Kaygı Puanı için $p < .01$) (bkz. Tablo 9).

Sadece 11-15 yaş arası çocuklarda ($n=18$), vaka ve kontrol grubu arasında, durumluluk kaygı puanları (Mann-Whitney 18,5) ve ortalama kaygı puanları (Mann-Whitney 18) bakımından anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p < .05$). Ancak, Süreklilik Kaygı puanı (Mann-Whitney 19,5) bakımından vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > .05$).

Tüm kaygı puanları ($n=38$) ile Aile Yapısını Değerlendirme aracı (AYDA) alt ölçekleri arasında (anne birlik puanı, çocuk birlik puanı, toplam birlik puanı, anne yetkinlik puanı, anne duygusal bağlam puanı, çocuk duygusal bağlam puanı, toplam duygusal bağlam puanı, anne doyum puanı ve tüm direnç puanları hariç) arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < .05$).

9.5. Aile Yapısını Değerlendirme Aracından Elde Edilen Veriler

AYDA alt testleri puan dağılımı Tablo 10'de verilmiştir.

AYDA alt ölçekleri ve YGTADÖ arasındaki ilişki aşağıda belirtildiği gibidir ($n=38$).

Genel Bozulma puanı ile çocuk birey puanı, çelişki puanı ve çocuk doyum puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < .05$).

Genel Bozulma ile anne yönetim puanı, çocuk yönetim puanı, toplam yönetim puanı, çocuk iletişim puanı, toplam iletişim puanı çocuk yetkinlik puanı, toplam yetkinlik puanı, anne birlik puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < .01$).

YGTADÖ toplam puanı ile çocuk birey puanı, çelişki puanı ve çocuk doyum puanı ve anne birlik puanı ($p < .05$), anne yönetim puanı, çocuk yönetim puanı, toplam yönetim puanı, çocuk iletişim puanı, toplam iletişim puanı çocuk yetkinlik puanı, toplam yetkinlik puanı ($p < .01$) anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 11).

AYDA alt testlerinde, vaka ve kontrol grubu arasında, çocuk iletişim puanı (Mann-Whitney 76), toplam iletişim puanı (Mann-Whitney 71), tüm yönetim puanları (Mann-Whitney, anne 51, çocuk 18, toplam 7,5), çocuk yetkinlik puanı (Mann-Whitney 95) toplam yetkinlik puanı (Mann-Whitney 97) ($p < .01$) ve tüm birlik puanları (Mann-Whitney, anne 111,5, çocuk 109, toplam 113) ($p < .05$) bakımından anlamlı fark gözlenmiştir.

Sadece erkek popülasyon içinde, vaka ($n=14$) ve kontrol grubu ($n=14$) arasında çocuk iletişim puanı (Mann-Whitney 43), toplam iletişim puanı (Mann-Whitney 46,5), çelişki puanı (Mann-Whitney 54,16) ($p < .05$), çocuk yetkinlik puanı (Mann-Whitney 50,16), toplam yetkinlik puanı (Mann-Whitney 51,16) ($p < .01$), tüm yönetim puanları (Mann-Whitney, anne 31, çocuk 12, toplam 7,5) ($p < .001$) bakımından anlamlı fark saptanmıştır.

Yine aynı grup içerisinde ($n=28$), Genel Bozulma puanı ile çocuk yetkinlik puanı, toplam yetkinlik puanı ($p < .05$), anne yönetim puanı, çocuk yönetim puanı, toplam yönetim puanı, çocuk iletişim puanı, toplam iletişim puanı ($p < .01$) arasında anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir. YGTADÖ ile tüm yönetim puanları, çocuk iletişim puanı, toplam iletişim

puanı ($p < .01$), toplam yetkinlik puanı ve tüm birlik puanları ($p < .05$) ile anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (bkz. Tablo 12).

Sadece kız popülasyon içinde, vaka ($n=5$) ve kontrol grubu ($n=5$) arasında, toplam iletişim puanı (Mann-Whitney 1,5), anne yönetim puanı (Mann-Whitney 2,5), çocuk doyum puanı (Mann-Whitney 3) ($p < .05$) çocuk yönetim puanı (Mann-Whitney 0,00) ve toplam yönetim puanı (Mann-Whitney 0,00) ($p < .01$) bakımından anlamlı fark saptanmıştır.

Yine aynı grup içinde ($n=10$), Genel Bozulma puanı ile toplam iletişim puanı, çocuk yönetim puanı, toplam yönetim puanı ($p < .01$), çocuk birey puanı, çocuk iletişim puanı, çocuk doyum puanı, toplam doyum puanı ($p < .05$) arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. YGTADÖ toplam puanı ile çocuk birey puanı, çocuk yönetim puanı, toplam yönetim puanı, toplam iletişim puanı ($p < .01$) anne yönetim puanı, çocuk doyum puanı ve toplam doyum puanı ($p < .05$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (bkz. Tablo 13).

Sadece 7-11 yaş arası popülasyon içinde, vaka ($n=10$) ve kontrol ($n=10$) grubu arasında, çocuk iletişim puanı (Mann-Whitney 6,6), toplam iletişim puanı (Mann-Whitney 8,5), tüm yönetim puanları (Mann-Whitney anne 15, çocuk 2,5, toplam 0,5) ($p < .001$), çocuk yetkinlik puanı (Mann-Whitney 30) ve toplam yetkinlik puanı (Mann-Whitney 30) ($p < .05$) bakımından anlamlı fark saptanmıştır.

Yine aynı grup içinde ($n=20$), Genel Bozulma Puanı ile çocuk birey puanı, toplam doyum puanı, çocuk yetkinlik puanı, toplam yetkinlik puanı ($p < .05$), çocuk iletişim puanı, toplam iletişim puanı, tüm yönetim puanları ve çocuk doyum puanı ($p < .01$) arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. YGTADÖ çocuk birey puanı, anne iletişim puanı, toplam doyum puanı, çocuk yetkinlik puanı, toplam yetkinlik puanı ($p < .05$), çocuk iletişim puanı, toplam iletişim puanı, tüm yönetim puanları ve çocuk doyum puanı ($p < .01$) arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir (bkz. Tablo 14).

Sadece 11-15 yaş arası popülasyonda, vaka (n=9) ve kontrol (n=9) grubu arasında, tüm yönetim puanları (Mann-Whitney anne 10,5, çocuk 6, toplam 4) ($p < .01$), çocuk yetkinlik (Mann-Whitney 19,5) ve toplam yetkinlik puanları (Mann-Whitney 20) ($p < .05$) arasında anlamlı fark saptanmıştır.

Yine aynı grup içinde (n=18), Genel Bozulma puanı ile anne birlik puanı, çocuk yetkinlik puanı ($p < .05$), tüm yönetim puanları ($p < .01$) arasında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. YGTADÖ toplam puanı ile anne birlik puanı ($p < .05$), tüm yönetim puanları ($p < .01$) arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir (bkz. Tablo 15).

TARTIŞMA VE SONUÇ

DSM IV'te tik, birden ortaya çıkan, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan ve basma kalıp motor hareket yada ses çıkarma olarak tanımlanmıştır (APA, 1994: 63). TB çocukluk döneminde ortaya çıkan, motor ve vokal tiklerle karakterize, kronik bir nöropsikiyatrik bozukluktur (APA, 1994: 63), (Doğan ve ark., 1996: 88), (Lawden, 1986: 282). KTB'de ise çoğul motor yada vokal tikler vardır ancak TB'den farklı olarak hastalık sırasında zaman zaman bir arada bulunabilmektedir. Tanı kriterleri göz önünde bulundurulduğunda, TB ve KTB birbirlerine benzerlik göstermektedir. Bu görüşten yola çıkarak, TB, KTB'nin daha ağır bir tablosu olarak düşünülebilir. Bununla beraber TB ve KTB'nin ilişkisini açıklayan aile genetik çalışmaları literatürde yer almaktadır (Eapen ve ark., 1993), (Pauls ve Leckman, 1996). TB ve KTB'nin nöropsikiyatrik bozukluklar olarak tanımlanmalarının nedeni nörolojik bulgulara psikiyatrik semptomlarında eşlik etmesidir. Yinede, TB ve KTB'nin etyolojisi ile ilgili araştırmalarda genetik ve fizyolojik etkenlerin üzerinde yoğunlaşılsa da psiko-sosyal ve çevresel etkenlerinde tikler üzerindeki etkilerinin incelendiği çalışmalar sınırlı olsa literatürde yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda, çevresel etkenlerin, tik bozukluklarına olan genetik yada anatomik yatkınlığın ne derece kronik bir bozukluğa dönüşebileceğini belirleyebileceği vurgulanmıştır. Tiklerin ağırlık derecesi, yorgunluk ve stres ile artış gösterebildiği gibi uygunsuz aile ortamının da bu artışta etken olduğu belirtilmiştir (Leckman ve ark., 1987). Uygunsuz aile ortamı ve stresin tiklerin ağırlık derecesi üzerindeki etkilerini destekleyen bir diğer görüş ise eş zamanlı gelişimsel ve mental bozukluklar, kronik fiziksel hastalıklar, psikolojik ve nörolojik bozuklukların aile hikayesi, düşük akademik performans, ve önemli yaşam olaylarının yanı sıra aile ve akranlarla olumsuz ilişkilerinde hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkilediğidir (Öztürk, 2001: 575-578), (Leckman, 2002).

Y.G.T.A.D.Ö.'nün 76 vaka ile Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasındaki puan ortalamaları ile araştırmada saptanan puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Bahsedilen çalışmada, 76 vakanın sırasıyla hareket tikleri toplam puan ortalaması, ses tikleri toplam puan ortalaması, genel bozulma puan ortalaması ve Y.G.T.A.D.Ö. toplam puan

ortalaması 15.25, 9.80, 19.23, 43.84 iken araştırmada elde edilen ortalama puanlar yine sırasıyla 14, 6.9, 18.4 ve 39.3'tür.

Araştırmada, TB ve KTB'li vakaların annelerinin kaygı seviyeleri, kronik kaygı durumu ve çocuktaki kronik bozukluktan kaynaklanan kaygı durumu olarak ayrı ayrı ölçülmüştür. Annelerdeki kronik kaygı düzeyinin tikler üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Sergilenen özelliklerle birbirinden ayrılan iki çeşit kaygı, kullanılan ölçekte de belirtildiği gibi durumluk ve sürekli kaygı olarak literatürde yer almaktadır. bu görüş ilk kez Cattell ve Scheier'in faktör analizi çalışmalarıyla ortaya çıkmıştır. Daha sonra Spielberger ve ark.'larının geliştirdikleri iki faktörlü kaygı kuramının temelini oluşturmuştur (Öner ve Le Compte, 1983: 1-3). Bu kurama göre durumluluk kaygı bireyin içinde bulunduğu durumda huzursuz, endişeli ve karamsar olma halidir. Stres yaratan koşullar ortadan kalkınca, bireydeki huzursuzluk ve tedirginlik sonlanır ve durumluluk kaygı puanı düşer. Sürekli kaygı ise, genel olarak bireyin çevresinde olan pek çok şeyin, özünü tehdit edici olarak algılama eğilimi olarak belirtilmiştir. Bu eğilimin, çevresel koşullara bağlı olmadığı ileri sürülmüştür ve koşulların değişmesinin sürekli kaygı seviyesini etkilemediği belirtilmiştir.

Araştırmada, annelerdeki sürekli kaygı durumunun tiklerin ağırlığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. D.S.K.E. puanlarını dağılımına bakıldığında, vaka grubunun annelerindeki süreklilik kaygı puan ortalaması 38.8 iken kontrol grubunun annelerinde bu değer 30.4 olarak saptanmıştır. Vaka grubundaki annelerin kronik kaygı durumuna daha yatkın oldukları gözlemlenmiştir. Tüm popölasyonda, S.K.Ö. puanları ile Y.G.T.A.D.Ö. ve genel bozulma puanı arasında yapılan korelatif değerlendirmede görölmektedir ki, sürekli kaygı puanı yüksek olan annelerin çocuklarında tik puanlarının ve genel bozulma düzeyinin ($p < .01$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle kronik kaygı durumuna daha yatkın olan annelerin çocuklarında tik ağırlığının ve bozukluğun neden olduğu işlevsellik alanında bozulmanın daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Yapılan aile genetik çalışmalarında belirtildiği gibi, Tik Bozukluğu görülen çocukların ailelerinde ve birinci derece akrabalarında Tik, ve diğer Kaygı Bozukluklarının görülme olasılığı oldukça yüksektir. Örnek olarak, TB görülen vakaların ailelerinde OKB'nin veya OKB'li hastaların ailelerinde ise TB'nin görüldüğü yüksek oranda gözlemlenmiştir (Pauls ve Leckman, 1986: 995-996). Farklı bir çalışmada ise, Tik Bozukluğu görülen vakaların ailelerinde Affektif Bozuklukların görülme oranının %11.2 olduğu belirtilmiştir (Doğan ve ark., 1996). Araştırmadan elde edilen sonuçlarda, kronik kaygı durumuna daha yatkın olan annelerin çocuklarında Tik Bozukluğu daha ağır görülmekle beraber düşük yaşam kalitesi de gözlemlenmektedir. Bununla beraber, duygusal travma ve kaygı, tikleri olumsuz etkileyebilmektedir (Chappel ve ark., 1994). Kaygı durumuna yatkınlık genetik geçişli olabileceği gibi, kaygı durumunun tikler üzerinde doğrudan bir stresör olarak etki edebileceği de savunulabilir.

Aile içi dinamikleri değerlendirmek bakımından gerek vaka ve kontrol grubunu karşılaştırmak gerekse tüm popülasyonun aile içi dinamiklerinin tik ağırlık dereceleri üzerindeki etkisini ölçmek adına yapılan korelatif çalışmada çeşitli alt boyutları içeren Aile Yapısını Değerlendirme Aracı (AYDA) kullanılmıştır.

İletişim alt boyutu, aile içerisinde bireylerin kendilerini rahatça ifade edebilme davranışlarını, anlatılanla anlaşılanların tutarlılığı ile ifade edilmektedir (Nimkoff, 1965). Düşük puan alan bireylerin ailelerinde ortaya çıkan tabloda evde konuşulacak konulara sınır konulmakta, iletişim alanı daraltılmaktadır. Bu durum, iletişimde çatışmaktan kaçınma olarak da ifade edilebilir (Gülerce, 1990: 38). Kendini ifade edebilme, mesajların tutarlılığı, iletişim alanının daraltılmaması bakımından kontrol grubundaki çocukların ailelerinin algılama biçimi vaka grubuna göre daha olumludur. Genel popülasyon içerisinde, çocuklar tarafından algılanan iletişim kalitesi azaldıkça, bozuklukların neden olduğu işlevsellik düzeyinde bozulma artış göstermektedir.

Birlik alt boyutu ailede yakınlık, bütünlük, aile içi kişiler arası ve dış çevre ile olan sınırlar, bağımlılık ve bağılılıkla ifade edilir. Sağlıklı bir ailede ortaya çıkacak tabloda, ailenin dış dünyaya sınırları açık olmakla birlikte aile içinde birlik ve beraberliği tehdit edecek durum söz konusu olmamaktadır. Bu alt boyut döngüsel olarak ifade edilmektedir. Yani aşırı kopukluk kadar aşırı birliktelikte (bağılılık bağımlılığa dönüştüğünde) aileyi sağlıklı kılmaktadır (Gülerce, 1990: 38). Ailedeki birlik duygusunun algılanması bakımından kontrol grubunun çizdiği tablo vaka grubuna göre daha sağlıklıdır. Tüm popülasyonda, özellikle 11-15 yaş grubu çocuklarda görülen semptomların, annelerin birlik puanı düştükçe artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Erkek çocuklar alt grubunda ise tüm birlik puanları düştükçe tik ağırlığında artış olduğu belirlenmiştir.

Yönetim alt boyutu, aile içindeki karar alma, kontrol, disiplin, kurallar, roller ve işleyişin esnekliği ile ifade edilir. Diğer bir deyişle, aile içinde alınan kararlarda, her bir bireyin çıkarlarının gözetilmesi konusunda kaygıların olmaması, yönetimin eşitlikçi algılanması, kararların her bir bireyin katılımı ile alınması, yönetim alt boyutunun sağlıklı yürüdüğünü ifade etmektedir. Yönetimdeki aşırı esneklikte aşırı katılık kadar aile içi uyumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Gülerce, 1990: 39). Ailedeki yönetim biçiminin algılanması bakımından kontrol grubunun çizdiği tablo vaka grubuna göre farklılık göstermektedir. Kontrol grubundaki anne ve çocukların aile içi alınan kararlarda kaygılarının olmaması ve kararların eşitlikçi algılanması bakımından çizdikleri tablo vaka grubuna göre daha sağlıklıdır. Tüm popülasyon içerisinde, aile içinde bireyler tarafından algılanan yönetim biçiminden kaynaklanan kaygı düzeyi arttıkça tik ağırlığının ve bozukluğun neden olduğu işlevsellik düzeyinde bozulmanın arttığı gözlemlenmiştir. Tüm alt testler arasında, tik ağırlığı ve genel bozulma düzeyi ile en güçlü ilişki yönetim alt boyutunda saptanmıştır.

Yetkinlik alt boyutu, aile içi problem çözme becerilerini, yeterlilik ve amaçların gerçekleştirilmesini ifade eder. Ailedeki yetkinliğin arttıkça ailedeki uyumunda arttığı savunulmaktadır (Gülerce, 1990: 39). Kontrol grubundaki çocukların ailelerini problem çözme becerileri bakımından

algılaması vaka grubundakilere göre daha sağlıklı bir tablo çizmektedir. Tüm popülasyonda, çocuk tarafından algılanan aile içindeki uyum arttıkça tiklerin ağırlığı ve işlevsellikte bozulma düzeyi azalma göstermektedir.

Duygusal bağlam alt boyutu, aile ortamındaki duygusal (**intimate**) etkileşim, savunuculuk, aile ortamının destekleyici ve yapıcı olmasıyla ifade edilir. Bireylerin duygularını rahatça ifade edebilmeleri ve birbirlerini koşulsuz kabul edebilmeleri sağlıklı aile yapısını yansıtmaktadır (Gülerce, 1990: 39). Duygusal bağlam alt boyutu bakımından vaka ve kontrol grubu bakımından anlamlı fark gözlemlenmemiştir. Tüm popülasyonda, yaş ve cinsiyet alt gruplarında yapılan korelatif değerlendirmelerde duygusal bağlam ve tik ağırlığı, genel bozulma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buradan yola çıkarak her iki grupta da duygusal paylaşımın eşit olduğu görüşüne varılmaktadır.

Ailede doyum alt boyutu, bireylerin kişisel sınırlara ve bireysel olarak geçirmek istedikleri zamana karşı ne kadar saygı gösterdikleri ile ifade edilir (Gülerce, 1990: 131). Tüm popülasyonda, doyum puanı ile genel bozulma puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ebeveynler çocuklarının bireysel geçirmek istedikler zamana karşı müdahaleci bir tutum sergilediklerinde çocukların işlevsellik düzeyinde bozulma gözlemlenmektedir. Tüm popülasyon incelendiğinde, özellikle 7-11 yaş ve kız popülasyon alt gruplarında bu ilişki hem genel bozulma düzeyi hem de tik ağırlığı ile anlamlı çıkmıştır.

Ailede direnç alt boyutu, ailenin başkalarından gelen eleştiri yada önerilere ne kadar açık olduğu, aile içinden gelen eleştirilerin ne kadar tolere edildiği ile ifade edilir. Ailenin bir bütün olarak değişime karşı direncinin yüksek olarak algılanması, katı davranış kalıplarının bulunması sağlıklı bir yapıyı ifade etmektedir (Gülerce, 1990: 131)(Haley, 1973). Ailede direnç alt boyutu bakımından kontrol ve vaka grubu arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Yapılan korelatif değerlendirmede tüm popülasyon, yaş ve cinsiyet alt grubu içerisinde

ailede direnç alt boyutu ve tik ağırlığı, genel bozulma düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çelişki alt boyutu ise bireylerin arasında diğer tüm alt boyutları algılamadaki farklılığı ifade eder. Yüksek çelişki, tüm alt boyutlarda bireylerin algılama biçimleri arasındaki uyumsuzluğu ifade ettiği savunulabilir. Tüm popülasyonda, ailedeki algılanan çelişki oranı arttıkça tik ağırlığının ve işlevsellikte bozulma düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir.

Genel profil incelendiğinde ise tüm popülasyonda, çocuk tarafından algılanan aile içi olumsuz tutumlar arttıkça işlevsellik düzeyinde bozulmanın ve tik ağırlıklarının arttığı gözlemlenmiştir.

Aile içinde algılanan iletişim kalitesi, yönetim biçimi ve çelişki oranı annelerin her iki tür kaygı seviyesi ile etkileşim içindedir. Bu noktadan yola çıkarak kaygı seviyesi ile etkileşim içerisinde olan aile içi dinamiklerin, çocuklardaki tik ağırlık derecesine ve işlevsellikte bozulma oranlarına yansıdığı da savunulabilir.

Bir çok araştırmada, tiklerin sosyal ve duygusal nedenlerden etkilendiği savunulmuştur (Leckman, 2004). Yapılan epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilerde, problemsiz çocukluk döneminin ve uygun farmakolojik tedavinin sağaltım sürecinde olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Leckman, 2002). Bir anket çalışmasında, hafif tik gözlemlenen hastaların %73'ü, aileleri tarafından kabullenmelerinin ve gösterilen anlayışın çok önemli olduğunu vurgulamışlardır (Wang ve Kuo, 2003). Patolojik aile ortamının semptomları hızlandıracağı ve yapılan vaka çalışmalarından aile içi dinamikleri açıklayan profillerin elde edilebileceği belirtilmiştir (Baker ev ark., 1983).

Araştırmada, Tourette Bozukluğu ve Kronik Tik Bozukluğu psiko-sosyal yönden incelenmiş, TB ve KTB tanısı alan çocukların tik ağırlıkları ile aile profilleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Olumsuz aile içi koşullar, TB ve KTB'nin etyolojisinde yer almakla beraber literatür, araştırmada elde edilen bulguları desteklemektedir. Ancak, psiko-sosyal nedenlerin

daha önce yapılan çalışmalarda ayrıntılı bir şekilde irdelenmemiş olması elde edilen bulguların daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmasını sınırlandırmaktadır. Bu nedenle, bu alanda yapılacak ve ortaya çıkan profilin dinamiklerini açıklayacak çalışmalar, gerek TB ve KTB tanısı alan çocuk ve ergenlerin gerekse ailelerinin, yaşam kalitelerini yükseltmesi bakımından terapötik sağaltım süreçlerine ışık tutacaktır.

TABLolar

TABLO 1

YAŞ VE CİNSİYET DAĞILIMI

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		Toplam
	7-11	11-15	7-11	11-15	
Kız	4	1	4	1	10
Erkek	6	8	6	8	28
Toplam	10	9	10	9	38

TABLO 2

ANNE EĞİTİM DAĞILIMI

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		Toplam
	n	%	n	%	
Eğitimsiz	-	-	2	%10.5	2
İlk okul	4	%21.1	17	%89.5	21
Orta okul	7	%36.8	-	-	7
Lise	7	%36.8	-	-	7
Yüksekokul	1	%5.3	-	-	1
Toplam	19	%100	19	%100	19

TABLO 3

YGTADÖ VE ALT ÖLÇEKLERİ PUANLARI DAĞILIMI

	n	Min.	Maks.	Ort.	Sd.
Genel Bozulma*	19	10	40	18.4	7.64

Durumluluk Kaygı*	19	22	54	39.9	7.80
Sürekli Kaygı*	19	27	49	38.8	6.49
Ortalama Kaygı*	19	24.5	50.5	39.2	6.42

*puan değerleri

*n=19

TABLO 5

KONTROL GRUBU

	n	Min.	Maks.	Ort.	Sd.
Durumluluk Kaygı*	19	20	57	29.6	11.18
Sürekli Kaygı*	19	23	54	30.4	9.97
Ortalama Kaygı*	19	22.5	55.5	30	10.10

*puan değerleri

*n=19

TABLO 6

YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Durumluluk Kaygı		

Spearman's rho	.398*	.511**
p	.013	.001
Sürekli Kaygı		
Spearman's rho	.416**	.510**
p	.009	.001
Ortalama Kaygı		
Spearman's rho	.376*	.492**
p	.20	.002

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=38

TABLO 7

KIZ POPÜLASYON YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Durumluluk Kaygı		
Spearman's rho	.844**	.898**
Sürekli Kaygı		
Spearman's rho	.937**	.883**
Ortalama Kaygı		
Spearman's rho	.850**	.875**

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı
n=10

TABLO 8

ERKEK POPÜLASYON YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Durumluluk Kaygı		
Spearman's rho		.347*

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı
n=28

TABLO 9

**7-11 YAŞ POPÜLASYONU YGTADÖ VE DSKÖ KORELASYON
VERİLERİ**

	<u>YGTADÖ Puanı</u>	<u>Genel Bozulma Puanı</u>
Durumluluk Kaygı		
Spearman's rho	.369*	.540*
Sürekli Kaygı		
Spearman's rho	.575**	.649**
Ortalama Kaygı		
Spearman's rho	.419*	.551*

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=20

TABLO 10

AYDA PUANLARI DAĞILIMI

	Minimu m	Maksimum	Ort.	Sd.
AYDA anne birey puanı	94	165	142.2	16.40
AYDA çocuk birey puanı	85	157	138	18.70
AYDA aile Puanı	94	157	140.1	17.00
AYDA anne iletişim puanı	2	10	9.2	1.83
AYDA çocuk iletişim puanı	2	10	8.5	2.30
AYDA toplam iletişim puanı	4	20	17.7	3.86
AYDA anne birlik puanı	2	10	6,4	1.65
AYDA çocuk birlik puanı	2	10	6.7	1.54
AYDA toplam birlik puanı	4	18	13.1	20.84
AYDA anne yönetim puanı	7	10	9.1	1.19
AYDA çocuk yönetim puanı	5	10	8.8	1.37
AYDA toplam yönetim puanı	13	20	18	2.18
AYDA anne yetkinlik puanı	5	10	9.7	1.02
AYDA çocuk yetkinlik puanı	4	10	9.2	1.55
AYDA toplam yetkinlik puanı	10	20	1.9	2.33
AYDA anne duygusal baglam puanı	5	10	7,1	1,26
AYDA çocuk duygusal baglam puanı	3	10	7.3	1.46
AYDA toplam duygusal baglam puanı	10	18	14.5	2.06
AYDA celiski puanı	0	34	6.2	8.13
AYDA anne doyum puanı	16	25	21.2	1.75

AYDA çocuk doyum puanı	10	25	21.1	3.22
AYDA ortalama doyum puanı	140	23.5	21.2	2.17
AYDA anne direnc puanı	9	19	15.2	3.33
AYDA çocuk direnc puanı	6	21	15	3.64
AYDA ortalama direnc puanı	8.5	20	15.1	3.21
n=38				

TABLO 11

YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Çocuk Birey Puanı		
Spearman's rho	-.387*	-.367*
Çocuk İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.503**	-.584**
Toplam İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.547**	-.573**
Anne Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.651**	-.644**
Çocuk Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.708**	-.799**
Toplam Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.753**	-.810**
Çocuk Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho	-.471**	-.527**
Toplam Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho	-.465**	-.511**
Çelişki Puanı		
Spearman's rho	.331*	.388*
Çocuk Doyum Puanı		
Spearman's rho	-.330*	-.329*
Anne Birlik Puanı		
Spearman's rho	-.398*	-.511**

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=38

TABLO 12**ERKEK POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ**

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Çocuk İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.484**	-.550**
Toplam İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.492**	-.519**
Anne Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.649**	-.679**
Çocuk Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.655**	-.781**
Toplam Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.718**	-.816**
Çocuk Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho	-.454**	-.561*
Toplam Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho	-.452*	-.549*
Anne Birlik Puanı		
Spearman's rho	.386*	
Çocuk Birlik Puanı		
Spearman's rho	.450*	
Toplam Birlik Puanı		
Spearman's rho	.427*	

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=28

TABLO 13

KIZ POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Çocuk Birey Puanı		
Spearman's rho	-.768**	-.693*
Çocuk İletişim Puanı		
Spearman's rho		-.681*
Toplam İletişim Puanı		
Spearman's rho	.729**	-.763**
Anne Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.658*	
Çocuk Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.873**	-.901**
Toplam Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.806**	-.755**
Çocuk Doyum Puanı		
Spearman's rho	-.742*	-.701*
Toplam Doyum Puanı		
Spearman's rho	-.740*	-.679*

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=10

TABLO 14

7-11 YAŞ POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Çocuk Birey Puanı		
Spearman's rho	-.477*	-.495*
Anne İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.476*	
Çocuk İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.781**	-.812**
Toplam İletişim Puanı		
Spearman's rho	-.776**	-.766**
Anne Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.692**	-.661**
Çocuk Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.795**	-.877**
Toplam Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.824**	-.861**
Çocuk Doyum Puanı		
Spearman's rho	-.577**	-.557**
Toplam Doyum Puanı		
Spearman's rho	-.515*	-.485*
Çocuk Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho	-.485*	-.561*
Toplam Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho	-.490*	-.561*

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=20

TABLO 15

11-15 YAŞ POPÜLASYON YGTADÖ VE AYDA KORELASYON VERİLERİ

	YGTADÖ Puanı	Genel Bozulma Puanı
Anne Birlik Puanı		
Spearman's rho	-.561*	-.473*
Anne Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.592**	-.632**
Çocuk Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.628**	-.708**
Toplam Yönetim Puanı		
Spearman's rho	-.656**	-.735**
Çocuk Yetkinlik Puanı		
Spearman's rho		-.477*

*Spearman korelasyon değerleri .05 seviyesinde anlamlı

**Spearman korelasyon değerleri .01 seviyesinde anlamlı

n=18

BİBLİYOGRAFYA

- Ackerman, N.W.: **The Psychodynamics of Family Life**, New York, Barie Books, 1958.
- American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorder, Fourth Edition**, Washington D.C., 1994.
- American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorder, Third Edition**, Washington D.C., 1980.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: **Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı DSM -III-R**), çev. E.Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1991.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: **Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı DSM -IV**), çev. E.Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- Apter, A., Pauls, D.L., Bleich, A.: "An Epidemiologic Study of Gilles de la Tourette Syndrome in Israel", **Arch Gen Psychiatry**, 50, 1993, s. 734-758.
- Arkonaç, O. **Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü**, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.
- Baker E. L. Platt J. A. Fine H. J.: "Tic de Gilles de la Tourette: Survey of the Literature, Case Study and reinterpretation", **Cinical Psychology Review**, 3:2, 1983, s. 157-178.
- Barabos G. Matthews W.: "Homogeneous Clinical Subgroups in Children with Tourette Syndrome", **Pediatrics**, 75:1, 1995, s.73-75.

- Barry D.
Grorfinkel MD: **Tics and Other Stereotyped Movements in Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. 9th Edition**, Baltimore, WB Saunders, 1990.
- Bergen A.,
Waranch R.,
Brown J.,
Singer H.: “Relaxation Therapy in Tourette’s Syndrome: A Pilot Study”, **Pediatric Neurology**, 18:2, 1998, s. 136-142.
- Berthier, M.L.: “Heroin and Malignant Coprolalia in Tourette’s Syndrome”, **Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences**, 15:1, 2003, s. 116-117.
- Burd L.
Kerbeshion J.: “Onset of Gilles de la Tourette Syndrome Before 1 Year of Age”, **American Journal of Psychiatry**, 144,1997, s.1066-1067.
- Caine E.D.,
Mc Bridge M.,
Chiverton P.: “Tourette Syndrome in Monroe Country School children”, **Neurology**, 38, 1988, s. 472-475.
- Carr J.E.,
Taylor C.C.,
Wallender R.J.,
Reis M.L.: “A Functional-Analytic Approach to the Diagnosis of a Transient Tic Disorder”, **Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry**, 27:3, 1996, s. 291-297.
- Carter A.S.,
Pauls D.L.,
Leckman J.F.: “A Progressive Longitudinal Study of Gilles de la Tourette Syndrome”, **Journal of American Child and Adolescent Psychiatry**, 33:3, 1994, s. 337-385.

- Channon S.: "Executive Function, Memory and Learning in Tourette's Syndrome", **Neuropsychology**, 17:2, 2003, s. 247-254.
- Chappel P.,
Riddle M.,
Anderson G.,
Cohen D.,
Leckman F.: "Enhanced Stress Resposivity of Tourette's Syndrome Patients Undergoing Lumbar Puncture", **Biological Psychiatry**, 36:1, 1994, s. 35-43.
- Cohen D.J.,
Leckman J.F.: "Developmental Psychopathology and Neurobiology of Tourette Syndrome", **Journal of Child & Adolescent Psychiatry**, 33, 1995, s.2-15.
- Coming D.E.,
Coming B.G.: "Tourette Syndrome: Clinical and Psychological Aspects of 250 Cases", **American Journal of Genetics**, 37,1985, s. 435-450.
- Cooper C.,
Robertson M.,
Livingston G.: "Psychological Morbidity and Caregiver Burden in Parents of Children with Tourette's Disorder and Psychiatric Comorbidity", **Journal of the American Acad. of Child and Adolescent Psychiatry**, 42:11, 2003, s. 1370-1376.
- Doğan O.,
Çelik G.,
Kaya B.: "Tourette Bozukluğu olan bir Aile", **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, 3, 1996, s. 88-91.
- Eapen V., "Evidence for Autosomal Dominant

- Pauls D.L.,
Robertson M.M.: Transmission in Tourette's Syndrome-
United Kingdom Cohort Study", **British Journal
of Psychiatry**, 162 , 1993, s. 593-596.
- Erden C.,
Ceylar A. : 'Gilles de la Tourette Sendromu',
Türk Psikiyatri Dergisi, 1:3, 1990, s.181-186.
- Gilles de la Tourette: "Leçons de clinique therapeutique sur
les maladies du systeme nerveux", Paris,
1898, (çevirimiçi) www.whonamedit.com
Haziran 2004.
- Gilles de la Tourette: "Traite clinique et therapeutique de l'hysterie
d'apres l'enseignement de la salpetriere",
Paris,1891,(çevirimiçi)
www.whonamedit.com Haziran 2004.
- Gökler B.: "Gilles de la Tourette Sendromu ile Birlikte
Bulunan Bozukluklar", **Çocuk ve Gençlik
Ruh Sağlığı Dergisi**, 2:1, 1995, s. 35-40.
- Greene R.,
Ablon J.,
Goring. J.: "A Transactional Model of Oppositional
Behavior: Underginnings of the Collabarot:
Problem Saving Approach",
Journal of Psychosomatic Research, 55:1,
2003, s. 67-76.
- Gülerce A.: **Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El
Kitabı**, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi
Yayınları, 1990.
- Gülerce A.: **Türkiye'de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri**
, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi

Yayınları, 1990.

- Haley J.: **Uncommon Therapy**, New York, W.W. Norton , 1973.
- Holzer J.C.,
Goodman W.K.,
McDougle C.I.: “Obsessive Compulsive Disorder with and without a Chronic Tic Disorder a Comparison of Symptoms in 70 Patients”, **British Journal of Psychiatry**, 164, 1994, s. 469-473.
- Hyde T.M.,
Weinberger D.R.: “Tourette’s Syndrome, a Model of Neuropsychiatric Disorders”, **J.A.M.A.**, 273:6, 1995, s. 498-501.
- İzmir M.: “Tic Bozuklukları”, **Psikiyatri Bülteni**, 3, 1994, s. 39-47.
- Jadresic D.: “Obsessionality in Tourette Syndrome”, **Lancet**, 341:24, 1993, s. 1063.
- Kereshian R.,
Behr J.,
Nedved L.: “Severity of Tourette’s Syndrome in One Large Kindred”, **Arch. Neurology**, 51, 1987, s. 1145-1150.
- Khalifa N.: “Prevalence of Tic Disorders and Tourette Syndrome in a Swedish School Population”, **Development of Medicine Child Neurology**, 45:5, 2003, s. 315-319.
- Kostanecka T.,
Banaschewski T.,
Kinkelbur J.: “Disturbed Sleep in Children with Tourette’s Syndrome : A Polysomnographic Study”, **Journal of Psychosomatic Research**, 55:1, 2003, s. 23-30.
- Kurlan R.,
Behr J.,
- “Severity of Tourette’s Syndrome in One Large Kindred”, **Arch. Neurology**,

- Medued L.: 44, 1987, s. 268-269.
- Lawden M.: "Gilles de la Tourette Syndrome : A Review", **Journal Of the Royal Society of Medicine**, 79, 1986, s. 282-288.
- Leckman J.F.: "Course of Tic Severty in TS : The First Two Decades", **Pediatrics**, 102, 1998, s. 14-20.
- Leckman J.F.: "Tourette's Syndrome", **Lancet**, 360, 2002, s. 1577-1587.
- Leckman J.F.: "Phenomenology of Tics and Natural History of Tic Disorders", **Brain and Development**, 25:1, 2003, s. 24-28.
- Leckman J.F.,
Cohen D.J.: "Tic Disorders", **Child and Adolescent Psychisatry, Modern Approaches**, Ed. by. M. Rutter , E. Taylor, L. Hersov, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1994, s. 455-466.
- Leckman J.F.,
Cohen D.J.,: " Tourette's Syndrome: Tics, Obsessions Compulsions", **Journal of Infant and Child Development**, 12, 2001, s. 205-210.
- Leckman J.F.,
Pauls D.L.,
Peterson B.S.: "Pathogenesis of Tourette's Syndrome: Clues from the Clinical Phenotype and Natural History", **Advances in Neurology**, 58, 1992, s. 15-23.
- Leckman J.F.,
Peterson B.S.,
Anderson G.M.: "Pathogenesis of Tourette's Syndrome", **Journal of Child Psychology**, 38:1, 1997, s. 119-142.

- Leckman J.F.,
Price R.A.,
Walkup J.T.: “Nongenetic factors in Gilles de la Tourette’s Syndrome” **Arch. Gen. Psychiatry**, 44:1000, 1987, s. 1000-1015.
- Leckman J.F.,
Riddle M.A.,
Hardin M.T.: “The Yale Global Tic Severity Scale: Initial Testing of a Clinician-rated Scale of Tic Severity”, **Journal of American Acad. Child Psychiatry**, 28, 1989, s. 566-573.
- Leckman J.F.,
Walker D.E.,
Goodman W.K.: “‘Just Right’ Perceptions Associated with Compulsive Behavior in Tourette’s Syndrome” **American Journal of Psychiatry**, 151, 1994, s. 675-680.
- Lees A.J.: “Georges Gilles de la Tourette : The man and his times”, **Revue Neurologique**, 142:11, 1986, s. 808-916, (Çevirimiçi) www.whonamedit.com, Haziran 2004.
- Miguel E.,
Coffey B.T.,
Boer L.: “Phenomenology of Intentional Repetitive Behaviors in OCD and TS”, **Journal of Clinical Psychiatry**, 56, 1995, s. 246-255.
- Nimkoff, M.F.: **Comperative Family Systems**, Boston, Houghton Mifflin, 1965.
- Nolan E.E,
Sverd J.,
Godow K.D.: “Associated Psychopathology in Children with both ADHD and Chronic Tic Disorder” **Journal of American Child and Adolescent Psychiatry**, 35, 1996, s. 1622-1630.

- Öner N.,
Le Compte A.: **Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri
El Kitabı**, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi
Yayınları, 1983.
- Öztürk, O.: **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, İstanbul,
Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
- Pauls D.L,
Leckman J.F. : 'The inheritance of Gilles de la Tourette's
Syndrome and Associated Behaviors,
Evidence for Autosomal Dominant
Transmission", **The New England
Journal of Medicine**, 315 , 1986,
s. 993-997.
- Pauls D.L.,
Leckman JF.,
Cohen DJ.: "Familial Relationship between Gilles de
la Tourette's Syndrome, Attention Deficit
Disorder, Learning Disabilities,
Speech Disorders and Stuttering",
**Journal of American Child and
Adolescent Psychiatry**, 32:5, 1993,
s. 1044-1050.
- Pauls D.L,
Raymond C.L,
Stevenson J.M.: "A Family Study of Gilles de la Tourette
Syndrome", **American Journal of
Genetics**, 36:4, 1991, s.1785.
- Pauls D.L.,
Towbin K.E.,
Leckman J.F.: "Gilles de la Tourette's Syndrome and
Obsessive-compulsive Disorder;
Evidence Supporting a Genetic
Relationship", **Arch. Gen. Psychiatry**,
43, 1986, s. 1180-1182.
- Prestia K.: "Tourette's Syndrome: Characteristics and
Interventions", **Interventions in
School & Clinic**, 39:2 ,2003, s. 67-72.

- Price R.A.,
Kidd K.K.,
Cohen D.J.: "A Twin Study of Tourette Syndrome",
Arch. Gen. Psychiatry, 42, 1985,
s. 815-820.
- Robertson M.M.: "The Gilles de la Tourette Syndrome : The
Current Status", **British Journal of
Psychiatry**, 154, 1989, s. 147-149.
- Robertson M.M.,
Stern J.S.: "The Gilles de la Tourette's Syndrome",
Critical Reviews in Neurobiology, 11:1,
1997, s. 118-122.
- Sacomani L.,
Fabiana V.,
Manuela B.,
Giambattista R.: "Tourette Syndrome and Chronic Tics
in a Sample of Children and Adolescents"
, **Brain and Development**, 27:5, 2005, s.
349-352.
- Sandor P.: "Gilles de la Tourette Syndrome: A
Neuropsychiatric Disorder", **Journal
of Psychosomatic Research**, 37:3, 1993,
s. 211-226.
- Scahill L.,
Ort S.I.,
Hardin M.T.: "Tourette's Syndrome, Part II:Contemporary
Approaches to Assessment and Treatment"
, **Archives of Psychiatric Nursing**, 7:4,
1993, s. 209-216.
- Shapiro A.K.,
Shapiro E.: "Evaluation of the Reported Association
of Obsessive Compulsive Symptoms or
Disorder with Tourette's Disorder",
Comprehensive Psychiatry, 33:3, 1992,
s. 152-165.

- Singer H.: "Tourette's Syndrome: From Behavior to Biology", **The Lancet Neurology**, 4:3, 2005, s. 149-159.
- Spencer T.,
Biederman J.
Harding M.: "The Relationship between Tic Disorders and Tourette's Syndrome Revisited", **Journal of American Child and Adolescent Psychiatry**, 34:9, 1995, s. 1133-1133.
- Strokes A.,
Bowden H.N.,
Comfield P.R.: "Peer Problems in Tourette's Disorder", **Pediatrics**, 87:6, 1991, s. 936-942.
- Termine C.,
Balottin U.
Rossi G.,
Maisano F.: "Psychopathology in Children and Adolescents with Tourette's Syndrome :A Controlled Study", **Brain and Development**, 27:1, 2005, s. 45-48.
- Wang H.,
Kuo M : "Tourette's Syndrome in Taiwan : an Epidemiological Study of Tic Disorders In an Elementary School at Taipei Country", **Brain and Development**, 25:1, 2003, s. 29-31.
- Wilhelm S.: "Habit Reversal versus Supportive Psychotherapy for Tourette's Disorder: A Randomized Controlled Trial", **American Journal of Psychiatry**, 160:6, 2003, s. 1175-1177.

- Wodrich D.L.: “ Tourette’s Syndrome and Tics, Relevance For School Psychologists”, **Journal of School Psychology**, 36:3, 1998, s. 281-294.
- Woods D.: “The Impact of the Severity on the Effects of Peer Education about Tourette’s Syndrome”, **Journal of Developmental & Physical Disabilities**, 15:1, 2003, s.67-78.
- Woods D.: “Treatment of Vocal Tics in Children with Tourette Syndrome : Investigating the Efficacy of Habit Reversal”, **Journal of Applied Behavior Analysis**, 36:1, 2003, s. 109-112.
- Yüksel N.: **Ruhsal Belirtiler**, 1. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1994.
- Zaimoğlu S.,
Arman A.R.,
Sabuncuoğlu O.,
Yazgan M.Y.: “Yale Genel Tik Ağırlığını Değerlendirme Ölçeği”, 1998
- Zhu Y.,
Wang K.,
Hang J.: “A Survey on Tic Disorder of Children aged 6-15 Years”, **Chinese Mental Health Journal**, 17:6, 2003, s. 363-366.
- Zinn, M.B.,
Eitzen D.S.: **Diversity in Families**, New York, Harper Collins, 1990.

EKLER

YALE GENEL TİK AĞIRLIĞINI DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

Doğum tarihi:

Protokol no:

Değerlendiren:

Adres:

Hareket Tiklerinin Tanımlanması: Kas hareketlerini içeren tikler, hareket tiki olarak bilinmektedir. Genellikle çocuklukta başlar, şiddetli göz kırpmaya veya basın hızla yana çevrilmesi gibi ani hareketler halinde görülür. Gün içinde ani ataklar halinde görülebilir ve yorgun ve/ veya stresli zamanlarda şiddeti artabilir. Bazı tikler öncesinde tiki yapma ihtiyacını yaratan (ör: Boğazda karıncalanma, gıdıklanma hissi, kaşınma, gerilme, sıkışma vb.) hisler duyulabilir. Hareket tikleri zaman içinde iyileşip tekrar kötüleşebilir, tamamen yeni tiklerle yer değiştirebilir. Çoğu hareket tiki basit yapıdadır; ani, kısa ve anlamsız hareketlerden oluşmaktadır. Tikler karmaşık yapıda da görülebilir ve amaçlı davranışlar gibi tanımlanabilir, ör: Yüz ifadesi veya omuz silkme gibi. İnsanlar genelde tiklerini bir nedene bağlamak veya bahane bulmak ihtiyacını hissederler (ör: "Burnumu saman nezlesinden dolayı çekiyorum").

HAREKET TİKLERİNİ TARAMA LİSTESİ: (Son bir hafta içinde var olan hareket tiklerini tarayınız)

Basit Hareket Tikleri (Hızlı, ani, anlamsız)

	Geçen hafta	Geçmişte
* Göz hareketleri (Göz kırpmaya, gözü şaşma yapma, gözlerini ani olarak döndürme, çevirme, çok kısa ve aniden gözlerini dikme)		
◆ Burun hareketleri (Burnunu kıvrıma, dil çıkarma,		
◆ Ağız hareketleri dudakların yalama, dişlerini sıkma)		
◆ Yüz buruşturma (grimace)		
◆ Baş atma (jerk) / baş hareketleri (Başı aniden atma veya çeneyi aniden aşağı/yukarı hareket ettirme)		
◆ Omuz silkme (Omuzu yukarı veya öne doğru kaldırma/ atma)		
◆ Kol hareketleri (Kolları aniden kendine çekme veya ◆ El hareketleri germe, parmaklarıyla oynama veya tıkladma)		
◆ Karnını kasma		
• Bacak, ayak ya da (Vurma, sekme, dizini kırma, bileklerini		
◆ ayak parmakları germe/oynatma/döndürme/ hareketleri sallama/ ayağını yere vurma)		
◆ Diğer (Belirtin)		

Ses Tiklerinin Tanımlanması: Sese tikleri çıkarılan sesleri ve konuşmayı içermektedir. Genellikle çocuklukta başlar, motor tikleri takip ederler, ilk tik belirtisi olarak da görülebilirler.ör: Boğaz temizleme, burun çekme gibi Gün içinde ani ataklar halinde görülebilir ve yorgun ve/ veya stresli zamanlarda şiddeti artabilir. Ban tikler öncesinde, tiki yapma ihtiyacını yaratan (ör: Boğazda karıncalanma, gıdıklanma hissi, kaşınma vb.) hisler duyulabilir. Ses tikleri zaman içinde iyileşip tekrar kötüleşebilir, tamamen yeni tiklerle yer değiştirebilir. Çoğu ses tiki basit yapıdadır; ani, hızlı ve anlamsız sesler halindedir. Karmaşık ses tikleri küfür etme, diğerlerinin söylediklerini tekrarlama şeklinde görülebilir, insanlar genelde tiklerini bir nedene bağlamak veya bahane bulmak ihtiyacını hissederler (Ör: "Boğazımı, gıcıkta dolayı temizleme ihtiyacı duyuyorum").

SES TIKLERİ TARAMA LİSTESİ (Son bir hafta içinde var olan ses tiklerini tarayınız) •

Basit ses tikleri (Ani, "anlamsız" sesler):

- ◆ Sesler, gürültüler (Yuvarlak içine al: Öksürme, boğaz temizleme, burun çekme, ısıklık çalma, hayvan veya kuş sesleri)

Diğer (Belirtin):

Geçen hafta	Geçmişte

- Karmaşık ses tikleri (İstem dışı, tekrarlayıcı, anlamlı içeriği olmayan sözcükler, ifadeler. Kısa bir süre istemli olarak bastırılabilir.):

◆Heceler(Belirtin):

◆ Sözcükler(Belirtin):

◆ Koprolali (Kaba veya müstehcen sözler, ifadeler, belirtin):

◆ Ekololi (Diğerlerinin çıkardığı sesleri veya sözleri tekrarlama)

◆ Palalali (Kendi söylediklerini tekrarlama)

◆ Bloklar

◆ Konuşma gariplikleri (tanım rayın)-

Geçen hafta	Geçmişte

Disinhibe konuşma (tanımlayın)*

*Tik davranışlarını derecelendirmede, disinhibisyonları katmayın.

SAYI:

- 0 Yok
- 1 Tek tik
- 2 Çok sayıda farklı tikler (2-5)
- 3 Çok sayıda farklı tikler (>5)
- 4 Çok sayıda farklı tikler + en az bir tik kalıbı (tek tek ayırılması zor olan; çok sayıda tikin uyumlu bir biçimde, belirli bir yapı/şekilde ve aynı anda ya da ardışık olması, kalıbın her seferinde aynı şekilde gözlenmesi)
- 5 Çok sayıda farklı tikler + ikiden fazla tik kalıbı (tek tek ayırılması zor olan; çok sayıda tikin uyumlu bir biçimde aynı anda ya da ardışık olması)

Hareket	Ses

SIKLIK:

- 0 Yok Tikler son bir hafta içinde gözlenmemiştir.
- 1 Nadiren Tikler son bir hafta içinde gözlenmiştir. Bu davranışlar genellikle hergün görülmezler, nadiren ortaya çıkarlar. Tik atakları olsa bile, kısa süreli ve seyrekler.
- 2 Bazan Tikler genellikle hergün gözlenir fakat gün içinde, tiklerin görülmediği uzun dönemler vardır. Tik atakları zaman zaman ortaya çıkabilir ve birkaç dakikadan fazla devam etmezler
- 3 Sıklıkla Tikler hergün görülür. Tiklerin olmadığı dönemlerin 3 saat kadar sürmesi olağandır. Tik atakları düzenli bir şekilde meydana gelir, ancak tek alanda (okul, ev) sınırlı kalabilir.
- 4 Hemen her zaman Tikler hemen hemen günün her saatinde ve düzenli bir şekilde gözlenir. Tik atakları tekalanda (okul, ev) sınırlı değildir.
- 5 Her zaman Tikler hemen her zaman gözlenir. Tiklerin olmadığı dönemler 5-10 dakikadan daha uzun sürmezler ve bu dönemleri belirlemek zordur.

Hareket	Ses

ŞİDDET

0 Yok

- 1 En az Tikler görülemez ya da duyulamaz, (Yalnızca hastanın özel yaşantısına dayanır) veya karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha az şiddetli oldukları için özel olarak dikkat çekmezler.
- 2 Hafif Tikler karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha şiddetli değildir. Şiddetleri nedeniyle özel olarak dikkat çekmezler.
- 3 Orta Tikler karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha şiddetlidir. Fakat istemli eylemlerden "abartılı" değildir. Şiddetli karakteri nedeniyle dikkat çekebilir.
- 4 Belirgin Tikler karşılaştırılabilen istemli eylemlerden veya seslerden daha şiddetlidir ve özellikle "abartılı" bir karaktere sahiptir. Abartılı ve şiddetli karakterleri nedeniyle sıklıkla dikkati çekerler.
- 5 Ağır Tikler son derece şiddetli ve abartılıdır. Dikkat çekerler ve fiziksel yaralanma tehlikesi yaratabilirler. (Kaza ile, kışkırtma sonucu, kendine zarar verici şekilde)

Hareket Ses

Hareket	Ses

KARMAŞIKLIK:

- 0 Yok Bütün tikler "basit" (ani, kısa, amaçsız) yapıdadır.
- 1 Sınırdan Bazı tikler "basit" yapıda değildir.
- 2 Hafif Bazı tikler "karmaşık"tır (Görünürde amaçlı) ve kısa otomatik davranışları taklit edebilir: Kendine çeki düzen verme, heceleme veya kolaylıkla gizlenebilen Tu, ya, ah, hım"şeklinde kısa anlamlı sesler.
- 3 Orta Bazı tikler daha "karmaşık"tır (Görünürde daha amaçlı ve devamlı) Gizlenmesi zor olabilen ancak normal davranış ya da konuşma gibi "açıklanabilen" veya gösterilebilen uyumlu ataklar halinde ortaya çıkabilir. (Toplama, vurma, "tatlım", "hadi ya" şeklinde kısa ekolali.)
- 4 Belirgin Bazı tikler çok "karmaşık" yapıdadır. Gizlenmesi zor olan, birbiriyle uyumlu, devamlı ataklar halinde ortaya çıkabilir. Süreleri ve/veya uygunsuz, garip ve müstehcen yapılan nedeniyle normal konuşma veya davranış gibi gösterilmeleri zordur. (Uzun süreli garip yüz ifadesi, genital bölgelere dokunma, ekolali, konuşma gariplikleri, tekrarlayan biçimde "ne diyorsun", "ne söylüyorsun" cümleleri, "fu,şh" sesleri)
- 5 Ağır Bazı tiklerin süreleri ve/veya asm derecede uygunsuz, garip ve müstehcen yapılan nedeniyle gizlenmesi ya da normal gibi gösterilmesi imkansızdır. (Kopropraksi, kendine ezim davranışları ve koprolaü gibi daha uzun süreli davranışlar veya sesler).

Hareket Ses

Hareket	Ses

ENGELLEME:

0 Yok

1 En az Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını engellemezler.

2 Hafif Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını nadiren engellerler.

3 Orta Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını sıklıkla engellerler.

4 Belirgin Tikler ortaya çıktığında; davranış ya da konuşma akışını sıklıkla engellerler, amaçlı eylemi veya iletişimi ara sıra bozarlar.

5 Ağır Tikler ortaya çıktığında; sıklıkla amaçlı eylemi veya iletişimi sıklıkla bozarlar.

Hareket	Ses

BOZULMA:

0-10 Yok

10-20 En az Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde belli belirsiz zorluklar getirmektedir.(Tikler nedeniyle geleceğe yönelik kaygılar, ailedeki gerginliğin dönem dönem hafifçe artması, çevrenin tiklere yönelik, moral bozucu tarzda zaman zaman dikkat çekmeleri ve yorumlan)

20-30 Hafif Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde ciddi olmayan zorluklar getirmektedir.

30-40 Orta Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde bazı belirgin zorluklar getirmektedir. (Disfori atakları, dönemseller zorlanmalar, ailede sarsıntı, sıklıkla akranları arasında alay konusu olma, ara sıra toplumdaki kaçma, dönem dönem okul ya da iş performansında aksamalar.)

40-50 Belirgin Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde ciddi zorluklar getirmektedir.

50- Ağır Tikler, kendilik saygısı, aile yaşamı, toplumsal kabul, iş ya da okuldaki işlevlerde çok ciddi zorluklar getirmektedir, (özkıyım düşüncelerinin eşlik ettiği ağır depresyon, ailenin parçalanması (ayrılma/boşanma), taşınma, toplumsal bağların kopması, toplumun damgası ve toplumdaki kaçma nedeniyle yaşamın aşırı kısıtlanması, okuldaki ayrılma veya işini kaybetme)

Genel

PUANLAMA:

Hareket tiklerinin toplam puanı:	
Ses tiklerinin toplara puanı:	
Genel bozulma puanı:	
Toplam puan:	

AYDA SORU FORMU

Lütfen aşağıdaki *bütün* soruları ve anladığınız biçimde, sizin gerçeğinizi yansıtmaya derecesini yanıt formundaki basamaklara uygun olanını işaretleyerek yanıtlayınız. Yanında (AB) olan sorular evde anababa konumunda , (Ç) olan sorular ise çocuk konumunda olan kişiler içindir.

1. Ailemizde her türlü konu ve fikir açıkça konuşulur.
2. Evimizde birisi bir şey söylediği zaman diğerleri aynı şeyi anlarlar.
3. Bizim evde olaylar karşısındaki düşünce ve duygular konuşmaktan çok davranışlarla ifade edilir.
4. Bizim evde sözlerle söylenenler, davranışlarla anlatılanları tutmaz
5. Evdekilerle çatışmaktansa susmayı veya başkalarıyla konuşmayı yeğlerim.
6. Bizim evde kesinlikle konuşulmayacak konular bence çok fazladır.
7. (Ç) Beni korkutan, başaramayacağımı sandığım ve üzüldüğüm şeyleri anababama rahatlıkla söylerim.
(AB) Eşime zayıflıklarımı, korku ve endişelerimi rahatlıkla söylerim.
8. (Ç) Beni sevindiren , aklımdan geçen ve komik şeyleri anababama rahatlıkla söylerim.
(AB) Eşime özel duygu, fantezi ve arzularımı rahatlıkla söylerim.
9. Ailemizdeki iletişim son derece doyurucu bulurum.
10. Birimizin işte, okulda veya arkadaşından öğrendiği bir şey evde genellikle ilgi görülür, tartışılır ve beğenilirse uygulanır.
11. Ailem başkalarından gelen eleştiri ya da önerilere tamamen kapalıdır.
12. Evimizde TV, radyo, gazete, dergi, kitap, konferans, sinema, tiyatro gibi yollarla yeni şeyler öğrenmeye ve dünyada olup bitenlere çok ilgi duyulur.
13. Bizim evde iş, okul ve ev işleri dışında da birçok uğraş (hobiler , özel ilgiler, spor faaliyetleri, v.b.) vardır.
14. Doğrusu ailemden daha çok bağlı olduğum bir insan (arkadaş, sevgili, öğretmen, terapist, kendi ailem, akraba, v.b) var.
15. Ailem (veya eşim) benim pek çok arkadaşımınla tanışır.
16. Ailemizdeki dayanışma ve birlik duygusu çok güçlüdür.

17. (Ç) Annem babam evde kendi başıma geçirmek istediğim zamana (çalışırken, oyun oynarken , TV seyredirken, v.b.) karşı çok anlayışlıdır, beni rahat bırakır.
(AB) Eşimin evde kendi başıma geçirmek istediğim zamana (bir iş yaparken, okurken, dinlenirken, v.b.) karşı tavrı son derece anlayışlıdır beni rahat bırakır.
18. Birbirimizle çok iyi geçiniriz.
19. Bizim aileyi ilgilendiren kararlarda evdeki herkesin fikri alınır veya çıkarı gözetilir.
20. Bizde aileyle ilgili sorumlulukların dağılımı hakça olur.
21. Bizim evde birisi diğerlerinden daha önemlidir, yani daha çok sevilir, kayırılır veya dediğini yaptırır.
22. Ailemizde iş bölümü, herkese düşen görevler ve diğer kurallar açık seçik belirgindir.
23. Bizim evde karşılaşılan aksamalar ve çıkan çatışmalar mutlaka çözümlenir.
24. Bizim aileyi ilgilendiren kararlarda, ev içinden söz sahibi olanlar, dışarıdan karışanlardan her zaman çoktur.
25. Evimizde görevini aksatan veya bu kurallara uymayan(lar) şiddetle kınanır.
26. Evde yapmam gereken şeyler için her zaman yeterli zamanım olur.
27. Genel olarak bizim sağlıklı, huzurlu ve iyi bir aile olduğumuzu düşünürüm.
28. Ailem büyük bir sağlık ve para sorunu dışında bir problemle karşılaştığında bunu kendi başına halledebilir.
29. Ailem geçmişte karşılaştığı zor durumların üstesinden geldi.
30. Gerektiğinde ailem çevresinden yeterince destek alabilir.
31. Ailemden son derece gurur ve haz duyuyorum.
32. Bizim ailede herkesin birbirini değiştirmeye çalıştığı çok belirgindir.
33. Bizim evde kimsenin eleştiriye tahammülü yoktur.
34. Bizim ailede her çeşit duygunun (üzüntü, mutluluk, coşku, kızgınlık, korku, v.b.) hissettiğimiz gibi yaşanması olağandır.
35. Bence ailemizde değişmesi mümkün olamayacak tavırlar çoktur.
36. Birbirimize yeterince sevgi ve şefkat gösteririz.

AYDA YANIT FORMU

	Tamamen aynı		Tam Tersi		Tamamen aynı		Tam Tersi												
1.									'18.										
2.									20.										
3.									21.										
4.									22.										
5.									23.										
6.									24.										
7.									25.										
8.									26.										YöG:
9.									27.										
10.									28.										
11.									29.										
12.									30.										
13.									31.										YetG
14.									32.										
15.									33.										
16.									34.										
17.									35.										
18.									36.										DuyB

İG:

BG:

AYDA-Doyum:

AYDA-Direnç:

AYDA-Birey:

KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU (STAI-I)

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her cümleyi okuyun, sonra da şu anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HİÇ	BAZEN	ÇOK	TAMAMIYLA
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

KENDİNİ DEĞERLENDİRME FORMU (STAI-II)

Bir önceki sayfada "şu anda" kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda bir takım ifadeleri cevaplandırdınız. Aşağıda verilen ifadeleri ise tüm hayatınız boyunca, genel olarak nasıl hissettiğinizi belirtecek şekilde cevaplayınız Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HEMEN HİÇ	BAZEN	ÇOK ZAMAN	HER ZAMAN
21. Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24. Başkalarını kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilенirim	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarına karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38. Haya! Kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()