

Ailevi Akdeniz ateşi tanısı alan çocuk ve ergenlerin psikiyatrik yönleri

Tülin Fidan¹, Vildan Ertekin², İlknur Sürücü³

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ¹Yardımcı Doçenti, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi ²Pediyatri Uzmanı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi ³Pediyatri Uzmanı

SUMMARY: Fidan T, Ertekin V, Sürücü İ. (Department of Child and Adolescent Psychiatry, Atatürk University Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey). Psychological correlates of children and adolescents with familial Mediterranean fever. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011; 54: 204-210.

The objective of this study was to examine the psychiatric symptoms of children and adolescents with familial Mediterranean fever (FMF) and their mothers. A total of 50 children and adolescents with FMF and 50 healthy controls were included in the study. The children and adolescents completed the CDI (Children's Depression Inventory), STAI-C (State-Trait Anxiety Inventory for children) and VAS (Visual Analog Scale), and their mothers completed the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Of the children and adolescents with FMF, 56.0% were girls and 44.0% were boys, and the mean age was 12.2± 2.9 years. There was no significant difference in CDI and STAI-1, 2 scores between those with and without FMF or according to gender and age (p>0.05). There was also no significant difference in the mean SCL-90 scores of mothers between the two groups (p>0.05). In this study, the psychiatric symptoms in children and adolescents with FMF did not differ from those of healthy controls. The high school achievement of children and adolescents and psychological well-being of the mother could be a protective factor for psychiatric comorbidity among children and adolescents with FMF.

Key words: familial Mediterranean fever, psychiatric symptoms, children, adolescents.

ÖZET: Bu çalışmanın amacı ailevi Akdeniz ateşi (AAA) tanısı alan çocuk ve ergen hastalar ve annelerindeki psikiyatrik belirtileri araştırmaktır. AAA tanısı alan 50 çocuk ve ergen ile sağlıklı 50 çocuk ve ergen bu çalışmaya alındı. Çocuk ve ergenlere Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ) ve Görsel Analog Skalası (GAS), annelerine ise Belirti Tarama Envanteri (SCL-90-R) uygulandı. AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin %56'sı kız, % 44'ü erkekti ve ortalama yaşları 12.2 ±2.9 idi. AAA tanısı alanlarla kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, ÇDÖ, ÇDSKÖ, GAS açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05). AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin SCL-90-R alt ölçeklerinin ortalama değerleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Bu çalışmada AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bulgular sağlıklı çocuklardan farklı bulunmadı. Çocuk ve ergenlerin başarı düzeylerinin yüksek olması ve annelerin psikolojik açıdan sağlıklı olması, AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik eş hastalanım açısından koruyucu faktörler olabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, psikiyatrik bulgular, çocuk ve ergen.

Ailevi Akdeniz ateşinde tipik olarak karın, göğüs ve eklem ağrısı gibi yakınmalarla birlikte ateşli akut nöbetler görülür. Birçok hasta belirli bir nedeni olmadan gelişen krizleri dile getirir. Alevlenmeye, duygusal stres, menstruasyon ve zorlu fiziksel aktiviteler neden olabilir.¹ Ailevi

Akdeniz ateşi (AAA) tanısı, aileden alınan öykü, diğer kalıtsal periyodik ateş nedenlerinin dışlanması ve hastanın kolşisin tedavisine yanıt vermesi üzerine klinik olarak konur. Laboratuvar bulguları bir enflamasyon sürecini gösterir. Akut ataklar sırasında hafif lökositoz,

eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein ve diğer akut faz reaktanlarında artma vardır. Şiddetli bir ataktan sonra spontan ve tam iyileşme tanıda önemlidir.²⁻⁴

Süregen enflamasyon ve enfeksiyöz hastalıklara yaygın olarak kognitif ve duygusal semptomlar, konfüzyon, yorgunluk, psikomotor yavaşlama, azalmış motivasyon, anksiyete ve depresyon eşlik eder. Son yıllara kadar bu belirtiler basitçe hastalığın gidişi içinde kendi başına zararlı sonuçlar olarak değerlendirilirdi. Bununla birlikte, insanlarda ve hayvanlarda ortaya çıkan göstergeler, aslında bu 'hastalık davranışının', özellikle enfeksiyon ile mücadele ve hayatta kalmayı desteklemek için son derece uyumlu planlanmış bir yanıt olduğunu göstermektedir.^{5,6}

Erken doğal immün yanıt olarak makrofajlardan salınan, enflamasyonla ilgili sitokinler olan, interlökin 1B (IL-1B), interlökin-6 (IL-6) ve tümör nekrotizan faktör -a'nın (TNF-a), hastalık davranışında periferik enflamasyonun beyinle bağlantısının sağlanmasında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.^{7,8}

Birçok kesitsel araştırmada, süregen hastalığı ve yetersizliği olan çocuk ve ergenlerin psikososyal problem açısından risk grubunda olduğu bulunmuştur. Süregen hastalığı olan çocuk ve ergenlerin süregen bir durumu olmayanlardan daha düşük kendilik saygılarının, daha zayıf vücut imgelerinin olduğunu, psikolojik sağlık, davranış ve sosyal uyumlarında daha problemleri oldukları bildirilmiştir.⁹⁻¹²

Bu çalışmanın amacı AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerle onların annelerinde bu süregen ve tekrarlayıcı hastalığın ruhsal etkilerini araştırmaktır.

Materyal ve Metot

Örneklem

Atatürk Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde izlenen AAA tanısıyla en az altı aydır izlenen ardışık 50 çocuk ve ergenle, herhangi bir süregen hastalığı ve ağrısı olmayan benzer demografik özelliklere sahip 50 çocuk ve ergen kontrol grubu olarak bu çalışmaya alındı. Tüm çocuk ve ergenler Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ) ve Görsel Analog

Skalası (GAS)'sını araştırmacıların yardımıyla aileden bağımsız bir şekilde doldurdu. Zihinsel yetersizliği ve ikinci sınıf düzeyinde okuması olmayanlar çalışmaya alınmadı. Çocuk ve ergenlerin anneleri Belirti Tarama Envanterini SCL 90-R'yi doldurdu. Çalışmaya alınan bütün aileler çalışmanın yapısı ve amacı konusunda bilgilendirildi ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onam formu imzalatıldı.

Veri toplama araçları

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Çocuk-ergen depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir. Beck Depresyon Envanteri esas alınarak geliştirilmiş olan bir ölçektir.¹³ Yirmi yedi maddelik ölçeğin her maddesinde depresyonla ilgili bir belirtinin son iki hafta içinde şiddetinin işaretlendiği 0, 1 veya 2 puanlık üç ayrı seçenek bulunmaktadır. En yüksek puan 54'tür; 19 ve üzeri puanlar major depresyon açısından değerlendirilir. Türkçeye Öy¹⁴ tarafından uyarlanmıştır. Türk çocukları ve ergenler için güvenilirliği ve geçerliği olan bir ölçektir.

Çocuklar İçin Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (ÇDSKÖ) : Spielberger¹⁵ tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için yirmişer soruluk çoktan seçmeli iki alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır ve ölçeklerde alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek toplam puan 60'tur. Durumluluk kaygı bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar dâhilinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. Sürekli kaygı ise bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta ve bireyin genel olarak anksiyeteye yatkınlığını yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta¹⁶ tarafından yapılmıştır.

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): SCL-90-R, kendini değerlendirme esasına dayalı bir psikiyatrik tarama aracı olup son şekli Derogatis ve Clearly¹⁷ tarafından geliştirilmiştir. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke, fobik, paranoid, psikotizm, yeme ve uyku tutumlarını değerlendiren alt ölçeklere sahiptir. Bu alt ölçekler dışında Genel Semptom Ortalaması (GSO) ölçeğin asıl işlevselliğini

oluşturmaktadır. Puanlama her madde için 0–4 arasında puan verilerek yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik- güvenirlilik çalışması Dağ¹⁸ tarafından yapılmıştır.

Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale –VAS): Ağrı şiddetini ölçmede ve ağrı takibinde kullanılır. Çocuk ve ergenlerden ağrının şiddetini belirlemek için, ağrı şiddetini 100 mm'lik çizgisel bir hat üzerinde değerlendirmesi istenir. Çeşitli araştırmacılar tarafından kronik ağrının tespitinde yararlı olduğu onaylanmıştır.¹⁹

İstatistiksel yöntemler

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Ölçümle elde edilen sayısal veriler aritmetik ortalama ve standart sapma; sayımla elde edilen kategorik veriler sayı ve yüzde olarak gösterildi.

Kategorik, verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar *ki-kare* testi ile incelendi. Çalışma ve kontrol gruplarına ait sayısal değişkenlerin karşılaştırılırken ölçümsel değişkenleri için değişkenin parametrik koşulları taşıyıp taşımadığı One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak bakıldı, ölçümsel değişkenlerin ortalama değerlerinin normal dağılıma uyanları Student *t* testi, normal dağılıma uymayanları Mann Whitney-U testi kullanılarak, gruplar arasındaki ortalama puan farkları karşılaştırıldı. Tüm istatistiksel veriler için $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Ailevi Akdeniz Ateşi tanısı alan 34 çocuk ve ergen ile süregen hastalığı ve ağrısı olmayan sağlıklı 34 çocuk ve ergenin verileri analiz edildiğinde, çocuk ve ergenlerin yaş aralığı 7–14 arasındaydı ve yaş ortalaması 10.6 ± 1.9 yaştı. AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin %52.9'u kız ve %47.1'i erkekti. Tüm çocuklar ilköğretime devam ediyordu. Okul başarısı sorgulandığında, %91.2'si yüksek, %8.8'si orta okul başarısına sahipti.

Her iki grup ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından sorgulandığında Tablo I'de görüldüğü gibi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin ağrı ile ilgili özellikleri Tablo II'de gösterilmiştir.

İki grubun GAS ortalama puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($t=4.160$, $p < 0.001$). Fakat AAA olan çocuk ve ergenlerle sağlıklı kontroller arasında ÇDÖ, ÇDSKÖ ortalama puanları arasında İstatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo III).

AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin ÇDÖ, ÇDSKÖ ortalama puanları sırasıyla

7.7 ± 6.4 , 28.3 ± 5.6 , 33.5 ± 5.5 olarak tespit edildi. Cinsiyet ve yaşa göre ÇDÖ, ÇDSKÖ'nin puan ortalamaları iki grup arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$). AAA tanısı alan çocuk ve ergenler beş yıldan az ($n=23$) ve beş yıldan çok ($n=11$) hasta olan şeklinde iki gruba ayrılıp ÇDÖ, ÇDSKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo IV'te görüldüğü gibi AAA tanısı alan çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontrol grubunda yer alan çocuk ve ergenlerin annelerinin SCL-90 alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Tartışma

Bu çalışmada, AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin ortalama yaşı 10.6 ± 1.9 , karın ağrısı şikayetinin ortalama süresi 2.2 ± 1.6 yıl idi. Bu çalışmadaki çocukların çoğunun ergenlik veya ergenlik öncesi dönemde olduğunu ve ağrı epizotlarının ergenlik döneminden önce başladığını söyleyebiliriz. Ergenlik döneminin, çocukların zihinsel ve duygusal açıdan tam olarak olgunlaşmadan önce fiziksel ve cinsel olgunluğa eriştiği çelişkiler dönemi olduğu bilinmektedir.²⁰ Ergenlik ve erken erişkinlik döneminde affektif bozukluklar ve problem davranışların prevalansı artmaktadır. Bu nedenle hem ergenlik dönemi hem de AAA gibi kronik bir hastalığın varlığının psikopatolojiye birlikte katkıda bulunduğu ileri sürülebilir.

Bu çalışmada AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerle ve sağlıklı kontrol grubunda yaş, cinsiyet, aile özellikleri, ailede psikiyatrik hastalık varlığı gibi sosyodemografik bulgular benzerdi. Bu bulgu Türkiye'de AAA ile ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.²¹⁻²³

Çalışma grubumuzda AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin tümünde karın ağrısı yakınması vardı. AAA tanısı alanlarda abdominal atakların

Tablo I. Çocuk ve ergenlerin sosyo-demografik özellikleri.

Değişkenler	AAA tanısı alanlar (n=34) n %		Sağlıklı kontroller (n=34) n %		χ^2	p
Cinsiyet						
Kadın	18	%52.9	17	%50.0	0.59	0.80
Erkek	16	%47.1	17	%50.0		
Yaş						
7-11 yaş	21	%61.7	22	%64.7	0.63	0.80
12-14yaş	13	%48.3	12	%35.3		
Okul başarısı						
Zayıf	0	%0	1	%2.9	3.849	0.27
Orta	3	%8.8	9	%26.5		
İyi	31	%91.02	24	%70.6		
Anne/Baba çalışma durumu						
Çalışan	3/32	%8.8/%94.1	6/34	%17.6/%100	0.567/2.001	0.45/-0.15
Çalışmayan	31/2	%91.2/%5.9	28/0	%824.0/0		
Kardeş sayısı						
1	3	%8.8	3	%8.8	7.722	0.25
2	11	%32.4	8	%23.5		
3	12	%35.3	12	%35.3		
4 veya fazlası	8	%23.5	10	%32.4		
Doğum sırası						
1. çocuk	15	%44.1	9	%26.5	5.876	0.31
2. çocuk	9	%26.5	14	%41.2		
3. çocuk	4	%11.8	6	%17.6		
4. veya daha büyük	6	%17.6	5	%14.7		
Anne/Baba yaşı						
20-40 yaş	27/16	%79.4/%47.1	27/14	%79.4%/41.2	0.000/0.059	1.0/0.80
41-60 yaş	7/18	%20.6/%52.9	7/20	%20.6/%58.8		
			0/0	0/0		
Anne/Baba eğitim durumu						
Okuma-yazma yok	0/0	0/0	0/0	0/0	9.590/2.620	0.88/0.75
İlköğretim	27/17	%79.4/%50	24/16	%70.6/%47.1		
Lise	6/10	%17.6/%29.4	6/10	%22.0/%29.4		
Üniversite	1/7	%2.9/%20.6	4/8	%12.0/%23.5		
Aile yapısı						
Çekirdek aile	21	%61.8	28	%82.4	4.912	0.86
Geniş aile	13	%38.2	6	%17.6		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü						
Var	1	%2.9	1	%2.9	0.000	1.000
Yok	33	%97.1	33	%97.1		

hastaların yaklaşık %95'inde en yaygın görülen belirti olduğu yapılan çalışmalarda da belirtilmektedir.^{2,24,25} Bizim bilgilerimize göre çocukluk çağında AAA'nın başlangıç aşamasında görülen klinik özellikleri ve fenotip-genotip korelasyonları daha önceki çalışmalarda araştırılmış olmasına rağmen AAA hastalığının çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı üzerine olan etkileri henüz yeterince bilinmemektedir. Bu çalışmada, AAA tanısı alan çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında, Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve Çocuklar

için Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanterine göre depresyon ve durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0.05$). 16 ile 32 yaşları arası Finlandiyalı ergenlerde yapılan ve süregen kalıcı bir hastalığın uzun dönem psikososyal etkilerini araştıran bir çalışmada, kronik hastalığın günlük hayata dair kısıtlılıklara neden olması durumunda psikososyal iyilik halinde problemlerin artmakta olduğu gösterilmiştir.²⁶ AAA yaşam boyu süren ve ivergen karın, göğüs ve/veya

Tablo II. Ailevi Akdeniz ateşi tanısı alan çocuk ve ergenlerdeki ağrının özellikleri.

	AAA tanısı alan çocuk ve ergenler (n=34)	
	Sayı	%
Ağrı süresi		
1-5 yıl	23	67.6
6-10 yıl	10	20.4
11 ve daha fazla	1	3.0
İlk tanıda ağrı sıklığı		
1 ayda 2'den fazla atak	21	61.8.0
1 ayda 1-2 atak	5	14.7.0
1 ayda 1'den daha az atak	8	23.5
İlk tanıda ağrı süresi		
1 saatten daha az	17	50.0
1 saatten daha fazla	17	50.0

eklem ağrıları ile sonuçlanan tekrarlayıcı seröz zarların enflamasyonu ve ateş atakları ile karakterize süregen bir hastalıktır^{24,27}. Yüksek ateş, dayanılmaz ve yaşamı kısıtlayıcı ağrıdan dolayı hasta ataklar sırasında yatağa bağlıdır. Ancak, ataklar arasında hastalar sıklıkla asemptomatiktir.²⁸ Bu durum AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin yaşamlarında belirgin kısıtlılığa neden olamadığından dolayı çalışmamızda depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bulgular açısından sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında bir fark gözlenmediği söylenebilir. Bu sonuç, Orr ve arkadaşlarının²⁹ ölümcül olmayan, üç aydan fazla süren fiziksel hastalıkları (astım, saman nezlesi, ortopedik bozukluklar ve diabetes mellitus gibi) inceleyen ve tıbbi sorunları nedeniyle günlük yaşamında etkilenen olanlarda daha fazla psikososyal sorunlar olduğunu belirten çalışmanın sonuçları ile de benzerdir. Cadman ve arkadaşları³⁰ Kanada'da yaşayan çeşitli kronik hastalıkları olan çocuk ve ergenleri temsil eden örneklem üzerinde yaptığı çalışmada da, psikiyatrik bozukluklar ve sosyal uyum sorunları açısından en yüksek riskin hem süregen hastalığı hem de ilişkili engeli olanlarda olduğunu göstermişlerdir. Aynı

zamanda Huurre ve Aro¹⁰ kısıtlayıcı süregen hastalığı olan çocuk ve ergenlerin depresyon ve anksiyete belirti puanlarının sağlıklı kontroller ve görme kaybı olan çocuklardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Bu çalışmada, tüm hastalarımız kolşisin kullanıyordu ve düzenli olarak çocuk polikliniğinde ayaktan takip ve tedavileri sürmekteydi. AAA hastalığı hakkında yeterince bilgilendirilmişlerdi. Günlük kolşisin kullanımı hastalığın tedavisinin temel dayanağı olarak bilinmektedir. Hastaların çoğunda tam düzelme veya atakların sıklığı, süresi ve şiddetinde belirgin azalma sağlamaktadır.^{31,32} AAA hastalarımızın çoğunun kolşisine cevap tam verdiğini, bu nedenle ağrı şikayetlerinin ve ataklarının olmadığı, yaşam kaliteleri ve psikolojilerinin olumsuz yönde etkilenmediğini söyleyebiliriz.

Çölyak hastalığı olan çocuk ve ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da, çölyak hastalığı tanısı alan çocuk ve ergenler ile sağlıklı kontroller arasında ÇDÖ ve ÇDSKÖ puan ortalamalarında önemli farklılık bulunmadı. Çölyak hastalığı genetik olarak yatkın bireylerde glutenle karşılaşma sonrasında ince bağırsak

Tablo III. Ailevi Akdeniz ateşi tanısı alan ve sağlıklı kontrollerin ÇDÖ, ÇDSKÖ ve GAS ortalamalarının karşılaştırılması.

	AAA tanısı alanlar (n=34)	Sağlıklı kontroller (n=34)	t	p
ÇDÖ	7.7±4.6	9.2±5.4	-1.268	.209
ÇDSKÖ-Durumluluk	28.3±5.6	30.9±6.6	-1.451	.512
ÇDSKÖ-Süreklilik	33.5±5.5	34.8±6.4	-0.915	.364
GAS	4.9±3.2	1.8±2.9	4.160	.000

Ortalama ± Standart sapma, ÇDÖ Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇDSKÖ Çocuklar için Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, GAS Görsel Analog Skalası.

Tablo IV. Ailevi Akdeniz ateşi tanısı alan ve sağlıklı kontrollerin annelerinde SCL-90R alt ölçek ortalamalarının karşılaştırılması.

	AAA tanısı alanların anneleri (n=34)	Sağlıklı kontrollerin anneleri (n=34)	t	p
Somatizasyon (SOM)	1.25±0.75	1.23±0.71	0.135	0.89
Obsesif-kompulsif belirtiler	1.14±0.66	1.11±0.66	0.238	0.81
Kişilerarası duyarlılık	1.14±0.91	0.97±0.73	0.813	0.41
Depresyon	0.97±0.76	1.02±0.67	-0.274	0.78
Kaygı	0.95±0.81	1.1±0.79	-0.626	0.53
Öfke-Düşmanlık	0.81±0.68	0.93±0.86	-0.617	0.53
Fobik anksiyete	0.72±0.70	0.64±0.59	0.484	0.63
Paranoid düşünce	0.71±0.59	0.83±0.67	-0.804	0.42
Psikotik belirtiler	0.65±0.52	0.61±0.48	0.312	0.75
Ek maddeler	1.13±0.69	1.09±0.77	0.193	0.84
Genel Belirti Ortalaması	0.97±0.64	0.97±0.56	-0.056	0.95

Ortalama ± standart sapma, SCL-90 R: Belirti Tarama Envanteri.

mukozasında oluşan enflamasyonla karakterize bir hastalıktır. Özellikle diyet tedavisi öncesi dönemde çölyak hastalığı, ergenlerde artmış depresif ve rahatsız edici davranış bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur. Bazı vakalarda, hastaya glutensiz diyet başlandıktan sonra psikiyatrik semptomlar da düzelme görülür. Bu hasta grubunda da tüm hastalar en azından bir yıldır diyet altında olup bu durum psikiyatrik belirtilerin oluşması açısından koruyucu etkiye sahip olabilir.³³

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerin annelerini psikiyatrik açıdan Belirti Tarama Envanteri SCL-90R ile değerlendirdik ve AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin anneleri ile sağlıklı kontrollerin annelerinde alt ölçeklerde ve genel belirti şiddeti ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulamadık. Bu çalışmada annenin psikolojik olarak iyi olması AAA hastalığı olan çocuk ve ergenler için koruyucu bir faktör olabilir. Kronik hastalık ve engellilik, çocuk ve ergenlerde, psikososyal açıdan risk oluşturmasına rağmen psikososyal durumda her zaman problemlere yol açmayabilir.^{34,35} Kronik hastalıklar ve engellilik ile ilgili bir çalışma da, süregen hastalığı olan çocukların karşılaştığı riskler kadar bu riskleri değiştirebilen koruyucu faktörlere de dikkat çekilmiştir. Riskler ve koruyucu faktörleri dört düzeyde tanımlamışlardır: sağlık durumu, çocuk, aile ve çevre. Süregen durumların özelliklerinden olan belirsiz prognoz, kestirilemeyen/öngörülemeyen sağlık durumu ve süregen ağrının oluşacak problemler için riski arttırdığı bulunmuştur. Kronik durumların

özelliklerinden bağımsız olarak bireysel faktörlerin de gelişebilecek sonuçlarla ilişkili olduğu açıktır. Erkek cinsiyeti, düşük özgüven, zayıf psikososyolojik sağlık, düşük okul başarısı ve çocuğun sosyal yönden daha zayıf olması yatkınlaştıran (predispozan) risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda, sağlıksız alışkanlıklar (sigara ve alkol kullanımı) önemli faktörler olarak tanımlanmıştır. Aile düzeyinde, ailevi esneklik, uygun başa çıkma, sosyal katılım, şartlara olumlu tepkiler atfetmek, iyi iletişim ve net sınırlar koruyucu faktörler olarak gözükülmektedir.³⁴

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerin kolşisin tedavisine iyi yanıt vermesi nedeniyle yaşamlarında AAA hastalığına bağlı kısıtlanmalarının olmaması, okul başarılarının iyi olması ve annelerinde psikiyatrik açıdan problemlerin olmaması gibi koruyucu faktörler nedeniyle ruh sağlıklarının süregen bir hastalık olan AAA'ya rağmen olumsuz etkilenmediği düşünülmüştür. Her çalışma da olduğu gibi bu çalışmanın da bir takım kısıtlılıkları vardır. Psikiyatrik tanıların yarı yapılandırılmış tanı ölçekleri ile konulmamış olması ve sadece psikiyatrik belirtilerin taranması bu çalışmanın kısıtlılıkları olarak sayılabilir. AAA tanısı alan çocuk ve ergenlerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ile ilgili ileride yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Samuels J, Aksentijevich I, Torosyan Y, et al. Familial Mediterranean fever at the millennium. Clinical spectrum, ancient mutations, and a survey of 100 American referrals to the National Institutes of Health. *Medicine (Baltimore)* 1998; 77: 268-297.

2. Livneh A, Langevitz P, Zemer D, et al. The changing face of familial Mediterranean fever. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26: 612-627.
3. Gang N, Drenth JP, Langevitz P, et al. Activation of the cytokine network in familial Mediterranean fever. *J Rheumatol* 1999; 26: 890-897.
4. Frensdorff A, Sohar E, Heller H. Plasma fibrinogen in familial Mediterranean fever. *Ann Intern Med* 1961; 55: 448-455.
5. Dantzer R, Bluth RM, Castanon N, et al. Cytokines, sickness behavior, and depression. In: Ader R (ed). *Psychoneuroimmunology*. New York: Elsevier, 2007: 281-318.
6. Hart BL. Biological basis of the behavior of sick animals. *Neurosci Biobehav Rev* 1988; 12: 123-137.
7. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2008; 9: 46-56.
8. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006; 27: 24-31.
9. Gortmaker SL, Walker DK, Weitzman M, et al. Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics* 1990; 85: 267-276.
10. Huurre T, Aro H. The psychosocial well-being of Finnish adolescents with visual impairments versus those with chronic conditions and those with no disabilities. *J Vis Impair Blind* 2000; 94: 625-637.
11. Kokkonen J, Kokkonen ER. Prevalence of mental disorders in adults with chronic physical diseases since childhood as identified by the Present State Examination and the CATEGO program. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 239-243.
12. Seigel WM, Golden NH, Gough JW, Lashley MS, Sacker IM. Depression, self-esteem, and life events in adolescents with chronic diseases. *J Adolesc Health* 1990; 11: 501-504.
13. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21: 995-998.
14. Oy B. Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 132-137.
15. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1973.
16. Özusta Ş. Çocuklar İçin Durumlu-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10: 32-44.
17. Derogatis LR, Clearly PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90R: a study in construct validation. *J Clin Psychol* 1977; 33: 981-989.
18. Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 5-12.
19. Chapman CR, Case KL, Dubner R, et al. Pain measurement: an overview. *Pain* 1985; 22: 1-31.
20. King RA. Adolescence. In: Martin A, Volkmar F R (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (4th ed). Massachusetts: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 279-291.
21. Yalcinkaya F, Cakar N, Misirlioglu M, et al. Genotype-phenotype correlation in a large group of Turkish patients with familial Mediterranean fever: evidence for mutation-independent amyloidosis. *Rheumatology* 2000; 39: 67-72.
22. Sayarlioglu M, Cefle A, Inanc M, et al. Characteristics of patients with adult onset familial Mediterranean fever in Turkey: analysis of 401 cases. *Int J Clin Pract* 2005; 2: 202-205.
23. Inal A, Yilmaz M, Guneser S, et al. The clinical and genetical features of 124 children with familial Mediterranean fever: experience of a single tertiary center. *Rheumatol Int* 2009; 29: 1279-1285.
24. Sohar E, Gafni J, Pras M, Heller H. Familial Mediterranean fever: a survey of 470 cases and review of the literature. *Am J Med* 1967; 43: 227-253.
25. Tunca M, Akar S, Onen F, et al. Familial Mediterranean fever (FMF) in Turkey: results of a nationwide multicenter study. *Medicine (Baltimore)* 2005; 84: 1-11.
26. Huurre TM, Aro HM. Long-term psychosocial effects of persistent chronic illness: a follow-up study of Finnish adolescents aged 16 to 32 years. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2002; 11: 85-91.
27. Barakat MH, Kamik AM, Majeed HW, et al. Familial Mediterranean fever (recurrent hereditary polyserositis) in Arabs: a study of 175 patients and review of the literature. *Q J Med* 1986; 60: 837-846.
28. Onen F. Familial Mediterranean fever. *Rheumatol Int* 2006; 26: 489-496.
29. Orr DP, Weller SC, Satterwhite B, et al. Psychosocial implications of chronic illness in adolescence. *Pediatrics* 1984; 104: 152-157.
30. Cadman D, Boyle M, Szatmari P, et al. Chronic illness, disability, and mental social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics* 1987; 79: 805-813.
31. Goldfinger SE. Colchicine for familial Mediterranean fever. *N Engl J Med* 1972; 287: 1302.
32. Zemer D, Revach M, Pras M, et al. A controlled trial of colchicine in preventing attacks of familial Mediterranean fever. *N Engl J Med* 1974; 291: 932-934.
33. Fidan T, Ertekin V, Selimoglu A. Depression and anxiety levels among children with coeliac disease: a preliminary report. *Acta Paediatr* 2008; (Suppl): 97.
34. Patterson J, Blum RW. Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 692-698.
35. Stawski M, Auerbach JG, Barasch M, Lerner Y, Zimin R, Miller MS. Behavioral problems of adolescents with chronic physical illness: a comparison of parent-report and self-report measures. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 1995; 4: 14-20.