



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İstanbul

T.C.
HASAN KALYONCU
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 8-15 YAŞ ARASI BİR GRUP
ÇOCUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ALT TIPLERİ İLE
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI ALT TIPLERİ BELİRTİLERİNİN BİRLİKTELİĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fazilet SEYİDOĞLU

İstanbul, 2015

T.C.
HASAN KALYONCU
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 8-15 YAŞ ARASI BİR
GRUP ÇOCUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ALT
TİPLERİ İLE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI ALT TİPLERİ BELİRTİLERİNİN
BİRLİKTELİĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Fazilet SEYİDOĞLU

Danışman: Prof. Dr. Ö.Mücahit ÖZTÜRK

İstanbul, 2015

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan 8-15 yaş arası bir grup çocukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri ile Anksiyete Bozuklukları Alt Tipleri Belirtilerinin Birlikteliği” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

23.06.2015

Fazilet SEYİDOĞLU

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve anksiyete bozuklukları çocukluk döneminin en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. DEHB' ye Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğunun (DB) eşlik etmesi bilinmektedir. DEHB'ye anksiyete bozuklukları da sıklıkla eşlik etmektedir. DEHB'ye anksiyete bozukluklarının eşlik etmesi %20 ile %50 arasında değişmektedir. Fakat bu alanda az sayıda çalışma vardır. Aynı zamanda DEHB Alt Tipleri (DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip) anksiyete bozuklukları belirtilerinin görülmesinde önemli bulunmuştur. Çalışmamızda yeni tanı alan ve öncesinde tedavi edilmemiş DEHB 'li çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları alt tiplerinin birlikteliği ve ilişkilerini saptamak amaçlanmıştır. Cinsiyet, yaş, DEHB alt tipinin anksiyete bozuklukları belirtileri ile ilişkisi değerlendirilmiş ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmamız 01 Ocak 2015 – 01 Haziran 2015 tarihleri arasında İstanbul ilinde PEDAM Psikiyatri Kliniği ve MEVA Psikiyatri Kliniği'ne başvuran çocuk ergen psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV kriterlerine göre ilk kez DEHB tanısı alan ve ilaç tedavisi olmayan 8-15 yaş aralığında, zeka bölümü 90 ve üstü olan 60 (36 Erkek, 24 Kız) araştırma olgusundan oluşmuştur. Tüm DEHB'li olguların yaş ortalaması (11,18 ± 2,28)'dir.

DEHB ve DEHB Alt Tipi (DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip) tanıları DSM-IV tanı ölçülerine göre uzman hekimlerin klinik değerlendirilmesi ile konuldu. 36 olgu (%60) DEHB Bileşik Tip, 24 olgu (%40) DE Önde Tip tanısı aldı. DEHB Hiperaktivite- Impulsivite'nin Önde Geldiği Tip tanısı alan olgular çalışmaya dahil edilmedi.

DEHB Bileşik Tip olgularının %69,44'ünde (n:25) KOKGB; DE Önde Tip olguların %41,6'sında (n:10) KOKGB tanısı vardı. DEHB Bileşik Tip olguların %5,5 (n:2) Davranım Bozukluğu (DB), DE Önde Tip tanısı alan olgularda DB tanısı alan olgu yoktu. Tüm DEHB'li olgularda %58,3 KOKGB, %3,3 DB tanısı bulunmaktaydı.

Olguların değerlendirilmesinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) kullanıldı.

DEHB tanısı almayan Kontrol Grubu (n:66); 29 Erkek, 37 Kızdan oluşturuldu ve bu grubun yaş ortalaması (11,88±2,11) idi. Kontrol Grubu İstanbul ilindeki özel bir ilköğretim okulunun 3. Sınıf - 9. Sınıf dahil 239 öğrencisinin içinden seçilmiştir. Aile ve öğretmenlerin Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini her öğrenci için doldurulması istenmiştir. Seçilen Kontrol Grubuna araştırmacı tarafından Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) uygulanmıştır.

Bulgular: DEHB’li tüm olguların %56,7’sinde, DEHB Bileşik Tipinin %69,4’ünde, DE Önde Tipin %37,5’inde anksiyete bozukluğu belirtileri saptanmıştır. DEHB Alt Tipleri anksiyete bozuklukları belirtilerinin görülmesinde önemli bulunmuştur (DE Önde Tipe nazaran DEHB Bileşik Tip). DEHB alt tipleri arasında DEHB Bileşik Tipte DE Önde Tipe nazaran anksiyete bozuklukları belirtileri görülmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tüm DEHB olgularının cinsiyetlerine göre anksiyete durumlarında anlamlı farklılık ortaya çıkmamıştır. ($p>0,05$). Tüm DEHB’li olgularda yaş grubu anksiyete bozuklukları görülme sıklıkları farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Tüm DEHB’li olguların anksiyete belirtileri 7-11 yaş grubunda 12-15 yaş grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tüm DEHB olgularına (DE Önde Tip + DEHB Bileşik Tip) Sosyal Fobi Belirtileri %53,5, Ayrılık Anksiyete Belirtileri %52,33, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri %43,9, Panik Somatik Belirtileri %28,1, Okul Korkusu Belirtileri %25,3 oranında eşlik etmektedir.

Tüm DEHB olgularında birkaç anksiyete bozukluğu belirtileri görülme sıklığı bir anksiyete bozukluğu belirtileri görülme sıklığından daha fazla çıkmıştır.

Tartışma: Çalışmamız daha önceki çalışmalara benzer şekilde DEHB’li olgularda sıklıkla anksiyete bozukluğu eş tanısının bulunduğunu destekler niteliktedir. DEHB alt tipleri anksiyete bozuklukları belirtilerinin görülmesinde önemli bulunmuştur. DEHB Bileşik Tipte DE Önde Tipe nazaran anksiyete bozuklukları belirtileri görülmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Klinisyenlerin DEHB’li olgularda ebeveynleri tarafından genellikle fark edilmeyen anksiyete belirtileri eş tanısını sorgulamaları ve tespit edip tedavi yaklaşımını buna göre belirlemeleri gerekmektedir. DEHB’li olgulara eşlik eden anksiyete bozukluklarının birden fazla olabileceğini de göz önünde bulundurarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Alt Tip, Anksiyete Bozuklukları, Çocuklar, Eş tanı.

ABSTRACT

Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Anxiety Disorders are the most prevalent psychiatric disorders of childhood. It is well known that Opposite Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) is mostly comorbid to ADHD cases. Comorbidity of ADHD and anxiety disorders is also common. According to studies the rate of comorbidity anxiety disorders seen in children with ADHD range from % 20 to % 50. But there are few studies in this field. Also ADHD subtypes (Inattentive Type and ADHD Combined Type) found to be differentiated and important in anxiety disorder symptoms. Our research aimed to investigate the relationship and comorbidity of anxiety disorder subtype symptoms with newly diagnosed children and adolescents with ADHD. Gender, age, ADHD symptoms assessed with anxiety disorder symptoms compared to healthy comparison Control Group.

Method: Our research consisted of 60 treatment naive subjects (36 boys, 24 girls) aged between 8 to 15 years (age range:11,18±2,28) who applied to PEDAM Psychiatry Clinic and MEVA Psychiatry Clinic from 01 January 2015 to 01 June 2015 for the first time and were diagnosed with ADHD according to DSM-IV criteria whose IQ score was above 90.

ADHD subtype (Inattentive type, ADHD Combined Type) diagnosed by clinical observation of child psychiatrists according to DSM-IV criteria. 36 subject (% 60) diagnosed with ADHD Combined Type, 24 subjects (% 40) diagnosed with Inattentive Type. Cases diagnosed with ADHD Hyperactive-Impulsive Type were excluded from study.

% 69,44 of ADHD Combined Type subjects (n:25), %41,6 of Inattentive Type had also comorbid ODD.% 5,5 of ADHD Combined and none of Inattentive group had CD comorbid diagnoses. In all ADHD cases % 58,3 ODD, %3,3 CD comorbidity was found.

Subjects were assessed with Socio-demographic Information Form, Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavioral Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S) and Screen for child and Anxiety –Related Emotional Disorders (SCARED).

Control Group who had no diagnoses of ADHD (n:66), 29 boys, 37 girls (age range :11,88±2,11) was recruited from 239 private college students (from 3rd class to 9th class grade students). Teachers and parents of each college student wanted to complete T-DSM-IV-S. Researcher applied SCARED by asking each student to complete.

Results: The Anxiety Disorders comorbidity rate was %56,7 in all ADHD groups, %69,4 in ADHD Combined Type and %37,5 in Inattentive Type. We found ADHD subtype differences for anxiety (Combined vs Inattentive.). Within the ADHD subtypes, anxiety disorders found to be significantly higher in ADHD Combined Type than Inattentive Type ($p < 0,05$). All ADHD subtypes (ADHD Combined Type and ADHD Inattentive Type) did not differ significantly based on gender ($p < 0,05$).

All ADHD cases differed significantly in anxiety disorders based on age ($p < 0,05$). 7-11 age group had higher anxiety disorder symptoms than 12-15 age group ($p < 0,05$). Social Anxiety Disorder symptoms was detected in %53,5, Separation Anxiety Disorder symptoms in %52,3, Generalized Anxiety Disorder symptoms %43,9, Panic Somatic Disorder symptoms in %28,1, School Phobia symptoms in %25,3 of the ADHD cases. Within the ADHD groups more than one anxiety disorder types tend to be comorbid.

Discussion: Our results agree with the previously reported common anxiety comorbidity with ADHD. Within the ADHD subtypes, ADHD Combined Type had significantly higher anxiety symptoms than ADHD Inattentive Type. Clinicians should evaluate anxiety symptoms with attention in children with ADHD that could be unnoticed by their parents. Treatment should be determined according to the comorbid anxiety disorder which can be more than one.

Key Words: ADHD, Subtype, Anxiety Disorders, Children, Comorbidity.

TEŞEKKÜR

DEHB ve anksiyete bozuklukları ile tanışmama vesile olan ve çocuk psikiyatrisini bana sevdiren, on sekiz yıl eğitimim boyunca yol gösteren tez danışmanım hocam Prof. Dr. Mücahit Öztürk'e,

Terapi eğitimleriyle bana emek veren, çok şey öğreten saygıdeğer hocam Prof.Dr.Mehmet Hakan Türkçapar'a,

Klinik Yüksek Lisans eğitimim boyunca varlığını hissettiren ve hala hissettiren, tezimde de desteklerini esirgemeyen sevgili hocam Yrd. Doç.Dr. Şaziye Senem Başgül'e,

Tüm Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji öğretim üyeleri hocalarım Prof.Dr. Can Tuncer'e, Yrd. Doç. Dr. İtir Tari Cömert'e, Yrd. Doç. Dr. Özge Mergen'e, Yrd. Doç. Dr.Ulaş Özcan'a ve sevgili Klinik Psikolog Mehmet Dinç'e,

Tezimde araştırma grubunda yer alan sevgili DEHB' li danışanlarıma ve ailelerine,

İstatistik değerlendirmelerde yardımcı olan ve SPSS 19.0 paketini kullanmama izin veren Yıldız Teknik Üniversitesinden sevgili Doç. Dr. İbrahim Demir'e,

Tezi yazma sürecinin her anına şahit olup bana koçluk yapan canım arkadaşlarım Esra Karataş Alpay, Ayşe Topçubaşı ve Uzm. Psk. Duygu Türkdoğan'a,

Kontrol Grubunu oluşturmamda yardımcı olan Rehber Öğretmen Tamer Ceylan ve Merve Ekşi'ye;

Yüksek lisans eğitimim boyunca üç yıl sabreden canım olgun çocuklarım Melikenur ve Mustafa Yusuf'a,

Ve hiç bitmek tükenmek bilmeyen sevgileriyle, şefkatleriyle hep yanımda olan canım annem Nursen Seyidoğlu ve babam Mehmet Necati Seyidoğlu'na sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu	2
2.1.1. Tarihçe.....	2
2.1.2. DSM-V' e Göre DEHB tanı ölçütleri.....	3
2.1.2.1 DEHB ana belirtileri	5
2.1.2.1.1 Dikkatsizlik	5
2.1.2.1.2.İmpulsivite (Dürtüsellik).....	6
2.1.2.1.3.Hiperaktivite	6
2.1.3.Alt tipleri	6
2.1.4. Epidemiyoloji.....	7
2.1.5. Etyoloji	7
2.1.5.1. Genetik etkenler.....	8
2.1.5.2. Beyinde yapısal değişiklikler.....	8
2.1.5.3. Nörotransmitterler ile ilgili değişiklikler	9
2.1.5.4. Doğum travması ve prenatal etkenler.....	9
2.1.5.5. Diyet, kurşun ve çevresel faktörler.....	9
2.1.5.6. Psikososyal etkenler	10
2.1.5.7. Nöropsikolojik bir model	10
2.1.6. Değerlendirme	10
2.1.7. Eş tanıli bozukluklar.....	11
2.1.7.1. DEHB ve davranım bozukluğu	12
2.1.7.2. DEHB ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu	12
2.1.7.3. DEHB ve öğrenme bozuklukları	13
2.1.7.4. DEHB ve zeka geriliği	14

2.1.7.5. DEHB ve depresyon	14
2.1.7.6. DEHB ve bipolar bozukluk	15
2.1.8. Gidiş ve sonlanım.....	15
2.1.8.1. DEHB' nin gelişimsel dönemde gidişi ve prognozu.....	15
2.1.8.1.1. İlk çocukluk dönemi	15
2.1.8.1.2. Çocukluk dönemi	15
2.1.8.1.3. Ergenlik dönemi	15
2.1.8.1.4. Yetişkinlik dönemi	16
2.2. Anksiyete Bozuklukları.....	16
2.2.1. Tarihçe.....	17
2.2.2.Çocuklarda görülen anksiyete bozuklukları	18
2.2.2.1. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	18
2.2.2.2. Panik bozukluk.....	19
2.2.2.3.Özgül fobi	19
2.2.2.4. Sosyal fobi.....	20
2.2.2.5. Seçici konuşmazlık (Mutizm)	21
2.2.2.6. Yaygın anksiyete bozukluğu	21
2.2.3. Etyoloji	22
2.2.3.1. Biyolojik etkenler.....	22
2.2.3.2.Psikososyal etkenler	23
2.2.4.Anksiyete bozukluklarında değerlendirme.....	23
2.2.5. Eş tanılı bozukluklar.....	23
2.2.6. DEHB ve anksiyete bozuklukları eş tanısı	24
2.2.6.1. Dikkat eksikliği ve anksiyete bozukluğu ayırıcı tanı	25
2.2.6.2. DEHB ve anksiyete bozukluğu eş tanısında yeni bir tedavi önerisi	26
3. YÖNTEM VE GEREÇ	28
3.1. Çalışma Gruplarının Oluşturulması ve Araştırmanın Yürütülmesi	28
3.2. Veri Toplama Araçları.....	29
3.2.1. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği (ÇATÖ)	29
3.2.2. Turgay yıkıcı davranım bozukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği....	30
3.2.3 Sosyodemografik bilgi formu.....	30
3.3 İstatistiksel Değerlendirme.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Karşılaştırma Analizleri.....	35

5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ	46
7.EKLER.....	48
7.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu.....	48
7.2. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	49
7.3.Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	51
7.4. Sosyodemografik Bilgi Formu	54
7.5. Etik Kurulu Raporu	55
8. KAYNAKLAR.....	56

KISALTMALAR

AACAP: American Child And Adolescent Psychiatry Association

APA: American Psychiatry Association

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CD: Conduct Disorder

ÇATÖ: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği

DB: Davranım Bozukluğu

DE: Dikkat Eksikliği

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

DEYDB DSM-IV: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

EEG: Elektro- Ensefalografi

ICD: International Classification of Diseases

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

MTA: Multimodel-Treatment Study of Children with ADHD

NIH: National Institutes of Health

ODD: Oppositional Defiant Disorder

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PET: Pozitron- Emission Tomografi

SCARED: Screen for Child and Anxiety –Related Emotional Disorders

SCT: Sluggish Cognitive Tempo

SPECT: Single l Photon Emission Tomografi

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

T-DSM-IV-S: Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavioral Disorders Screening and Rating Scale

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Grup değişkeni için frekans ve yüzde değeri	32
Tablo 2: Çalışma grubunda tanı dağılımının incelenmesi	32
Tablo 3: Yaş değişkeni için ortalama ve sapma değerleri	32
Tablo 4: Yaş dağılımının gruplara göre incelenmesi.....	33
Tablo 5: Yaş gruplarına göre çalışma grubu ve kontrol grubu için frekans ve yüzde değerleri.....	33
Tablo 6: Cinsiyet dağılımının incelenmesi	34
Tablo 7 : ÇATÖ ölçeğinin alt boyutlarının ortalama ve sapma değerleri	34
Tablo 8: Kontrol grubu ve DEHB alt tipine (DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip) göre anksiyete bozuklukları alt tiplerinin ÇATÖ'nün ortalama puanlarının anova analizi ile incelenmesi	35
Tablo 9: Cinsiyete göre tüm DEHB'li olgularda anksiyete bozukluğu alt tiplerinin bağımsız örneklem t testi ile incelenmesi	37
Tablo 10: Yaş gruplarına göre tüm DEHB'li olgularda anksiyete bozukluğu alt tiplerinin bağımsız örneklem t testi ile incelenmesi	38
Tablo 11: ÇATÖ alt boyutlarının 100 puana göre ortalama ve standart sapma değerleri	39
Tablo 12: DEHB alt tipine göre ÇATÖ'nün alt boyutlarının 100 puana göre ortalama ve sapma değerleri.....	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu çocukluk döneminin en sık görülen, belirtileri sıklıkla ergen ve yetişkin dönemde de devam eden psikiyatrik bozukluklarından (Şenol, 2008; Weiss, 2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sıklıkla başka bir bozukluk eşlik etmektedir. Eş tanı görülme sıklığı %46-68 olarak bildirilmektedir (Şenol, 2008).

Klinik uygulama açısından bakıldığında, eşlik eden bozuklukların sıklığı bu çocukların ayrıntılı değerlendirilmelerini gerektirir. Genelde eşlik eden ikinci ya da üçüncü bir bozukluğun saptanması daha kötü bir sonlanımı olan ciddi bir sorunu göstermektedir (Barkley, 2006). Eşlik eden bozukluklar DEHB tedavisine yön verirler (Barkley ve Edwards, 2006; Ercan, 2008). Bu nedenle DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin tedavilerinin planlanması ve takibinde eşlik eden bozuklukların araştırılması oldukça faydalıdır (Barkley, 2006; Ercan, 2009).

Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma ve Karşı Gelme Bozukluğu gibi yıkıcı davranış bozuklukları ve öğrenme bozuklukları ile DEHB' nin birlikteliği iyi bilinmektedir (Faraone ve ark. 1998). Son yıllarda araştırmalar, DEHB' li çocuklarda anksiyete bozukluğu sıklığının da yüksek ve yaklaşık olarak olguların, %20 ile %50 arasında komorbidite olduğunu göstermiştir (March ve ark., 2000; Schatz ve Rostain, 2006; Tannock, 2009). DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları üzerine alan yazında ve ülkemizde çok az sayıda çalışma vardır (Jarrett, 2013; Yüce, 2006).

Bazı araştırmacılar DEHB ile anksiyete bozukluklarının gelişiminin benzer bir patogeneze dayandığını öne sürerken (Levy, 2004) bazıları ise DEHB ve anksiyete bozukluğu eş tanısı gösteren olguların farklı fenotipik özellikler gösterdiğini ya da DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin DEHB' nin ayrı bir alt tipi olduğunu var saymışlardır (Jensen, 1997; Schatz, Rostain, 2006).

DEHB alt tipleri arasında klinik özellikler ve eş tanı oranları açısından farklılıklar görüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır (Faraone ve ark. 1998; Jarrett, 2013; Lahey ve ark., 1988). Alan yazını incelendiğinde, DEHB alt tiplerine göre anksiyete bozuklukları alt tipleri belirtilerini, sıklığını, dağılımını, ilişkilerini inceleyen araştırmaların çok daha az olduğu görülmüştür.

Bu nedenle bu çalışmada ilk kez DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları alt tipleri belirtilerini ve anksiyete belirtilerinin varlığında yaş ve cinsiyet faktörünü incelemek, DEHB alt tipleri (DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip) ile anksiyete bozuklukları alt tip belirtilerinin ilişkisinin ve dağılımının değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu 19.yy' dan beri çeşitli terimlerle tanımlanmıştır. İlk kez 1902 yılında George Still, aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocukları “Defect of Moral Control” adlı bilimsel makalesinde yayınlamıştır. Erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek organik ve sosyal nedenlerin üzerinde durmuştur (Şenol, 2008; Weiss, 2002).

Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan letarjik ensefalit salgını sırasında, ensefalit geçirmiş olan çocuklarda DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmış ve Khan ve Cohen (1934) ensefalit ve travmaya bağlı santral sinir sistemi zedelenmesi sonrası ortaya çıkan davranış bozukluklarını “Organik Hareketlilik (Organically Driven)” olarak tanımlamışlar ve bu durumun beyin hasarına bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir. Bu çocuklarda şiddetli davranış bozukluğunun ortaya çıkması organik nedenlere olan ilgiyi arttırmıştır. Lehtinen (1947) aşırı hareketli, şaşkın, dürtüsel, bir hareketi, bir davranış örüntüsünü veya bir etkinliği istemsiz olarak yinelemesi olan ya da bilişsel yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmiş ve bu durumu Straus “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak adlandırmıştır (Canat, 1998; Şenol, 2008; Weiss, 2002).

Ancak Clements ve Peters hiperaktif çocukları 1960’lı yıllarda koordinasyonu zayıf öğrenme güçlüğü olan ve duygusal dengesizlik gösteren, ancak belirlenmiş nörolojik bozukluğu olmayan bir grup çocuk için “Minimal Beyin Disfonksiyonu” tanımını kullanmıştır (Weiss, 2002). Wender (1971) minimal beyin disfonksiyonu olan çocuklardaki temel psikolojik özellikleri altı grupta (motor davranış, dikkat algı bilişsel işlevsellik, öğrenme, dürtü denetimi, kişiler arası ilişkiler, duygu) tanımlamıştır ve bu alanlarda sorunların ortaya çıktığını belirtmiştir (Weiss, 2002).

1983’te bozukluk temel olarak “Dikkat Eksikliği”, 1992’de “Zayıf Engelleyici Süreç” gibi kavramlarla belirtilmiştir. 1993 yılında, ‘Ters ve Gecikmiş Engellenme (Aversive Delayed Inhibition)’ tanımı ileri sürülmüştür. Buna göre DEHB olan çocuklarda engellenme düzeyleri gecikmektedir (Weiss, 2002).

DEHB ilk olarak ICD-9 (1965) ve DSM-II (1968) de “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendromu” adı altında bilimsel sınıflandırmaya girmiştir. DSM-III’de (1980) dikkat eksikliği belirtisinin önemi vurgulanarak “Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği” ve “Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği” iki alt gruba ayrılarak adlandırılmıştır (Canat, 1998; Şenol, 2008; Weiss, 2002).

DSM-3-R (1987) sınıflandırılmasında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” adıyla yer alan bu bozuklukta belirlenen 14 belirtiden tanı için minimum 8 belirtinin olması şartı konulmuştur.

DSM-3-R’de hastalığın ana belirtileri dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite olarak belirlenmiştir (Canat, 1998; Şenol, 2008).

DSM-4’te (1994) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu en son şeklini alarak belirtilerin özelliğine göre üç alt tipe ayrılmıştır. Bunlar: 1-Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip 2-Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip 3-Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip olarak adlandırılmıştır. DSM-4’te Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma ve Karşı Gelme Bozukluğuna da yer verilmiştir. DSM-4’te Bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları Başlığı altına alınmıştır (Şenol, 2008; Weiss, 2002).

ICD-10’da (1992) Ruhsal ve Davranımsal Bozukluklar sınıflandırılmasında Bozukluğa hiperaktivite belirtisinin önemi vurgulanarak ‘Hiperkinetik Bozukluk’ olarak adlandırılmıştır.

DSM-5’te bozukluk DSM-4’ten farklı olarak “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında yer almıştır. Davranım bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu DEHB ile yüksek birlikteliklerine karşın DSM-5’te Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altında DSM-4’teki gibi yer almıştır (Köroğlu, 2014).

2.1.2. DSM-V’ e Göre DEHB tam ölçütleri

- A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirtili, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:
1. **Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:
Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
 - a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde) iste ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).
 - b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
 - c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, akli başka yerde gibi görünür).
 - d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
 - e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

- f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
 - g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).
 - h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
 - i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıktır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmeye, faturaları ödemeye, randevularına uymakta).
2. **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal okulla/ işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
 - b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
 - c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşuturur durur ya da bir yerlere tırmanır (**Not:** Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).
 - d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerini sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
 - e. Çoğu kez, 'her an hareket halinde'dir, 'kıçına bir motor takılmış' gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).
 - f. Çoğu kez aşırı konuşur.
 - g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
 - h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).
 - i. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığı arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).
- B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

- C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).
- D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01 (F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütleri karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin / dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma ‘ağır olmayan’ la ‘ağır’ arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirtileri vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur. (Köroğlu, 2014).

2.1.2.1 DEHB ana belirtileri

2.1.2.1.1 Dikkatsizlik

Dikkati toparlamada güçlük, dikkatin çok kolay dağılması, unutkanlık, oyuncak ve eşyalarını kaybetme, düzensizlik gibi belirtiler dikkat sorunu olduğunu gösterir (Barkley, 1997).

2.1.2.1.2.İmpulsivite (Dürtüsellik)

Davranışı kontrol etmede güçlük, sıra bekleyememe, isteklerini erteleyememe, acelecilik, sorulan sorulara çok çabuk cevap verme, düşünmeden hareket etme şeklinde kendini gösterir. Çocuk başkalarını rahatsız eder, sözlerinin arasına girer ve zararlı davranışlarda bulunabilir. Sabır ve organizasyon isteyen aktivitelerde zorlanır. Çocuğun impulsivitesi başka çocuklar tarafından özensiz, sorumsuz, bebecsi, tembel ve kaba olarak nitelendirilir. Dürtüsellik çocuğun kendisi ve çevresindekilere zarar verip kazaya sebep olabilir (Barkley, 1998).

2.1.2.1.3.Hiperaktivite

Çocuklar kendi yaşlılarıyla karşılaştırıldığında daha fazla hareketlidirler ve bu hareketlilikleri okulda, ailede ve günlük işlerinde sorun oluşturur. Aşırı hareketlilik, yerinde duramama, devamlı hareket halinde olma, huzursuzluk, oturmada güçlük çekme ve bir motor tarafından sürülüyormuşçasına hareket etme şeklinde kendini gösterir (Barkley, 1997). Aşırı hareketlilik ve huzursuzluk çocukların oturmaya zorunda oldukları yapılandırılmış durumlarda artar (Barkley, 2006e). Çocuk gelişim düzeyine uygun olmayacak şekilde hareketlidir. Mobilyaların üzerinden atlama, zıplama, sakın bir şekilde oyun oynayamama, ev içinde koşma şeklinde okul öncesi döneminde kendini gösterir. Okul dönemindeki çocuklarda ise belirtiler daha küçük çocuklara göre daha azdır. Okulda sınıfta oturmakta, sıra beklemekte güçlük çekerler, sık sık ayağa kalkabilirler. Elleriyle sürekli bir şeylerle oynar ve ellerini ve ayaklarını sallarlar. Çok konuşur ve sınıfta etkinlikler sırasında ses çıkararak dikkat çekebilirler (Canat, 1998; Barkley, 1997; Barkley, 2006e; Şenol, 2008).

2.1.3.Alt tipleri

Son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak DEHB alt tipi ayrımı yapılır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Ana belirtilerin üçü de aynı zamanda vardır. DEHB tanısı alanların çoğu bu grupta yer alır. En sık görülen tiptir. Sıklıkla erişkin yaşama kadar devam eder. Bu çocuklar hem okul hem ev yaşamında güçlükler yaşarlar (Weiss, 2002).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Hiperaktivite ve impulsivite belirtileri yoktur veya altıdan azdır. En az altı aydır süren dikkatsizlik belirtileri vardır (Koroğlu, 2014). Araştırmalar bu çocukların bilişsel olarak uyku halinde, uyuşuk, sürekli hayal kuran, kafası karışmış ve sosyal olarak geri çekilmiş olarak uyuşmuş bilişsel tempoya (sluggish cognitive tempo) sahip olduğunu göstermiştir (Hartman, 2004; Lahey, 1988). Dikkat eksikliği bozukluğu olan çocuklar okulda hiperaktivite ve dürtüsellikleri olmamasından dolayı ve dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve organizasyonu ile ilgili güçlükler yaşamaları sebebiyle esas olarak uyum sorunundan ziyade öğrenmeyle ilgili problem yaşarlar. Geç kalmak, organize olamamak, ödevleri tamamlayamamak, unutkan ve sürekli hayal dünyasında olarak tanımlanırlar. Ve genellikle de ilköğretim döneminde tanı alırlar (Weiss, 2002). Kızlarda, erkeklere olan oranla daha sık görülür (Canat, 1998; Şenol, 2008; Weiss, 2002).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği

Tip: Dikkatsizlik belirtileri altının altındadır. Hiperaktivite-İmpulsivite belirtilerinin altısı karşılanıyordur. Bu grup Dikkat Eksikliği alt tipinden hiperaktivite nedeniyle erken tanı alırlar. Okulda ve evde sosyal ortamlarda uyum sorunları yaşarlar. Öğrenme güçlüğü yaşamayabilirler (Canat, 1998; Weiss, 2002). Erkeklerde kızlara göre daha sıktır (Canat, 1998; Şenol, 2008). Aşırı hareketliliğin önde olduğu tip okul öncesi dönemde yaygındır. Ve klinik DEHB olgularının %2'sini oluşturur. Bu çocukların ne kadarının sonraki dönemde dikkat eksikliği ölçütlerini de karşılayacağı açık değildir. Çünkü dikkat sorunları genellikle kendini okulda belli eder (Canat; 1998; Şenol, 2008; Weiss, 2002). Hiperaktivite önde tipin DEHB Bileşik Tipin erken görünümü olduğunu önerenler vardır. Bu tipte araştırmalar oldukça kısıtlıdır (Barkley, 2006e).

2.1.4. Epidemiyoloji

DEHB' nin yaygınlığıyla ilgili yapılan araştırmalarda sık görüldüğü bilinmesine karşın farklı metod ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığından kesin bir görüş bildirmek zordur (Nelson ve Israel, 2009; Şenol, 2008). DEHB'nin okul çağı çocukları arasındaki yaygınlığı %3-%7 olarak bildirilmiştir (APA, 2000). DEHB en sık okul çağı çocuklarında görülür. Daha sonra sıklık düşer. Bozukluk erkeklerde kızlardan daha sıktır. DSM-IV kitapçığında örneklemin genel toplum ya da klinikten alınmasına bağlı olarak erkek kız oranının 4:1 ile 9:1 arasında değiştiği belirtilmiştir. Klinik temelli çalışmalarla toplum temelli çalışmalar arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Klinik çalışmaların gösterdiği kadarı ile aşırı hareketliliğin önde olduğu tip daha çok okul öncesi ve okulun erken yıllarında, dikkat eksikliğin önde olduğu tip ise ilköğretimin son yılları ve lisede sık bulgu verir. Bu bilgiler toplum örneklemi ile yapılan çalışmalarda doğrulanmamıştır. Aşırı hareketlilik yaşla azalır, dikkat eksikliği ise azalmaz. Klinik ve toplum örneklemleri çalışmalarda, eşlik eden anksiyete bozukluğu ve depresyon açısından fark bulunmamaktadır (Canat, 1998; Şenol, 2008; Weiss, 2000). Yapılan geniş kapsamlı bir meta analiz çalışmasında tüm dünya için oran %5.29 olarak verilmektedir. Oranlar Kuzey Amerika için %6.2, Avrupa' da %4.6, Afrika' da %8.5, Güney Amerika' da %11.8 olarak bildirilmekte, Amerika ortalamasına göre Japonya ve Finlandiya' da daha düşük, Jamaika ve Tai' de daha yüksek oranlar bildirilmektedir (Achenbach, 2007; Şenol, 2008).

2.1.5. Etyoloji

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülen, nedeni tam olarak bilinmeyen heterojen bir bozukluktur (Barkley, 2006d). DEHB 'de tek bir sebepten çok birçok etkenin rol aldığını araştırmalar desteklemektedir. National Institutes of Health (NIH) DEHB ile ilgili yaptıkları kongrede DEHB'nin etyolojisinin tam olarak bilinmediğini bildirmişlerdir. Genetik ve nörobiyolojik teoriler bu alandaki çalışmalarda etyolojiyi desteklemektedir. Bunun yanında semptomun ağırlığı, komorbidite, gidiş ve sonuçlar çevresel ve ailesel faktörler tarafından etkilenmektedir (Barkley, 2006d; Şenol, 2008).

2.1.5.1. Genetik etkenler

DEHB genetik geçişi olan ailesel bir bozukluktur. Araştırmalar DEHB' li çocukları olan ailelerin yüksek oranda psikopatolojiye DEHB dahil sahip olduğunu göstermektedir. %10-35 arasında birinci derece akrabalarında DEHB bulunmaktadır (Barkley, 2006d; Tannock, 1998). Evlat edinme ve ikiz çalışmalarının sonuçları da ailesel geçişi desteklemektedir. DEHB'li olan ve olmayan çocukların kardeşleri ile yapılan çalışmalarda DEHB'li olanların kardeşlerinde DEHB belirtilerinin daha fazla oranda olduğu bulunmuştur. Bu oran ikiz kardeşler arasında daha fazla; monozigot ikizler arasında da en fazla gösterilmiştir (Barkley, 2006; Tannock, 1998; Smith, Barkley ve Shapiro, 2006). Moleküler genetik çalışmalarda farklı genlerin DEHB'nin etyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Bunlar, D2 dopamin reseptör geni, dopamin-B-hidroksilaz geni, dopamin transpoter geni (DAT) ve D4 dopamin reseptör geni (DRD4)'dir. DRD4 geni ile ilgili değişikliklerin DEHB' ye yol açtığı düşünülen dopamin reseptörüne yanıtızsızlığa aracılık etmesi nedeniyle bu gen özel önem taşımaktadır. Ayrıca DRD4 geninin varyantları, DEHB olan erişkinlerin ailelerindeki DEHB ile de ilişkili bulunmuştur (Spencer ve ark., 2002). DEHB' li olguların %55' inde aile öyküsü vardır. Tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı hastalanma oranları %51, çift yumurta ikizlerinde %33' tür. (Cyr ve Brown, 2000; Weiss, 2002).

2.1.5.2. Beyinde yapısal değişiklikler

DEHB'nin beyinde zedelenme sonucu geliştiği düşünceler hastalığın ilk tanımlanmasından bu yana öne sürülmüştür (Barkley, 2006d). Bilgisayarlı beyin tomografisi sonuçları tutarsızdır. DEHB'li çocuklarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında DEHB'si olanlarda kontrollere göre prefrontal korteks, striatum, serebellum, corpus collosumda değişiklikler saptanmıştır (Spencer ve ark., 2002). (MRI) manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları sonucunda DEHB'li çocuklarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bazı beyin yapılarının hem volyumunun daha küçük olduğu hem de normal beyin asimetrisinin kaybolduğu gözlemlenmiştir. Bu beyin yapıları, özellikle prefrontal korteks ve bazal ganglionlar, dopamin reseptörlerinin yoğun miktarlarda olduğu bölgelerdir. Hem çocuk hem erişkin DEHB'li olgularla yapılan Fonksiyonel MRI (fMRI) çalışmalarında, DEHB'li olgularda kontrol gruplarına göre striatum, anterior singulat korteks ve prefrontal kortekste kan akımında azalma saptanmıştır (Jensen, 2000). Korpus kollosumun iki ön bölgesi olan rostrum ve rostral cismi DEHB olan çocuklarda kontrollerden belirgin derecede küçük bulunmuştur. Bu bulgular frontol lobe gelişim ve işlevinde bozukluk olduğu görüşünü desteklemektedir. Korpus kollosumun splenial bölgesinin normalden küçük olmasının dikkat sorunlarını açıklayabileceği ileri sürülmektedir. Dürtüsellüğün prefrontal korteksin dorsolateral kısmının dışı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Şenol, 2008).

Pozitron Emisyon Tomografi (PET) kullanılarak yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların frontal loblarında beyin kan akımı hızında ve bölgesel glukoz metabolizmasında azalma olduğu saptanmıştır. SPECT tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi çalışmalarda striatumda bölgesel kan

akımında azalma, duyu ve motor bölgelerde ise artma olduğu gözlenmiştir. DEHB' de tek bir patofizyolojik etken yoktur. Ancak araştırmalar dikkat ve motor ve davranışı düzenleyen frontal-subkortikal yollarda özellikle frontal-striatal-serebellar yollar ve olası diğer bölgelerle olan bağlantılarda işlev bozukluğu olduğunu işaret etmektedir (Biederman ve Spencer, 2000).

2.1.5.3. Nörotransmitterler ile ilgili değişiklikler

DEHB' nin etyolojisinin araştırılmasında beynin biyokimyasal yapısına da odaklanılmıştır. Birçok nörotransmitter DEHB' nin etyolojisi üzerinde etkili olduğu düşünülse de bugüne kadar en fazla üzerinde durulan nörotransmitterler dopamin ve noradrenalindir. DEHB tedavisinde en sık kullanılan uyarıcı ilaçların hem dopamin hem de norepinefrini etkilediğinden her iki sistemde bozukluk olabileceği görüşü desteklenmiştir. DEHB olanlarda dopamin ve noradrenalin metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir. Dopamin motor ve limbik işlevlerin düzenlenmesinde rol oynar. Sistemin etkilenmesi bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır. Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluk davranışsal, dikkat ve dürtüsellikle, nikrostreatal dopamin sisteminde bozukluk, yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkili bulunmuştur. (Biederman ve Spencer, 2000; Smith, Barkley ve Shapiro, 2006).

2.1.5.4. Doğum travması ve prenatal etkenler

Bazı araştırmalar doğum esnasında zedelenme ve düşük doğum ağırlığı olan çocukların DEHB geliştirme açısından daha riskli olduğunu göstermiştir (Smith, Barkley ve Shapiro, 2006). Fakat DEHB' nin ortaya çıkmasında zor doğumların etkili olduğu düşünülse de yeni araştırmalar doğum problemleri ve fetal sıkıntının etkisinin çok az olduğunu göstermektedir (Nelson ve Israel, 2009). Diğer yandan gebelik döneminde annenin sigara-alkol kullanması ve sağlıksız gebelik dönemi geçirmiş olmasının DEHB oluşumunda yeri olduğunu göstermiştir. ABD' de yapılan 14 yıllık takip çalışmasında anneleri hamilelik döneminde alkol kullanan çocukların gençlik dönemlerinde dikkat eksikliği ve organizasyonda zorluklar yaşadığı bulunmuştur (Streisguth ve ark.,1995). Ebeveynlerde DEHB belirtilerinin olmasından bağımsız olarak in utero dönemde sigara ve alkole maruz kalma ile düşük doğum ağırlığı öyküsü olanlarda DEHB gelişme riskinin iki-üç kat, ebeveynlerinde DEHB belirtileri olanlarda ve genetik faktörlerin varlığında bu riskin sekiz kat fazla olduğu bildirilmektedir (Spencer ve ark., 2002).

2.1.5.5. Diyet, kurşun ve çevresel faktörler

Uzun yıllar diyet-kötü beslenme ve kurşuna maruz kalmanın ve gıda alerjilerinin DEHB' nin oluşmasında etken rolü olduğu tartışılmıştır. Diyetin davranışı etkilediğini destekleyen çalışmalar şekerin rolü, dondurulmuş ya da yapay gıdaların DEHB oluşumunda etken olduğunu gösteren bilimsel kanıtlar yoktur. (Barkley 2006d; şenol, 2008; Weiss, 2002). Kurşuna maruz kalmanın DEHB belirtileri varyansını %4 etkilediği tahmin edilmektedir. Kurşun içinde DEHB oluşumunda etken rolü olmadığı söylenebilir (Barkley, 2006d).

2.1.5.6. Psikososyal etkenler

DEHB' nin etyolojisinde esas faktör olmasa da psikososyal faktörler (ebeveynin rolü, aile ilişkileri, anne-baba tutumları, sosyo-ekonomik statü) ile DEHB arasında ilişki varlığı araştırmalarca gösterilmiştir. Psikososyal etkenlerin bozukluğun temel bir etkiden çok hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkilerinden söz edilebilir. Aile ilişkileri psikososyal etkilerin en önemlisidir. Olumsuz psikolojik faktörler DEHB oluşumunu değil ama belirtilerin şiddetinde ve eşlik eden tanıların görülmesinde etkili bulunmuştur. DEHB'li çocukların ailelerinde anne-baba geçimsizliği, parçalanmış aileler, anne babada psikopatoloji bulunması kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmektedir (Barkley, 2006d; Biederman ve ark., 1995; Weiss, 2002).

2.1.5.7. Nöropsikolojik bir model

Barkley 1997'de DEHB ile ilişkili bilişsel ve davranışsal defisitleri açıklamak için prefrontal korteks işlevlerinden olan yürütücü işlevlerde (executive functions) bozulma modelini ortaya koymuştur. Barkley'in modeline göre hedefe ulaşmak için kişilerin hareketlerini planlamasını ve kontrol etmesini sağlayan 5 yürütücü işlev vardır. Bunlar;

1. Response Inhibition (Davranışları kontrol edebilme):tepkileri geciktirme ve durdurma
2. Nonverbal Working Memory (Sözel olmayan işlek bellek):geçmiş ve gelecek kavramının olması, kendiliğinin farkında olma
3. Internal Speech (İçe konuşma): kendiliğın sorgulanması, kendiliğın tanımlanması, tutum geliştirme için sözel dilin kullanılması
4. Self Regulation of Affect Motivation Arousal (Duyguların ve motivasyonun düzenlenmesi): kontrolü ve hedefe ulaşma çabasını sürdürmesi
5. Reconstitution (Yeniden kurma):yeni tepkiler oluşturmak üzere deneyimlerin işlek bellekte analiz edilmesidir.

Barkley 5 yürütücü işlevden özellikle 'Response Inhibition'mın (tepkileri ketleyebilme) DEHB' de eksik olduğunu ve diğer 4 yürütücü işlevi de etkileyerek psikolojik ve sosyal yetilerde bozulmaya yol açtığını ileri sürmüştür (Barkley, 1998; Barkley, 2006b).

2.1.6. Değerlendirme

DEHB tanısının konması çocuk ve aileyle görüşme yapılması, çocuğun gelişimsel ve tıbbi öyküsünün öğrenilmesi, öğretmenden bilgi alınması, gerekirse bazı test, ölçek ya da incelemelerin yapılmasını kapsar (Barkley ve Edwards, 2006). Barkley ve Edwards (2006) yapmış oldukları çalışmada, DEHB'nin etyolojisinde biyopsikososyal etkenler rol aldığından değerlendirmenin geniş kapsamlı, ayrıntılı olmasını önermiş; çocuğun gelişimsel öyküsünün, farklı ortamlardan (anne, baba ve öğretmenlerden) bilgi alınmasının ve ayırıcı tanı ve eş tanı noktasında bilgi alınmasının yararlı

olacağına dikkat çekmişlerdir. Anne baba ile görüşmede ayrıntılı gelişim öyküsünün alınması önemlidir. DEHB belirtileri çocuğun yaşamının ilk dönemlerinden itibaren görülür. Öykü alınırken hastalığın ana belirtileri, dikkat süresi, yaşlarına göre farklı ortamlarda hareketlilik, dürtüsellik, davranış sorunları, okul başarısı, sosyal becerileri, yürüme, konuşma, tuvalet eğitimi, dil gelişimi, gebelik ve doğum öyküsü, bebeklik döneminde kolik ya da huzursuzluk belirtilerinin varlığı, beslenme sorunları, geçirilen önemli hastalıklar, kafa travmasının varlığı, ailede psikiyatrik bozukluklar, alkol-madde kullanım öyküsü, anne baba ve kardeşlerde eğitim başarısı ve güçlükleri sorgulanır. Çocuk ile yapılan görüşmelerde çocuğun gelişimini, dikkat ve hareketliliğini daha iyi anlamaya yönelik oyunlar küçük çocuklarda yararlıdır (Barkley ve Edwards, 2006; Ercan ve Aydın, 1999; Ercan, 2008, 2009).

Okul öncesi dönemdeki aşırı hareketlilik, dikkatsizlik gibi temel belirtiler gelişim dönemine uygunluk açısından DEHB tanısı için değerlendirilmelidir. Okul öncesi dönemde böyle hareketli çocukların ayırıcı tanısında DEHB olanlarda belirtiler daha kalıcı ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırganlık, korkusuzluk ve gürültücülük ve karşıt gelme durumları izlenmektedir (Şenol, 2008). Daha büyük çocuklarla yapılan görüşmelerde ise algı, dikkat, planlama ve organizasyon yeteneklerini değerlendirmeye yönelik oyunlar seçilir. Bu oyunlar sırasında DEHB olan çocukların aceleci tavırları, sağ sol ayırımı, planlama ve organizasyon yapmada zorluk çekmeleri, kısa sürede oynanan oyundan sıkılmaları, bir süre hareketsiz durmada ve sıra beklemekte güçlük çekmeleri hemen göze çarpabilir ve tanı koymaya yardımcı olabilir (Barkley ve Edwards, 2006; Ercan, 2008).

Çocuğun görüşmede DEHB belirtilerini göstermemesi DEHB olmadığını göstermez. Çocuklarla görüşme esnasında çocuğun perspektifini görme açısından okuluna yönelik soruların klinisyen tarafından çocuğa sorulması yararlıdır (Barkley ve Edwards, 2006). DEHB tanısı düşünülüyorsa ek incelemeler, test ve ölçekler çocuk ve ebeveyn tarafından doldurulur. DEHB tanısı koydurucu hiçbir psikometrik test yoktur. Ancak çocuğun mental kapasitesi ve akademik başarısı arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesi ve öğrenme bozukluğuyla ayırıcı tanı yapılması bakımından zekâ testleri yararlı olabilir (Barkley ve Edwards, 2006; Ercan, 2008; Ercan ve Aydın, 1999). Ebeveyn ve öğretmenler tarafından doldurulan formların başında DSM-IV belirti listesi gelir. Öğretmenlerden alınan bilgiler tanı ve tedavinin her aşamasında önemlidir. DEHB çok sık olarak başka psikiyatrik bozukluklarla bir arada görüldüğünden DEHB tanısı alan tüm olgularda DEHB ile sık olarak birlikte görülen karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, öğrenme bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları, madde kullanım bozukluklarının sorgulanması gerekmektedir (Barkley ve Edwards, 2006; Ercan, 2008, 2009).

2.1.7. Eş tanıli bozukluklar

Bir bozukluk tanısı alan bir hastanın en az bir hatta birden çok diğer bozukluklar için önerilen tanı ölçütlerini karşılıyor olmasına komorbidite (eş hastalanım, eşlik eden bozukluk veya tanı binişmesi) denir. Binişen tanının bilinmesi, asıl bozukluğa temel olan etkenleri belirlemede ve asıl

bozukluk ile ilgili durumun netleşmesinde terapistin yardımcı olmada, tedavi programının seçimini yönlendirmekte, bozukluğun gidişinin belirlenmesinde ve sınıflandırma çalışmalarında yol gösterici olmaktadır (Nelson ve Israel, 2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden tanıların oranı %46-68 arasında bildirilmektedir. Yaş küçüldükçe komorbid tanı oranı artmakta, yaş büyüdükçe azalarak bozukluklar ayrı ayrı görülmeye başlamaktadır (Şenol, 2008).

2.1.7.1. DEHB ve davranım bozukluğu

Davranım bozukluğu başkalarının temel haklarının ya da yaşına uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı yineleyici biçimde ve sürekli bir davranış örüntüsüdür. Bu davranışlar dört ana gruba ayrılabilir.

- 1-İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık,
- 2-Eşyaları kırıp dökme,
- 3-Dolandırıcılık ya da hırsızlık
- 4-Kuralları büyük ölçüde çiğneme.

15 tanı ölçütünden üç ya da daha fazlasının son 12 ay boyunca bulunması ve son 6 ay boyunca en az bir davranışın bulunması gerekmektedir (Köroğlu, 2014). Ailesinde antisosyal kişilik bozukluğu, alkolizm ya da histeri gibi bir ruhsal sorunu olmayan çocuklarda genellikle davranım sorunlarının olmadığı gösterilirken, ailesinde bu tür bozukluklar olan çocukların DEHB'nin yanı sıra davranım sorunlarının da olduğu gösterilmiştir(Hinshaw ve Lee, 2003; Şenol, 2008). Davranım bozukluğu olan ve olmayan şeklinde ayrılarak DEHB tanısı almış çocuklar üzerine oldukça geniş araştırmalar yapılmıştır. Davranım bozukluğu birlikteliğinde DEHB belirtileri ve davranış problemleri daha şiddetli ve yoğun yaşanmaktadır. (Barkley, 1998; Barkley, 2006c; Hinshaw ve Lee, 2003). Prognozu olumsuz ve başka psikiyatrik sorunların eklenmesi riski yüksektir. Bu olgularda antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve bağımlılık riskinin arttığı da bildirilmektedir. DEHB ve davranım bozukluğu birlikteliği daha çok zorlayıcı ebeveyn çocuk ilişkileri, ailede psikiyatrik bozukluklar ve madde kullanımı ve dezavantajlı sosyal statü ile ilişkili bulunmuştur (Hinshaw ve Lee, 2003). DEHB' li çocuklarda davranım bozukluğu komorbiditesi sıklığı %30-50 olarak bildirilmiştir (Biederman, Faraone ve Lapey, 1992).

2.1.7.2. DEHB ve karşı olma karşı gelme bozukluğu

Karşı olma karşı gelme bozukluğu en az altı ay süreyle büyüklere yönelik yineleyici olumsuz karşı gelme, itaatsizlik ve düşmanca davranış örüntüleridir (Köroğlu, 2014; Waslick ve Greenhill, 2004). Sık sık hiddetlenir, alınganlık gösterir ya da kolaylıkla kızar. Sık sık öfkeli, kırgın, içerlemiş ve güceniktir, büyüklerle tartışmaya girer, büyüklerin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder, isteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar, kendi hataları veya yaramazlıkları için başkalarını suçlar, çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister. Tanı

ölçütlerinden en az dördünün karşılanması gerekmektedir (Koroğlu, 2014). DEHB ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu eş tanısı ileri dönemde davranım bozukluğu gelişmesi için risk oluşturur. Karşıt olma bozukluğu belirtilerinin çok erken yaşta başlaması, ailede antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu bulunması da karşıt olma bozukluğu olan olguların davranım bozukluğu tanısı alması açısından yüksek risk faktörleridir (Hinshaw ve Lee, 2003). Olumsuz aile işlevleri olan olgularda, karşıt olma karşı gelme bozukluğu DEHB'ye daha sıklıkla eklenir. KOKGB DEHB'ye eşlik ettiğinde okulla ilgili sorunlar, okul reddi ve arkadaş sorunlarının daha sık olduğu belirtilmiştir (Barkley, 2006c). Karşıt olma bozukluğu temelde yanlış ebeveyn tutumlarından kaynaklandığı düşünülen bir hastalık olduğundan ebeveynin eğitimi büyük bir öneme sahiptir (Barkley, 2003). Çalışmaların çoğunda karşıt olma karşı gelme bozukluğu DEHB' ye en sık eşlik eden bozukluklardan biri olarak bildirilmiştir (Barkley, 2006c). Genel toplumda KOKGB görülme oranı %2-16 olarak bildirilmiştir. (Şenol, 2008). KOKGB belirtileri olanlarda davranım bozukluğunun daha sık tabloya eklendiği bildirilmiştir (Barkley, 2006c). DEHB, Karşıt olma -Karşı gelme bozukluğu (KOKGB), ve Davranım Bozukluğu (DB) arasında hem klinik (%32.5) hem de klinik dışı örnekleme (%6.8) yüksek oranda birliktelik bulunmuştur (Biederman ve ark.,1995; Şenol, 2008). Klinisyenler ve araştırmacılar tarafından yakın oranlarda bildirilen bu birliktelik kavramsal tartışmalara yol açmıştır (Biederman, Newcorn ve Sprich, 1991). Biederman ve arkadaşları DEHB tanısı alan çocukların diğer tanıları da almasının şu anlamlara gelebileceğini belirtmiştir; eşlik eden bozukluk ve DEHB aynı bozukluğun farklı görünüşleri olabilirler, ayrı birer tanı olabilirler, ortak bir yatkınlığı paylaşabilirler, heterojen bir DEHB sendromunun alt tiplerini temsil edebilirler, DEHB birlikte bulunan bozukluğun erken görünümü olabilir ya da DEHB çocuğun diğer bozuklukları geliştirmesi için çocuğu riske sokabilir (Biederman ve ark.,1995; Şenol, 2008).

2.1.7.3. DEHB ve öğrenme bozuklukları

Öğrenme bozukluğu bireyin takvim yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşıyla uyumlu eğitiminden beklenen düzeyin gerisinde okul başarısı göstermesi olarak tanımlanabilir (Şenol, 2008). Öğrenme güçlüğü matematik, okuma ve yazma gibi alanlardan birinde olabileceği gibi bir çocukta bunlardan ikisi veya üçü de olabilir (Öztürk, 2008). Yapılan araştırmalarda DEHB ve öğrenme güçlüğü birlikteliği kullanılan tanımlama aracının farklılığına göre %24 -%70 sıklığında eşlik edebilmektedir. (Barkley, 2006). DEHB ile öğrenme bozuklukları arasındaki ilişki tam olarak bilinemesi de bazı araştırmalar DEHB'nin okuma bozukluklarına yol açtığını ve dikkat eksikliğinin, hiperaktiviteden daha çok okuma problemlerine sebep olduğunu göstermektedir (Stevenson ve ark., 2005). Öğrenme bozuklukları içerisinde DEHB'ye en sık eşlik eden okuma bozukluğudur. Okuma güçlüğü ve DEHB'ye ilişkin yapılan araştırmalarda bu iki durumun farklı durumlar olduğu ve bağımsız olarak değerlendirilmesi gerektiği gösterilmiştir. Araştırmalar ve klinik deneyimlerin sonucuna göre tek başına okuma güçlüğü, uyarıcılara yanıt vermez ancak DEHB ile birlikteyse olumlu yanıt verir. Öğrenme güçlüğünde uyarıcıların bazı özel etkileri bildirilmiştir. Bu olgularda çalışma belleği ve el

becerisinde iyileşme bulunmuştur ayrıca özel eğitim yöntemleri de faydalı olabilir (Weiss, 2002). Öğrenme güçlüğü olan çocuklar okulda sıkılırlar ve bu durum huzursuzluğu ve dikkatsizliği doğurur. DEHB tanısı, ancak dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileri o zeka yaşından beklenenden çok daha fazla ise konmalıdır. (Öztürk, 2008; Şenol, 2008).

2.1.7.4. DEHB ve zeka geriliği

Zeka geriliği olan çocuklarda DEHB tanısı normal popülasyona göre daha sık konulmaktadır (Waslick ve Greenhill, 2004; Weiss, 2002). Zeka geriliği olan çocuklar takvim yaşlarına göre değil zeka yaşlarına göre değerlendirilir ve dikkat eksikliği aşırı hareketlilik zeka yaşına göre beklenen düzeyden fazla ise DEHB var denir (Öztürk, 2008). Zeka geriliği olan çocuklarda DEHB tedavisi genellikle antipsikotikler ve uyarıcılar kullanılarak yapılır. İki durumun birlikte bulunması DEHB'nin prognozunu olumsuz etkiler ve başka psikiyatrik sorunların eklenmesini artırır (Nelson ve Israel, 2009).

2.1.7.5. DEHB ve depresyon

DEHB olgularının yaklaşık %25' inde majör depresyon birlikteliği görülmektedir (Barkley, 2003). Depresyon çocuklarda huysuzluk, mızımlık, değersizlik, suçluluk, gergin, sıkıntılı, huzursuz olma ve bedensel yakınmalarla sinirlilik, öfke patlamaları, aşırı alınganlık, uyku bozuklukları, iştah değışikliği, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtiler ile kendini gösterir (Waslick ve Greenhill, 2004; Weiss, 2002). Depresyon ve DEHB arasındaki ilişki karmaşık olmakla birlikte, Burke ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları bir çalışmada, 7-12 yaştan 18 yaşına kadar takip çalışması sonucunda öne sürdüğü gelişimsel modelinde, DEHB'den depresyona giden yolu DEHB ve KOKGB komorbiditesiyle, DB veya anksiyete bozukluğunun tabloya eklenmesi sonucunda depresyona geçiş olduğunu öne sürmüştür. Burke ve arkadaşları (2005) KOKGB komorbiditesinin psikososyal zorluklarla birlikte depresyona neden olduğunu ileri sürmüştür.

DEHB ve majör depresyon eş tanısının yaygın olarak ailesel özellik gösterdiği aile çalışmalarında, DEHB ve duygudurum bozukluğunun bir arada olduğu olguların birinci derece yakınlarında depresyon sıklığı artmış olarak bulunmuştur. Ailedeki depresyonun tedavi edilmemesi çocuktaki depresyon belirtilerini de arttırabilir (Barkley, 2006c; Greenhill, 2004). Küçük yaşlardan beri DEHB olan çocuklara eşlik eden depresyon tedavisinde uyarıcılar, antidepresanlar ya da ikisi bir arada kullanılabilir. Bazı araştırmacılar depresyonu öncelikli olarak tedavi etmeyi önerirler (Weiss, 2002). DEHB' ye eşlik eden depresyonu ya da anksiyete bozukluğu olan olguların tedavisinde uyarıcıların etkinliğini araştırdıkları çalışmalarda uyarıcılar ile DEHB bulgularında iyileşme sağlanırken depresyon ve anksiyete bulgularında orta düzeyde düzelme olduğu bildirilmiştir (Gadow ve ark., 2002). Yapılan aile, genetik ve izlem çalışmalarında DEHB ve majör depresif bozukluğun ortak ailesel risk taşıdıkları ve birbirinden bağımsız olarak ortaya çıktıkları gösterilmiştir (Faraone ve Biederman., 1997). DEHB olan çocukların ders çalışma ve öğrenme ile ilgili güçlükleri nedeni ile

anne baba çocuk arasındaki sürtüşmeler, aşağılanmalar benlik duygusunun düşmesine ve DEHB'ye sıklıkla depresyon eşlik etmesine sebep olmaktadır. DEHB' ye ikincil olarak ortaya çıkan bu depresyon hareketlerde azalma ve sosyal geri çekilmenin olduğu birincil depresyondan ayırt edilmelidir (Şenol, 2008).

2.1.7.6. DEHB ve bipolar bozukluk

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve bipolar bozukluk %10-20 sıklıkla birlikte görülmektedir (Barkley, 2003). DEHB ve bipolar bozukluğun birlikteliği tam olarak açıklanamamıştır. Bu DEHB'nin belirtilerinin manik atak belirtileri (distraktibilite, aşırı konuşma, hiperaktivite) ile örtüşmesinden tanı ile tartışmalı durumlardan kaynaklanmaktadır (Weiss, 2002).

2.1.8. Gidiş ve sonlanım

Çocukluk dönemindeki DEHB' nin kötü gidişinin risk faktörleri DEHB' ye komorbid davranım bozukluğunun olması, evdeki karmaşık ortam, DEHB' nin çok erken yaşta başlaması, ebeveyndeki psikopatoloji varlığı, olumsuz anne baba tutumları, genetik yatkınlık olarak bildirilmiştir. Kötü gidişin en güçlü belirleyicisi DEHB'ye komorbid davranım bozukluğunun olmasıdır. Aile içi güçlükler DEHB' li çocuğun erken karşıt olma davranışına ve bu da antisosyal davranışa ve kişiliğe bir yol oluşturur (Patterson, DeGarmo ve Knutson, 2000).

2.1.8.1. DEHB' nin gelişimsel dönemde gidişi ve prognozu

2.1.8.1.1. İlk çocukluk dönemi

Araştırmalar okul öncesi dönemdeki çocuğun hareketliliğinin aşırı ve kendini kontrol edememesinin DEHB' nin ileri dönemdeki işareti olabileceğini göstermiştir. (Nigg, Goldsmith ve Sachek, 2004). Campbell (2002) ilkökul döneminde DEHB tanısının, okul öncesinde daha yoğun belirtiler ve anne-çocuk ilişkisindeki zorluk, aile içi zorluklar ve davranım problemleri varlığı ile ilişkili olarak devam ettiğini göstermiştir.

2.1.8.1.2. Çocukluk dönemi

Birçok DEHB' li 6-12 yaş arasında tanı alır. Okul ve sınıf kurallarına uyması beklenirken ilkökul döneminde arkadaş ilişkilerinde güçlük ve reddedilme, akademik başarısızlık, öz denetim ve öz organizasyonda beceri eksikliği, karşıt olma, davranış problemleri eşlik edebilir (Campbell, 2002).

2.1.8.1.3. Ergenlik dönemi

Hiperaktivite dürtüsellik belirtileri ergenlik döneminde azalır, huzursuzluk daha etkili görülür (Willoughby, 2003). Vakaların dörtte iki ila üçünde (%40-80) DEHB ergenlik döneminde belirtilerini göstermeye devam eder (Barkley, 1997; Smith, Barkley ve Shapiro, 2006). Birçok araştırma ergen DEHB' li çocukların kontrol grubuna göre okuma problemleri, okul başarısında düşme, davranım bozuklukları, hamilelik, depresyon ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanım bozukluğu,

antisosyal kişilik özellikleri açısından riskli olduğunu göstermiştir. Aile ilişkileri, okul kurallarına uyumda da bozulma vardır (Manuzza ve ark., 1997; Smith, Barkley ve Shapiro, 2006).

2.1.8.1.4. Yetişkinlik dönemi

DEHB belirtileri vakaların üçte bir ila yarısında (%30-50) erişkin dönemde de devam eder (Barkley, 1997). Birçok araştırmaya göre DEHB yetişkin dönemde %23-40 oranında başka psikiyatrik bozukluk olmaksızın devam etmektedir (Biedermann ve ark., 1993). Erişkin dönemde de çocukluk döneminde olduğu gibi eş tanılabilirlik oranları yüksektir. Barkley ve arkadaşları yetişkinlik döneminde antisosyal kişilik bozukluğu (%12-27) başta olmak üzere, pasif agresif kişilik bozukluğu (%19), sınır kişilik bozukluğu (%11) ve kaçınan kişilik bozukluğu (%11) ile eş tanılabilirliğini bildirmişlerdir (Barkley, 1998).

2.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bireyin gelişimi sırasında tehlikeyle baş etmesini sağlayan, uyumsal ve koruyucu işlevi olan temel duygulardan biridir (Barlow, 2002). Anksiyete, uyum sağlayıcı özelliği, ruhsal gelişimi olumlu yönde destekleyen işlevi yanısıra, süresi ve şiddeti aşırı olduğu ve çocuğun yaşamında belirgin aksamalara neden olduğu zaman engelleyici olabilir. İşlev kaybı ve uyum bozucu niteliğinden dolayı bozukluk olarak kabul edilip tedavi gerektirir (Klein ve Pine, 2002; Manassis, 2000).

Anksiyete ve korku sıklıkla çocuk ruh sağlığı çalışmalarında birbirinin yerine kullanılmakla birlikte, anksiyete bozuklukları tanı ve tedavisinde korku ve anksiyetenin ayrımı yapılmıştır. Korkuda belirgin bir tehdit odağı vardır. Kişinin uyarılma düzeyini arttırarak kaçma veya savaşa tepkisini otonom sinir sistemini uyararak harekete geçirir. Kişi korkulu uyarandan uzaklaştıkça uyarılma düzeyi belirgin olarak düşer (Barlow, 2002; Klein ve Pine, 2002). Anksiyete ise gelecek yönelimli, kontrolün kaybedildiği ve tehlikenin olacağıyla ilgili nedensiz geleceğe yönelik tüm uyaranlara karşı artmış dikkatin olduğu korku gibi uyarılma düzeyinin yüksekliğiyle kendini gösteren bir duygudur.

Anksiyete rahatsız edici, sürekli geleceğe yönelik nedeni belirsiz olmasına karşın, korku nedeni belirli ve geçici ve geleceğe yönelik değildir. Anksiyete ve korku arasındaki ilişki karmaşık olmakla birlikte algılanan tehlikeye karşı 3 tip cevabı içerir. Bunlar;

1. Davranışsal Cevap (Overt Behavioral Responses): Çocuğun yerinde duramaması, kaçması, titremesi, ağlaması,
2. Bilişsel Cevaplar (Cognitive Responses): Çocuğun sürekli tehlike ya da tehdit türlerine odaklanan düşüncelere sahip olması, kendinin ya da yakınlarının yaralanmasından ya da gülünç duruma düşmesinden korkması,
3. Fizyolojik Cevaplar (Physiological Responses): Fiziksel olarak bedeninde yaşar, bedeni tahrik edilir ya da uyarılır, bedeni savaş ya da kaç tepkisi verir, savaş ya da kaç tepkisi kalbin hızlı atmasına, solunum yükselmesine, terlemeye, mide bulanmasına neden olabilir.

Bu nedenle çocuk mide ağrısından, baş ağrısından, kusmaktan, ishalden ya da yorgunluktan yakınabilir. Anksiyete ve korkunun arasındaki kompleks ilişkiyi bu 3 cevap alanı tanımlarken ‘endişe (worry)’ kötü şeyler olacağı ve kontrol edilemeyeceği olumsuz düşüncesi anksiyetenin bilişsel alanı olarak tanımlanır. Yeni araştırmalar çocuklarda endişe ve kaygının birbirleriyle alakalı ama birbirinden bağımsız olduğunu gösterir. Anksiyete davranışsal, bilişsel, fizyolojik alanları olan kompleks bir duygu olarak tanımlanırken endişe anksiyetenin bilişsel alanını tanımlar (Barlow, 2002).

Çocuklar gelişim dönemlerinde belirli korku ve anksiyete yaşarlar. Bu korkular genellikle normal büyüme sürecinin bir parçasıdır. Ancak aşırı olması anne baba ve çocuğa sıkıntı vermesi, çocuğun işlevselliğini bozması tedavi gerektirir. Çocuğun gelişimsel düzeyi göz önünde bulundurularak tedavi gerekliliğine karar verilmelidir (Öztürk, 2008).

Araştırmalar korkuların yaşla birlikte azaldığını, endişelerin ise 7 yaşından itibaren daha belirgin olduğunu gösterir (Gullone, 2000; Öztürk, 2008). Bazı korkular belirli yaşlarda daha belirgin, sık ve normal olarak görülür. 6-9 ay arası çocuklar yabancılardan korkarlar. Hayali varlıklardan ve bakım veren kişiden ayrılmaktan, ani seslerden 2 yaşına kadar; 4 yaşında da karanlıktan korkar iken, sosyal korkular, başarısızlık korkuları bilişsel gelişimin olgunlaşmasıyla 7 yaş itibarıyla görülür. Korku ve kaygıların içeriğinin değişmesi çocuk ve ergenin bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimi ile alakalıdır. Korkular yaşla birlikte azalır. Küçük çocuklar ergenlerden daha çok korkuya sahiptirler. Bu gelişimsel korkuların çocuğu çok rahatsız etmesi, aşırı olması ve normal yaşamını sınırlandıracak düzeyde olması özgül fobi tanısını düşündürür (Gullone, 2000; Öztürk, 2008).

Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluktur. Araştırma sonuçları değişmekte olsa da %12-%20 arasında sıklık okul çağı ve ergenlerde bildirilmiştir (APA, 2006). Tedavi edilmeyen çocukluk döneminde görülen anksiyete bozuklukları kronik bir gidiş ve ek tanıların tabloya eklenmesiyle devam eder. (Barlow, 2002; Kendall ve ark., 2000; Kendall ve ark., 2003; Klein ve Pine, 2002). Çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarında eş tanılığın bulunması oldukça yaygındır. Bu anksiyete bozukluğu tanısının konmasını gözden kaçırabilmektedir. Anksiyete bozuklukları içinde en sık bildirilen eş tanılardan biri depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur. %15-%24 kaygı bozukluğu ve anksiyeteli çocuğun DEHB ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (Berstein ve ark., 1996).

2.2.1. Tarihçe

Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ilk kez DSM-III’ te yer almıştır. Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflanması Elkitabı-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) ve DSM-IV-TR’ de DSM-III-R’ den farklı sınıflandırılmıştır. DSM-III-R’ ye göre Aşırı Kaygı Bozukluğu (Overanxious Disorder) tanısı alanlar DSM-IV ve DSM-IV-TR’ye göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu; DSM-III-R’ye göre Kaçınma Bozukluğu (Avoidant Disorder) tanısı alanlarda DSM-IV ve DSM-IV-TR’ ye göre Sosyal

Fobi tanısı alabilir (Şenol, 2007). DSM-IV' de çocuklarda anksiyete bozukluğu sınıflaması; Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu' nu kapsar. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu dışındaki anksiyete bozuklukları için erişkin tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Köroğlu, 2014).

DSM-5' te Seçici Konuşmazlık (Selective Mutism) ve Agorafobi anksiyete bozukluklarına dahil edilmiştir. DSM-5 de Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu anksiyete bozukluklarından çıkarılmış ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk obsesif-kompulsif bozukluk bölümüne, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu, travma ve stres ile ilişkili bozukluklar bölümüne alınmıştır. Ancak, bu bozuklukların DSM-5'te ardı ardına işlenmiş olması birbirleriyle ilişkili olduklarını göstermektedir. (APA, 2013; Köroğlu, 2014).

2.2.2.Çocuklarda görülen anksiyete bozuklukları

DSM-5' te yer alan anksiyete bozuklukları; Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık (mutizm), Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış anksiyete bozukluğudur.

2.2.2.1. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu çocuğun anne baba veya temel bağlanma figürlerinden ayrılmayla ilgili gelişimsel olarak uygun olmayan aşırı düzeyde korku ya da kaygı duyması ile karakterizedir (Köroğlu,2014). DSM-5'te 8 madde endişe, sıkıntı, uyku, fiziksel ve davranışsal problemleri içerir. Çocuk anne babasından ayrılma konusunda aşırı endişe duyar ve bu endişe içerikli düşünceler sonucunda çocukta somatik davranışsal, afektif belirtiler ortaya çıkar. En çok okula gitmek istememe ve somatik yakınmalar görülür. Çocuğun anne babasından ayrılacağını hissettiği andan itibaren yaşadığı sıkıntı gözlenir. Ebeveynine yapışır, sarılır, ağlar. Ailesinden ayrı kaldığı dönemlerde kendisine ya da ailesine yönelik kötü şeyler olacağı, kaçırılacağı yaralanacağına ilişkin endişeler duyar, anksiyetesi artar. Yalnız yatamama, yalnız okula gidememe, arkadaşlarla birlikte olmaktan kaçınma ayrılık anksiyetesi belirtilerindedir. Bu çocuklar sıklıkla karın ağrısı, baş ağrısı, mide bulantısından yakınabilirler (Köroğlu, 2014; Livingston, 1996).

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu görülme sıklığı %4-%5 civarındadır (Silverman ve Dick-Niederhauser, 2004). Sıklık çocuklarda ergenlerden daha yüksektir (Verduin ve Kendall, 2003). Ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan çocukların %75'inde okul reddi, okul reddi olan çocukların ise %80'inde ayrılık anksiyetesi bozukluğu bildirilmiştir. Bazı araştırmalar kızlarda ayrılık anksiyete bozukluğunun daha fazla görüldüğü sonucuna varmış, bazılarında ise iki cins arasında farklılık bulunmamıştır. (Masi ve Millepiedi, 2001).

2.2.2.2. Panik bozukluk

Panik atak tanısı için en az 4 belirtinin varlığı gerekmektedir. Panik bozukluğu için ise yeni bir panik atak geçirme korkusuyla birlikte bir ay içinde bir panik atağın varlığı şarttır (Köroğlu, 2014). Yetişkinlerde panik bozukluk çok çalışılan ve iyi bilinen bir tanı grubu olmasına rağmen çocuk ve ergenlerde varlığı uzun süre tartışma konusu olmuştur. Panik bozukluğun tanı ölçütlerindeki fizyolojik ve bilişsel belirtileri birlikte yaşıyor olup olmamaları, çocuklardaki bilişsel belirtilerin olmaması tartışma sebebidir. Panik atak yaşayan yetişkinlerin “kontrolümü kaybediyorum, çıldırıyorum, ölüyorum, kalp krizi geçiriyorum” şeklinde katasrofik yorumlamaları görülmemektedir (Klein ve Pine, 2002). Araştırmalar çocuklarda bilişsel bulgular olmaksızın da panik bozukluk tanısı konulabileceğini ve erişkinle benzer özellikler gösterdiğini savunmaktadır. Bu çalışmalara göre panik bozukluklu çocuk ve ergenler erişkinlere benzer olarak yüksek oranda çarpıntı, titreme, sallanma, bulantı, karın ağrısı, soğukluk, sıcak basmaları ve baş dönme belirtileri göstermektedir (Ollendick, Birmaher ve Matis, 2004).

Panik bozukluk çocuk ve ergenlerde oldukça nadir olduğu düşünülmesine karşın toplum örneklemelerinde oran %0.5-%5 arasındadır. Pik prevelans olarak 15 ve 19 yaş arasındaki hastaların %10 ile %18’ i ilk panik ataklarını 10 yaş öncesinde geçirdiklerini bildirmişlerdir (Ollendick, Birmaher ve Matis, 2004). Kearney ve arkadaşları (1997) Panik Bozukluk tanısı alan çocukların fizyolojik panik belirtileri sıklıkla bildirmelerine rağmen “delirme ve ölme” ile ilgili bilişsel belirtileri çocukların %50’ sinin bildirdiğini rapor etmişlerdir. Çocuk ve ergenlerde en sık bildirilen bilişsel belirtiler ölme ve çıldırmayla alakalıdır. Panik atak aniden ortaya çıkabileceği gibi, Kearney ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikososyal stres (aile tartışması, arkadaş problemleri vb.) 28 ergenin 26’sının panik atağının ortaya çıkarıcı başlatıcı etken olarak görülmüştür.

Küçük çocuklar belirli fizyolojik belirtiler (kalp çarpıntısı, nefes kesilmesi vb.) ve bilişsel belirtileri (ölme, çıldırma, kontrolü kaybetme) tam olarak tanımlayamayabilirler. Ergen ve yetişkinlere göre panik bozukluk belirtilerini tanımlayamayıp daha çok ‘hasta olacağım’ korkusu olarak ifade edebilirler. (Albano, 2003).

Panik bozukluğu olan ailelerin çocuklarında ayrılık anksiyetesi bozukluğu riski artmaktadır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan çocukların ise ileri dönemde panik bozukluk tanısı alma riski yüksek bulunmuştur. Çocuklarda ayrılık anksiyetesi bozukluğu panik bozukluk gelişimi için birçok yoldan biri olarak teori edilmiştir (Ollendick, Birmaher ve Matis, 2004).

2.2.2.3. Özgül fobi

Özgül fobi bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duymadır. Fobi kaynağı ile karşılaşma hemen her zaman korku ya da kaygı uyandırır. Korku ve kaygı aşırı, anlamsız ve günlük yaşantıyı bozar. Çocuklarda anksiyete cevabı ağlama, donuk kalma ya da sarılma şeklinde görülmektedir. Bazen korkuyla buna katlanılıyor olsa da fobik uyarandan kaçınılır. Fobik uyarandan

kaçınma çocuğun günlük işlerini, okul yaşantısını, işlevselliğini, toplumsal yaşantısını belirgin olarak bozuyor ise tanı konulur (Köroğlu, 2014). 18 yaşın altında özgül fobi tanısı konulabilmesi için belirtiler en az 6 ay sürmüş olmalıdır. Erişkinlerin özgül fobisinden farklı olarak çocuklar sıklıkla korkularının aşırı ve anlamsız olduğunu fark etmezler (Köroğlu, 2014). Özgül fobiler çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen anksiyete bozukluklarıdır. Çocuk ve ergenlik yaş grubunda yapılan çalışmalarda özgül fobinin prevalansı %0.1 ile %12.2, ortalama %12.2 olarak bildirilmiştir. Çocuk korku nesnesiyle karşılaştığında donar veya ailesinin yanına koşar. Anksiyete cevabı bilişsel olarak çoğunlukla katastrofik yorumlama içerir (örneğin; çocuk köpeğin kendisini ısıracağını düşünür (Foa ve ark., 2005). Özgül fobiler genellikle 5 kategoride sınıflandırılmaktadır.

1. Hayvan tipi: korku genellikle hayvanlara ya da böceklere bağlıdır.
2. Doğa-çevre tipi: korku doğal çevre ile ilgili nesnelere bağlıdır (fırtınalar, yükseklik, su).
3. Kan-enjeksiyon-yara tipi: korku kan ya da yara görme veya enjeksiyon olma ile ilgilidir. Bu tip özgül fobi tikslenme ve korkulan uyarana vazovagal yanıtı içerebilir.
4. Durumsal tip: özgül bir duruma bağlıdır (uçma, asansör kullanma, köprü üzerinden geçme).
5. Diğer tip: Bu da boğulma veya bazı özel durumlar gibi diğer kategorilerde sınıflandırılmayan tüm kategorileri kapsar (Köroğlu, 2014).

Verduin ve Kendall (2003) klinikte herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların yarısının aynı zamanda özgül fobi tanı kriterlerini de karşıladığını tespit etmiştir.

2.2.2.4. Sosyal fobi

Sosyal fobi bireyin başkalarının değerlendirebileceği olduğu bir ya da birden çok sosyal ortamda belirgin bir korku veya kaygı duymasıdır (Köroğlu, 2014). Tanımadığı kişilerle konuşmak, karşılaşmak, toplum içinde yemek yeme, toplum önünde konuşma yapmakta kişi zorlanır. Sosyal fobi günlük işlevselliği bozar, kişi sosyal ortamlardan kaçınır ya da çok yoğun baskı ile karşı koymaya çalışır. Sosyal fobik çocuklarda erişkin sosyal fobiklerden farklı olarak ağlama, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal ortamda konuşamama ile kendini gösterebilir (Beidel, Turner ve Morris, 2004). Bu çocuklar ileri derecede çekingen, utangaç ve ürkek davranırlar. Sadece yabancı erişkinlerle olan ilişkilerinde değil, yaşlılarıyla olduğu ortamlarda da kaygı ortaya çıkmalıdır (Köroğlu, 2014). Özgül fobide olduğu gibi sosyal fobide de çocuklar kaygı ve korkularının anlamsız ve fazla olduğunu fark etmeyebilirler. Sosyal fobi çocuğun okul başarısını, arkadaş ilişkilerini ve sosyal ilişkilerini bozarak işlevsellikte düşmeye neden olur (Beidel, Turner ve Morris, 2004). Sosyal fobik çocuk ve ergen eleştirilmek ve küçük düşmekten korkar, eleştirileceği ve küçük düşeceğini düşündüğü durumlardan kaçınır. Bilişsel alanda kendi düşüncelerine yoğunlaşma, kendini yetersiz, başarısız görüp başkalarını da eleştirel ve reddeden olarak değerlendirme vardır (Albano, Chorpita ve Barlow, 2003). Sosyal fobik çocuk davranışsal alanda diğer çocuklarla konuşurken rahatsız olur,

utanır, bir grup çocukla birlikte sessiz kalabilir, oyunlara katılmaktan çekinir ve geri durabilir, tahtaya kalkmaktan rahatsız olur, arkadaş edinmekte güçlük çeker. Okul başarılarında düşme, okula gitmek istememe, yaşına uygun toplumsal etkinliklerden kaçınma, karşı cinsle birlikte olmaktan kaçınma görülebilir (Albano, Chorpita ve Barlow, 2003; Beidel, Morris ve Turner, 2004).

Çocuğun duyduğu korku ve kaygı gelişimsel dönemde ortaya çıkan normal yabancılara karşı gösterdiği korku ve kaygıdan ayırt edilmelidir. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur. 6 ay ya da daha uzun sürer (Köroğlu, 2014). Çocuğun 2-2.5 yaşına kadar yabancılara karşı gösterdiği tepki ve korku normal kabul edilmelidir (Gullone, 2000; Öztürk, 2008). Çocuk ve ergenlerde epidemiyolojik çalışmalar sosyal fobinin yaklaşık %1-%2 arasında genel toplumda görüldüğünü göstermektedir (Costello, Egger ve Angold, 2005).

Klinik örneklemede anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların %14.9' u sosyal fobi tanısı almıştır. %32.4' ünün hayatlarının bir döneminde sosyal fobi tanısı aldığını göstermiştir. Sosyal fobi yaygınlığı yaşla birlikte artmaktadır. Sosyal fobikler diğerleri tarafından negatif değerlendirme ve incelenme konusunda hassastırlar. Sosyal anksiyete bozukluğu olan çocuk ve gençler sağlıklı gençlere göre daha sık depresif duygu durum, anksiyete ve aşağılanma hisleri duyabilirler (Beidel, Morris ve Turner, 2004). Bu nedenlerle yaşam işlevsellikleri yoğun etkilenebileceği için tanı ve tedavisi hemen yapılması gereken bir bozukluktur (Foa ve ark., 2005).

2.2.2.5. Seçici konuşmazlık (Mutizm)

Çocuğun başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği toplumsal durumlarda (örneğin okulda) sürekli bir biçimde (en az 1 ay) konuşmıyor olmasıyla işlevselliğinin ve sosyal iletişiminin bozulmasıyla karakterizedir. Bu çocuklar utangaç, çekingen, korkulu, kaygılı, yapışkan olarak tanımlanırlar. Hastalık genelde 5 yaşından önce başlar (Köroğlu, 2014). Bu çocukların çoğu karşıt olma davranışlarında bulunurlar. Genellikle öfke nöbetleri, inatçılık, dik başlılık, mızımızlanma ve itaatsizlik eşlik eder (Ford ve ark., 1998). Seçici konuşmazlığı sosyal fobinin ağır formu olarak değerlendirenler de vardır. Seçici konuşmazlık tanısı alan çocukların %90'ı sosyal fobi tanı kriterlerini de karşılar. Klinisyenlerin sosyal fobi ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu tedavisini de planlanması gerekir (Chavira ve ark., 2007).

2.2.2.6. Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, aşırı kaygı ve sürekli endişe halini çocuğun kontrol etmekte zorlanması ile karakterizedir. Çocuk korkulu davranışlar sergiler, anksiyetenin sürekliliği ve yoğunluğu günlük işlevlerini engeller. Endişe duyma hali nedensizdir, bir spesifik olayla bağlantılı değildir. Kötü bir şeyler olacağına ilişkin korku ve endişelerini, sıradan günlük olaylar karşısında da devam ettirerek yoğun anksiyete yaşar. Bu aşırı korku ve kaygıya huzursuzluk, diken üstünde olma, kolay yorulma, odaklanmada güçlük çekme, kolay kızma, kas gerginliği, uyku sorunları da belirti

olarak eşlik edebilir. Çocuğun yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alması için yetişkinlerden farklı olarak bir tane fiziksel belirti göstermesi yeterlidir (Köroğlu, 2014).

Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuk ve gençlerde korkular ve kaygılar akademik alanda, arkadaşlık ilişkilerinde, yeni ve alışılmamış durumlarda ve gelecek ile ilgili alanlarda kendini gösterir (Albano, Chorpita ve Barlow, 2003; Livingston, 1996). Ailelerinin maddi durumları ile ilgili de endişelenebilirler. Sürekli onay alma, tırnak yeme, parmak emme, uyku bozuklukları, somatik yakınmalarda yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuklarda sıktır. Kendileri için yüksek hedefler koyup, mükemmelliyetçi olup yetersizlik hisleri eşlik edebilir (Albano, Chorpita ve Barlow, 2003). Somatik yakınmalarda (baş ağrısı, karın ağrısı) sıklıkla görülür. Çocuklarda kaygı sıklıkla irritabilite ile birlikte (Albano, Chorpita ve Barlow, 2003). Ergenlerde en sık rastlanan anksiyete bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğudur. Başlama yaşı yaklaşık 10 yaştır ve yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır (Kendall, Hedtke ve Aschenbrand, 2006). Yaygın anksiyete tanısı alan çocukların eş tanı alma olasılıkları diğer hastalıklardan daha yüksektir. Depresyon, ayrılık anksiyetesi ve fobiler en çok eşlik eden diğer hastalıklardır (Masi ve ark., 2004; Verduin ve Kendall, 2003).

2.2.3. Etyoloji

Anksiyete bozukluklarının nedeni tam olarak bilinmemekte, etyolojide biyolojik, psikososyal nedenlerin kompleks biçimde yer aldığı düşünülmektedir (Barlow, 2002; Kendall ve ark., 2000).

2.2.3.1. Biyolojik etkenler

Anksiyete bozuklukları yüksek derecede kalıtsaldır. Anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların ailelerinde anksiyete bozukluğu görülme oranı, tanı almayanlara oranla 20 kat fazladır. Birçok ikiz çalışmaları anksiyete bozukluklarının etyolojisinde genetik geçişi desteklemiştir (Eley ve ark., 2003). Genetik geçiş çevresel faktörlerle (ebeveynin rolü ve aile ilişkileri, bağlanma, anne baba tutumları, travma, arkadaş ilişkileri) desteklendiğinde olumsuz prognoz bildirilmiştir. Genetik geçişin obsesif-kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğunda diğer anksiyete bozukluklarına nazaran daha güçlü olduğu profesyonellerce düşünülmektedir (Eley ve ark., 2003; Evans ve Leckman, 2006). Aile çalışmalarında ebeveynlerinde anksiyete bozukluğu olan çocukların anksiyete bozukluğu geliştirme riski yüksek bulunmuştur. Birçok araştırma anksiyete bozukluğu olan çocukların anne veya babalarının normal kontrol grubuna göre daha sık anksiyete bozukluğu tanısı aldığını göstermiştir. Anksiyete bozukluğu olan çocukların aile bireylerinde anksiyete bozukluğu olmayan çocukların aileleriyle karşılaştırıldığında anksiyete bozukluğu belirtilerinin 7 kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Beidel ve Turner, 1997).

21 aya kadar olan bebeklerde normal olarak görülen tanıdık olmayanlara karşı “davranışsal ketlenme (behavioral inhibition)” özellikle sosyal fobi ve diğer anksiyete bozuklukları ile anlamlı olarak ilgili bulunmuştur. Davranışsal ketlenme; sınanma ya da tanınmadık değişik durumlarda aşırı otonomik uyarılma, çekilme eğilimi gösterme olarak tanımlanmaktadır. Biederman ve arkadaşları

(1993) davranışsal olarak ketlenen çocukların ileri dönemde herhangi bir anksiyete bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Nörotransmitterlerin özellikle Serotonin ve GABA' nın anksiyete bozuklukları gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir. GABA anksiyeteyi azaltan bir nörotransmitterdir. Anksiyete bozukluğu olanlarda beynin belirli alanlarında GABA' nın az olduğu bulunmuştur (Neumeister ve ark., 2004; Barlow 2002).

2.2.3.2.Psikososyal etkenler

Ebeveynin rol model olması, aile ilişkileri ve ebeveyn tutumları ve bağlanmanın anksiyete bozuklukları gelişiminde ilişkili etken olduğu gösterilmiştir. Hudson ve Rapee (2001, 2002) anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların anne babalarının kontrol grubuna nazaran daha fazla kontrolcü, daha fazla eleştirel ve çocuğun nasıl düşünmesi ve hissetmesi ile ilgili yönerge veren; çocuklarında kontrolsüzlük, etkisizlik hisleri uyandıran, problem çözme becerilerini geliştirmeyen tutumlar sergilediklerini bildirmiştir. Anne çocuk arasında güvensiz bağlanmanın (özellikle anxious resistant bağlanma) çocukta anksiyete bozukluğu gelişimi açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Warren ve ark., 1997). Çocuklar anksiyeteyi anne ve babalarının davranışlarından görerek, rol model olarak veya anksiyeteli davranışın pekiştirilmesiyle öğrenirler. Anksiyeteli aileler korkulu davranışlar veya çocuklarına anksiyete arttırıcı hikayeler anlatarak veya ebeveyn tutumlarında bulunarak çocukların anksiyete gelişimine katkı sağlarlar (Gerull ve Rapee, 2002).

2.2.4.Anksiyete bozukluklarında değerlendirme

Anksiyete bozuklukları tanısal değerlendirmesinde çocuk, anne, baba ve uygun durumlarda okul yetkilileriyle görüşmeler yapmak gereklidir. Çocuğun değerlendirilmesi sırasında farklı kaynaklardan bilgi toplamak önemlidir. Fakat çocuk ve ergenler kendi anksiyete düzeyleri hakkında ebeveynlerinden ve öğretmenlerinden daha doğru bilgi verirler. Bu yüzden çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının daha iyi değerlendirilebilmesi için yapılandırılmış görüşme ölçekleri ve öz bildirim ölçekleri geliştirilmiştir (Schniering, Hudson ve Rapee, 2000). Kaygı bozukluğu olan çocuğun tedavisine karar verirken psikososyal etkenler, kaygı bozukluğunun şiddeti ve işlevsellikte bozulma çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyi, eş tanılar ve aile işlevselliği hesaba katılmalıdır (AACAP, 2007). Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisinin (AACAP) kapsamlı bir çalışmaya dayanarak sunduğu öneri çok yönlü bir tedavi yaklaşımıdır. Ailenin ve çocuğun kaygı bozukluğu konusunda bilgilendirilmesi, bilişsel davranışçı girişimler, aile tedavisi ve farmakoterapi seçeneklerini uygunluk açısından değerlendirip uygun görülenleri birlikte kullanmayı önermektedir (AACAP, 2007). Anksiyetenin değerlendirilmesinde çocuğun davranışları, bilişleri ve fizyolojik cevapları da sorgulanmalıdır (Barlow, 2002; Kendall ve ark., 1992; Kendall ve Hedtker, 2006)

2.2.5. Eş tanıli bozukluklar

Çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarında birbirleriyle eş tanılılığın bulunması oldukça yaygındır. Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları bir başka anksiyete bozukluğu depresyon,

yıkıcı davranım bozukluğu, DEHB ve KOKGB sıklıkla komorbiditesi bildirilmiştir (Last ve ark., 1992; Verduin ve Kendall, 2003). Verduin ve Kendall (2003) anksiyete bozukluğu olan çocukların başka bir anksiyete bozukluğu komorbiditesinin sıklıkla görüldüğünü bildirmişlerdir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin %75'inde başka bir kaygı bozukluğu olduğunu göstermektedir. Ayrıca anksiyete bozuklukları için en sık bildirilen eş tanılardan biri de depresyon olmuştur. Bu nedenle çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluklarının tedavisinde eş hastalanma durumunun varlığı dikkate alınmalıdır (Jarrett ve Ollendick, 2008; Tannock, 2009).

Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre klinik örneklerde ayrılık kaygısı olgularının yarısında başka kaygı bozuklukları da vardır. Bunlar arasında yaygınlaşmış kaygı bozukluğu ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile birlikte en sık görülmektedir (Last ve ark., 1992; Silverman ve Dick-Niederhauser, 2004).

Yaygınlaşmış kaygı bozukluğu en fazla binişiklik gösteren kaygı bozukluğudur. Last ve arkadaşları (1992) kendi klinik araştırmalarında yaygın anksiyete ve sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların %90'ının başka bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığını bildirmiştir. Bu bozukluk çocuk ve ergen olguların yalnızca %7'inde tek başına bulunmuş, Bir başka kaygı bozukluğunun bulunma oranı ise %75 olarak bildirilmiştir. Çocuklarda anksiyete bozuklukları görülme sıklığı yaşa göre değişiklik göstermektedir. Ayrılık anksiyete bozukluğunun küçük çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Last ve ark., 1992). Kendall yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu veya sosyal anksiyete bozukluğu olan çocukların %60'ının aynı zamanda özgül fobileri de olduğunu bildirmiştir.(Kendall, 1994).

2.2.6. DEHB ve anksiyete bozuklukları eş tanısı

DEHB ve anksiyete bozuklukları eş tanı sıklığı %25-35 arasında olarak bildirilmiştir (Barkley, 2006c; Jensen, Martin ve Cantwell, 1997; Manassis, Tannock ve Barbossa, 2000). Anksiyete bozukluğu eş tanısı toplum genelinde %39, klinik örneklerde anksiyete bozukluğu eş tanısı %50'ye çıkmaktadır. Ayrıca anksiyete bozukluğu bulunan çocuklarda da DEHB sıklığının yüksek olduğu görülmektedir (Jarrett, 2013; Schatz ve Rostain, 2006). Çocukluk ve ergenlik döneminde anksiyete bozukluğu komorbiditesi birçok araştırmaca kötü prognoz olarak belirtilmiştir (Decanini ve ark, 2013). DEHB'ye anksiyete bozukluklarının eşlik etmesi nöropsikolojik yetersizliklere (özellikle dikkat ve bilişsel esneklik ve hafızada) sebep olmaktadır (Jarrett,2013). DEHB ve anksiyete bozukluğu eş tanısında uyarıcılar DEHB belirtilerinde azalma sağlarken anksiyete belirtilerinde etki etmez veya kötüleşmeye sebep olabilmektedir (Abikoff ve ark, 2002). Anksiyete bozukluklarının sıklıkla başka bir bozukluk ile birlikte görülmesi anksiyete bozukluk tanısının gözden kaçmasına ve tedavi olmamasına ve daha kötü sonuçlara yol açmaktadır (Decanini ve ark, 2013).

Jensen ve arkadaşları (1997) DSM-V'de 3 yeni DEHB alt tipinin geçerli olması gerektiğini ileri sürmüştür. Bunlar: 1.DEHB ve KOKGB/DB 2.DEHB ve Anksiyete Bozukluğu 3.DEHB,

anksiyete bozukluğu ve KOKGB/DB birlikteliği. Böylelikle anksiyete belirtileri önde olan DEHB sınıflandırma kapsamına girebilir. DEHB'ye KOKGB/DB eşlik ettiğinde anksiyete bozuklukları gelişmesi kaçınılmaz görülmektedir (Bilgiç ve ark., 2013; Jensen, Martin ve Cantwell, 1997).

DEHB' lilerde davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğunun erken çocukluk yıllarında buna karşın depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha geç yaşlarda ortaya çıktığını bildiren çalışmalar vardır (Connor ve ark., 2003).

Skirbekk ve arkadaşları (2011) DEHB ve komorbit anksiyete grubunda en yüksek derecede SCT (Sluggish Cognitive Tempo) puanlarını tespit etmişlerdir. SCT, DEHB ve komorbit anksiyete bozukluklarının doğasının anlaşılmasında önemli bir yapı olarak dikkat çekmiştir (Schatz and Rostain, 2006).

DEHB ve komorbit anksiyete bozukluğunda DEHB alt tiplerini karşılaştıran çalışmalarda DEHB Bileşik Tip ve DE Önde Tip arasında nöropsikolojik testlerde belirgin farklılıklar bulunmamış, her iki tipte bu testlerde kötü performans göstermişlerdir (Mayes ve ark, 2009). Birçok araştırma DEHB Bileşik Tipin DE Önde Tipe nazaran davranış kontrolü (respons inhibition) gereken testlerde daha dürtüsel (impulsive) olduğunu göstermiştir. DE Önde Tip'e nazaran DEHB Bileşik Tip daha impulsive ve KOKGB daha sık Bileşik Tipe eşlik etmektedir. DE Önde Tipin işleyen hızı (processing speed) bileşik tipe nazaran daha yavaş olduğu bulunmuştur (Mayes ve ark., 2009). Sonuçlar DEHB'nin eşlik etmediği olgularda KOKGB, anksiyete veya depresyonun nöropsikolojik yetersizliklerinin bulunmadığını da göstermiştir (Mayes ve ark., 2009).

2.2.6.1. Dikkat eksikliği ve anksiyete bozukluğu ayırıcı tanı

DEHB' ye depresyon ya da anksiyetenin eklenmesi hem tanı koymayı zorlaştırır hem de belirtilerin ağırlaşmasına neden olur (Barkley, 2006a; Ercan, 2009; Foa ve ark., 2005; Weiss, 2002). Anksiyete bozukluklarında görülen sürekli huzursuzluk, dikkati toplayamama gibi belirtiler DEHB ile karışabilir ve yanlış tanı almaya neden olur. DEHB' de semptomlar erken çocuklukta belirgin olmaktadır, DSM-V de tanı için 12 yaş öncesi semptomların görülme şartı vardır.(Köroğlu, 2014). Anksiyete bozukluğu her yaşta görülebilir, başlama yaşı kriteriyası yok fakat genel başlama yaşı çocukluk veya adolesans dönemidir. DEHB' nin seyiri süreklidir ve yaşam boyu sürer. Anksiyete bozukluğunun seyiri altı ay ya da daha uzun süreli devamlı görülen semptomlardır. Anksiyete bozukluğu dikkatin dağılması, dikkat ve konsantrasyon bozukluğuna sebep olur. Ayırım çocuğun kaygı düzeyinin az olduğu ortamlarda dikkat seviyesinin araştırılması ile yapılabilir veya anksiyete medikal olarak tedavi edildikten sonra dikkat testleri uygulanabilir (Foa ve ark., 2005). Aile geçmişinde DEHB olan olguların birinci derece yakınlarında DEHB genel popülasyona oranla 5-7 kat daha yaygındır. Anksiyete bozukluklarının aile geçmişinde ise hastalığı taşıyanların birinci derece yakınlarında daha az yaygındır. DEHB' de yaşam boyu süren akademik, mesleki, sosyal düşük fonksiyon bozukluğu görülürken, anksiyete bozukluğunda strese bağlı mesleki, sosyal alanda

fonksiyon bozukluğu görülür. DEHB' de semptomlar dikkat eksikliği, huzursuzluk, unutkanlık, eşyalarını kaybetme, görevi yerine getirememe, oyalanma, sabırsızlık, kendine güvenin düşük olması şeklinde görülür. Anksiyete bozukluğunda ise semptomlar aşırı anksiyete ve endişe, kolay yorulma, kas gerilimi, uyku bozukluğu şeklindedir. Sabırsızlık, düşük konsantrasyon ve sinirlilik DEHB ve anksiyete bozukluklarında ortak semptomlardır (Barkley, 2006a, Ercan, 2009). DEHB olan çocuklarda kaygı bozukluğundan çok davranış sorunları dikkat çektiğinden DEHB' ye anksiyete bozukluğu eşlik eden çocuklar uzun süre tedavisiz kalabilmektedir (Ercan, 2008, 2009) .

Ailede gözlenen bazı psikiyatrik belirtiler, olguların ek tanıları için fikir verebilir. DEHB' ye anksiyete belirtilerinin eşlik eden olguların ailelerinde, anksiyete bozukluğu öyküsünün daha sık olduğunu bildiren ve bu durumun ailenin tedaviye uyumunu olumsuz etkilediğini belirten çalışmalar vardır. Ailedeki psikiyatrik belirtilerin ayrıntılı sorgulanması, olguların tanıları ve tedavileri konusunda klinisyene ışık tutabilir (Barkley, 2006a; Ercan, 2008, 2009).

2.2.6.2. DEHB ve anksiyete bozukluğu eş tanısında yeni bir tedavi önerisi

DEHB ve kaygı bozukluğu komorbiditesi yaygın olmasına rağmen, tedavisi hakkında çok az şey bilinmektedir (Jarrett ve Ollendick, 2008). DEHB'nin çok yönlü tedavi çalışmasında (MTA Cooperative Group, 1999) DEHB ve anksiyete bozuklukları birlikteliklerinde davranışçı tedavi, sadece ilaç tedavisi veya ilaç ve davranışçı tedavi kadar etkili bulunmuştur (Jensen ve ark., 2001).

DEHB birçok gelişimsel yolu olan bir rahatsızlıktır. Nigg ve arkadaşları bir tanesi eş zamanlı kaygıyla birleşen bir tip olmak üzere 6 çeşit gelişimsel yol tanımlamışlardır. Bu gelişimsel yollardan bir tanesi DEHB bileşik tip ve komorbid kaygıdır (Nigg, Goldsmith ve Sachek, 2004). Yürütücü fonksiyon ve duygusallığın birbirini etkileyen durumda olmasına ilişkin artan kanıtlar, DEHB ve kaygının aynı zamanda tedavisi, kaygı belirtileri, DEHB belirtileri ve yürütücü işlevler üzerinde yararlı etkiler oluşturacak sonuçlar meydana getirebileceğini göstermiştir (Nigg ve Casey, 2005).

DEHB'nin psikososyal tedavisi genellikle ebeveyn eğitimi kapsar (Barkley, 1997). Jarrett ve Ollendick (2012) DEHB ve anksiyete bozukluğu eş tanısı olan çocuklar için, DEHB belirtileri ve kaygı bozuklukları belirtilerini birlikte tedavi etme önerisinde bulunmuşlardır. Tedavi klavuzu iki temel kaynaktan hazırlandı. İlk kaynak Barkley (1997) tarafından uyumsuz çocuklar için geliştirilen ve 10 haftalık bir tedavi sürecini kapsayan "The Defiant Child" tedavisidir. İkinci kaynak ise kaygılı çocuklar için aile temelli tedaviyi kapsayan "Cool Kids Programı" dır (Rapee ve ark., 2000).

Program aileye bireysel olarak verilir. Ebeveynler ve çocuğa, kaygı ve yeniden bilişsel yapılandırma ile ilgili eğitimi kapsar. Kendall ve arkadaşları kaygı programında DEHB'li çocuklar için terapilerde değişiklik önerilerinde bulunmuş, oyunların kullanılması, çocuk seanslarının 30 dakikaya indirilmesi, sık sık ara verilmesi, görevlere ödül verilmesi, adım talimatları, çocukların talimatları tekrar etmesi, çoklu yönlü sunumları, ödevleri en az yazı yazacak şekilde düzenlemeler

getirmiştir. Program 10 haftayı kapsar. Seanslar 50 dakika ebeveynlerle, 30 dakika çocukla ve 10 dakika hem aile hem de çocuklarla gerçekleştirilir. Her seans hedefler ve ödevler içerir.

Sonuçlar, DEHB ve kaygı belirtilerinde iyileşme olduğunu göstermiştir. DEHB belirtilerindeki iyileşme kaygı belirtilerindeki iyileşmeye oranla daha kısıtlıdır. Sonuçlar, daha çok kaygının kısa süreli iyileşmesini desteklemektedir. Bu yeni tedavi programının başka çocuklarla etkilerinin görülmesi üzerine gelecek çalışmalara ihtiyaç vardır (Jarrett ve Ollendick, 2008,2012).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. Çalışma Gruplarının Oluşturulması ve Araştırmanın Yürütülmesi

Çalışma grubu 01 Ocak 2015 – 01 Haziran 2015 tarihleri arasında İstanbul ilinde PEDAM Psikiyatri Kliniği ve MEVA Psikiyatri Kliniği'ne başvuran çocuk ergen psikiyatri uzmanı tarafından ilk kez DEHB tanısı alan ve ilaç tedavisi olmayan 8-15 yaş aralığında, zeka bölümü 90 ve üstü olan 60 araştırma olgusundan (yaş ortalaması $11,18 \pm 2,28$) oluşturulmuştur. Çalışmanın Etik Kurul Onayı Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu tarafından verilmiştir (01.2015.2015-01). Olgular ailenin isteği, eğitim kurumunun yönlendirmesi ile başvurmuştur. Seçilen olguların ailelerinden araştırmacı tarafından hazırlanan bilgilendirme ve onam formu ile izin alınmış tüm olgular araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve yazılı onam vermişlerdir. Olguların değerlendirilmesinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) kullanılmıştır.

İlk değerlendirme sırasında DEHB tanısı için, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile ilgili aileden ayrıntılı öykü alındı. Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği aileye ve öğretmene verilerek olgular hakkında doldurulması istendi. Çocukla yapılan bireysel görüşme sırasında bozukluğun belirtileri gözlenmeye çalışıldı, gerek olursa ailenin diğer bireylerinden de bilgi alındı. DEHB ve DEHB Alt Tipi (DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip) tanısı DSM-IV tanı ölçülerine göre uzman çocuk ve ergen psikiyatri hekimlerin klinik değerlendirilmesi ile konuldu. 36 olgu (%60) DEHB Bileşik Tip, 24 olgu (%40) Dikkat Eksikliği Önde Tip tanısı aldı. Çalışma grubu olgularının 36'sı erkek, 24'ü kızdı. Yaş ortalaması $11,18 \pm 2,28$ idi. DEHB tanısı alan olgularla çalışma yürütüldü. Araştırmacı tarafından Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) bireysel ölçek çocuğa okunarak ya da çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulması istenerek anksiyete bozuklukları tespit edildi.

Kontrol grubu İstanbul ilindeki özel bir ilköğretim okulundan Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği öğretmen ve ebeveyn puanları eş değer en düşük olan olgulardan oluşturuldu. Okulun 3. Sınıf 9. sınıf dahil 384 öğrencinin ailesine ve öğretmenine Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği öğrencilere verilerek öğrenciler hakkında okulun izni ile doldurulması istendi. 239 aile ölçeği doldurarak dönüş yaptı. Doldurulan ölçeklerden öğretmen ve ailenin DEYDB DSM-IV ölçek toplam puanları en düşük ve aynı şiddetteki 140 olgunun arasından SPSS programı ile random 66 kontrol grubu olgusu (yaş ortalaması $11,88 \pm 2,11$) seçilmiştir. 66 olgunun ailesine telefon ile rehber öğretmenler tarafından araştırma hakkında bilgi verilerek izin alınmış, 66 olgunun ailesi araştırmaya katılmayı kabul etmiş, yazılı onam vermiştir. Kontrol grubuna Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulması istenerek uygulanmıştır. Kontrol grubununun 37'si kız 29'u erkektir. Yaş ortalaması $11,88 \pm 2,11$ 'dir.

Çocuk Ergen Psikiyatrisi Uzmanı tarafından zeka seviyesi 90'nın altında olduğu şüphelenilen olgular araştırma grubuna dahil edilmedi ayrıca şüphe duyulan olgulara WISC-R IQ zeka testi uygulandı. Çalışma grubu ve kontrol grubunda sosyoekonomik seviye eşitlenmiş, özel kliniğe başvuran ve DEHB tanısı alan olgularla, kontrol grubu sosyoekonomik statüsü orta veya yüksek ailelerden seçilmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği (ÇATÖ)

Son yıllarda çocuklarda anksiyete düzeyini ve anksiyete bozukluklarını değerlendiren pek çok öz bildirim ölçeği geliştirilmiştir. Bunlardan bir tanesi Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)'dir. Bu ölçek çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını hem klinik ortamda hem de toplumsal ortamda tarama amaçlı geliştirilmiştir (Schniering ve ark., 2000).

Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (The Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorders- SCARED), 1997' de Birmaher tarafından geliştirilmiş 38 maddeden oluşmuştur (Birmaher ve ark., 1997). DSM-IV' ün tanımladığı çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. 38 madde 5 faktör içermektedir. Alt gruplardan DSM-IV' ün tanımladığı çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını sorgulamaya yöneliktir. Birinci faktör panik/somatik belirtilerini, ikinci faktör yaygın anksiyeteyi, üçüncü faktör ayrılık anksiyetesini, dördüncü faktör sosyal fobiyi değerlendirir. Beşinci faktör okul korkusunu sorgular. Birmaher' e göre okul korkusu çok yaygın görülen bir durumdur. Diğer kaygı bozuklukları ile komorbid görülebildiği gibi anksiyete bozukluklarından bağımsız da görülebilir. DSM-IV' de okul korkusu ayrılık anksiyetesi bozukluğu içinde değerlendirilmesine rağmen, araştırmacı tarafından ayrılık anksiyetesi bozukluğundan ayrı da görülebileceği savunulduğu için bu ölçekte farklı bir faktörde değerlendirilmiştir (Birmaher ve ark., 1997).

Karaceylan (2004) tarafından çocukluk çağı anksiyete tarama ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ÇATÖ' nün çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ' de 25 ve üzeri puanın anksiyete bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde 5 çocukluk çağı anksiyete bozukluğu belirgin şekilde temsil edilir. Toplam 17 madde panik/somatik bozukluk alt ölçeğini oluşturmuştur (1., 6., 9., 12., 15., 18., 19., 22., 24., 27., 28., 30., 34., 37., 38., 39. Ve 40. maddeler). Toplam 5 madde (3., 10., 26., 32., 41. maddeler) sosyal fobi belirtilerini yansıtır. Toplam 8 madde (5., 7., 14., 21., 23., 29., 33., ve 35. maddeler) yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerini tarar. Toplam 6 madde (2., 11., 13., 17., 25., ve 36. maddeler) okul korkusu belirtilerini tarar. Toplam 5 madde (4., 8., 16., 20., ve 31. Maddeler) ayrılık anksiyetesi belirtilerini tarar. Ölçeğin Crombach alfa katsayıları tüm ölçek için .88-.91 dir (Karaceylan, 2004).

ÇATÖ ile yapılmış ön çalışmalar, ÇATÖ'nün çocukluk dönemi anksiyete bozuklukları için yüksek ayırt edici geçerliğe sahip, güvenilir bir ölçek olduğunu göstermiştir (Birmaher ve ark., 1997).

Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuğun kendisi tarafından okunarak doldurulur. Her bir madde nadiren doğru ya da doğru değilse '0' puan, biraz ya da bazen doğru ise '1' puan, doğru ya da çoğu zaman doğru ise '2' olacak şekilde değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 84'tür. Alınan puan ne kadar yüksek ise genel anksiyete düzeyi o kadar yüksek demektir (Schniering ark., 2000).

3.2.2. Turgay yıkıcı davranım bozukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği

Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV' e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, DSM-IV ölçütlerinin anlamları değiştirilmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Ölçek dikkat eksikliğini sorgulayan 9 (1 ile 9.madde arası), aşırı hareketliliği sorgulayan 6 (10 ile 15. Madde arası), dürtüsellik sorgulayan 3(16 ile 18. Maddeler arası), karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8(19 ile 26. Maddeler arası) ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 (27 ile 45. Maddeler arası) olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı düşünülen çocukların anne, baba veya öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0 = yok, 1 = biraz, 2 = fazla, 3 = çok fazla seçenekleri bulunmaktadır (Ercan ve ark., 2001).

Dikkat eksikliğinden söz edebilmek için bu belirti ile ilgili 9 maddeden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak, hiperaktivite-dürtüsellik varlığı için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak; karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) varlığı için buna ilişkin 8 maddeden en az 4'ü 2 ya da 3 olarak; davranım bozukluğu (DB) tanısı için ise ilişkili 15 maddeden en az 3'ü 2 ya da 3 olarak puanlanmış olmalı ve en az 6 ay boyunca sürmelidir (Ercan ve ark., 2001).

Yıkıcı Davranım Bozukluklarının DSM-IV' e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçekler düzeyinde gerçekleştirilen analizleri tatmin edici düzeyde güvenilir ve geçerli bulunmuş, tanı ve tarama amacıyla yardımcı olabilecek ayrıntılı bir ölçek olduğu belirtilmiştir. DEHB tanısı düşünülen çocukların anne, baba veya öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır (Ercan ve ark., 2001).

Formu dolduran kişinin, her bir belirtiyi tanımlayan madde için 0, 1, 2 ya da 3'ü işaretlemesi istenmektedir. Her madde için 0 = yok, 1 = biraz, 2 = fazla, 3 = çok fazla olarak puanlanmaktadır (Ercan ve ark., 2001).

Altı ölçekler için Cronbach alfa kat sayıları Dikkat Eksikliği 0.88, Hiperaktivite 0.95, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu 0.89, Davranım Bozukluğu 0.85 tir.

3.2.3 Sosyodemografik bilgi formu

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu kullanarak elde edildi. Bu formda olguların yaşı, eğitim durumu ve ailelerin gelirleri sorgulandı.

3.3 İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizi ve yorumlanmasında SPSS 19.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Araştırmada olgulara uygulanan ölçek (ÇATÖ) puanları ve demografik bilgi formu özellikleri SPSS paket programına girilmiş daha sonra elde edilen verilerin istatistiksel çözümlenmeleri bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 19.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve yüzde olarak yansıtıldı. Kontrol ve çalışma grubu olgularının karşılaştırması için örnek birim sayısı 30'dan büyük olduğunda *Bağımsız Örneklem t Testi*, grup sayısı üç ve daha fazla olduğu durumlarda ortalamaların karşılaştırması için *Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)*, çoklu karşılaştırmalar için *Tukey HSD* testleri ile yapıldı. Doğruluk (güven) düzeyi (alfa değeri) %95 olarak alındı. Dolayısıyla olasılık (p) değerinin 0.05 ve daha küçük olduğu durumlar istatistiki olarak anlamlı bulundu. Bulgular araştırmanın amaçlarına uygun olarak çizelgeler halinde sunulmuştur.

4. BULGULAR

Tablo 1: Grup değişkeni için frekans ve yüzde değeri

	f	%
DE Önde Tip	24	19
DEHB Bileşik Tip	36	28,6
Tüm DEHB'li olgular	60	47,6
Kontrol	66	52,4
Toplam	126	100,0

Çalışma grubu olgularımız DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip ve Tüm DEHB'li olgular (DE Önde Tip+DEHB Bileşik Tip) olarak üç grupta incelenmiştir. Grupları iki grupta ele alacak olursak 60 (%47,6) tanesi DE Önde Tip+DEHB Bileşik Tip tanısı alan çalışma grubu olguları, 66 (%52,4) tanesi ise kontrol grubu olgularından oluşmuştur. Çalışma grubunun 24 tanesi DE Önde Tip tanısı alan, 36 tanesi DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgulardır.

Tablo 2: Çalışma grubunda tanı dağılımının incelenmesi

	KOKGB		DB		Toplam
	f	%	F	%	
DE Önde Tip	10	41,6	0	-	24
DEHB Bileşik Tip	25	69,44	2	5,5	36
Tüm DEHB'li olgular	35	58,3	2	3,3	60

DEHB bileşik tip olgularının %69,44'ünde KOKGB; DE Önde Tip olgularının %41,6'sında KOKGB tanısı aldı. DEHB Bileşik Tip olguların %5,5 DB tanısı alırken, DE Önde Tip tanısı alan olgularda DB tanısı alan olgu yoktur.

Tablo 3: Yaş değişkeni için ortalama ve sapma değerleri

Gruplar	N	Min	Max	\bar{x}	Ss
DE Önde Tip	24	8	15	11,58	2,205
DEHB Bileşik Tip	36	8	15	10,92	2,335
Tüm DEHB'li olgular	60	8	15	11,18	2,288
Kontrol grubu	66	9	15	11,88	2,116
Toplam	126	8	15	11,55	2,218

Tablo 3'de DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip, Kontrol gruplarının yaşlarına ait en küçük, en büyük, ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir. Kontrol grubu ve DEHB alt tipine (DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip) göre yaş ortalamaları incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmamıştır ($F_{(2,123)}=2.238$; $p>0.05$). Buna göre tüm gruplardaki yaş ortalamalarının aynı olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 4: Yaş dağılımının gruplara göre incelenmesi

Yaş	Gruplar				
	DEÖnde Tip	DEHB Bileşik Tip	Kontrol	Total	
8 yaş	F	2	6	0	8
	%	8,3%	16,7%	,0%	6,3%
9 yaş	F	5	7	12	24
	%	20,8%	19,4%	18,2%	19,0%
10 yaş	F	0	6	9	15
	%	,0%	16,7%	13,6%	11,9%
11 yaş	F	4	3	10	17
	%	16,7%	8,3%	15,2%	13,5%
12 yaş	F	3	4	10	17
	%	12,5%	11,1%	15,2%	13,5%
13 yaş	F	5	1	4	10
	%	20,8%	2,8%	6,1%	7,9%
14 yaş	F	3	7	11	21
	%	12,5%	19,4%	16,7%	16,7%
15 yaş	F	2	2	10	14
	%	8,3%	5,6%	15,2%	11,1%
Total	F	24	36	66	126
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Çalışmamıza 8 -15 yaş arasında DEHB (DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip) ve kontrol grubundan 126 çocuk katılmıştır. Çocukların yaş dağılımları yukarıdaki gibidir. Araştırmaya en az 8 yaş grubundaki çocuklar katılmıştır. En fazla ise 9 yaş çocukları katılmıştır.

Tablo 5: Yaş gruplarına göre çalışma grubu ve kontrol grubu için frekans ve yüzde değerleri

Yaş Grupları		DE Önde Tip	DEHB Bileşik Tip	Kontrol	Toplam
7- 11 yaş arası	F	11	22	31	64
	%	45,8	56,1%	47,0%	50,7%
12-15 yaş arası	F	13	14	35	62
	%	54,2	43,9	53,0	49,3
Toplam	F	24	36	66	126
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmamıza 11 yaş altı grubundan 11 tane DE Önde Tip tanısı alan çocuk, 22 tane DEHB Bileşik Tip tanısı alan çocuk ve 31 tane kontrol grubu çocuk katılmıştır. 12 ve üstü yaş grubundan ise 13 tane DE Önde Tip tanısı alan çocuk, 12 tane DEHB Bileşik Tip tanısı alan çocuk ve 33 tane kontrol grubu çocuk katılmıştır.

Tablo 6: Cinsiyet dağılımının incelenmesi

			Erkek	Kız	Toplam
Gruplar	DE Önde Tip	F	11	13	24
		%	16,9%	21,3%	19,0%
	DEHB Bileşik Tip	F	25	11	36
		%	38,5%	18,0%	28,6%
	Tüm DEHB'li Olgular	F	36	25	60
		%	55,4%	39,3%	47,6%
	Kontrol	F	29	37	66
		%	44,6%	60,7%	52,4%
Toplam		F	65	61	126
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Araştırmamıza 65 tane erkek çocuk ve 61 tane kız çocuk katılmıştır. Araştırmaya katılan erkek çocukların %16,9'u DE Önde Tip, %38,5'i DEHB Bileşik Tip ve %44,62'si kontrol grubundadır. Aynı şekilde araştırmaya katılan kız çocukların %21,3'ü DE Önde Tip, %18'i DEHB Bileşik Tip ve %60,7'si kontrol grubundadır. Tanı alan çocuklar olarak ele alındığında ise erkek çocukların %36,6'sı DE Önde Tip, %69,4'ü ise DEHB Bileşik Tip tanısı alan çocuklar, kızların ise %54,2'si DE Önde Tip, %45,8'i ise DEHB Bileşik Tip tanısı alan çocuklardır. Çalışma grubu ve kontrol grubuna göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmıştır ($\chi^2_{(2)} = 6.46; p < 0,05$). Buna göre DEHB Bileşik Tipte erkek sayısı diğer gruplara göre kendi oranları içinde daha fazladır. Bu analizin Eta değeri 0.220'dir.

Tablo 7 : ÇATÖ ölçeğinin alt boyutlarının ortalama ve sapma değerleri

	N	Min	Max	\bar{x}	Ss
Panik/Somatik	126	,00	27,00	7,3571	5,32085
Okul Korkusu	126	,00	9,00	2,0952	2,00171
Sosyal Fobi	126	,00	10,00	4,5635	2,59074
Ayrılık Anksiyetesi	126	,00	10,00	3,8413	2,77247
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	126	,00	15,00	5,0238	3,70181
Anksiyete Bozukluğu	126	2,00	64,00	22,8810	13,20522

Genel olarak ÇATÖ'nün betimsel istatistiklerine bakıldığında zaman panik somatik ölçeğinin ortalamasının 7.35±5.32, okul korkusu ölçeğinin ortalaması 2.09±2.00-, sosyal fobi ölçeğinin 4.56±2.59, ayrılık anksiyetesi ölçeğinin 3.84±2.77 YAB ölçeğinin 5.02±3.70, toplam anksiyete ölçeğinin ise 22.88±13.20 olduğunu görmekteyiz. Bu ortalamaların gruplara göre farklı olup

olmadığı grup sayısının üç ve daha fazla olduğu durumlarda Anova analizi, grup sayısının iki olduğu durumlarda bağımsız örneklem t testi analizi ile incelenmiştir.

4.1. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Karşılaştırma Analizleri

Tablo 8 : Kontrol grubu ve DEHB alt tipine (DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip) göre anksiyete bozuklukları alt tiplerinin ÇATÖ'nün ortalama puanlarının anova analizi ile incelenmesi

ÇATÖ alt boyutları	N	Ss	Sd	F	P	Fark			
Panik/Somatik	DE Önde Tip	24	8,5417	5,800	2	123	12,587	0,000	DE Önde Tip – Kontrol
	DEHB Bileşik Tip	36	10,25	6,438					DEHB Bileşik Tip – Kontrol
	Kontrol	66	5,3485	3,311					
	Total	126	7,3571	5,320					
Okul Korkusu	DE Önde Tip	24	2,375	2,122	2	123	18,984	0,000	DE Önde Tip – Kontrol
	DEHB Bileşik Tip	36	3,4722	2,335					DEHB Bileşik Tip – Kontrol
	Kontrol	66	1,2424	1,164					
	Total	126	2,0952	2,001					
Sosyal Fobi	DE Önde Tip	24	5,0833	2,947	2	123	5,923	0,004	DEHB Bileşik Tip – Kontrol
	DEHB Bileşik Tip	36	5,5278	2,261					
	Kontrol	66	3,8485	2,438					
	Total	126	4,5635	2,590					
Ayrılık Anksiyetesi	DE Önde Tip	24	4,2917	2,804	2	123	22,509	0,000	DE Önde Tip – DEHB Bileşik Tip
	DEHB Bileşik Tip	36	5,8611	2,948					DE Önde Tip – Kontrol
	Kontrol	66	2,5758	1,831					DEHB Bileşik Tip – Kontrol
	Total	126	3,8413	2,772					
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	DE Önde Tip	24	7,6667	4,208	2	123	23,38	0,000	DE Önde Tip – Kontrol
	DEHB Bileşik Tip	36	6,5833	3,721					DEHB Bileşik Tip – Kontrol
	Kontrol	66	3,2121	2,317					
	Total	126	5,0238	3,701					
Anksiyete Bozukluğu	DE Önde Tip	24	27,9583	13,585	2	123	25,208	0,000	DE Önde Tip – Kontrol
	DEHB Bileşik Tip	36	31,6944	14,370					DEHB Bileşik Tip – Kontrol
	Kontrol	66	16,2273	7,832					DE Önde Tip - DEHB Bileşik Tip
	Total	126	22,881	13,205					

Kontrol ve çalışma grubu olgularına göre ÇATÖ'nün Anksiyete Bozukluğu Belirtileri toplam puanları arasında fark olup olmadığı Anova analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F_{(2,123)}=25.208$; $p<0.05$). Gruplar arasında farkın anlamlılığı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre DE Önde Tip (27.95 ± 13.58) tanısı alan olgular ile kontrol grubu (16.23 ± 7.83) arasında ve DEHB Bileşik Tip (31.69 ± 14.37) tanısı alan olgularla kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. DE Önde Tip tanısı alan ve DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgular grubunun ortalamaları kontrol grubunun ortalamalarından yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DEHB Bileşik Tip (31.69 ± 14.37) tanısı alan olgular DE Önde Tip (27.95 ± 13.58) tanısı alan grubun ortalamasından yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kontrol ve çalışma grubu olgularına göre ÇATÖ'nün Panik/Somatik Bozukluk belirtileri alt ölçeği toplam puanları arasında fark olup olmadığı Anova analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F_{(2,123)}=12.587$; $p<0.05$). Gruplar arasında farkın anlamlılığı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre DE Önde Tip (8.54 ± 5.8) tanısı alan olgular ile kontrol grubu (5.35 ± 3.31) arasında ve DEHB Bileşik Tip (10.25 ± 6.43) tanısı alan olgular ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgular grubunun ortalamaları kontrol grubunun ortalamalarından yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DE Önde Tip ile DEHB Bileşik tip tanısı alan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol ve çalışma grubu olgularına göre ÇATÖ'nün Okul Korkusu Belirtileri alt ölçeği toplam puanları arasında fark olup olmadığı Anova analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F_{(2,123)}=18.984$; $p<0.05$). Gruplar arasında farkın anlamlılığı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre DE Önde Tip (2.37 ± 2.12) tanısı alan olgular ile kontrol grubu (3.47 ± 2.33) arasında ve DEHB Bileşik Tip (1.24 ± 1.16) tanısı alan olgularla kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgular grubunun ortalamaları kontrol grubunun ortalamalarından yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DE Önde Tip ile DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol ve çalışma grubu olgularına göre ÇATÖ'nün Sosyal Fobi Belirtileri alt ölçeği toplam puanları arasında fark olup olmadığı Anova analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F_{(2,123)}=5.923$; $p<0.05$). Gruplar arasında farkın anlamlılığı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre DEHB Bileşik Tip (5.52 ± 2.26) tanısı alan olgular ile kontrol grubu (3.84 ± 2.43) arasında anlamlı fark bulunmuştur. DEHB Bileşik Tip tanısı alan olguların ortalaması kontrol grubunun ortalaması kontrol grubunun ortalamasından yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DE Önde Tip tanısı alan olguların ortalaması kontrol grubundan yüksek çıkmıştır. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır. Örneklem sayısı arttırıldığında buradaki ortalama farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunabilir. DE Önde Tip ile DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol ve çalışma grubu olgularına göre ÇATÖ'nün Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri alt ölçeği toplam puanları arasında fark olup olmadığı Anova analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F_{(2,123)}=22.509$; $p<0.05$). Gruplar arasında farkın anlamlılığı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre; DE Önde Tip (4.29 ± 2.80) tanısı alan olgularla DEHB Bileşik Tip (5.86 ± 2.84) tanısı alan olgular grubu arasında, DE Önde Tip tanısı alan olgular ile kontrol grubu (2.57 ± 1.83) arasında ve DEHB Bileşik Tip (5.86 ± 2.84) tanısı alan olgularla kontrol grubu (2.57 ± 1.83) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bütün grupların ortalamaları birbirinden farklıdır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. En düşük ortalama Kontrol, sonra DE Önde Tip tanısı alan olgularda ve en yüksek ortalama DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgularda çıkmıştır.

Kontrol ve çalışma grubu olgularına göre ÇATÖ'nün Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri alt ölçeği toplam puanları arasında fark olup olmadığı Anova analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($F_{(2,123)}=23.380$; $p<0.05$). Gruplar arasında farkın anlamlılığı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre DE Önde Tip (7.67 ± 4.20) tanısı alan olgular ile kontrol grubu (3.21 ± 2.31) arasında ve DEHB Bileşik Tip (6.58 ± 3.72) tanısı alan olgular ile kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. DE Önde Tip tanısı alan ve DEHB Bileşik Tip tanısı alan grubun ortalamaları kontrol grubunun ortalamalarından yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. DE Önde Tip ile DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kontrol grubu ve DEHB alt tipine (DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip) göre anksiyete bozuklukları alt tiplerinin ÇATÖ'nün ortalama puanlarının anova analizi yukarıda verilmiştir. Bu sonuçların, Kontrol grubu ve DEHB alt tipine (DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip) göre anlamlı olanların Eta kare korelasyon katsayısı değerleri sırasıyla şu şekildedir. sırasıyla şu şekildedir. Panik/Somatik: 0.17, Okul Korkusu:0.236, Sosyal Fobi: 0.088, Ayrılık Anksiyetesi:0.268, Yaygın Anksiyete Bozukluğu:0.275 ve Anksiyete Bozukluğu:0.291'dur.

Tablo 9: Cinsiyete göre tüm DEHB'li olgularda anksiyete bozukluğu alt tiplerinin bağımsız örneklem t testi ile incelenmesi

ÇATO alt boyutları		N	\bar{x}	Ss	Sd	t	P
Panik/Somatik	Erkek	36	9,3333	7,11538	58	-,354	,724
	Kız	24	9,9167	4,61488			
Okul Korkusu	Erkek	36	3,3056	2,21449	58	1,126	,265

	Kız	24	2,6250	2,41035			
Sosyal Fobi	Erkek	36	5,2500	2,64440	58	-,370	,713
	Kız	24	5,5000	2,43168			
Ayrılık Anksiyetesi	Erkek	36	5,6111	3,00740	58	1,211	,231
	Kız	24	4,6667	2,88424			
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Erkek	36	6,4444	4,17095	58	-1,394	,169
	Kız	24	7,8750	3,43020			
Anksiyete Bozukluğu	Erkek	36	29,9444	15,89240	58	-,171	,865
	Kız	24	30,5833	11,08825			

Tüm DEHB’li olgu gruplarında cinsiyete göre Panik/ Somatik Bozukluk Belirtileri, Okul Korkusu Belirtileri, Sosyal Fobi Belirtileri, Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri alt ölçekleri toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Aynı şekilde ÇATÖ anksiyete toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır ($t_{(58)}=-0,171$; $p>0.05$)

Tablo 10: Yaş gruplarına göre tüm DEHB’li olgularda anksiyete bozukluğu alt tiplerinin bağımsız örneklem t testi ile incelenmesi

ÇATO alt boyutları		yaş grupları	N	\bar{x}	Ss	Sd	t	p
Panik/Somatik	7 - 11 yaş arası	33	10,5455	6,16994	58	1,362	,178	
	12 - 15 yaş arası	27	8,3704	6,13407				
Okul Korkusu	7 - 11 yaş arası	33	3,7576	2,48785	58	2,856	,006	
	12 - 15 yaş arası	27	2,1481	1,70302				
Sosyal Fobi	7 - 11 yaş arası	33	6,0000	2,56174	58	2,264	,027	
	12 - 15 yaş arası	27	4,5556	2,32600				
Ayrılık Anksiyetesi	7 - 11 yaş arası	33	6,6970	2,66323	58	5,006	,000	
	12 - 15 yaş arası	27	3,4444	2,29269				
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	7 - 11 yaş arası	33	6,9394	4,01512	58	-,167	,868	
	12 - 15 yaş arası	27	7,1111	3,88620				
Anksiyete Bozukluğu	7 - 11 yaş arası	33	33,9394	14,33078	58	2,363	,021	
	12 - 15 yaş arası	27	25,6296	12,52121				

Tüm DEHB’li olgu gruplarında yaş gruplarına göre Panik/ Somatik Bozukluk Belirtileri ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri alt ölçekleri toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunamamıştır. Bununla birlikte Okul Korkusu Belirtileri ($t_{(58)}=2.856$; $p<0.05$), Sosyal Fobi Belirtileri ($t_{(58)}=2.264$; $p<0.05$) ve Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri ($t_{(58)}=5.006$; $p<0.05$) alt ölçeği toplam puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bütün alt ölçeklerde 7 – 11 yaş grubunun toplam puanlarının ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde toplam anksiyete puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(58)}=2.363$; $p<0.05$). Burada dahi 7 – 11 yaş grubunun toplam puanlarının ortalamaları (33.93 ± 14.33) daha yüksek bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre tüm DEHB’li olgularda anksiyete bozukluğu alt tiplerinin bağımsız örneklem t testi sonuçları yukarıda verilmiştir. Bu sonuçların Yaş gruplarına göre anlamlı olanların Eta kare korelasyon katsayısı değerleri sırasıyla şu şekildedir. Okul Korkusu:0.039, Sosyal Fobi: 0.044, Ayrılık Anksiyetesi:0.182 ve Anksiyete Bozukluğu:0.046’dır.

Tablo 11: ÇATÖ alt boyutlarının 100 puana göre ortalama ve standart sapma değerleri

	N	Min	Max	\bar{x}	Ss
Panik/Somatik	60	,00	79,41	28,1373	18,23036
Okul Korkusu	60	,00	75,00	25,2778	19,16124
Sosyal Fobi	60	,00	100,00	53,5000	25,43353
Ayrılık Anksiyetesi	60	,00	100,00	52,3333	29,70857
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	60	,00	93,75	43,8542	24,53194

Alt boyut ölçeklerin toplam puan değerlerini karşılaştırabilmek için puanlar yüzlük skalaya dönüştürülmüştür. Buna göre öne çıkan alt boyutlar sırasıyla Sosyal Fobi Belirtileri (53.50 ± 25.43), Ayrılık Anksiyete Belirtileri (52.33 ± 29.70) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri (43.85 ± 24.53) alt boyutlarıdır.

Tablo 12: DEHB alt tipine göre ÇATÖ’nün alt boyutlarının 100 puana göre ortalama ve sapma değerleri

Gruplar		Panik/ Somatik	Okul Korkusu	Sosyal Fobi	Ayrılık Anksiyetes i	YAB
DE Önde Tip	\bar{x}	25,1225	19,7917	50,8333	42,9167	47,9167
	N	24	24	24	24	24
	Ss	17,06145	17,68834	29,47610	28,04952	26,30214
DEHB Bileşik Tip	\bar{x}	30,1471	28,9352	55,2778	58,6111	41,1458
	N	36	36	36	36	36
	Ss	18,93579	19,46569	22,61303	29,48634	23,25974
Toplam	\bar{x}	28,1373	25,2778	53,5000	52,3333	43,8542
	N	60	60	60	60	60
	Ss	18,23036	19,16124	25,43353	29,70857	24,53194

DE Önde Tip + DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgu gruplarına göre ele alındığında bu sıralama DE Önde Tip tanısı alan olgularda anksiyete bozuklukları görülme sıklığı sırasıyla Sosyal Fobi Belirtileri (50.83±29.47), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri (47.91±26.30) ve Ayrılık Anksiyete Belirtileri (42.92±28.05)'dir. DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgularda anksiyete bozuklukları görülme sıklığı sırasıyla Ayrılık Anksiyete Belirtileri (58.61±29.49), Sosyal Fobi Belirtileri (55.28±22.61) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri (41.15±23.26) olmaktadır. Tüm DEHB olgularında (DE Önde Tip + DEHB Bileşik Tip) Sosyal Fobi Belirtileri %53,5, Ayrılık Anksiyete Belirtileri %52,33, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri %43,9 Panik/Somatik Belirtileri %28,1, Okul Korkusu Belirtileri %25,3 olarak bulmuştur.

DE Önde Tip + DEHB Bileşik Tip tanısı alan olguların ÇATÖ anket puanları incelendiğinde birden fazla alt boyut ölçeğinin birlikte görüldüğü gözlemlenmiştir. Ölçek alt boyutlarına da bakıldığında bir çok alt boyutun ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. DEHB Bileşik Tipin %44,4'ünde, DE Önde Tip'in ise %29,1'inde Tüm DEHB'li olguların % 38,3'ünde birden fazla anksiyete bozukluğu belirtileri görülmektedir.

5. TARTIŞMA

DEHB ve anksiyete bozuklukları birlikteliği sık görünmesine rağmen bu alanda az sayıda çalışma vardır (Jarrett ve Ollendick, 2008; Jarrett, 2013). DEHB'ye eşlik eden anksiyete belirtileri hem tanı koymayı zorlaştırır hem de belirtilerin ağırlaşmasına neden olur (Barkley, 2006; Foa ve ark., 2005; Weiss, 2002). Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu olan DEHB'li olguların gerek ilk değerlendirme esnasındaki özellikleri gerekse tedavi yöntemi açısından farklılıklar gösterdiği saptanmıştır (Jensen ve ark, 2001; MTA, 1999). DEHB ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinde yapılan çalışmalar davranım bozukluğu eş tanısı alan DEHB olgularının ağırlıklı olarak ilaç tedavisinden fayda gördüğü; buna karşın anksiyete bozukluğu eş tanısı olan olgularda ilaç tedavilerinin yanı sıra davranışçı tedavilerin de etkili olduğunu bulmuştur. Pek çok araştırmada DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluklarında uyarıcılara düşük yanıt ancak daha fazla yan etki bildirilmiştir. Bu çocuklarda ilaca ek olarak psikososyal tedavi, tek başına ilaç tedavisinden daha etkili bulunmuştur (MTA, 1999; Tannock, 1998; Weiss, 2002).

DEHB anksiyete belirtilerinin birlikteliğinde tedavi biçimi, tedaviye yanıt süresi, bozukluğun şiddeti etkilendiğinden bu iki bozukluk arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması gereklidir (Jarrett, 2013). Bu nedenle çalışmamızda DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde çocuk öz bildirimi ile anksiyete belirtilerinin şiddetinin dağılımı ve bu belirtilerin DEHB ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonucunda DEHB tanısı alan olgularda daha fazla anksiyete belirtisi görüldüğü, anksiyete belirtisi açısından cinsiyet farkı olmadığı, fakat yaş farkının anlamlı olduğu ve hiperaktivite ile dürtüsellik belirtilerinin anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. DEHB Bileşik Tip olgularında anksiyete belirtileri görülmesi DE Önde Tip olgularından anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmüştür.

Tüm DEHB'li olguların %56,7'sinde anksiyete bozukluğu belirtileri bulunmuştur. Yüce'nin (2006) ülkemizde yaptığı çalışmada, anksiyete bozuklukları eş tanısı oranı %49'dur ve bu sonuç bizim bulgumuza yakındır. Elia ve arkadaşlarının (2009) yakın zamanda yaptıkları bir çalışmada ise DEHB'ye %36 oranında anksiyete bozukluğunun eşlik ettiği görülmüştür.

Çalışmamızda DEHB alt tipleri arasında, DEHB Bileşik Tipte DE Önde Tipte nazaran anksiyete bozuklukları belirtileri görülmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. DEHB Bileşik Tipin %69,4'ünde, DE Önde Tipin %37,5'inde anksiyete bozukluğu belirtileri saptanmıştır.

DEHB alt tiplerine göre anksiyete bozuklukları ile ilişkisi ve dağılımını araştıran çalışmalar oldukça kısıtlıdır (Elia ve ark., 2009; Jarrett, 2013; Mayes ve ark., 2009; Power ve ark., 2004). Lahey ve arkadaşları (1988) yaptıkları çalışmalarda DE Önde Tipte, Bileşik Tipte nazaran daha sık anksiyete eşlik ettiğini, bu çocukların Bileşik Tipte nazaran daha az hareketli, dürtüsel ve daha az davranış problemleri olduğunu ve daha yüksek dikkatsizlik belirtileri gösterdiğini bildirmiştir.

Daha sonra Faraone ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada DEHB Bileşik Tip ve DE Önde Tipe nazaran anksiyete belirtilerinin görülmesinde farklılık bulunmamıştır. Son yapılan araştırmalarda da iki DEHB alt tipi (DE Önde Tip, DEHB Bileşik Tip) ile ilgili anksiyete komorbiditesinde sıklık farkı Bileşik Tipte daha fazla bulunmuş; fakat istatistiksel olarak anlamlı gösterilememiştir (Elia ve ark., 2009; Jarett, 2013; Mayes ve ark., 2009; Power ve ark., 2004).

Lahey ve ark.(1988), Faraone ve ark.(1998) ve diğer son araştırmacıların ve bizim çalışmamızdaki DEHB alt tiplerdeki anksiyete birlikteliğindeki farklı bulgular, DEHB ve anksiyete bozukluklarının tanımlanması ile ilgili metodolojik farklılıklardan kaynaklanabilir. Lahey ve ark., (1988) DSM-III tanı ölçütlerini kullanmıştır. DSM-III tanı ölçütlerine göre dürtüsellik (impulsivite) dikkat eksikliği ile ilişkilendirilip, hiperaktiviteden ayrılmıştır (Weiss, 2002). Faraone ve ark.(1998), yeni yapılan araştırmalar ve bizim çalışmamızda DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. DSM-IV'te dürtüsellik hiperaktivite ile bağlanmış ve dikkat eksikliğinden ayrıştırılmıştır (Weiss, 2002). İkinci olarak bulgulardaki farklılıklar çalışmalarda DEHB ve anksiyete belirtilerinin farklı metod ve tanı koyma ölçütlerinin kullanılmasından kaynaklanıyor olabilir. Bazı çalışmalarda klinik görüşmeler veya yapılandırılmış görüşmelerle tanı konulması bu durumun sebebine örnek olarak verilebilir. Bizim çalışmamızda klinik görüşmeler ve öz bildirim ölçekleri ile olgular değerlendirilmiştir. Üçüncü olarak örneklem sayısının düşük olması nedeniyle DEHB alt tipleri arasında anksiyete bozuklukları belirtilerinin tespit edilmesi zorlaşmaktadır. Dördüncü sebep ise araştırmalarda DEHB'ye eşlik eden KOKGB ve DB'nin kontrol altına alınmaması ve bu olguların DEHB ile birlikte değerlendirilmesi olabilir. DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklardan biri KOKGB'dir. KOKGB ve DB'nin Bileşik Tipe eşlik etmesinin anksiyeteyi yükselttiği bulunmuştur. KOKGB ve DB, DEHB'ye eşlik etmediği sürece anksiyete komorbidite sıklığında farklılıklardan çok benzerlikler görülmüştür (Baeyens, Roeyers ve Walle, 2000; Elia ve ark., 2009; Jarett, 2013; Mayes ve ark., 2009; Power ve ark., 2004).

Araştırmamızda DEHB Bileşik Tip olgularında %69,44 (n:25) oranında, DE Önde Tip olgularından %41,6 oranında KOKGB vardı. DEHB Bileşik Tip olguların %5,5'inde (n:2) Davranım Bozukluğu vardı. Bizim çalışmamızda da KOKGB'nun DEHB olgularında bulunmasının anksiyete belirtilerini artırdığını düşündürmektedir. Aslında karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu olan çocuklar dürtüsel ve tehlikeli davranarak anksiyete gelişimini desteklerler. Sorensen ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları araştırmada DEHB'ye eşlik eden anksiyetenin davranış kontrolünü olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Bu anksiyetenin hiperaktivite ve dürtüsellik ile komorbitesinin dikkat eksikliği ve anksiyete komorbitesine karşın bir kanıt olabilir. Jarrett ve Ollendick (2012) öne sürdükleri yeni tedavi programında anksiyete ve DEHB'nin hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinde aynı anda iyileşme göstermiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda DEHB'li olguların anksiyete bozukluğuna yatkınlığının belli bir anksiyete bozukluğu tipi ile de sınırlı olmadığı görülmüştür. Alan yazınına bakıldığında bu konuda da az sayıda

çalışma mevcuttur. Epidemiyolojik çalışmalarda DEHB’li çocuklarda anksiyete bozukluklarının bütün tiplerinin görülme sıklığının, toplum geneline göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Spencer, Biederman ve Wilens,1999).

Araştırmamızda tüm DEHB olgularında sıklık sırasıyla (DE Önde Tip + DEHB Bileşik Tip) Sosyal Fobi Belirtileri, Ayrılık Anksiyete Belirtileri, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri, Panik Somatik Belirtileri, Okul Korkusu Belirtileri gözlenmiştir. DE Önde Tip tanısı alan olgularda en sık sırasıyla Sosyal Fobi Belirtileri, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri ve Ayrılık Anksiyete Belirtileri; DEHB Bileşik Tip tanısı alan olgularda en sık sırasıyla Ayrılık Anksiyete Belirtileri, Sosyal Fobi Belirtileri ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri görülmüştür. Elia ve ark. (2009), Sorensen ve ark. (2011), Mayes ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmalarda DEHB’ye en sık eşlik eden anksiyete bozuklukları alt tipleri sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğudur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumludur.

Yine çalışmamızla uyumlu olarak Yüce’nin (2006) ülkemizde yaptığı çalışmada DEHB’de en sık görülen anksiyete bozukluğu eş tanıların yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir. Decaninni ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları bir çalışmada DEHB’ye en sık yaygın anksiyete bozukluğu ile ayrılık anksiyete bozukluğu ve başka adlandırılmayan anksiyete bozukluğu eşlik ettiği bulunmuştur. Bu sonuç da bizim çalışmamızla benzerdir.

DEHB alt tipine göre bakıldığında çalışmamızda sadece ayrılık anksiyetesi belirtileri istatistiksel olarak anlamlıdır. DEHB Bileşik Tipte ayrılık anksiyete belirtileri DE Önde Tip’ten yüksek çıkmıştır. Bu sonucumuz Neuman ve arkadaşlarının (2001) DEHB’ye eşlik eden komorbid durumları incelediği ikiz kız çalışmasında DEHB Alt Tipi olarak DEHB Bileşik Tip ve KOKGB, ayrılık anksiyetesi ve depresyon komorbitesinin kalıtsal olduğu hipotezi ile uyumludur.

Alan yazını incelendiğinde yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile birlikte en sık görülenidir (Last ve ark., 1992). YAB en fazla binişiklik gösteren anksiyete bozukluğudur (Last ve ark., 1992). Bizim çalışmamız da bu iki bulguyu destekler. DEHB alt tipine göre bakıldığında sonuçlarımızda DE Önde Tip ve DEHB Bileşik Tip’te ayrılık anksiyeteleri ve yaygın anksiyete bozukluğu birlikte en sık görülen anksiyete belirtileri olarak bulunmuştur.

Yine çalışmamızı destekler şekilde, Elia ve arkadaşlarının (2009) araştırmasında DEHB alt tipleri arasında sadece YAB sıklığı diğer anksiyete bozukluklarına nazaran anlamlı derecede farklı yüksek çıkmıştır. Dürtüselliğin eşlik ettiği bileşik tipte YAB en yüksek değer almıştır. Bizim çalışmamızda ise YAB her iki DEHB alt tipine sıklıkla eşlik etmiştir. Ülkemizde yapılan klinik örneklemlerle bir çalışmada Somatik/Panik ve Yaygın Anksiyete belirtilerinin Bileşik Tip’te daha yoğun olduğu saptanmıştır (Fiş ve ark., 2012). Bizim çalışmamızda ise DEHB Bileşik Tip tanısı alan

olguların Panik/Somatik Bozukluk Belirtileri, Okul korkusu Belirtileri, Sosyal Fobi Belirtileri ve Ayrılık Anksiyete Bozukluğu Belirtileri DE Önde Tip tanısı alan olguların puan ortalamalarından yüksek çıkmıştır. Sadece YAB Belirtileri DE Önde Tip'te Bileşik Tip'e nazaran yüksek çıkmıştır.

DEHB'de anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği durumlara cinsiyetin etkisi ile ilgili farklı görüşler vardır. Gaub ve Carlson'ın (1997) metaanalizinde, toplum örnekleminde DEHB tanısı alan kız çocuklarda duygu durum ve anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Daha sonra yapılan bir çalışmada ise DEHB tanısı alan kız ve erkek çocuklar arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır (Biederman ve ark., 1992). Benzer biçimde, Faraone ve arkadaşları DSM III-R tanı ölçütleri kullanarak DEHB'ye eşlik eden ruhsal bozukluklarda ve bu bozuklukların ailesel geçişinde cinsiyetin rol oynamadığını öne sürmüştür (Faraone ve ark., 2001).

Araştırmamız, DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukların cinsiyet farkından etkilenmediğini destekler niteliktedir. Yüce'nin (2006) ülkemizde yaptığı çalışmada DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozuklukları açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Genel olarak kızlarda daha yüksek oranda anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir. Fakat bizim çalışmamızda da olduğu gibi anksiyete bozuklukları tek tek dikkate alındığında, cinsler arasında sıklık farklılığı bulunmamıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte Prevatt ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan son yapılan çalışmalarda ergenlerde DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluğunda DEHB alt tipi ve cinsiyet arası farklılık bulunmamıştır. Nelson ve Gregg de (2012) çocuklarla yaptıkları çalışmada DEHB alt tipleri ve cinsiyetleri arasında anksiyete bozuklukları komorbiditesinde farklılık bulamamıştır.

Çocuklarda anksiyete bozuklukları görülme sıklığı yaşa göre değişiklik göstermektedir. Ayrılık anksiyete bozukluğunun küçük çocuklarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Last ve ark., 1992). Bizim çalışmamızda yaş grubuna göre çocukluk dönemi ve ergenlik döneminde DEHB tanısı alan olgularda anksiyete bozuklukları görülme sıklıkları farklı bulunmuştur. Tüm DEHB'li olgularda yaş gruplarına göre Okul Korkusu Belirtileri, Sosyal Fobi Belirtileri ve Ayrılık Anksiyete Belirtileri 7-11 yaş grubunda, 12-15 yaş grubundan daha yüksektir. Ayrılık Anksiyetesi bozukluğu olan çocukların %75'inde okul reddi, okul reddi olan çocukların %80'inde ayrılık anksiyetesi bozukluğu bildirilmiştir (Mani ve Mill Epiecki, 2001).Bizim çalışmamızda da ayrılık anksiyetesi ve okul korkusu DEHB' li olgularda sıklıkla birlikte görülmüştür.

Tüm DEHB'li olgularda yaş gruplarına göre Panik/ Somatik Bozukluk Belirtileri ve YAB Belirtileri alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu da YAB ve Panik Bozukluğun en sık ergenlerde görüldüğüne dair araştırmaları destekler niteliktedir (Kendall, Medika ve Aschenbrand, 2006). Aynı zamanda DEHB'li çocuklarda anksiyete bozuklukları görülme sıklığı ergenlerde çocuklara nazaran daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise bütün alt ölçeklerde 7-11 yaş grubunun toplam puanlarının ortalaması 12-15 yaş grubundan daha yüksek bulunmuştur. Bagwell ve

arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, araştırmamızda olduğu gibi DEHB'li ergenlerde anksiyete bozuklukları ve depresyon görülme sıklığı çocuklardan anlamlı derecede yüksek bulunmamıştır.

Verduin ve Kendall (2003) anksiyete bozukluğu olan çocuklarda başka bir anksiyete bozukluğu komorbiditesinin sıklıkla görüldüğünü bildirmişlerdir. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin %75'inde başka bir anksiyete bozukluğu olduğunu göstermektedir. Spencer, Biederman ve Wilens'in (1999) yaptıkları çalışmada DEHB'li çocukların %27'sinde birden fazla anksiyete bozukluğu görülmüştür. Yüce'nin (2006) ülkemizde yaptığı çalışmada komorbid anksiyete bozukluğu bulunan DEHB'li hastaların %52'den fazlasında ikiden fazla anksiyete bozukluğu saptanmıştır.

Bizim çalışmamız da bu sonuçları destekler. Tüm DEHB'li çocuk ve ergenlerde birkaç anksiyete bozukluğu görülme sıklığı (%38,3) bir anksiyete bozukluğu görülme sıklığından daha fazladır. DE Önde Tip'in %29,1'inde, DEHB Bileşik Tipin %44,4'ünde 2 ve 2'den fazla anksiyete bozukluğu belirtileri vardır. Bu nedenle klinisyen DEHB'li çocukların anksiyete bozukluğunun birden fazla olabileceğini göz önünde bulundurarak olguları değerlendirmelidir.

6. SONUÇ

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar alan yazınındaki bulgularla uyumlu olarak DEHB’li çocuk ve ergenlerde sıklıkla anksiyete bozuklukları eş tanısının bulunduğunu desteklemektedir. Yine çalışmamızda DEHB alt tipleri anksiyete bozuklukları belirtilerinin görülmesinde önemli bulunmuş, DEHB Bileşik tipte Dikkat Eksikliği Önde Tipe nazaran anksiyete bozuklukları belirtileri görülmesi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. En sık görülen anksiyete bozuklukları tüm DEHB’li olgularda sırasıyla Sosyal Fobi Belirtileri, Ayrılık Anksiyete Belirtileri ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu Belirtileri olarak bulunmuştur. Bulgularımız DEHB’li olgularda anksiyete bozukluklarının cinsiyet farkından etkilenmediğini destekler niteliktedir. DEHB’li olgularda 7-11 yaş grubunda anksiyete bozuklukları görülmesi 12-15 yaş grubundan daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçları güçlü yönleri ve kısıtlıkları çerçevesinde değerlendirilmelidir. Çalışmamızda DEHB ve kontrol grubu sosyo-ekonomik seviye eşitlenerek yapılmıştır. Ergenlerde sosyo-ekonomik seviye düştükçe depresyon ve anksiyete seviyesinin arttığını gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmamızın güçlü yönlerindedir. DEHB Alt Tipleri arasındaki anksiyete bozuklukları eş tanı oranlarını daha iyi değerlendirebilmek amacıyla örneklem sayısının artırılması ve toplum örneklemelerinin de incelenmesi yararlı olacaktır. Klinik örneklem üzerinde yapılan çalışmalar toplum tabanlı çalışmalardan farklı sonuçlar gösterebilmektedir. Bu nedenle bizim sonuçlarımız hastalığın gerçek doğasını tam olarak yansıtmıyor ve anksiyete komorbidite sıklığının daha yüksek çıkmasını etkiliyor olabilir. Çalışma grubumuz ayrıntılı bir değerlendirmeye tabi tutulmasına karşın, DEHB tanısının konma aşamasında yapılandırılmış bir görüşme kullanılmamış olması bu çalışmanın en önemli sınırlılığdır. İleride planlanacak çalışmalarda anksiyete bozuklukları ve DEHB bağlamında alt tipler arasındaki klinik farklılıkları daha iyi ortaya koyabilmek için örneklem sayısının artırılıp, yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılması uygun olacaktır. Aynı zamanda DEHB’ye davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğunun eklenmesinin, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları için risk oluşturduğunu bildiren çalışmalar vardır (Jensen, Martin ve Cantwell, 1997; Bilgiç ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda da KOKGB’nun DEHB olgularında bulunmasının anksiyete belirtilerini artırdığını düşündürmektedir. DEHB ve anksiyete komorbiditesi üzerine yapılan son araştırmalarda KOKGB ve davranım bozukluğu olan olgular araştırmadan çıkarılmıştır. Çünkü KOKGB’nin DEHB’ye eşlik etmesi anksiyete belirtilerinin artmasına sebep olmaktadır (Jarrett, 2013). Bizim çalışmamız KOKGB komorbiditesini göz ardı etmiştir. Bu çalışmamızın kısıtlılığındandır. İleride yapılacak çalışmalarda KOKGB ve DB’nin DEHB’ye eşlik etmesi kontrol altına alınarak anksiyete eş tanısı araştırılabilir.

Sonuç olarak DEHB’li olguların tanı ve tedavi sürecinin sağlıklı olarak sürdürülebilmesi için klinisyenlerin anksiyete bozuklukları birlikteliğini dikkate almaları gerekmektedir. Araştırmamız, alan yazını incelendiğinde, DEHB alt tipleri ile anksiyete bozuklukları alt tipleri belirtilerini araştırmaya

yönelik az sayıda çalışmalardan biridir. Bu alanda yapılacak daha iyi yapılandırılmış uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

7.EKLER

7.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu

ÇALIŞMANIN ADI: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN 8-15 YAŞ ARASI BİR GRUP ÇOCUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ALT TİPLERİ İLE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI ALT TİPLERİ BELİRTİLERİNİN BİRLİKTELİĞİ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozuklukları çocukluk çağının en sık görülen belirtileri sıklıkla ergenlikte ve erişkinlikte de devam eden psikiyatrik bozukluklarındandır. Bu çalışma dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 8-15 yaş grubu çocuklarda anksiyete bozukluklarının sıklığını incelemeyi ve eş tanılarının varlığının klinik değerlendirme ve tedavi süreci üzerine olan etkilerini araştırmayı amaçlamıştır. Size verilen ölçeği dikkatlice okuyup soruların hiçbirini boş bırakmadan yanıtlamanızı ve bir soruya birden fazla yanıt vermemenizi rica ediyoruz. Formlarla ve klinik görüşmelerle elde edilen bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Yardımlarınız için teşekkürler..

Velisi olarak ben ve çocuğum'nın yukarıda anlatılan çalışmaya katılmasını kendi isteğimle kabul ettiğimi belirterek bu belgeyi imzalıyorum.

Veli' nin Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: .../ .../

Aydınlatan Psikolog: Fazilet Seyidoğlu

Telefon: 0542 468 20 26

7.2. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uygun olmadığını düşünüyorsanız de, **lütfen boş bırakmayın.**

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz görüdüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2

19	Titrerim.	0	1	2
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlara konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2

7.3.Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Doldurulma Tarihi:

Belirtilerin Süresi:

Son Tanı:

Ölçeği yanıtlayan kişinin yakınlık derecesi:

Sorunlar	Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok fazla
Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da yaptığı etkinliklerde dikkati dağınık.	0	1	2	3
Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
Çoğu zaman emirlere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (kendisinden isteneni anlamamaya bağlı değildir).	0	1	2	3
Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker.	0	1	2	3
Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	0	1	2	3
Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).	0	1	2	3
Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.	0	1	2	3
Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan.	0	1	2	3
Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3
Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir).	0	1	2	3
Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme ya da	0	1	2	3

oyun oynama zorluğu vardır.				
. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.	0	1	2	3
. Çoğu zaman konuşur.	0	1	2	3
. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.	0	1	2	3
. Çoğu zaman sırasını bekleme gücü vardır.	0	1	2	3
. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).	0	1	2	3
. Sık sık öfkelenir.	0	1	2	3
. Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.	0	1	2	3
. Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.	0	1	2	3
. Çoğu zaman isteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
. Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
. Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.	0	1	2	3
. Çoğu zaman içerler, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
. Çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da gözünü korkutur.	0	1	2	3
. Çoğu zaman kavga-dövüş başlatır.	0	1	2	3
. Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (örneğin; bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca).	0	1	2	3
. İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
. Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
. Başkasının gözü önünde çalmıştır (örneğin; saldırıp soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun).	0	1	2	3
. Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.	0	1	2	3
. Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.	0	1	2	3
. İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında).	0	1	2	3

. Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir.	0	1	2	3
. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını 'atlatır').	0	1	2	3
. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır (örneğin; kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma; sahtekarlık).	0	1	2	3
. 13 yaşından itibaren başlayarak, ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarda geçirmiştir.	0	1	2	3
. Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez gece evden kaçmıştır (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
. 13 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır.	0	1	2	3

7.4. Sosyodemografik Bilgi Formu

Görüşme tarihi:

Ev telefon no:

Cep telefon no:

E-mail :

İl/ilçe/ okul

Çocuğun: Adı-Soyadı

Doğum Tarihi: :

Annenin

Babanın

Adı:

Adı:

Ailenin Gelir Durumu:

1)0-500

2)500-1000

3)1000-1500

4)1500-2000

5)2000 ve 5000

6)5000-10.000

7)10000-20000

8) 20000-30000

9)30000 ve üzeri

7.5. Etik Kurulu Raporu

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

Karar no : 2015 -01
Karar tarihi : 07.01.2015


Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR'ın,
 - ✓ *“Acil Servise Başvuran Hastaların Başvuru Nedenlerinin Saptanması”* konulu araştırması,
 - ✓ *“Kanserli Hastaların Ağrıyla Başetmede Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları”* konulu araştırması,
 - ✓ *“Ağrısı Olan Hastaların Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumu Ve Kullandıkları Nonfarmakolojik Yöntemler”* konulu araştırması,
 - ✓ *“Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımını Algulamaları”* konulu araştırması,
 - ✓ *“Cerrahi Operasyon Geçiren Çocukların Geçirdikleri Operasyon Ve Hastane Ortamını Algulama Biçimleri :Resim Analizi* konulu araştırması;
- 2- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji ABD Klinik Psikoloji Tezli Yüksek lisans öğrencisi Fazilet SEYİDİOĞLU'nun “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-15 Yaş Arası Bir Grup Çocukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tipleri İle Anksiyete Bozuklukları Alt Tipleri Belirtilerinin Birlikteliği” tez çalışması;

Etik kurulumuz tarafından incelenerek yukarıda konusu geçen araştırmaların yürütülmesinin uygun görülmesine; oy birliği ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Saban KAYHAN
Üye


Prof. Dr. Mustafa Yılmaz KILINÇ
Başkan


Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye


Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY
Üye


Yrd. Doç. Dr. Gülfem MUŞLU KAYGISIZ
Üye

8. KAYNAKLAR

Abikoff, H. B., Jensen , P. S., Arnold, L. L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Pscyhology*,(30) 349-359.

Achenbach, T. M., and Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. New York: Guliford,

Albano, A. M., Chorpita, B. F., and Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash ve R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 46, 267-283.

American Psychiatric Association, (2000). *Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması Elkitabı*. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). E Köroğlu (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği,.

American Psychiatric Association, (2013). *Highlights of changes from DSM-IV to DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association, (2006)., Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents *Report of the working group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. Psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: Evidence base, contextual factors, and future directions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Baeyens , D., Roeyers, H., and Walle, J.V. (2006). Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Distinct or Related Disorders Across Measurement Levels?. *Child Psychiatry and Human Development*. 36(4), 403-417.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and The Nature of Self Control*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. J. Mash ve R.A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). History Attention – Deficit Hyperactivity Disorder, Third edition. RA Barkley (Ed.). New York: Guilford Press,
- Barkley, R. A. (2006a). Associated cognitive, developmental, and health problems. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2006b). A theory of ADHD. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R.A. (2006c). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. In Barkley, R.A. (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2006d). Etiologies. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R. A. (2006e). Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. . In R.A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guildford Press.
- Barkley, R.A. and Edwards, G., (2006). Diagnostic interview, behavior rating scales, and the medical examination In R.A. Barkley (Ed.), *Behavioral and emotional disorder in adolescence. Nature, assesment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., and Turner, S. M. (1997). At risk factor anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Beidel, D. C., Morris, T.L., and Turner, M.W. (2004). Social phobia. In T.L. Morris ve J.S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Berstein, G. A., Borchardt, C. M., and Perwien, A. R., (1996). Anxiety disorders in children and adoslescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35.

- Biederman, J. Faraone, S., and Lapey, K., (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*.
- Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., and Lapey, K.A. (1993). Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition, and Psychosocial Functioning in Adults with ADHD. *American Journal Psychiatry*. 150:1792-1798
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, J. S., Warburton, R., Reed, E. and Davis, S. G., (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1495-1503
- Biederman, J. and Spencer, T.J., (2000). Genetics of childhood disorder: XIX. ADHD, Part 3: Is ADHD a noradrenergic disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39, 1330-1333.
- Bilgiç, A; Türkoğlu, S., Ozcan, O., Tufan, A. E., Yılmaz, S ve Yüksel, T., (2013). Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), *Eur Child Adolesc Psychiatry*.22(9):523-32
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., and Neer S. M., (1997). The Screen FOR Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 36(4):545-53.
- Burke, J.D., Loeber, R., Lahey, B.B., and Rathouz, P. J., (2005). Developmental transition among affective and behavioral disorder in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1200-1210.
- Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., and Stein, M.B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464-1472.
- Campbell, S. B. (2002). Behavior problems in preschool children. New York: The Guilford Press
- Canat, Ş. (1998). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı (1.baskı)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği:1119-1131.

- Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barklet, R.A., and Steingard R.J., (2003). Correlates of comorbid psychopathology in Children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42(2): 193-200.
- Costello, E. J., Egger, H., and Angold, A. (2005). 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorder: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972- 986.
- Cyr, M., Brown, C. S., (2000). Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). *Topics in Pediatric Psychiatry* (1.ed). *Hong Kong: Adis Bokw*: 69-79.
- Decanini , T. L., Connolly, S. D., Simpson, D., Suarez, L., and Jacob, S. (2013). Comparison of Behavioral Profiles for Anxiety-related Comorbidities Including ADHD Selective Mutism in Children *Depression and Anxiety*, 30:857-864
- Eley, T. C., Bolton, D., O'Connor, T. G., Perrin, S., Smith, P., and Plomin, R. (2003). A twin study of anxiety-related behaviors in pre-school children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 44, 945-960.
- Elia, J., Arcos- Burgos, M., Balton, K. L., Ambrosini, P. J., Berrettini, W., and Muenke, M. (2009). ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity. *Psychiatry Research*, 170 (2-3), 192-198.
- Ercan, E. S., Aydın, C. (1999). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*. EkşiA (ed). *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü* (1.baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri Ltd. Şti; 270-284.
- Ercan, E. S. (2008). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* (3.baskı). İstanbul: Doğan Yayınevi.
- Ercan E S. (2009). *Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri.
- Ercan E.S., Amado, S., Somer, O., ve Çikoğlu, S. (2001). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 83:132-144.
- Evans, D. W., and Leckman, J. F. (2006). Origins of obsessive-compulsive disorder: Developmental and evolutionary perspectives. In D. Cicchetti and D. J. Cohen (Eds), *Developmental psychopathology* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

- Faraone, S., Biederman, J., (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors?. *J Nerv Ment Dis.*; 185:5333-541.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W., and Rusell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 37, 185-193.
- Foa, E. B., Costello, E.J., Franklin, M., Kagan, J., Kendall, P., and Klein, R. (2005). Defining anxiety disorders in treating and preventing. Adolescent mental health disorder in. Evans DL, Foa EB, Gur RE, Hendin H, O'Brien CP (ed). Oxford.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., and Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological Characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13, 192-227.
- Gadow, K. D., Nolan, E. E., Sverd, J., Sprafkin, J. and Schwartz, J. (2002). Anxiety and depression symptoms and response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder. *J Clin Psychopharmacol*; 22(3): 349-354.
- Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD; A meta-analysis and critical review. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997b; 36: 1036-1045
- Gerull, F. C., Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: The effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 279-287.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20, 429-451.
- Hartman, C. A., Willcutt, E. G., Rhee, S. H., and Pennington, B. F. (2004). The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 491-503.
- Hinshaw, S. P., and Lee, S. S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In E.J. Mash and R.A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hudson, J. L., and Rapee, M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.
- Hudson, J. L., Rapee, M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 548-555.

- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S. L., McGough, J.J., Loo, S.K., ... Moilanen, I.K., (2007). ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1605-1613.
- Jarrett, M. A. (2013). Comorbidity of ADHD and Anxiety: From Basic to Applied Research. *The ADHD Report*, 21(5),1-6.
- Jarrett, M. A., and Ollendick, T. H. (2012). The treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80,239-244.
- Jarrett, M. A., Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practise. *Clinical Psychology Review*, 28, 1266- 1280.
- Jensen P. S., Martin, B. A., and Cantwell, D. P., (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.36(8), 1065-1079.
- Jensen, P.S. (2000). Commentary: The NIH ADHD consensus statement: Win, lose or draw. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39, 194-197.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., March, J. S., Vitiello, B., (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-158.
- Karaceylan F. (2004). Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*.11 (22)
- Kearney, C.A., Albano, A.M., Eisen, A.R., Allan, W.D. and Barlow, D.H., (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 49-62.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Korthlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F. M., and Siqueland, L. (1992). *Anxiety Disorders in Youth: cognitive-behavioral interventions*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kendall, P. C. (1992). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

- Kendall, P.C., Chu, B. C., Pimental, S. S., and Choudhury, M., (2000). Treating anxiety disorders in youth. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.
- Kendall, P.C., Aschenbrand, S.G., and Hundson, J. L. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In A. E. Kazdin and J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Hedtke, K. A., and Aschenbrand, S.G. (2006). Anxiety disorders. In D. A. Wolfe and E. J. Mash (Eds), *Behavioral and emotional disorders in adolesencts: Nature, assessment, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Kendall, P. C., Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual. Workbook Publishing, Ardmore.*
- Klein, R. G. Pine, D.S, (2002). Anxiety Disorders. In: Rutter M, Taylor, E, ed. *Child and Adolesnent Psychiatry* (4th ed.). Oxford: Blackwell Publications. 486-509.
- Köroğlu, E., (2014). *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Schaughency, E. A. Et al., (1988). Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am acad Child Adolesc Psychiatry*; 27: 330-335.
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., and Willcutt, E., (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archieves of General Psychiatry*. 62, 896-902.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. and Kazdin, A. E., (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 1070-1076.
- Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., and Kazdin, A. E. (1987). Strauss CC. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*.114(5), 653-7
- Livingston, R. (1996). Anxiety Disorders. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* (2nd ed.). *Baltimore: Williams and Wilsins Publications: 674-684.*

- Manassis, K., Tannock, R., and Barbosa, J. (2000). Dichotic listening and response inhibition in children with comorbid anxiety disorders and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1152- 1159.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., Hynes, M. E. (1997). Educational and occupational outcome of hyperactive boys grow up. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36(9): 1222-1225.
- March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B. and Conners, C. K. (2000). Hinshaw SP ve ark. Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 527-41.
- Marmorstein, N. R. (2007). Relationships between anxiety and externalizing disorders in youth: the influences of age and gender. *Journal of Attention Disorders*. 10, 141-149.
- Masi, G., Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*; 15(2), 93-104.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., and Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 752-760.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention/deficit hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*; 56(12): 1073-86.
- Mayes, S.D., Calhoun, S. L., Chase, G. A., Mink, D. M., and Stagg, R. E. (2009). ADHD Subtypes and Co-Occurring Anxiety, Depression, and Oppositional – Defiant Disorder: Differences in Gordon Diagnostic System and Wechsler Working Memory and Processing Speed Index Scores. *Journal of Attention Disorder*. 12(6), 540-550.
- Nelson R W., Israel A.C. (2009). *Behaviour Disorders of Childhood*. Pearson Prentice Hall.
- Nelson, J. M., Gregg, N., (2012). Depression and anxiety among transitioning adolescents and college students with ADHD, dyslexia, or comorbid ADHD/ dyslexia, *Journal of Attention Disorders*. 16, 244-254.
- Neuman, R. J., Healy, A., Reich, W., Bucholz, K. K., Madden, P.A.D., Sun, L., Todd, R.D., and Hudziak, J.J., (2001). Latent class analysis of ADHD and comorbid symptoms in a

population sample of adolescent female twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 42, 993-942.

Neumeister, A., Bain, E., Nugent, A. C., Carson, R. E., Bonne, O., Luckenbaugh, D. A., Eckelman, W., ... Drevets, W. C., (2004). Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. *The Journal of Neuroscience*, 24, 589-591.

Nigg, J. T., Casey, B. J. (2005). An integrative theory of attention deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Development and Psychopathology*, 17, 785-806.

Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., and Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of clinical and adolescence psychology*, 33, 42-53

Ollendick, T.H., Birmaher, B., and Mattis, S.G. (2004). Panic disorder. In T.L. Morris and J.S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Öztürk, M. (2008). *Çocuk Psikiyatrisi*. İstanbul: Uçurtma Yayınları

Power, T.J., Costigan, T. E., Eiraldi, R. B., and Leff, S. S. (2004). Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: Do subtypes differences exist or not? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(1), 27-37.

Patterson, G. R., De Garmo, D. S., and Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and psychopathology*, 12, 91- 106

Rapee, R. M., Wignall, A., Hudson, J. L., and Schniering, C. A. (2000). *Treating anxious children and adolescents: An evidence-based approach*. Oakland, CA: New Harbringer.

Prevatt, F., Dehili, V., Taylor, N., and Marshall, D. (2015). Anxiety in College Students With ADHD: Relationship to Cognitive Functioning. *Journal of Attention Disorders*. 19(3), 222-230.

Schatz, D. B., Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord*; 10: 141-9.

Schniering, C. A., Hudson, J. L., and Rapee, R. M., (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in the children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. 20(4):453-78.

Silverman, W. K., Dick- Niederhauser, A., (2004). Separation Anxiety Disorder. Anxiety disorders in Children and Adolescents., TL Morris ve JS March(ed), New York: The Guilford Press

Skirbekk, B., Hansen, B. H., Oerbeck, B., and Kristensen., (2011). The Relationship Between Sluggish Cognitive Tempo, Subtypes of Attention -Deficit /hyperactive Disorder and Anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 39, 513-525.

Smith, B. H., Barkley, R. A., and Shapiro, C. J. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E.J.Mash and R.A. Barkley (Eds.), Treatment of childhood disorders. New York: The Guilford Press.

Sorensen, L., Plessen, K. J., Nicholas,J., and Lundervold, A., (2011). Is Behavioral regulation in Children With ADHD Aggravated by Comorbid Anxiety Disorder?. *Journal of Attention Disorders.* 15(1), 56-66.

Spencer, T., Biederman, J., and Wilens, T. (1999). Attention deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatr Clin North Am;* 46: 915-27

Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E., and Faraone, S. V. (2002). Overview and Neurobiology of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry.* 63(12), 3-9.

Stevenson, J., Langley, K., Pay, H., Payton, A., Worthington, J., and Ollier, W. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder with reading disabilities: Preliminary genetic findings on the involvement of the Asra2a gene. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 46, 1081-1088.

Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Sampson,, P. D., and Barr, H. M. (1995). Attention: Prenatal alcohol and continuties of vigilance and attentional problems from 4 through 14 years. *Development and psychhopatology,* 7,419-446.

Şenol, S. (2007). *Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları. Temel Psikiyatri içinde,* E Köroğlu (ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 889-897.

Şenol, S. (2008). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı,* Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, 3, 293-311

Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 39, 65-99.

Verduin, T. L., and Kendall, P.C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.

Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B. and Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.

Waslick, B., Greenhill, L., (2004). Attention deficit hyperactivity disorder. In: Wiener J, Dulcan M (eds). *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry* (3.ed). Washington DC, American Psychiatric Press, 2004; 485-509.

Weis, M. and Weis, G., (2002). Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry* (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins: 645-670

Willoughby, M. T., (2003). Developmental course of ADHD symptomatology during the transition from childhood to adolescence: A review with recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 88- 106

Yüce, M., (2006). *Bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.