



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**12-18 YAŞ ARASI YIKICI DAVRANIŞ SORUNLARI OLAN  
ERGENLERDE GENEL VE KLİNİK ÖZELLİKLER VE  
İZLEM BULGULARI**

**Dr. İpek SÜZER GAMLI**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU**

**ADANA-2015**



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**12-18 YAŞ ARASI YIKICI DAVRANIŞ SORUNLARI OLAN  
ERGENLERDE GENEL VE KLİNİK ÖZELLİKLER VE  
İZLEM BULGULARI**

**Dr. İpek SÜZER GAMLI**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU**

**ADANA-2015**

## TEŞEKKÜRLER

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince, asistanı olmaktan gurur duyduğum, birlikte hasta izlemekten ve danışmaktan büyük keyif aldığım, bilgisi, deneyimi ve samimi duruşuyla hem akademik açıdan, hem de insani yönü ile önümdeki en önemli model olan, hayatımda önemli bir yeri olan yurt dışında gözlemi yapabilmemde önemli katkısı bulunan, bölümü yazma sebebim olan bölümümüzün kurucusu Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya; tanıştığım ilk günden bu yana bize sonsuz güvenen, hep olumlu yaklaşan, her zaman destek olan, düşüncelerimize önem veren, birlikte hasta görmekten ve izlemekten büyük keyif aldığım, tüm bilgisini/görgüsünü bizlerle paylaşmayı esirgemeyen, 'abla' sıfatına birebir uyan ve birlikte çalıştığımız için kendimi çok şanslı hissettiğim, tez danışmanım Doç. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU'na; üzerimde büyük emeği olan, yardımını, deneyimini her zaman paylaşan, zor günlerde desteğini esirgemeyen ve yeniliklere hep açık olan Doç. Dr. Gonca GÜL ÇELİK'e ve hasta değerlendirmelerinden çok şey öğrendiğim, bizimle istekle vakit geçirdiğini hep hissettiren, derin bilgisi ve tecrübelerini bizimle paylaşan Yrd. Doç. Dr. Özge METİN'e teşekkürlerimi sunarım.

İhtisas sürem boyunca, toplantılarını ipe çektiğim, bizler için tüm yorumları ve görüşleri çok öğretici olan, birlikte çalışmış olmaktan dolayı çok şanslı hissettiğim, Adli Olguları Değerlendirme Heyeti üyeleri Prof. Dr. Necmi ÇEKİN ve Prof. Dr. Nurdan EVLİYAOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım. Rotasyon sürem boyunca samimiyetle her türlü konularda yardımını esirgemeyen, derin bilgileri, çalışkanlıkları ile bizlere örnek olan ve beni kendi asistanlarından ayırmayan, birlikte çalışmış ve hasta izlemiş olmaktan dolayı çok şanslı hissettiğim Prof. Dr. Lut TAMAM ve Prof. Dr. Mihriban Özlem HERGÜNER'e teşekkürlerimi borç bilirim. İhtisas süresi boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli meslektaşlarım Özlem, Perihan, Belgin, Dilek, Zeynep, Bahriye, Gamze, Buse Ezgi, Ülker, Oğuz'a, psikologumuz Cansu'ya, sosyal hizmet uzmanımız Erhan'a ve psikiyatri ekibindeki tüm asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım. Bölüme geldiğim ilk günden bu yana, beni kendi kızından, kardeşinden ayırmayan, bölüme alışmam ve bağlanmamda çok büyük katkıları olan, bilgi ve tecrübesinden halen yararlandığım, psikiyatri hemşiresi tanımına birebir uyan, çok sevgili ablam Mehtap UZEL'e, birlikte çalışma fırsatı bulduğumuz Çiler

DÖNMEZ'e ve poliklinikteki günleri hep birlikte atlattığımız tüm sekreter ekibi arkadaşlarıma en samimi teşekkürlerimi sunarım.

Bir süredir ayrı kalsak da, beni yaşamım ve eğitim hayatım boyunca her zaman her yerde sonsuz destekleyen ve uzaktan da desteklemeye devam eden, fikirlerime hep saygı duyan, kendimi hatırladığım ilk günden bu yana titiz çalışmaları, fedakârlıkları, çalışkanlıkları, elde ettikleri başarıları, ileri görüşlülükleri ve iş disiplinleri ile önümde hep örnek duruş sergileyen, küçüklüğümde bu yana onlar gibi olabilmeyi düşlediğim; onların çocukları olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim meslektaşlarım canım annem ve babama en samimi teşekkürlerimi borç bilirim.

Hayatıma girdiği günden bu yana, hayatı paylaşmanın anlamını birebir yaşatan, en yakın desteğim ve tüm tercihlerimde yanımda olan, birlikte geçirdiğimiz dokuz yılın bana hiç yetmediği, onu tanıdığım ve hayatına girebildiğim için kendimi çok şanslı hissettiğim canım eşim Alper'e hayatımda olduğu ve bana güç verdiği için teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER.....	I
İÇİNDEKİLER .....	III
TABLO LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ .....	VII
ÖZET .....	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu .....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etyoloji.....	4
2.1.3.1. Genetik.....	4
2.1.3.2. Çevresel ve Psikososyal Faktörler .....	5
2.1.4. Nöroanatomi .....	5
2.1.5. Yürütücü İşlev.....	6
2.1.6. Klinik Özellikler .....	9
2.1.7. Tanı ve Değerlendirme .....	11
2.1.8. Komorbidite .....	14
2.1.9. Ayırıcı Tanı.....	15
2.1.10. Gidişat.....	17
2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu .....	19
2.2.1. Tanım ve Tarihçe .....	19
2.2.2. Epidemiyoloji.....	20
2.2.3. Etyoloji.....	20
2.2.3.1.Genetik ve Biyolojik Faktörler .....	20
2.2.3.2. Psikososyal Faktörler .....	21
2.2.3.3. Gen ve Çevre Etkileşimi .....	22
2.2.4. Klinik Özellikler .....	23
2.2.5. Tanı ve Değerlendirme .....	24
2.2.6. Komorbidite .....	24
2.2.7. Ayırıcı Tanı.....	25
2.2.8. Gidişat.....	25

2.3. Davranım Bozukluğu .....	26
2.3.1. Tanım ve Tarihçe .....	26
2.3.2. Epidemiyoloji.....	28
2.3.3. Etyoloji.....	28
2.3.3.1. Genetik ve Biyolojik Faktörler .....	28
2.3.3.2. Psikososyal Faktörler .....	30
2.3.3.3. Gen ve Çevre Etkileşimi .....	31
2.3.4. Klinik Özellikler .....	32
2.3.5. Tanı ve Değerlendirme .....	32
2.3.6. Komorbidite .....	34
2.3.7. Ayırıcı Tanı.....	34
2.3.8. Gidişat.....	35
2.4. Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Tedavisi .....	36
2.4.1. Psikososyal Girişimler .....	36
2.4.2. İlaç Tedavisi.....	38
2.4.2.1. Psikostimülanlar.....	38
2.4.2.2. Atomoksetin.....	40
2.4.2.3. Adrenerjik Ajanlar .....	40
2.4.2.4. Modafinil .....	41
2.4.2.5. Antidepresanlar .....	41
2.4.2.6. İkinci Kuşak Antipsikotikler.....	42
2.4.2.7. Duygudurum Düzenleyicileri .....	43
3. YÖNTEM .....	45
3.1. Çalışma Örneklemi .....	45
3.2. Çalışmanın Deseni .....	45
3.3. Uygulama.....	45
3.4. Veri Toplama Araçları .....	46
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	46
3.4.2. Kiddie Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli, Türkçe Uyarlaması (K-SADS-ŞY).....	46
3.4.3. Connors Anababa Değerlendirme Ölçeği (CADÖ) .....	47
3.4.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ).....	47
3.4.5. Connors Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (CÖDÖ) .....	48
3.4.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA).....	48
3.4.7. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) .....	49

3.4.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) .....	49
3.4.9. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi (FASM) ....	49
3.4.10. Stroop Testi TBAG Formu .....	50
3.5. İstatiksel Analiz .....	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. Demografik Özellikler .....	51
4.1.1. Olgulara Ait Demografik Özellikler .....	51
4.1.2. Aile Yapısı İle İlgili Özellikler .....	56
4.2. Olguların Klinik Tanı Dağılımları, İlaç Tedavileri ve Tedavi Yanıtları.....	57
5. TARTIŞMA .....	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	89
7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI .....	91
8. KAYNAKLAR .....	92
9. ÖZGEÇMİŞ .....	124
10. EKLER.....	125
10.1. Aydınlatılmış Onam Formu .....	125
10.2. Sosyo-Demografik Form .....	126
10.3. Connors Ana-Baba Dereceleme Ölçeği (CADÖ) Formu .....	127
10.4. Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği (CÖDÖ) Formu.....	129
10.5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ).....	131
10.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ).....	133
10.7. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA).....	135
10.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) .....	137
10.9. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi (FASM) .....	141
10.10. Stroop TBAG Formu .....	142

## TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri.....	12
Tablo 2. Hiperkinetik bozukluk ICD-10 tanı ölçütleri .....	13
Tablo 3. Karşıt olma, karşı gelme bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri.....	24
Tablo 4. Karşı çıkma-baş kaldırma bozukluğu ICD-10 tanı ölçütleri.....	24
Tablo 5. Davranım bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri .....	33
Tablo 6. Davranım bozukluğu için ICD-10 tanı ölçütleri.....	33
Tablo 7. Sigara kullanımı olan ve olmayan olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması .....	53
Tablo 8. KZVD olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 9. Ev içinde şiddet öyküsüne göre tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması.....	56
Tablo 10. DEHB alt tipleri ile ilişkili demografik veriler .....	58
Tablo 11. DEHB alt tipleri ve tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin karşılaştırılması .....	58
Tablo 12. DEHB alt tiplerinin tedavi öncesi ve sonrası ADÖ alt puanlarının karşılaştırılması .....	59
Tablo 13. DEHB başlangıç yaşına göre tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin karşılaştırılması.....	60
Tablo 14. Komorbidite ile ilişkili demografik veriler .....	61
Tablo 15. Komorbidite varlığı ve KOKGB/DB eş tanılarında işlevsellikteki bozulmaların değerlendirilmesi.....	61
Tablo 16. Komorbidite ile tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin karşılaştırılması .....	61
Tablo 17. KOKGB tanısı alan ve almayan olguların psikometrik testlerinin karşılaştırılması .....	63
Tablo 18. DB tanısı alan ve almayan olguların psikometrik testlerinin karşılaştırılması .....	64
Tablo 19. KOKGB ve DB tanılı olguların demografik verilerinin ve işlevselliklerinin karşılaştırılması.....	65
Tablo 20. AP kullanan olgular ile ilişkili demografik veriler .....	67
Tablo 21. AP kullanan ve kullanmayan olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması .....	67
Tablo 22. Tüm olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması .....	68



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>5-HİAA</b>	: 5-hidroksiindol Asetik Asit
<b>5-HT</b>	: Serotonin
<b>AB</b>	: Anksiyete Bozukluğu
<b>ADÖ</b>	: Aile Değerlendirme Ölçeği
<b>AP</b>	: Antipsikotik
<b>ASKB</b>	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
<b>ATX</b>	: Atomoksetin
<b>BB</b>	: Bipolar Bozukluk
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>BKA</b>	: Birinci Kuşak Antipsikotik
<b>CADÖ</b>	: Conners Anababa Değerlendirme Ölçeği
<b>COMT</b>	: Katekolamin-O-Metiltransferaz
<b>CÖDÖ</b>	: Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği
<b>DA</b>	: Dopamin
<b>DB</b>	: Davranım Bozukluğu
<b>DB-ÇB</b>	: Çocukluk çağı Başlangıçlı Davranım Bozukluğu
<b>DB-EB</b>	: Ergenlik Başlangıçlı Davranım Bozukluğu
<b>DD</b>	: Duygudurum Düzenleyici
<b>DDGÖ</b>	: Duyguların Düzenlenmesinde Güçlük Ölçeği
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DEHB-B</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu – Bileşik Tip
<b>DEHB-DE</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu – Dikkatsizliğin önde geldiği tip
<b>DEHB-HA</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu – Hiperaktivite /İmpulsivitenin önde geldiği tip
<b>DSM</b>	: Mental bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı
<b>ED</b>	: Emosyon Disregülasyon
<b>EEG</b>	: Elektroensefalogram
<b>ER</b>	: Emosyon Regülasyon
<b>FASM</b>	: Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi

<b>FDA</b>	: Amerikan Gıda ve İlaç Birliği
<b>GGA</b>	: Güçler ve Güçlükler Anketi
<b>ICD</b>	: Dünya Sağlık Örgütü – Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
<b>İKA</b>	: İkinci Kuşak Antipsikotik
<b>KGİ</b>	: Klinik Global İzlem
<b>KOKGB</b>	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
<b>K-SADS-ŞY</b>	: Kiddie - Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu
<b>KZVD</b>	: Kendine Zarar Verme Davranışı
<b>KZVDDE</b>	: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri
<b>MAO</b>	: Monoamin Oksidaz
<b>MD</b>	: Major Depresyon
<b>MKB</b>	: Madde Kullanım Bozukluğu
<b>MPH</b>	: Metilfenidat
<b>MR</b>	: Mental Retardasyon
<b>NE</b>	: Norepinefrin
<b>OXT</b>	: Oksitosin
<b>ÖG</b>	: Öğrenme Güçlüğu
<b>PFK</b>	: Prefrontal Korteks
<b>SES</b>	: Sosyoekonomik Statü
<b>TB</b>	: Tik Bozukluğu
<b>TSA</b>	: Trisiklik Antidepresan
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>UB</b>	: Uyum Bozukluğu
<b>YDB</b>	: Yıkıcı Davranış Bozuklukları
<b>YDB-T</b>	: Yıkıcı Davranış Bozuklukları - Tanımlanmamış
<b>YDDB</b>	: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
<b>Yİ</b>	: Yürütücü İşlev

## ÖZET

### 12-18 Yaş Arası Yıkıcı Davranış Sorunları Olan Ergenlerde Genel ve Klinik Özellikler ve İzlem Bulguları

**Amaç:** Yıkıcı Davranış Bozuklukları (YDB), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB) gibi sıklıkla birlikte görülür ve çocuk psikiyatri kliniklerine sık başvuru sebeplerindedir. Bu olguların baş etme stratejilerinde ve emosyonel regülasyonunda yetersizlik olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada YDB'li ergenlerin özellikleri ve tedavi etkinliği incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** 12-18 yaşlarında YDB'li 82 olgu alınmıştır. Tedavi öncesi-sonrasında Conners ana-baba/öğretmen değerlendirme ölçeği (CADÖ) (CÖDÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Duyguların Düzenlenmesinde Güçlük Ölçeği (DDGÖ) ve Stroop Test uygulanmıştır.

**Bulgular:** Olguların % 28'i sigara kullanıyordu ve bu olgular arasında DEHB-B alt tipi, ek KOKGB/DB tanıları, alkol-madde deneme anlamlı yüksekti. Kendine zarar verme girişimi % 58,5 olguda saptanırken; kız cinsiyet, KOKGB tanısı sık; DDGÖ ve GGA puanları daha yüksekti. Olguların % 81,7 DEHB-B, % 18,3 DEHB-DE tanısı alırken; % 19,3'ünde KOKGB, % 14,6'sında DB saptandı. Komorbid YDB'de, sigara kullanımı, sınıf tekrarı, akran geçimsizliği, akademik sorunlar yüksekti. KOKGB tanısı ile, boşanma/parçalanma öyküsü, kendine zarar verme; DB tanısı ile ders başarısızlığı, belirtilerin erken başlaması, aile işlevselliğinde bozukluk, sigara kullanımı ve alkol-madde deneme ilişkiliydi. Olguların % 96,3'ü stimülan, % 17,1 AP kullandı. KOKGB/DB grubunda kombinasyon tedavisi daha fazlaydı. Tedavi sonrasında CADÖ, CÖDÖ, ADÖ, GGA, DDGÖ total skorda ve Stroop puanlarında anlamlı düşme saptandı.

**Sonuç:** Tedavi almamış YDB olguları, sigara kullanımı, alkol-madde deneme, sınıf tekrarı, kendine zarar verme gibi yaşantılar için risk altındadır. Emosyon disregülasyon, sigara kullanımı, kendine zarar verme, ev içi şiddet gibi olumsuz prognostik özellikleri olan olgularda daha belirgindir. Stimülan ve AP tedaviler çekirdek belirtilerin yanında; aile-işlevselliğinde ve emosyon regülasyonda anlamlı iyileşme sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** DEHB, Davranım bozukluğu, İzlem, Karşıt olma/karşı gelme, Yıkıcı davranış bozuklukları

## ABSTRACT

### Common and Clinical Features and Follow Up Findings of Adolescents Aged 12-18 With Disruptive Behaviour Problems

**Objectives:** Disruptive Behaviour Disorders (DBD) refer to a group including Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) which commonly co-occur and generate one of the most common reasons for referral to child psychiatry. It has been hypothesized that these cases suffer from coping strategies and emotional regulation. In this study, the features of adolescents with DBD and their treatment efficacy are analyzed.

**Material and Methods:** 82 children aged 12-18 with DBD were recruited. Conner's Parent/Teacher Rating Scale (CPRS) (CTRS), Family Assessment Device (FAD), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Stroop-TBAG Form are applied.

**Results:** Smoking ratio were 28% with higher rates in ADHD-Combine Type, ODD/CD diagnosis and alcohol-substance testing were found. Self-mutilation rate was 58.5%. Among these cases, female sex, ODD and higher DERS and SDQ scores were identified. Cases are diagnosed with ADHD-C (81.7%), ADHD-IN (18.3%), ODD (19.3%) and CD (14.6%). DBD were associated with smoking, antipsychotic use, grade retention, problematic peer relationships and academic failure. ODD and divorced parents, less nuclear parenting and self mutilation were related; where CD and academic failure, early onset, poor parent functioning, smoking and alcohol-substance testing were associated. Cases were treated with stimulants (96.3%) and antipsycotics (17.1%). ODD/DB are related with combined treatment. After treatment, CPRS, CTRS, FAD, SDQ, Stroop Test scores and DERS total scores decreased obviously.

**Conclusion:** Untreated DBD are at risk for smoking, alcohol-substance testing, grade retention and self-mutilation. Emotion dysregulation are noticed especially among smokers, self-mutilation and domestic violence. Treatment methods not only improve core symptoms, but also have positive effects on family functioning and emotion regulation.

**Key words:** ADHD, CD, DBD, Follow up, ODD.

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine en sık başvuru sebeplerinden biri Yıkıcı Davranış Bozukluklarıdır (YDB). DSM-IV-TR'ye (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı-IV-TR) göre bu başlık altında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB) ve YDB-Tanımlanmamış (YDB-T) tanıları yer almaktadır.<sup>1,2</sup> DEHB, DSM-5 sınıflama sistemi ile ayrı bir başlık altına alınmış olmakla birlikte, YDB grubundaki diğer tanımlar ile sıklıkla birliktelik göstermektedirler.<sup>3,4</sup> DEHB'ye eşlik eden YDB olgularının sosyal, duygusal ve psikolojik zorluklarla daha sık karşılaştıkları, bu olgularda DEHB gidişatının daha olumsuz olduğu bildirilmektedir.<sup>5,6</sup> YDB'li bireylerin büyük çoğunluğunun erişkin yaşamda da tanı almaya devam ettiği bilinmektedir.<sup>2</sup> Bu bireylerde topluma oranla, kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanım bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik bozukluklar, okul bırakma, akademik başarısızlık, iş yaşamı ile ilgili güçlükler, ikili ilişkilerde sorunlar, kendine ve çevreye zarar verme, kazaya karışma, suça yönelme gibi olumsuz durumlar daha sık görülmektedir. Bu nedenle, tedavi edilmeyen YDB, olumsuz sonuçları olan ve topluma maliyeti yüksek psikiyatrik bir durumdur ve erken tanınması ve tedavisinin planlanması önem taşımaktadır.<sup>7-10</sup>

Bu çalışmada, polikliniğimize başvuran ve YDB tanısı alan ergenlerin kendileri, aileleri ve öğretmenleri tarafından doldurulan ölçeklerden edinilen veriler ile bu ergenlerin YDB belirti dağılımları ve şiddetleri, günlük hayatta ve akademik alanda yaşadıkları güçlükler, bu güçlüklerle başa çıkma stratejileri, kendine zarar verme davranışı gibi etmenler tedavi öncesi ve 6 aylık tedavinin ardından değerlendirilmesi; klinik görünüm ve tedavi yanıtı ile ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Çocukluk çağında, sinirlilik, öfke nöbetleri, saldırganlık, karşı gelme tutumu, mala/eşyaya zarar verme gibi yıkıcı davranışlara sıkça rastlanmakta ve bu davranışlar çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine başvurunun sık sebeplerinden birisini oluşturmaktadır.<sup>2</sup> Bahsedilen yıkıcı davranış örüntülerinin ileride gelişebilecek bir psikiyatrik bozukluğun belirteci olup olmadığı veya bu davranış örüntülerinin normal gelişen çocuklarda da görülüp görülmeyeceği aileler için kaygı vericidir.<sup>2,11</sup> Karşı koyma, yetişkinlerin isteklerini reddetme, öfke nöbetleri gibi bazı davranışlar, gelişimsel sürecin ve büyümenin bir parçası veya otonomi kazanma çabası olarak görülse de; YDB'li çocuklarda görülen öfke nöbetlerinin sıklığı, yoğunluğu ve süresi normal gelişen çocuklardan fazladır.<sup>11</sup> Erken çocukluk döneminde rastlanan ve yoğun olarak görülen kavgacı ve muhalif tutum, insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık, mala zarar verme, yalan söyleme, çalma, akran ilişkilerinde sorunlar ve uygunsuz cinsel davranışlar YDB için risk etmenleridir.<sup>12</sup> Erken çocukluktan başlayarak, süregelen özellikte, akademik ve sosyal ilişkilerde bozulmaya yol açacak derecede agresyon, öfke nöbetleri, olumsuz ve kavgacı tutum, kurallara karşı gelme, saldırganlık, başkalarının haklarını ihlal etme, dürtüsellik gibi davranışlar sergileyen çocuklar YDB kapsamında ele alınmaktadır.<sup>2</sup>

DSM-IV-TR ye göre YDB; 'Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar' alt grubunda yer almaktadır. YDB kapsamında; DEHB, KOKGB, DB ve YDB-T tanıları yer almaktadır.<sup>1</sup> 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile, DEHB 'Nörogelişimsel Bozukluklar', KOKGB, DB ve YDB-T ise 'Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları' alt gruplarına dahil edilmişlerse de, YDB spektrumundaki tanıların sıklıkla birliktelik gösterdikleri bilinmektedir.<sup>3,4</sup> DEHB'li bireylerin % 60'ının KOKGB, % 20'sinin ise DB eş tanılarına sahip oldukları bildirilmektedir.<sup>6,13</sup> Eş tanıların varlığında DEHB şiddeti, seyri ve tedavisi değişmektedir.<sup>4,6</sup> Bu nedenle, klinisyenlerin YDB'yi tanınması, klinik belirtilerinin ve sık birliktelik oranlarının farkında olması, erken ve uygun tedaviyi başlatması, uzun vadede akademik ve sosyal işlevsellikte olumsuz sonuçlarla seyreden bu bozukluğun tedavisi ve olumsuz toplumsal sonuçların engellenebilmesi veya riskin azaltılabilmesi için önemlidir.<sup>6,8</sup>

## 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

DEHB, yaş ve gelişim dönemine göre uygun olmayan ve işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açan, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden bir bozukluktur.<sup>1,3,6</sup> Belirtilerinin sıklıkla erken çocukluk çağında başlamasından dolayı uzun yıllar sadece çocukluk çağını etkileyen bir hastalık olduğu düşünülürken, günümüzde DEHB'nin yaşam boyu sürebilen, nörogelişimsel bir bozukluk olduğu kabul edilmektedir.<sup>14,15</sup>

DEHB günümüze kadar çeşitli adlandırmalar ile tanımlanmıştır. 18. yüzyılda 'kötü çocuklar' (*bad children*), 19. yüzyılda 'çılgın aptallar' (*mad idiots*), 'dürtüsel delilik' (*impulsive insanity*), 'yetersiz engellenme' (*defective inhibition*) gibi tanımlamalar yapılmıştır. 19. yüzyılda Hoffman, Philip isimli bir çocuk için yazdığı şiir ile DEHB belirtilerine ve aile içinde yarattığı sorunlu davranışlara yer vermiş; 1902 yılında ise Still, mental kapasiteleri normal olmasına rağmen dikkatini sürdürmede ve kendini denetlemede kronik zorluk yaşayan 43 çocukla ilgili tabloyu 'ahlaki eksiklik' (*moral deficiency*) olarak adlandırmıştır.<sup>16-18</sup> Still, bu davranışları 'engelleyici irade' (*inhibitory volition*) olarak tanımlamış ve günümüzde DEHB'de bozulduğu kabul edilen, istemli inhibisyon, anında ödüllendirme, artmış emosyonalite, cezalandırılmaya duyarsızlık gibi yürütücü işlev (Yİ) sorunlarını yıllar öncesinde tanımlamıştır.<sup>19</sup> İlerleyen yıllarda, enfeksiyon sekeli olan çocuklarda ciddi davranış bozukluklarının görülmesi sonrasında DEHB'nin organik kökenli bir hastalık olduğunu vurgulamak ve beyin hasarının etyolojik önemini belirtmek amacıyla bu tablo 1947 yılında Strauss ve arkadaşları tarafından 'Minimal Beyin Hasarı Sendromu' (*minimal brain damage syndrome*) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra, bu davranış paternine sahip tüm çocuklarda beyin hasarı olmayabileceği düşüncesi ile 1960'li yıllarda tanım 'Minimal Beyin Disfonksiyonu' (*minimal brain dysfunction*) olarak değiştirilmiştir. 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-II baskısında ve 1978 yılında (Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası İstatiksel Sınıflaması-9) ICD-9'da bu tabloyu "Çocuklukta Hiperkinetik Sendrom" olarak adlandırmış ve bu tarihten itibaren bozukluk uluslararası sınıflama sistemine girmiştir. 1980 yılında DSM-III'te ise, bu bozukluk hiperaktivite belirtilerinin eşlik edip etmemesine göre alttiplerine ayrılmıştır (Hiperaktivitenin eşlik ettiği/etmediği dikkat eksikliği bozukluğu). 1987 yılında DSM-III-R baskısında, klinik tablonun 3 ana

belirtisi ‘dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik’ olarak tanımlanmıştır. ICD-10 (1993) ‘Hiperkinetik Bozukluklar’; DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) ve DSM-5 (2013) baskılarında ve günümüzde ise ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’ terimi kullanılmaktadır.<sup>1,3,16-18</sup>

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

DEHB prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan yöntemlere bağlı olarak farklı sonuçlar elde edilmektedir. Literatürdeki meta-analiz çalışmalarına göre çocukluk çağında DEHB prevalansı % 5,2 ile % 7,2 arasında değişmektedir.<sup>20-22</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, DEHB prevalansı % 12,2 – 13,4 olarak bulunmuştur.<sup>23</sup> Erişkin bireylerde DEHB prevalansı % 4,4 olarak bildirilmektedir.<sup>24</sup>

DEHB’nin cinsiyetler arasındaki dağılımı yapılan çalışmanın metodolojisine göre değişmekle birlikte, erkek/kız oranı 2/1-9/1 arasında değişmektedir.<sup>1,25</sup> DEHB-Bileşik (DEHB-B) alt tipi erkeklerde; DEHB-Dikkatsizliğin önde geldiği tipi (DEHB-DE) ise kızlarda daha sık görülmektedir.<sup>25</sup> DEHB-DE alt tipinde, günlük işlevsellikte ciddi bozulmaya karşın davranışsal sorunların seyrek gözlenmesi nedeniyle klinik başvurular daha az veya geç olabilmektedir. Değerlendirme esnasında cinsiyet farklılığına dikkat etmek önemlidir.<sup>25,26</sup>

### **2.1.3. Etyoloji**

DEHB, etyolojisi tam olarak belli olmayan heterojen özellikte bir hastalıktır. Etyolojide genetik, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı düşünülmektedir.<sup>27</sup>

#### **2.1.3.1. Genetik**

DEHB’de ailesel geçişin yüksek olması genetik etmenlerin rolünü desteklemektedir. Faraone ve ark. (2005) tarafından yapılan bir ikiz çalışmasında, DEHB’nin kalıtılabilirliğinin % 76 olduğu, DEHB’lilerin ailelerinde bu tanıya sahip olma riskinin 2-8 kat arttığı bildirilmiştir. Bu oran ile DEHB, mental hastalıklar içinde en yüksek kalıtsal geçişe sahip hastalıklar arasında yer almaktadır.<sup>27,28</sup>

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların etki mekanizmalarından yola çıkarak dopamin (DA), serotonin (5-HT) ve monoaminoksidaz (MAO) ile ilgili çok sayıda aday



gen çalışması yürütülmektedir. En çok çalışılan genler; DA D4 Reseptör geni (DRD4), DRD5, Dopamin Beta Hidroksilaz Geni (DβH), Dopamin Taşıyıcı Gen (DAT-1, SLC6A3), Sinaptozom-İlişkili Protein 25 Geni (SNAP-25), Serotonin Reseptör Genidir (HTR1B).<sup>28,29</sup>

### **2.1.3.2. Çevresel ve Psikososyal Faktörler**

Çalışmalarla önemli olduğu desteklenen çevresel etkenler arasında, intrauterin sigara ve alkol maruziyeti, intrauterin enfeksiyonlar, doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı, travmatik beyin hasarı yer almaktadır.<sup>27,30-32</sup> Ayrıca, çinko, demir gibi mineraller ve omega-3 yağ asitlerinden zayıf beslenmenin DEHB'ye neden olabileceği vurgulanmaktadır.<sup>33</sup>

Neden olabilecek psikososyal etkenler arasında, aile düzeninde bozulma, parçalanmış aile, uygun olmayan disiplin yöntemleri, ebeveyn baş etme becerilerinin yetersiz olması, aile içi çatışma, aile-çocuk arasındaki iletişim sorunları ve ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk olması yer almaktadır.<sup>34-36</sup> Maternal depresyonun davranış sorunları için risk, olumlu ebeveynliğin ise koruyucu etmen olduğu belirtilmiştir.<sup>36</sup> Tüm veriler DEHB'de çevresel veya psikososyal faktörlerin tek başına açıklayıcı olmadığına, ancak tanının ortaya çıkmasında, belirti şiddetinde veya seyrinde önemli yeri olduğuna işaret etmektedir.<sup>16</sup>

Güncel bir derleme çalışmasında, gen-çevre etkileşiminin DEHB etyolojisinde yeri olabileceği, etkileşimin zamanlamasının DEHB'de öne çıkan belirti alanı ile; veya etkileşimin derecesinin DEHB'deki bozulmanın şiddeti ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.<sup>37</sup>

### **2.1.4. Nöroanatomi**

Sağlıklı bireylere göre DEHB'lilerin beyin yapılarında bazı farklılıklar olduğu bilinmektedir. DEHB'de total beyin hacimlerinin, kontrol grubuna göre daha az olduğu; bu durumun prefrontal bölge, singulat korteks, bazal gangliyon, korpus kallosum ve serebellum bölgelerinde daha belirgin olduğu belirtilmiştir.<sup>38,39</sup> Davranışsal inhibisyon ve dikkat gibi Yİ ile medial prefrontal korteks (PFK) ve anterior singulat korteks; kendini ayarlama, işleyen bellek, planlama, bilişsel esneklik gibi Yİ alanları ise dorsolateral PFK ile ilişkilidir.<sup>38</sup> DEHB'lilerin kortikal maturasyonunda sağlıklı

çocuklara kıyasla gecikme olduğu; bu gecikmenin özellikle medial PFK, orta ve superior temporal korteks, orta oksipiral gyrus bölgelerinde belirgin olduğu; aradaki farkın, en geç PFK olmak üzere tüm alanlarda yaşla birlikte kapanma eğiliminde olduğu bildirilmiştir.<sup>40</sup> Ek olarak, DEHB’li çocuklarda sağlıklı kontrollere göre korteks kalınlığının özellikle orta ve superior prefrontal ve presantral bölgelerde olmak üzere tüm alanlarda daha ince olduğu; kötü gidişat öngörülen DEHB’li olgularda bu incelmenin daha fazla olduğu belirtilmiştir.<sup>41</sup> Elektroensefalogram (EEG) çalışmaları da DEHB’de kortikal işlev bozukluğunu desteklemektedir; dikkat gerektiren görevler sırasında özellikle PFK aktivitesinde yavaşlama ve hızlı kortikal aktivitede azalma gösterilmiştir.<sup>42</sup> Kontrollere kıyasla erişkin DEHB olgularında korteks kalınlığının, belirtilerin kalıcı olup olmadığından bağımsız azaldığı belirlenmiştir.<sup>43</sup>

DEHB etyolojisinde önemli olan fronto-striatal ağın dahil olduğu işlevsel kortikal olgunlaşmada gecikme, dikkat gerektiren görevler sırasında bu alanlarda hipoaktivasyon ve farklı beyin ağları arasında bağlantı sorunları olduğunu desteklemektedir.<sup>38,40,43</sup>

### **2.1.5. Yürütücü İşlev**

Travmatik beyin hasarı, şizofreni, depresyon, demans gibi birçok nöropsikiyatrik hastalıklarda bozulan Yİ, DEHB etyolojisinde de yer almaktadır.<sup>44</sup> Yİ, amaca yönelik davranışları planlanma, organize etme, problem çözme, işleyen belleği kullanma, kendini düzenleme, gereksiz uyarıyı engelleme, yanıtın engellenmesi, dikkati kaydırabilme gibi bir grup bilişsel süreci tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu işlevler, genellikle birlikte çalışırlar, hızlıca ve bilinçsiz şekilde devreye girerek bireylerin rutin işlerini düzenlenmesinde görev alırlar. Yİ yaş ilerledikçe ve beynin olgunlaşması ile paralel şekilde karmaşıklaşır. PFK merkezli bir ağın işlevi olan Yİ yüksek kortikal işlevler arasında yer almaktadır.<sup>45-47</sup>

Barkley, DEHB’de işleyen bellek, duygulanım-güdü-uyanıklığın ayarlanması, içsel konuşma ve davranışsal yeniden yapılandırmayı içeren dört temel Yİ alanının bozulduğunu belirtmiştir. Buna ikincil olarak motor ve davranışsal ketlenme kontrolü bozular.<sup>45</sup>

Brown Yİ bozuklukları altı grupta tanımlanmıştır:<sup>47</sup> (1) Harekete Geçme: Organize olma, öncelik belirleme, zamanı tahmin edebilme; (2) Odak: Odaklanma, odaklanmayı sürdürebilme, verilen göreve dikkatini verebilme, gerektiğinde dikkati

kaydırabilme; (3) Gayret: Uyanıklığın ayarlanması; gayretin sürdürülebilmesi, hız işlenmesi; (4) Duygu: Hayal kırıklığı ile baş edebilme, duyguların ayarlanması; (5) Hafıza: İşleyen bellek ve hafızadan tekrar çağırabilme; (6) Eylem: Kendini gözleme ve ayarlayabilme.

DEHB'li bireylerin, verilen görevleri organize etmede, göreve zamanında başlayabilmede ve teslim etmede zorluk yaşadığı, dikkati başlatma ve sürdürme, duyguları ayarlama ile ilgili güçlükler yaşadıkları bilinmektedir.<sup>45-47</sup> Birçok çalışmada, DEHB'lilerin kendilerine verilen görev için gereken süreyi sıklıkla gerekenden az öngördükleri gösterilmiştir.<sup>27</sup> Birçok insanda bahsedilen Yİ süreçleri ile ilgili sorunlar görülebilirken, DEHB'de bu bozulmanın yaş ve gelişim dönemine göre daha fazla olduğu ve günlük yaşamlarını daha fazla etkilediği belirtilmektedir.<sup>47</sup>

Yİ'leri değerlendirmekte kullanılan çeşitli nörofizyolojik testler bulunmaktadır. En sık kullanılan testler arasında, Stroop Testi, Wisconsin Kart Eşleme Testi, Londra Kule Testi, bas-basma testleri, hafıza testleri, bazı cümle tamamlama testleri, uzamsal ve sözel testler yer almaktadır.<sup>44,48</sup> DEHB'lilerin bu testlerde güçlükler yaşadığı gösterilmiştir. DEHB-B'li bireylerin planlama becerilerinin kontrol grubuna göre bozuk olduğu, DEHB-B'li erkeklerde DEHB-DE grubuna göre bozulmanın daha fazla olduğu belirlenmiştir.<sup>49</sup> Yİ test performansının DEHB grubunda alt tipten bağımsız olarak kontrol grubundan anlamlı derecede düşük olduğu, bunun özellikle dikkatsizlik ve disorganizasyon kaynaklı olduğu bildirilmiştir.<sup>50</sup> Erişkin DEHB olgularında Yİ test performansında belirgin düşüklük olduğu, dikkatsizliğin özellikle cevap hızında yavaşlama ile, hiperaktivite/impulsivitenin ise hızlanmış çıktı hızı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.<sup>51</sup> Smith ve ark. (2006), bas/basma testi, motor Stroop testi ve bilişsel esnekliği ölçen kaydırma testi sırasında, DEHB olgularının PFK, parietal, temporal lob aktivasyonunda azalma olduğunu saptamışlardır.<sup>52</sup>

Tedavinin Yİ üzerindeki etkisini değerlendiren bir çalışmada, 15-25 yaş aralığında stimulan tedavisi alan ve almayan DEHB'liler kontrol olguları ile karşılaştırılmış; tedavi almayan DEHB grubunun her iki gruba göre; toplam skor, işleyen bellek, gereksiz uyarı engelleyebilme, işlem hızı, dikkati sürdürme ve sözel öğrenme alanlarında düşük performans sergilediği; tedavi alan DEHB grubunun ise sağlıklı kontrollere göre gereksiz uyarı engelleyebilme, veri işleme hızı alanlarında düşük performans gösterdiği belirtilmiştir.<sup>53</sup>

Brown'un tanımladığı Yİ bozukluklarının çoğunun DEHB ölçütleri arasında olmasına rağmen duygudurumun ayarlanması (emosyon regülasyon-ER) süreçlerinin DEHB tanısı için DSM / ICD gibi bir sınıflandırma sistemlerine girmediği dikkat çekmektedir.<sup>47</sup> DEHB'de duyguların ayarlanması süreçleri de etkilenmiştir.<sup>47,54</sup> DEHB'de ana sorunlar arasında tanımlanan davranışsal ketlenme-kontrolün, ikincil olarak Emosyonel Disregülasyona (ED) yol açabileceği bildirilmektedir. Buna göre, DEHB'liler sosyal ipuçlarını ve kurallarını dikkate alma, duruma uygun duygusal cevabı verebilme ve davranışı erteleyebilme gibi davranışsal ketlenme becerilerinden yoksundurlar.<sup>45,55,56</sup> Ek olarak, duygusal dalgalanmalar bireyin rutin işleri sırasında güçlük yaşamasına neden olarak işlevsel bozulmayı artırır.<sup>57</sup>

ER, amaca yönelik davranışların yerine getirilmesi sırasında ortaya çıkan duygusal tepkilerinin gözlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesinden sorumlu içsel ve dışsal süreçleri oluşturmaktadır.<sup>58-60</sup> ER kapsamında, nörofizyolojik, bilişsel, yüz ifadeleri gibi içsel süreçler ve davranışa atfedilen kültürel, sosyal anlamlar ve başkalarının davranışları gibi dışsal süreçler rol almaktadır.<sup>60</sup> Bu uyumsal süreçlerle ilgili bozukluk olduğunda, ED ortaya çıkmakta ve sosyal normlar ve bağlama uygun olmayan duygusal ifadeler, labilite ve duygusal uyarana dikkat edilmesinde bozulmalar görülebilmektedir.<sup>57,61</sup>

DEHB'li bireyler, duygularını kontrol etmekte ve dışa vurmada sağlıklı bireylerden farklılıklar gösterirler. DEHB'lilerde emosyonel reaktivite, emosyonel inhibisyon, duygunun tanınması ve empati gibi becerilerde azalma olduğu gösterilmiştir.<sup>54,55</sup> Bu bireyler, uygun duygusal davranışı göstermede güçlük yaşayabilir, sıklıkla olağandan fazla ve olumsuz duygu dışa vurumu sergileyebilir; rutin olaylara karşı öfkelenme veya hayal kırıklığı yaşayabilirler.<sup>47</sup>

ED kapsamında değerlendirilen emosyonel labilitenin prevalansı yaklaşık % 5 iken; bu oran DEHB olgularında ebeveyn bildirimine göre % 38, çocuğun bildirimine göre ise % 27 olarak saptanmıştır.<sup>57,61</sup> DEHB olgularının korku ve üzüntü ifadelerini tanımda güçlük çektiği ve hiperaktivite puanları ile korkunun tanınması arasında ters korelasyon olduğu saptanmıştır.<sup>62</sup> Schwenck ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada ise, 8-17 yaş arasında tedavi alan ve almayan DEHB grupları ve kontrol grubu arasında duyguların tanınması bakımından anlamlı fark saptanmamıştır.<sup>63</sup>

Sj wall ve ark. (2013) 7-13 yaş aralığında DEHB olguları ve sağlıklı kontrolleri dahil ettikleri çalışmada, işleyen bellek (uzamsal-verbal testler), ketlenme ve dikkati kaydırabilme (bas-basma testleri), istemsiz erteleme (Seçmeli Erteleme Görevi; Choice Delay Task), tepki süresi ve emosyonel işlevsellik alanları karşılaştırılmış, istemsiz erteleme ve tikslenme duygusunun tanınması dışındaki tüm ölçümlerde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.<sup>55</sup>

DEHB olguları ve bunların DEHB olan-olmayan kardeşlerinin yer aldığı bir çalışmada DEHB'lilerin % 46,9'una karşın, diğerlerinin % 15,3' nde emosyonel labilite alt puanlarında yükseklik saptanmıştır. Ek olarak, sosyal alan, günlük yaşam ve uyumsal beceri işlevlerinin DEHB grubunda diğerlerine kıyasla anlamlı bozukluk olduğu belirtilmiştir.<sup>56,57</sup>

Spencer ve ark. (2011) DEHB'li bireylerin % 44' nde, kontrol grubunun ise % 2'sinde emosyon ve kendini ayarlama alanlarında bozukluk olduğunu bildirmişlerdir.<sup>58,64</sup> Strine ve ark. (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, DEHB olan çocukların duygusal, davranışsal ve akran ilişkilerinde sorun yaşama riskinde 6 kat artış olduğu saptanmıştır.<sup>58,65</sup>

Erişkin DEHB olgularının da benzer güçlükleri yaşadıkları bilinmektedir. DSM'de yer almamakla birlikte, Wender ve ark. (2001) tarafından tanımlanan Utah Erişkin DEHB tanı  l tleri arasında, 'emosyonel labilite', 'çabuk öfkelenme, patlama' ve 'aşırı emosyonel reaktivite' gibi duygudurum ayarlanması ile ilgili maddeler yer almaktadır.<sup>66</sup> Reimherr ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, DSM-IV-TR ve Utah kriterlerini karşılayan 47 erişkin DEHB'li dahil edilmiş ve 4 hafta Metilfenidat (MPH) tedavisi ile, % 78'inde emosyonel belirti skorlarında anlamlı düşme saptanmıştır.<sup>58,67</sup>

### **2.1.6. Klinik  zellikler**

DEHB; dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ana belirtileri ile seyretmektedir. DEHB tanısı için bu belirtilerin, çocukluk çağında başlaması, kalıcı ve sürekli olması, çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi ve ortama göre uygunsuz olması, okul-aile-sosyal hayat gibi alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olması gerekmektedir.

DEHB'nin gelişimsel döneme göre uygunsuz belirtiler ile seyretmesi nedeniyle, klinik özellikler bireyin yaşına göre değerlendirilmelidir. Okul  ncesi dönemde,

dikkatsizlik oyun veya aktivite esnasında sık ara verme, dinlememe; hiperaktivite/dürtüsellik ise yaşlarına göre daha hareketli olma, tehlikeli işlere bulaşma olarak kendini gösterirken, hiperaktivite ön plandadır. Okul döneminde, dikkatsizlik, unutkanlık, organize olamama; hiperaktivite, sessiz olması beklenen durumlarda huzursuz ve hareketli olma, dürtüsellik ise sıranı bekleyememe, kurallara uymama, kazaya yatkınlık olarak değerlendirilebilir.

Ergenlerde ise dikkatsizlik, görevlere odaklanmada, planlama yapmada zorluk, uzun süreli görevlere başlama ve zamanında yetiştirmede sorun; hiperaktivite sıklıkla huzursuzluk hissi olarak, dürtüsellik ise kendini denetlemede zorlanma, risk alıcı davranışlarda bulunma olarak kendisini gösterebilir. Çok konuşma ergenlerde de görülebilen ölçütlerden birisi olarak akademik işlevsellikte olumsuz sonuçlar yaratabilir.<sup>1,27</sup>

DEHB’de sosyal ilişkilerde sorunlara da sık rastlanmaktadır. Sıklıkla erişkin veya akranlarıyla tartışır, akranları tarafından dışlanabilir, düzgün bir arkadaşlık ilişkisi geliştirmekte zorlanabilmektedirler. Ek KOKGB veya DB tanısı olan çocuklarda ise, bu durum daha da ciddi olabilmektedir.<sup>68</sup>

Riskli yorumlanabilecek bir boyut da sigara-madde kullanımınıdır. DEHB’li ergenler, sigara-madde deneme ve erken yaşta başlama veya sürekli kullanım için risk altındadırlar.<sup>69</sup> DEHB’li ergenlerde düzenli sigara tüketiminin normal yaşlılarından iki kat fazla olduğu, sigara içen ergenlerin ise ileride madde kullanım bozukluğu (MKB) açısından risk altında oldukları saptanmıştır.<sup>70</sup> Geniş bir ergen örneklem ile yapılan anket çalışmasında dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile düzenli sigara tüketimi arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir.<sup>71</sup> Aktif DEHB belirtileri saptanan öğrenciler arasında, önceki yıl sigara ve birden fazla alkol veya madde kullanımının daha sık olduğu saptanmıştır.<sup>72</sup>

Normal yaşlılarına kıyasla DEHB’li ergenlerde intihar düşünceleri, intihar davranışları, intihar girişimi veya intihar amacı taşımaksızın kendine zarar verme davranışları (KZVD) gibi olumsuz yaşantılara daha sık rastlanmaktadır.<sup>73,74</sup> DEHB tanılı ve normal çocukların 7 yıl izlendiği bir çalışmada intihar girişimi DEHB grubunda daha sık görülürken, annede depresyon öyküsü ve çocukluk çağında ek davranışsal ve duygusal sorunların olmasının ileride depresyon ve intihar davranışlarını öngörebildiği bildirilmiştir.<sup>75</sup> Acil servise intihar girişimi ile başvuran ergenlerin

% 65'inin DEHB tanısı aldıkları bildirilmiştir.<sup>76</sup> DEHB'lilerin hastaneye kendini yaralama sebebiyle sık başvurdukları ve diğer yaralanmalara göre hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir.<sup>77</sup>

DEHB'nin olumsuz sonuçlarından biri ise yaşam kalitesine olan etkisidir. DEHB tanısına sahip olmanın aile ile birlikte geçirilen zaman, aile bağı, ailenin kendi ihtiyaçlarına ayırdığı zaman, benlik saygısı gibi birçok alanında hem tanı alan birey, hem de ailesi için çok sayıda olumsuz etkisinin olduğu ve hayat kalitesini önemli derecede etkilediği, komorbidite varlığında bunun daha belirgin olduğu saptanmıştır.<sup>78</sup>

### **2.1.7. Tanı ve Değerlendirme**

Tanı koyma sırasında, belirtilerin bireyin içinde bulunduğu yaş ve gelişim dönemine göre değerlendirilmesi, belirtilerin hangi ortam veya ortamlarda ortaya çıktığının tespit edilmesi ve belirtilerin kalıcılığının sorgulanması önemlidir. Alınan öyküye ek olarak, fizik muayene, rutin biyokimyasal testler, laboratuvar incelemeleri ve psikometrik testler de DEHB tanısı koymaya yardımcı olmaktadır. Ebeveynlerden gebelik ve doğum süreciyle ilgili ve çocuğun gelişim basamaklarıyla ilgili bilgi alınması yararlıdır. Daha küçük yaş grubunda, aile ve varsa anaokulu, ileri yaşlarda ise bireyin kendisinden, aile ve okuldan alınan bilgi tanı koymada yardımcı olur. Erişkin bireylerde ise öz bildirim ve iş yeri bilgileri faydalı olabilmektedir. Birden fazla kaynaktan bilgi alınması önemlidir, aileler bireyin gelişimi hakkında bilgi verirken, öğretmenler davranışlarını ve akademik başarılarını benzer yaştaki diğer çocuklardan kolaylıkla ayırt edebilmektedirler.<sup>27</sup>

Psikometrik incelemeler, hem tanının konması hem de tedavi yanıtının ve seyrin izlenmesinde yararlıdır. Sıklıkla kullanılan psikometrik incelemeler arasında Conners Ana-baba Değerlendirme Ölçeği (CADÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL), Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (CÖDÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) yer almaktadır.<sup>79-86</sup> Laboratuvar testleri de DEHB tanısında faydalı olabilmektedir. Epilepsiden şüphelenildiği durumlarda EEG tetkiki ayırıcı tanı için faydalı olabilir.<sup>27</sup> Ek olarak, beslenme yetersizliklerinin rolü düşünülerek kan sayımı, ferritin düzeyi ve tiroid işlev testlerinin yapılması önerilmektedir.<sup>4</sup>

Belirtilerin ağırlığına göre DEHB'nin 3 alt tipi tanımlanmıştır:

**1. DEHB-Bileşik Tip (DEHB-B):** Bireyde son 6 ay içinde, hem dikkatsizlik ile ilişkili, hem de hiperaktivite/impulsivite ile ilişkili listelenen 9 maddeden en az 6'sının karşılanması gerekmektedir. DEHB-B, klinikte en sık tanı konan alt tiptir.

**2. DEHB-Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip (DEHB-DE):** Bireyde 6 ay boyunca dikkatsizlikle ilgili tanımlanan belirtilerin en az 6'sı bulunmakta, ancak hiperaktivite/impulsivite için gereken ölçütler karşılanmamaktadır. DEHB-DE ve DEHB-B tanılarının aynı tanının farklı alt tipleri olmaksızın, birbirinden tamamen farklı iki hastalık olduğu öne sürülmektedir.<sup>87</sup>

**3. DEHB-Hiperaktivitenin Önde Geldiği Tip (DEHB-HA):** Bireyde son 6 ay içinde, hiperaktivite/impulsivite ile ilgili 6 veya daha fazla tanı ölçütü bulunmakla birlikte, dikkatsizlik ile ilgili ölçütlerin tanı alacak düzeyde olmadığı bu tanı kullanılabilir. Ancak, hiperaktivite/impulsivite belirtilerinin görüldüğü birçok vakada dikkatsizlik belirtilerine de rastlandığı bilinmelidir.

DSM-IV-TR'ye göre belirtilerin 7 yaşından önce başlaması ve her yaş grubu için dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik için tanımlanan ölçütlerin karşılanması belirtilirken; DSM-5'te tanı ölçütlerinde veya yapısında (alt tipler) belirgin değişiklik yapılmamış, erişkin grup için hiperaktivite belirtilerinin 6 yerine 5 ölçütü karşılaması yeterli görülmüştür. Başlangıç yaşı ise 12 olarak değiştirilmiştir.<sup>1,3</sup> ICD-10 tanı ölçütlerine göre ise, belirtilerin en az 6 aydır var olması ve Hiperkinetik Bozukluk tanısı alması için, dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite olarak her üç alanda da bozulma olması gerekmektedir.<sup>27</sup> DEHB DSM-IV-TR tanı ölçütlerine Tablo 1'de, ICD-10 tanı ölçütlerine Tablo 2'de yer verilmiştir.<sup>1,88</sup>

**Tablo 1. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

<b>Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu</b>
<b>Aşağıdakilerde (1) ya da (2) vardır:</b>
<b>1.Dikkatsizlik</b>
a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
c. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez okul ödevlerini ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.
f. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.
h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarca dağınık.
ı. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır.



## Tablo 1'in devamı

### 2. Hiperaktivite

- Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- Çoğu zaman boş zamanı geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- Çoğu zaman çok konuşur.

### İmpulsivite (Dürtüsellik)

- Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapılandır.
- Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

İşlevsel bozulmaya yol açmış bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır.

Toplumsal açıdan, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

## Tablo 2. Hiperkinetik bozukluk ICD-10 tanı ölçütleri

### Hiperkinetik Bozukluklar

**G1.** Çocuğun yaş ve gelişim düzeyine göre evde dikkat, hareketlilik ve dürtüsellikte (1), (2) ve (3) maddelerde belirtilen gösterilebilir anormallik:

- İzleyen dikkat sorunlarından en az üçü:
  - Kendiliğinden etkinliklerin süresi kısadır;
  - Sıklıkla oyun etkinliklerini tamamlamadan ayrılır;
  - Bir etkinlikten diğerine geçiş sıktır;
  - Yetişkinlerin düzenlediği görevlerde sürekliliğin olmaması;
  - Ev ödevleri ya da okuma görevleri gibi çalışmalar sırasında yüksek düzeyde dikkatsizlik;
- Ek olarak aşağıdaki hareketlilik sorunlarından en az üçünün girmesi:
  - Uygun olmayan durumlarda oldukça sık aşırı koşma ya da tırmanma; hareket etmeden duramama
  - Kendiliğinden etkinlikler sırasında yerinde duramama kıpır kıpır olma;
  - Görece olarak hareketsiz olması beklenen ortamlarda belirgin aşırı etkinlik
  - Sınıf içi ya da diğer oturması beklenen ortamlarda sıklıkla oturamama;
  - Sessizce oyun oynamakta sıklıkla zorlanma.
- Ek olarak aşağıdaki dürtüsellik sorunlarından en az birinin olması:
  - Oyunlar ya da grup etkinliklerinde sıranın kendisinde gelmesini beklemede sıklıkla güçlük çekme;
  - Sıklıkla diğerlerinin konuşmalarını bölme, araya girme
  - Sıklıkla soru tamamlamadan yanıtlamaya çalışma.

**G2.** Okulda ya da kreşte dikkat ve hareketlilik anormalliklerinin yaş ve gelişim düzeyi için (1) ve (2) numaralı maddelerle gösterilebilirliği:

- Aşağıdaki dikkat sorunlarından en az ikisi:
  - Görevleri tamamlayamama;
  - Yüksek oranda dikkat dağınıklığı(örn. çok sık dış uyaranlara yönelme);
  - Seçenekler sunulduğunda etkinlikler arasında sık değişimler;
  - Oyun etkinliklerinin çok kısa sürmesi.
- Ve aşağıdaki hareketlilik sorunlarının en az üçü:
  - Serbest etkinliğe izin verilen durumlarda sürekli (ya da hemen hemen sürekli) ve aşırı hareketlilik
  - Kurallı ortamlarda belirgin eli ayağı durmaz;
  - Görevler sırasında sıklıkla görevin kesilmesi;
  - Oturması gerektiğinde sıklıkla oturamama;
  - Sakince oynamada sıklıkla zorlanma.

### **Tablo 2'nin devamı**

**G3.** Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik sorunu doğrudan gözlenir. Çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyinden beklenene göre daha aşırı olmalıdır. Aşağıdakilerden bir kaçını bulunmalıdır:

1. G1 ya da G2'deki ölçütlerin hem öğretmen hem de anne baba tarafından doğrudan gözlenmesi,
2. Aşırı hareketlilik, işleri bitirmeden bırakma ya da görevleri erken terk etme ev dışı ortamlarda ya da okulda (örn. klinik ortamda gözlenir)
3. Dikkate ilişkin psikometrik test becerisinde belirgin yetersizlik vardır.

### **2.1.8. Komorbidite**

DEHB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Komorbidite varlığı sosyal, duygusal ve psikolojik alanlarda daha fazla etkilenme ve daha olumsuz gidişle ilişkilendirildiğinden, eşlik eden tanılarının saptanması klinik yönetim açısından önemlidir. DEHB'lilerin % 87'sinde en az bir; % 67'sinde ise iki komorbid bozukluk bulunmaktadır.<sup>4,5</sup> Sıklıkla rastlanan komorbid durumlar arasında, KOKGB, DB, bipolar bozukluk (BB), anksiyete bozuklukları (AB) ve öğrenme güçlükleri (ÖG) yer almaktadır.<sup>89</sup> DEHB'deki başlangıç yaşı ile komorbid durumlar arasında ilişki olabileceği, erken yaşta başlayan DEHB ile dışavurum davranışlarının, geç yaşta başlayan DEHB ile anksiyete veya depresyon gibi içe atım bozukluklarının daha sık bir arada görüldüğü, BB'nin tabloya sıklıkla ergenlik çağında eklendiği belirtilmektedir.<sup>90</sup>

DEHB'ye en sık eşlik eden hastalığın KOKGB olduğu; klinik örneklerde komorbidite oranları % 40-70 arasında değiştiği, ortalama oranın % 60 olduğu bildirilmektedir.<sup>6,91</sup> DB'nin eşlik ettiği olguların oranı ise % 20 kadardır.<sup>1,5,6</sup> Yüksek komorbidite oranları nedeniyle, DEHB ile diğer YDB tanılarının aynı bozukluğun farklı görünümü veya alt tipleri olduğu, bir bozukluğun diğerini ön görebileceği veya diğerinin gelişmesi için risk faktörü olabileceği ve altta yatan mekanizmaların ortak olabileceği ortaya atılmıştır.<sup>4,16,92</sup> DEHB ve KOKGB/DB arasındaki ilişkide hem genetik faktörlerin, hem de gen ve çevre etkileşiminin direkt veya dolaylı olarak genetik yatkınlığa katkıda bulunduğu; KOKGB/DB mevcudiyetinin DEHB belirtilerinin kalıcılığı ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.<sup>93</sup>

Pastura ve ark. (2007) okul çağındaki çocuklarında DEHB prevalansını % 8,6, komorbidite oranını ise % 58 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada KOKGB % 38,5 sıklık ile en yaygın komorbid tanı iken, bunu % 15,4 oran ile Tik Bozukluğu (TB), % 11,5 oranı ile Major Depresyon (MD), % 7,7 oranı ile AB ve % 3,3 oranı ile DB izlemiştir.<sup>94</sup> Souza ve ark. (2004) tarafından 343 DEHB olgusu ile yapılan bir çalışmada

komorbidite oranları; KOKGB için % 39,1; AB için % 24,4; DB için % 13,7 ve MD için % 11,4 olarak belirtilmiştir.<sup>95</sup> Ülkemizde, 6-14 yaş arasında 1508 çocuk ile yapılan bir çalışmada ise DEHB prevalansı % 8 ve komorbidite oranı % 60 olarak bulunmuştur. En sık eşlik eden tanılar ve oranları, ÖG % 35,7 ve KOKGB % 22,6 şeklindedir.<sup>96</sup> Güncel bir çalışmada, ilk olarak DSM-5'te tanımlanan Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB) ile DEHB arasındaki komorbidite ilişkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışmaya dahil edilen DEHB olgularının % 21,8'inde komorbid YDDB saptanırken, bu çocukların % 89,7'si ek olarak KOKGB, % 41'i AB tanısı almışlardır. DEHB ve YDDB birlikteliğinin, sadece DEHB tanısına göre davranışlarını kontrol etmede daha fazla zorluk ve akran zorbalığı gibi davranışların sıklığında artış olduğu belirtilmiştir.<sup>97</sup>

DEHB'li çocukların ebeveynlerinden % 34,9'unun DEHB tanısı aldığı, bunların % 87'sinde en az bir, % 56'sında en az iki komorbid tanı bulunduğu; komorbid tanı ve oranlarının % 59 MD, % 47 MKB, % 36 YDB, % 32 Distimi, % 21 AB, % 5 TB, % 4 BB ve % 4 Yeme Bozukluğu şeklinde olduğu ve diğer gruba göre AB, YDB ve MKB tanılarının anlamlı düzeyde yüksek saptandığı belirtilmiştir.<sup>98</sup>

### **2.1.9. Ayırıcı Tanı**

DEHB tanısının konması, DEHB belirtileri ile seyreden veya klinik olarak DEHB'ye benzeyen diğer durumların dışlanmasını gerektirir. Tanı ölçütlerinde, DEHB tanısı konabilmesi için "belirtilerin başka bir durumla daha iyi açıklanamaması" koşulu yer almaktadır. KOKGB ve DB ayrıca tartışılacağından, burada yer verilmeyecektir.

Okul öncesi dönemde, normal gelişen hareketli ve aktif çocuklar ile hiperaktivite arasında ayırım yapmak zor olabilmektedir. Gerçekten de, normal gelişen çocuklarda da motor hareketliliğe sık rastlanır, ancak DEHB'de belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke nöbetleri, tutturma davranışları, kavgaya yatkınlık, tehlikeli hareketler ile birlikte görülürler. Normal gelişen çocuklarda ise hareketlik genellikle amaca yönelik eylemler çerçevesindedir.<sup>16,17</sup>

DEHB ile ÖG ve Mental Retardasyon (MR) sıklıkla bir arada görülebilir ve belirtiler birbirini taklit edebilir. Her üç tanıda da, çocuklar derslere isteksiz, öğrenmeye hevesi olmayan, arkadaşlarına göre düşük puan alan ve daha başarısız bireyler olarak tanımlanırlar.<sup>16,17</sup> Ek olarak, DEHB'li çocukların nörofizyolojik testlerde düşük

performans göstermesi de ÖG veya MR ayırıcı tanısının önemini ortaya koymaktadır.<sup>4</sup> Ancak, ÖG için zeka düzeyinde düşüklük olmaksızın, bireyin yaşı ve aldığı eğitime oranla okuma, yazma veya matematik alanlarında beklenenin altında olması gerekmektedir.<sup>1</sup> DEHB'lilerin % 20-25'inde ÖG'nin tabloya eşlik ettiği belirtilmektedir.<sup>89</sup> MR ise, entelektüel işlevselliğin ortalamanın altında olması ve bireyin özbakım, toplumsal ilişkiler, okul başarısı, kendini yönetme gibi alanlarda sorun yaşanması ile tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Ancak, bireyin zeka düzeyi göz önüne alındığında beklenenden daha fazla dikkatsizlik, hiperaktivite veya dürtüsellik belirtilerinin varlığında MR ve DEHB tanıları eş zamanlı konabilmektedir.<sup>16</sup>

AB ve MD, DEHB'li bireylerde ders çalışma, öğrenme, verilen görevi yerine getirmede güçlüklerle ikincil olarak görülebilmektedir. Sıklıkla yetersiz görülen, küçümsenen bireylerde düşük benlik saygısı ve değersizlik gibi belirtiler tabloya eklenebileceği gibi MD'de görülen dikkatin kolay dağılması DEHB ile karışabilmektedir.<sup>4,16</sup> Benzer şekilde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Uyum Bozukluğu (UB) gibi psikiyatrik tablolar da dikkatsizlik, sık öfkelenme, irritabilite gibi belirtiler görülmekle birlikte, öyküde belirtilerin travmatik veya stres yaratan bir olayın ardından başlamış olması ayırt edicidir. DEHB'de ise, belirtiler sıklıkla erken çocukluk çağında başlamaktadır.<sup>1,16</sup>

BB ve DEHB ayırıcı tanısı önemlidir. BB-Tip 1'de artmış enerji düzeyi, irritabilite, öfke patlamaları dikkat ile ilgili sorunlar gibi DEHB'ye özgü belirtiler görülmekle birlikte, bunların akut başlaması ve grandiyözite, uyku ihtiyacında azalma gibi ek belirtilerin olması BB-Tip 1 lehine değerlendirilmelidir. DEHB'de ise, belirtilerin uzun süredir var olan, döngüsellik göstermeyen kronik bir problem olması beklenir.<sup>3,4</sup>

Ayırıcı tanıda sık rastlanan tıbbi hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Epilepsi ve DEHB'nin ayırt edilmesi özellikle önemlidir. Absans benzeri nöbetler sıkça dalgınlık, dikkatsizlik olarak değerlendirilerek DEHB-DE ile karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda EEG yardımcı olabilir. Travmatik beyin hasarı, DEHB'li bireylerin kazaya yatkın olmaları nedeniyle hem birlikte görülebilen, hem de ayırıcı tanının önem taşıdığı bir durumdur. Özellikle frontal lob yaralanmalarına ikincil olarak DEHB benzeri bulgulara yol açabildiği gibi, travma önceden beri var olan DEHB belirtilerinde kötüleşmeye de

neden olabilir. Ayırıcı tanıda travma ve DEHB belirtilerinin başlangıç zamanı ile ilgili detaylı öykü iki durumun ayırt edilmesinde esastır.<sup>4</sup>

### **2.1.10. Gidişat**

Önceleri DEHB'nin sadece çocukluk çağında görüldüğüne, ergenlik ve yetişkinlik döneminde belirtilerin kaybolduğuna inanılırken, yapılan izlem çalışmaları ile günümüzde DEHB'nin yaşam boyu sürebilen kronik seyirli bir bozukluk olduğu gösterilmiştir.<sup>16,27</sup> Faraone ve ark. (2006) tarafından yapılan bir derlemede, DEHB olgularının % 65'inde belirtilerin erişkinlikte azalma eğilimi göstermekle birlikte devam ettiği bildirilmiştir.<sup>14</sup> Kessler ve ark. (2005), erişkin DEHB olgularıyla yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağında DEHB belirti şiddetinin ve tedavinin erken yaşta başlanma gereksiniminin DEHB'nin erişkin dönemde de sürmesi ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir.<sup>99</sup>

Rasmussen ve ark. (2000) tarafından yapılan uzunlamasına bir çalışmada, DEHB tanısı alan ve normal gelişen çocuklar yirmili yaşlarına dek izlenmiş ve, tedavi almayan DEHB olgularının % 15'inde DEHB belirtilerinin erişkin yaşamda devam ettiği, % 33'ünde antisosyal kişilik bozukluğunun (ASKB), % 24'ünde alkol kötüye kullanımının tabloya eklendiği, % 19'unun suç işlediği, % 11'inin eşlik eden nöropsikiyatrik sorunlar nedeniyle erken emekliye ayrıldığı, % 80'inin 12 yıl veya daha az süreyle okula devam edebildiği, % 36'sının en az bir yıl boyunca altsınıf gibi destek okullarına gittiği, % 58'inin 22 yaşına geldiğinde dahi okuma veya yazma ile ilgili güçlük çektiği saptanmıştır. Bahsedilen bu oranların kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı olduğu da vurgulanmıştır.<sup>7</sup>

Güncel bir izlem çalışmasında, DEHB tanısı alan çocuklar 33 yıl sonra tekrar değerlendirilmiş ve kontrol grubuna kıyasla DEHB grubunda yer alan olguların ortalama 2,5 yıl daha az okula devam ettikleri, % 30'unun liseyi bitiremediği, meslek edinmede daha başarısız oldukları, iş sahibi olma oranlarının daha düşük olduğu, dolayısıyla sosyoekonomik statülerinin (SES) daha kötü olduğu belirtilmiştir. DEHB'li bireylerin arkadaş edinme ve boş zaman aktiviteleri gibi sosyal işlevselliklerinin kontrol grubuna kıyasla daha kötü olduğu ve daha sık boşandıkları saptanmıştır. Bu örnekleme oluşturan DEHB olgularının % 22'sinin 33 yıl sonra hala tanı ölçütlerini karşıladığı, ek olarak % 16'sının ASKB, % 24,4'ünde - sıklıkla MKB sebepli- psikiyatri servisine yatış

öyküsünün olduğu, % 36'sının hapse girme öyküsünün olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, DEHB grubunda kontrol grubuna göre nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 3 kat daha sık olduğu saptanmıştır.<sup>8</sup>

Akademik başarı DEHB'de en çok etkilenen alanlardan biridir. Barbaresi ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, DEHB'liler arasında okul devamsızlığının daha sık olduğu, sınıf tekrarı riskinin üç kat kadar artmış olduğu, lise öncesinde okulu bırakma oranlarının kontrol grubuna kıyasla 2,7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.<sup>100</sup>

Harty ve ark. (2013) tarafından DEHB ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin ortaya konmasının amaçlandığı bir çalışmada, olgular ortalama 9 yıl sonra tekrar değerlendirilmiş ve çocukluk çağında suça yönelme ile ileride MKB'nin ilişkili olabileceği ortaya konmuştur.<sup>101</sup> Schubiner ve ark. (2000) ise bağımlılık merkezinde tedavi gören hastaların % 24'ünün DEHB, % 39'unun DB tanısı aldığı bildirmişlerdir. Ek olarak, DEHB olgularının motorlu taşıt kazalarına daha sık karıştıkları, eş zamanlı DB tanısı alanların ise, genel olarak daha genç yaşta bağımlı oldukları, daha fazla sınıf tekrarı yaptıkları ve okuldan uzaklaştırma cezası aldıkları, daha çok sayıda bağımlılık tedavisine başladıkları, çok sayıda iş değiştirdikleri belirtilmiştir. Özetle, madde kullanan bireylerin önemli bir kısmında DEHB ve buna eşlik eden psikiyatrik bozuklukların saptandığı ve bu durumun daha olumsuz gidişat ile ilişkili olduğu görülmektedir. Buna karşın, Biederman ve ark. (1999), tedavi edilmemiş DEHB'lilerin ergenlik veya erişkinlikte MKB için risk altında olduklarını, tedavi alan bireylerde ise bu riskin % 85'e varan düzeyde azalabildiğini belirtmişlerdir.<sup>103</sup> Ayrıca, Buitelaar ve ark. (2015) ise, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin erişkin yaşamda partnere karşı şiddet uygulama için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir.<sup>104</sup>

DEHB'nin alt tiplerinin uzun dönem sonuçlara etkisi ile ilgili olarak, kontrol grubuna kıyasla her iki DEHB alt tipinin eğitim süreleri ve mezun olma oranlarında azalma, özel eğitim oranlarında ve distimi, MKB, ÖG gibi ek tanı oranlarında artma ile ilgili olduğu bildirilmiştir. DEHB-DE grubuna kıyasla, DEHB-B grubunda, komorbid durumlar, intihar girişimi ve gözaltına alınma öyküleri ve antisosyal davranışların daha sık olduğu saptanmıştır.<sup>105</sup> Erişkin DEHB olgularının ve özellikle tedavi almayan DEHB olgularının düşük benlik saygısı ile uzun dönemde daha olumsuz sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>106,107</sup> Flether ve Wolfe (2014) ise, DEHB'nin ileri dönem suça yönelme için risk taşıdığını ortaya koymuştur.<sup>108</sup> Sonuç

olarak, bahsedilen tüm sorunların, bireyin akademik, sosyal, ekonomik alanlardaki işlevselliğini ve dolayısıyla hayat kalitesini önemli oranda etkilediği söylenebilir.<sup>4,7,8,109-112</sup>

İki yıl veya daha uzun süre tedavi alan DEHB olgularında bahsedilen alanlarda sıklıkla iyileşme görülebilmekle ve işlevsellikte artış olduğu belirtilmektedir. Tedavi alan DEHB olgularının, tedavi almayanlara göre özellikle akademik alanda daha başarılı oldukları, benlik saygısında iyileşme olduğu ve sosyal işlevselliklerinin arttığı belirtilmektedir.<sup>113,114</sup> Ek olarak, stimülanların, DEHB olgularını MKB'ye karşı koruduğu, veya erişkin dönemde başlanan tedavinin MKB relapsını önleyebileceği gösterilmiştir.<sup>103,115,116</sup> DEHB'de bozulan birçok alanda iyileşme olmasına rağmen bahsedilen alanlardaki risklerin normal bireylere kıyasla daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>109</sup> Olumsuz uzun dönem sonuçları olan, çoğu zaman yaşam boyu süren ve uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık olması ve topluma getirdiği ekonomik yükün büyüklüğü nedeni ile erken tanı ve tedavi önem taşır.<sup>117</sup>

## **2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu**

### **2.2.1. Tanım ve Tarihçe**

KOKGB özellikle otorite figürlerine karşı gelme, kurallara uymama, sık öfkelenme, kendi yaptıkları için başkalarını suçlama, başkalarını kızdırma, düşmanca davranışlar sergileme ile seyreden bir bozukluktur. İlk defa DSM-III sınıflama sisteminde tanımlanan bu bozukluğun ölçütleri DSM-III-R'de genişletilmiş, DSM-IV-TR'de ise küfürlü konuşma ölçütü çıkarılarak kalan sekiz ölçütten dördünün karşılanması koşulu getirilmiştir.<sup>1,2,118,119</sup> DSM-5'te ise, tanı ölçütlerinde önemli bir değişiklik yapılmamış, ancak ölçütler Öfkeli/Kolay Kızan Duygudurum, Tartışmacı/Karşı Gelen Davranış ve Kin Besleme olarak üç gruba ayrılmıştır. KOKGB tanısı konulabilmesi için, en az 6 ay boyunca kin besleme dışındaki diğer belirtilerin 5 yaş altında günün büyük kısmında, 5 yaş üstünde ise en az haftada bir sıklıkta görülmesi gerekmektedir. Ayrıca, DSM-IV-TR'de bulunan KOKGB ve DB tanılarının aynı anda konamayacağı maddesi kaldırılmıştır.<sup>3,118,120</sup> ICD-10'da ise, KOKGB için benzer tanı ölçütleri yer almakta, ancak hastalık Davranım Bozuklukları başlığı altında yer almaktadır.<sup>88,118</sup>

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

KOKGB prevalansının, çalışmanın yöntemi, seçilen örneklem grubu gibi değişkenlere göre farklılık gösterdiği, tanı ölçütlerindeki küçük değişikliklerin bile prevalansta farklı sonuçlara yol açabildiği belirtilmektedir. Bununla beraber KOKGB prevalansının, genel toplumda % 2-16, klinik örnekleme % 28-65 arasında olduğu sanılmaktadır.<sup>1,9,121,122</sup> KOKGB yaşam boyu prevalansı % 10,2 olarak bildirilmiştir.<sup>123</sup> Ülkemizde Ercan ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise KOKGB prevalansı % 3,8 olarak bildirmiştir.<sup>23</sup>

### **2.2.3. Etyoloji**

KOKGB etyolojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikte rol aldığı kompleks bir modelin varlığından söz edilmektedir.

#### **2.2.3.1. Genetik ve Biyolojik Faktörler**

Literatür incelendiğinde, KOKGB belirtilerinin büyük oranda kalıtilabilir olduğu, KOKGB ve YDB kapsamındaki diğer hastalıkların aileler arasında kümelendiği ve dolayısıyla hastalığın güçlü bir genetik yönünün olduğu belirtilmiştir.<sup>9,124</sup> Yapılan ikiz ve aile çalışmaları ile, ebeveynlerde DB, ASKB, MKB ile çocuklarında YDB spektrumundaki tanılarının yüksek oranda birlikte bulunma eğilimi gösterdikleri, dolayısıyla tüm dışavurum bozukluklarının ailesel yükünün olduğu gösterilmiştir.<sup>125-127</sup>

YDB kapsamındaki hastalıklar ile nörotransmitter sistemlerin rolünü inceleyen kısıtlı sayıda çalışma vardır ve çoğu 5-HT sistemi ile ilgilidir. Agresyon ve düşük 5-HT işlevi arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.<sup>128</sup> Kruesi ve ark. (1992) beyin omurilik sıvısında 5-HT metaboliti olan 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) konsantrasyonunun, farklı bir psikiyatrik tanıdan oluşan kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu ve 5-HIAA düzeyi ile agresyon, artmış emosyonalite ve olumsuz gidişatın korelasyon gösterdiğini saptamışlardır.<sup>129</sup> Agresyon ile ilişkilendirilebilecek bir başka biyolojik belirteç ise düşük uyarılma düzeyidir. Dinlenme anında düşük kalp tepe atımının, noradrenerjik sistem disfonksiyonunun periferik bir belirteci olduğu; antisosyal ve agresif davranışlara işaret edebileceği belirtilmektedir. ASKB'li bireylerin stres ile tetiklendiğinde, otonomik aktivitelerinin diğer bireylere göre az olduğu saptanmıştır.<sup>130</sup>



DEHB'ye benzer olarak, diğer YDB bozukluklarında da PFK defisitini yansıtır şekilde hacim farklıları gösterilmiştir. ASKB olgularında prefrontal gri cevher hacminin kontrol grubuna göre % 11 az olduğu belirlenmiştir.<sup>131</sup> KOKGB'de bahsedilen PFK disfonksiyonu ile ilişkilendirilen Yİ, duygudurumun modülasyonu gibi bilişsel ya da duygusal becerilerinin ve inhibisyon kontrolünün yeterli gelişmemiş olmasının, yetişkinlerin isteklerine karşı gelme, duygusal tepkide aşırılık gibi belirtilere yol açabildiği belirtilmektedir.<sup>132</sup>

Ek olarak, intrauterin sigara maruziyeti, malnutrisyon gibi olumsuzlukların da noradrenerjik işlevselliği bozarak veya protein eksikliğine bağlı olarak KOKGB etyolojisinde rol alabileceği bildirilmiş, ancak bu veriler tam olarak kanıtlanamamıştır.<sup>130,132</sup>

### **2.2.3.2. Psikososyal Faktörler**

KOKGB etyolojisinde çevresel faktörlerin de önemli olduğuna inanılmaktadır. Bunlar arasında, üzerinde önemle durulan alanlardan biri de bağlanmadır. Güvensiz bağlanmanın çocukluk döneminde karşı gelme davranışlarına neden olabildiği, güvenli bağlanmanın ise koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir.<sup>118,133,134</sup> Ebeveyn bildirimine dayalı bağlanma düzeyi ile okul öncesi dönemde davranım sorunları arasında korelasyon olduğu, dolayısıyla bağlanma ölçümlerinin kontrol grubu veya KOKGB'li çocukları ayırt edebileceği belirtilmiştir.<sup>135</sup> Sosyal öğrenme ve bağlanmadaki modelleri destekler şekilde, bakım veren ve çevresel ilişkilerdeki bozukluk ile erken çocukluk çağındaki ciddi davranım sorunlarının ilişkili olduğu belirtilmiştir.<sup>136</sup> DeVito ve ark. (2001) ise güvensiz bağlanma ile yıkıcı davranış skorlarının ilişkili olduğunu; bu çocukların ailelerinde marital sorunların ve serbest bırakan, keyfi ebeveynlik özelliklerinin de anlamlı oranda yüksek olduğunu bildirmişlerdir.<sup>134</sup> YDB'li çocukların annelerinin kontrol grubuna kıyasla kendi ebeveynlerine daha uzak ve bağlanmalarının daha az olduğu, dolayısıyla anne-çocuk etkileşiminin kalitesinin ve annenin bağlanma düzeyinin çocukluk çağı davranım sorunlarına etkisinin olduğu belirtilmiştir.<sup>137</sup>

Ayrıca, ebeveynlik becerilerin yetersiz olması, çocuk-ebeveyn iletişimde bozukluk, ebeveynlerin katı disiplin yöntemlerini kullanması, kural koymada ve uygulamada tutarsız kalması veya ihmalkâr davranması, çocukluk çağı KOKGB için

risk faktörleridir.<sup>124,132,133</sup> Ek olarak, ağır, ciddi ceza veren, hakaret içeren veya kötü niyetli disiplin yöntemlerinin dışavurum davranışlarına yol açabildiği belirtilmektedir.<sup>138,139</sup> KOKGB özellikleri gösteren okul öncesi çocukların annelerinin, kendilerini ebeveyn olarak daha fazla yetersiz hissettikleri, çocuklarının davranış sorunlarına daha az çözüm bulabildikleri ve aile işlevlerinin daha bozuk olduğu belirtilmiştir.<sup>140</sup> Ayrıca, KOKGB'li bireylerde, aile içi çatışmalar, ebeveynler arası sorunlar, ailede psikiyatrik bozukluklar dahil aile içi olumsuz yaşantıların da sık olduğu belirtilmektedir.<sup>118,124</sup> Çocuklarında antisosyal davranışlar olan anneler arasında depresyon oranının daha fazla olduğu, ek olarak KOKGB ile paternal MKB ve ASKB'nun ilişkili olduğunu saptamışlardır.<sup>141,142</sup> Marital ve ekonomik sorunlar ile ailelerin çocuklarına düşmanca yaklaşımı arasında ilişki olduğu ve bunun ergenlerde duygusal ve davranışsal problemleri artırdığı belirtilmiştir.<sup>143</sup>

Ek olarak, mizaç özelliklerinin de ileride gelişebilecek yıkıcı paterni öngörebildiği ortaya atılmıştır. Buna göre, ileride YDB tanısı alan bireylerin küçüklüklerinde sıklıkla zor mizaç özelliklerine sahip olduğu, iritabl, dürtüsel, genelde olumsuz ve aşırı duygusal tepkiler veren, zor sakinleşen bireyler oldukları belirtilmektedir.<sup>9,119</sup> Ayrıca, düşük SES ve çevrede şiddet olaylarının da KOKGB gelişmesinde risk faktörü olduğu bildirilmiştir.<sup>124,133,144</sup>

### **2.2.3.3. Gen ve Çevre Etkileşimi**

KOKGB'de tanımlanan genetik ve çevresel/psikososyal faktörlerin tek başlarına altta yatan mekanizmayı açıklayamadığının düşünülmesi, etyolojide hem genetik, hem de çevresel faktörlerin yer aldığına ortaya atılmasına neden olmuştur. Bu konuyu aydınlatma amaçlı yapılan bir çalışmada, dışavurum bozukluklarında akademik başarı, antisosyal ve prososyal özellikli akran ilişkileri, ebeveyn-çocuk etkileşimi ve stresli yaşam olayları gibi çeşitli çevresel olaylarının ortaya çıkmasında gen ve çevre etkileşiminin etkili olduğu, genetik olarak yatkın bireylerde çevresel risk faktörlerinin dışa vurum davranışların ortaya çıkması riskini artırdığı belirtilmiştir.<sup>145</sup> Ayrıca, genetik olarak dışa vurum davranışlarına eğilimli bireylerin olumsuz arkadaş ortamlarında bulunma veya etkili olmayan ebeveynlik becerilerine maruziyet gibi çevresel faktörler için de risk altında oldukları belirtilmektedir.<sup>146</sup>

Sonuç olarak, KOKGB gelişiminde hem genetik, hem çevresel faktörlerin önemli olduğunu ortaya koymakta, ancak altta yatan mekanizmanın tam olarak ortaya konması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu şeklinde yorumlanabilir.

#### **2.2.4. Klinik Özellikler**

KOKGB'li çocuklar çabuk öfkelenir, sık sık yetişkinlerle tartışmaya girer, otoriteye karşı gelme eğiliminde olurlar. Kuralları ve sınırları sık sık zorlar ve pek çok zaman ihlal ederler. Diğer insanlara karşı tahammülleri zayıftır, sıklıkla kontrol kaybı ve öfke nöbetleri yaşarlar. Kendi hatalarını kabul etmez ve başkalarını suçlarlar. Sıklıkla diğer bireylere bilinçli olarak sataşır ve onları kızdırırlar. Başkalarına sık sık alınır, gücenir ve küserler. Çoğu zaman kincidirler ve intikam almak isterler. Bu davranışlar, sıklıkla bireyi iyi tanıyan erişkinler veya yakın arkadaşlar arasında daha belirgin olmakla birlikte sıklıkla okul ve arkadaş ilişkilerinde de bozulmaya yol açmaktadırlar. Bu nedenle, değerlendirme sırasında bireyin bulgu göstermeyebileceği unutulmamalı, ev veya okul gibi bireyin sıkça bulunduğu ortamlardan bilgi alınması önem taşımaktadır. Bu ölçütlerden birçoğu normal gelişim gösteren çocuklarda da görülebilirken, KOKGB'li çocuklarda daha süregelen niteliktedir ve evde, kişiler arası ilişkilerinde ve akademik alanda bozulmaya yol açar.<sup>1-3,9,118</sup>

Belirtiler, genellikle okul öncesi dönem veya erken okul çağında başlar; ortalama 8 yaş civarında belirgin hale gelirken, ergenlikten sonra ortaya çıkması beklenmez.<sup>1,138</sup>

KOKGB erkeklerde kızlardan daha sık görülmektedir. Yaş dönemleri incelendiğinde, kızlarda belirtilerin ergenlik döneminde belirginleşmesinden dolayı, prepubertal dönemde erkeklerde sık iken, ergenlik sonrasında iki cinsiyette benzer sıklıkta görülür.<sup>9,119,124,138</sup> KOKGB tanı ölçütlerinin cinsiyete bağlı farklılıkları iyi yansıtmadığı düşünülmektedir. Erkeklerde davranışsal belirtiler sıklıkla gözle görülebilir düzeyde olmasına rağmen kızlar öfke, sinirlilik gibi belirtilerini açıkça dışa vurmaktansa, duygularını gizleme, bunları dışlama ya da dedikodu yayma gibi sözel ve üzeri örtülü davranışlarla sergileme eğilimindedirler.<sup>9,147</sup>

### 2.2.5. Tanı ve Değerlendirme

Tanı klinik özelliklere göre konmaktadır. Laboratuvar incelemeleri, kullanılan psikometrik ölçümler, psikometrik testler DEHB'ye benzer. Aşağıda KOKGB DSM-IV-TR (Tablo 3) ve ICD-10 (Tablo 4) tanı ölçütlerine yer verilmiştir.<sup>1,88</sup>

**Tablo 3. Karşıt olma, karşı gelme bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

<b>Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğu</b>
A. En az 6 aydır, aşağıdakilerden en az dördünün bulunduğu negativistik, hostile, karşı gelme davranışı: 1. Sık sık hiddetlenme 2. Sık sık büyüklerle tartışmaya girme 3. Büyüklerinin isteklerine ya da kurallara çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da reddeder 4. Çoğu zaman isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar 5. Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar 6. Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır 7. Çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve güceniktir 8. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister
B. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.
C. Sadece bir psikotik bozukluk veya duygudurum bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
D. DB ölçütlerini karşılamaz, kişi 18 veya daha ileri bir yaşta ise ASKB ölçütlerini karşılamaz.

**Tablo 4. Karşı çıkma-baş kaldırma bozukluğu ICD-10 tanı ölçütleri**

<b>Karşı Çıkma-Baş Kaldırma Bozukluğu</b>
1. Çocuğun yaşının ve sosyokültürel grubunun normallerine uymayan, sürekli olan olumsuz, düşmanca, başkaldırıcı, kışkırtıcı ve bozucu davranış örüntüsü
2. F91.0-1.2'de belirtilen başkalarının haklarını çiğneme şeklindeki daha ağır davranışları kapsamaz.
3. Etkin olarak erişkinlerin istek ve kurallarına başkaldırma ve diğer insanları bilerek kızdırırlar.
4. Genellikle başka kişilere kızar, küser, kolayca öfkelenir ve kendi hataları/güçlükleri için onları suçlar.
5. Engellenme eşikleri düşüktür ve çabucak sinirlenirler.
6. Tipik olarak başkaldırılarının kışkırtıcı bir niteliği vardır.

### 2.2.6. Komorbidite

KOKGB olgularında komorbid durumlar siktir ve daha olumsuz gidişatla ilgilidir.<sup>118</sup> Sıklıkla eşlik eden tanılar arasında, DEHB, BB, MD, MKB yer alır. Greene ve ark. (2002) klinik örneklem ile yaptıkları çalışmada; KOKGB veya KOKGB+DB gruplarında, % 80'e varan oranda DEHB komorbiditesi saptamış, MD, BB, AB eş tanılarının da sık olduğu belirtilmiştir.<sup>148</sup>

DEHB ve KOKGB birlikteliğinde, bu bireylerin davranışsal sorunları daha fazla sergilediği, bu olguların MKB, AB, MD gibi diğer psikiyatrik tanılar ve suça yönelme

için risk altında oldukları, akranları tarafından daha fazla dışlandığı, akademik alanda daha başarısız oldukları, aile ve sosyal işlevselliklerinin daha olumsuz olduğu belirtilmektedir.<sup>119,138,148,149</sup>

### **2.2.7. Ayırıcı Tanı**

KOKGB ve DB tanılarının ortak özelliklerinin olması ve KOKGB'nin DB için risk faktörü olmasından dolayı ayrımı önemlidir.<sup>150</sup> DB'ye özgü olan "başkalarının haklarını ihlal etme, mala zarar, saldırganlık, hırsızlık" gibi belirtiler KOKGB'de görülmemektedir. DEHB+DB olguları DEHB+KOKGB olgularına kıyasla, suça yönelme, saldırganlık ve DEHB belirti şiddeti açısından anlamlı düzeyde daha riskli oldukları saptanmıştır.<sup>151</sup>

Sinirlilik, kurallara uymama, yüksek emosyonalite gibi belirtiler çocukluk çağı BB'de görülen belirtilerdir, ancak duygudurum yüksekliği BB'de çok daha şiddetlidir. Ek olarak, BB demek için grandiyözite, amaca yönelik etkinliklerde ve cinsel dürtülerde artış, uykusuzluk, aşırı konuşma gibi ek belirtiler gerekmektedir. Ayrıca, KOKGB başlangıç yaşı sıklıkla 8 yaş civarı iken, BB sıklıkla ergenlik çağında görülmektedir.<sup>1</sup>

DSM-5 ile tanımlanan yeni bir bozukluk olan YDDB, KOKGB'ye çok alanda benzerlik gösterir. YDDB'de görülen gelişim düzeyi ile tutarsız öfke patlamaları, duygudurum dalgalanmaları KOKGB'den çok daha sık ve şiddetlidir.<sup>3</sup>

Strese veya olumsuz bir yaşam olayına ikincil olarak karşıt gelme, sinirlilik, öfke gibi belirtiler görülebilmektedir. Bu durumda UB tanısı daha uygundur. KOKGB etyolojisinde olumsuz yaşam olayları yer alsa da, belirtiler sıklıkla tek bir stresli olay sonrasında başlamaz.<sup>1</sup>

AB veya Obsesif Kompulsif Bozuklukta korku yaratan bir durum veya bir ritüelin olması gerektiği gibi gerçekleşmemesi sırasında görülebilen sinirlilik, öfke atakları KOKGB'nda görülen karşı gelme davranışına benzese de, buradaki öfke nöbeti otoriteye karşı gelme, kural ihlali, birisini kızdırma gibi bir nedenden kaynaklanmaz.<sup>124</sup>

### **2.2.8. Gidişat**

KOKGB seyri, belirtilerin şiddeti, başlangıç yaşı, koruyucu ve risk faktörlerinin varlığı gibi birçok değişkene bağlı olmakla birlikte, genel olarak, belirtilerin zaman içinde değişim gösterdiği kabul edilmektedir. Belirtilerin süreklilik göstermesi ise

tanının kalıcılığını ve DB, MKB, ASKB gibi başka psikiyatrik tanı alma riskini etkilemektedir. KOKGB'lilerin % 25-67'sinin birkaç yıl sonra tanı ölçütlerini karşılamadığı,<sup>2,9,119</sup> bu olguların çoğunda, suça yönelme veya MKB gibi yaşantılara rastlanmadığı bildirilmektedir.<sup>118,119</sup>

Erken başlangıçlı ve KOKGB ölçütlerinin çoğunu karşılayan şiddetli klinik tabloya sahip olgularda DB gelişme riskinin üç kat arttığı bildirilmiştir.<sup>9</sup> Ek olarak, ailede ASKB, MKB gibi psikiyatrik tanılarının olması da DB geliştirmesi için risk faktörüdür.<sup>118</sup> Öte yandan, DB tanısı alan bireylerin bu tanıyı almadan önce büyük oranda karşıt olma davranışları sergiledikleri saptanmıştır. Biederman ve ark. (1996) tarafından yapılan 4 yıllık bir izlem çalışmasında, DEHB'lilerin % 65'inde komorbid KOKGB, % 22'sinde ise DB saptanmıştır. KOKGB komorbid gruptan DB özellikleri gösterenlerde, gidişatın sadece KOKGB grubuna göre daha ciddi olduğu, daha fazla psikiyatrik komorbidite gösterdikleri, klinik global izlem (KGI) skorlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ek olarak, başlangıçta DB özellikleri göstermeyen grubun 4 yıllık izlemde DB riskinin artmadığı belirtilmiştir. Sonuç olarak, KOKGB'nin, ilkinin DB'ye ilerleyen ve olumsuz gidişatı öngören; ikincisinin ise az sayıda belirti ile giden ve ileride DB riski taşımayan iki farklı alt tipi olduğu belirtilmiştir.<sup>152</sup>

DSM-IV-TR tanı kılavuzunda KOKGB ve DB tanılarının aynı anda konulamayacağı, DB tanı ölçütlerini karşılayan bireyde KOKGB tanısının geçerli olmayacağı yer almaktadır.<sup>1</sup> Bu nedenle, sonradan DB tanısı alan bireylerin, karşıt olma belirtileri sıklıkla devam etse bile KOKGB tanısı alamadığından, istatistiksel olarak KOKGB'nin yaşla azaldığı belirtilmektedir.<sup>153</sup>

## **2.3. Davranım Bozukluğu**

### **2.3.1. Tanım ve Tarihçe**

DB bireyin yaşına, gelişim düzeyi ve toplumsal kurallara uygun olmayan saldırganlık, mala zarar verme, tehdit, hırsızlık, dolandırıcılık gibi başkalarının haklarının ihlali ile seyreden ve bireyin ve çevresinin işlevselliğini ciddi düzeyde bozan psikiyatrik bir tablodur.<sup>1,6</sup>

DB ilk defa 1830'lı yıllarda Pinel tarafından düşünce içeriğinde bozukluğun olmadığı psikiyatrik bir rahatsızlığı tanımlamak amaçlı 'Deliryumun eşlik etmediği Mani' (*manie sans de'lire*), Pritchard tarafından ise 'ahlaki delilik' (*moral deficiency*)

şeklinde tanımlanmıştır. Pritchard'a göre, ahlaki delilik, bireyin algılama veya zeka düzeyinde sorun olmaksızın, duygulanımını etkileyen bir bozukluktur. Benzer yıllarda Rush ise, 'ahlaki yeti' (*moral faculty*) terimi ile bireyin iyi ve kötüyü ayırt edebilme yeteneği üzerinde durmuş; doğuştan gelen bu yetinin ahlaki davranışları yönlendirdiğini, bu yetiden yoksun bireylerin ahlaki davranışlarının zayıfladığını ve tedavi ile güçlenebileceğini bildirmiştir. 1900'lü yılların başında Kraepelin dört alt tipini tanımladığı 'psikopatik kişilik' terimi ile günümüz DB ve ASKB'na ait suç yönelme, hilekârlık, kurnazlık, duygusuzluk gibi birçok özelliği tanımlamıştır. Henderson ise 1939'da, bireyde ağırlıklı bulunan saldırganlık, pasiflik ve yaratıcılık özelliklerine göre üç farklı psikopati alt tipi tanımlayarak, bu tablonun klinik özellikleri ve gidişatını ortaya koymuş ve bu durum, bu alanda çalışan diğer psikiyatriklere göre daha optimist bir tutum sergilediği şeklinde yorumlanmıştır. 1944'de Bowlby, hırsızlık yapan ergenler ile yaptığı çalışmada, bu bireylerin büyük çoğunluğunun küçük yaşlarda bakım veren ile sıcak ilişki geliştirmediğini veya uzun süre ayrı kaldığını tespit etmiş ve bu durumu 'duygusuz psikopati' (*affectionless psychopathy*) olarak tanımlamıştır. Günümüzde psikopatinin tanımlanmasında önemli yeri olan bilim adamlarından biri olan Cleckley, psikopat kişiyi, antisosyal veya sosyal olmayan, başkalarının kendilerine ait bir yaşamı olabileceğini umursamayan ve zarar verme ile ilgili kaygı duymayan kimse olarak tanımlamıştır.<sup>1-3,154-159</sup>

Bu klinik tablo ilk defa 1952'de DSM-I'de 'Sosyopatik Kişilik' adı ile girmiş, DSM-II'de 'Çocukluk çağı sosyalize olmayan agresif reaksiyonu' olarak tanımlanmıştır. DSM-III'te 'Davranım Bozukluğu' terimi benimsenmiş ve klinik tabloya göre dört alt tipi tanımlanmıştır: agresif, agresif olmayan, sosyalize, sosyalize olmayan. DSM-III-R'de alt tipler 'bireysel agresif, grup ve ayrışmamış' olarak değiştirilmiştir. ICD-10'da DB için DSM'ye benzer tanı ölçütleri kullanılmış ve 'aile çevresiyle sınırlı, sosyalleşmemiş ve sosyalleşmiş' alt tipleri tanımlanmıştır. DSM-IV ile, başlangıç yaşı temel alınarak çocuklukta veya ergenlikte başlayan tip olarak ikiye ayrılmıştır. DSM-5 ile, tanı ölçütlerinde veya alt tiplerde değişiklik yapılmazken; 'topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden' adıyla yeni bir belirteç eklenmiştir. Bu alt tip, pişmanlık/suçluluk duymama, duygusuzluk-eşduyum yoksunluğu, sığ ya da yetersiz duygulanım ile tanımlanan özellikler gösterebilmektedir.<sup>1,3,120,155,158</sup>

### 2.3.2. Epidemiyoloji

DB prevalansı, kullanılan yöntem, örneklemin özellikleri, etnisite gibi değişkenlere bağlı olarak % 1-10 arasında belirtilmektedir.<sup>1</sup> DB insidansının, son yıllarda artış gösterdiği ve bunun gençlerle ilgili uzun süreli takip çalışmalarının, tanısal araçların ve vaka takdimlerinin artışına bağlı olabileceği belirtilmektedir.<sup>1,158,160</sup> Davranım sorunlarının, en sık kliniğe başvuru sebeplerinden olması nedeniyle klinik örneklemdaki sıklığı çok daha yüksektir.<sup>1,158</sup> Collishaw ve ark., ergenlerdeki davranım sorunlarının son yıllarda, her iki cinsiyette, tüm sınıflarda ve tüm aile tiplerinde ciddi artış gösterdiğini bildirmişlerdir.<sup>161</sup> Kessler ve ark. (2005), DSM-IV temel alınarak yaptıkları çalışmada DB prevalansını % 9,5 olarak belirlemişlerdir.<sup>162</sup> Nock ve ark. ise DB prevalansının erkeklerde % 12, kızlarda % 7,1; ortalama başlangıç yaşını 11,6 olarak saptanmışlardır.<sup>163</sup> Yaş ilerledikçe erkek-kız arasındaki fark kapanma eğilimi göstermekle birlikte, DB tüm yaş gruplarında erkeklerde daha sık görülür; erkek-kız oranı 4:1-10:1 arasında değişmektedir.<sup>133,158,160</sup> DB'nin görünümü cinsiyetten bağımsızdır; ağır DB'li kızlarda belirtiler erkeklerdekine benzemektedir.<sup>160,164</sup> DEHB ve DB'li kız olgularla yapılan bir çalışmada, 12 yaş altında DB tanısı almanın ve paternal ASKB, 12 yaş üstü DB tanısı almanın ise ailesel faktörler ile ilişkili olduğu, dolayısıyla kız DB olgularının da risk faktörleri, klinik belirtileri gibi özelliklerinin genel örnekleme benzer olduğu belirtilmiştir.<sup>165</sup>

### 2.3.3. Etyoloji

DB'nin, diğer birçok psikiyatrik hastalığa benzer şekilde, biyolojik/genetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldığı heterojen bir etyolojiye sahip olduğu bilinmektedir.

#### 2.3.3.1. Genetik ve Biyolojik Faktörler

Yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile DB'deki ailesel yükünlük ortaya konmuştur. ASKB, MKB tanılı ve geçmişte DEHB, DB öyküsüne sahip ebeveynlerin çocuklarında davranım sorunlarına genel toplumdan daha sık rastlanmaktadır.<sup>1</sup>

Çocukluk çağı DB ve antisosyal davranış paterni üzerine çok sayıda aday gen çalışması yürütülmektedir. Bu çalışmalar, sıklıkla insanlarda veya hayvanlarda görülen



agresif davranışlar ile farklı katekolamin seviyelerinin ilişkili bulunmasından kaynaklanmıştır. DA ve NE gibi katekolaminlerin, saldırgan tepki verme eşiğini düşürdükleri, dolayısıyla bu katekolaminlerin metabolizmasında rol alan MAO, COMT (Katekolamin-O-Metiltransferaz) gibi enzimlerin aktiviteleri ile saldırgan davranışların ilişkisi olduğu gösterilmiştir.<sup>166</sup> En çok çalışılan genler arasında, MAO-A ve 5-HT transporter geni (5-HTT) yer almaktadır.<sup>167,168</sup> Antisosyal ve dürtüsel davranışlarla ilişkili bulunan diğer genler COMT, Val158Met, DRD4 VNTR 1-11'dir.<sup>169</sup> MAO-A ve DRD2 genleri ile antisosyal davranışlar ve alkolizm ilişkili bulunmuştur.<sup>170</sup> Duygusuz-eşduyum özellikleri gösterenlerde daha belirgin olmak üzere, 5-HT1B geni metilasyon oranında azalma saptanmıştır.<sup>171</sup> Psikopati ve oksitosin (OXT) düzeyindeki değişimlerin ilişkili olabileceği varsayımından hareketle yapılan güncel bir çalışmada, özellikle duygusuz-eşduyum yoksunluğu belirtileri gösteren bireylerde, OXTR metilasyonunun daha fazla, OXT sirkülasyonunun daha düşük olduğu saptanmıştır.<sup>172</sup>

DB'de klinik belirtiler ve katekolaminerjik disfonksiyonla uyumlu şekilde belirli beyin bölgelerinde farklı işlevsellik düzeyleri olduğu bilinmektedir. KOKGB ve DB'li çocukların kontrol grubuna göre kortikal kalınlığının ve gri cevher yoğunluğunun daha az olduğu, bunun özellikle prefrontal, insular ve singulat bölgede belirginleştiği belirtilmiştir.<sup>173</sup> MKB ve DB'li kızlarda kontrol grubuna kıyasla dorsolateral PFK, sol ventrolateral PFK, medial orbitofrontal korteks, anterior singular gibi ketlenme, karar alma, ödül, risk alma, kurallara uymama, sonucu değerlendirme gibi bilişsel görevlerle ilişkilendirilen beyin bölgelerindeki gri cevher hacminde azalma olduğu saptanmıştır.<sup>174</sup>

DB'de tanımlanan anormal nöral bağlantılar, duygusal uyarılara normalden farklı tepki verme ile ilişkilendirilmektedir. DB'li çocuklar korkulu yüzlere baktıklarında amigdala aktivasyonunda kontrol grubuna kıyasla düşüş saptanmıştır.<sup>175</sup> Ayrıca DB olgularında duygu ile ilişkili bölgeler olan bilateral amigdala, parahipokampus, lingual gyrus, sağ insula, sol cuneus kam akımında azalma belirlenmiştir.<sup>176</sup> Davranım sorunları ile sosyal-bilişsel güçlükler arasında anlamlı ilişki olduğunu, bunun özellikle erken başlangıçlı ve kalıcı davranım sorunları yaşayan grupta belirgin olduğu bildirilmiştir.<sup>177</sup> Ventromedial PFK ve amigdala disfonksiyonunun, başkasına zarar verme veya kurbanın stresi ile bireyin eylemini ilişkilendirmesi ile ilgili yolları etkileyerek ahlak gelişiminde bozulmaya ve psikopatiye neden olabileceğini belirtilmiştir.<sup>178</sup>

Son olarak, KOKGB etyolojisinde de yer alan intrauterin sigara maruziyeti, malnutrisyon gibi gebelik seyrindeki olumsuzlukların ve sempatik sistemin düşük uyarılma düzeyi, testosteron ve kortizol ile ilişkili hormonal yanıtlarda değişikliğin veya yüksek ağrı eşiğinin DB etyolojisinde yeri olabileceği bildirilmiştir.<sup>130,132,179,180</sup>

### 2.3.3.2. Psikososyal Faktörler

DB etyolojisinde çevresel faktörlerin davranım sorunlarının ortaya çıkması, şiddeti veya seyri üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir.

DB’li çocukların ailelerinin, çoğunlukla düşük gelir ve SES’e sahip oldukları veya dezavantajlı kabul edilen, şiddet ve zorbalığın yaygın olduğu mahallelerde oturdukları ortaya konmuştur.<sup>133,160,181,182</sup> Ebeveynlerin işsiz olması da DB için risk faktörüdür.<sup>2</sup> Düşük SES ile antisosyal davranışın korele olduğu, ve bunun duygusuz-eşduyum özelliği gösterenlerde daha belirgin olduğu bildirilmiştir.<sup>183</sup> Düşük SES’den, hiperaktif, korkusuz, ve olumsuz ailesel şartlara sahip okul öncesi çocukların davranım sorunları geliştirme açısından daha fazla risk altında olduğu ortaya konmuştur.<sup>184</sup>

DB’li çocukların ebeveynlerinin, net kural koyamadıkları, kuralları tutarsız uyguladıkları, çocuklarının ihtiyaçlarına uygun davranmadıkları; tüm bunların çocukta zıtlama ve agresif davranışları artırdığı düşünülmektedir.<sup>133,160</sup> Kontrol grubuna kıyasla DB’li çocukların annelerinin çocuklarına daha az ilgi gösterdiği, babalarına fazla korumacı davrandığı; bu ebeveynlerinin çocuklarına sevgilerini ve duygularını göstermekte yetersiz kaldıkları, kontrolcü bir ebeveynlik sergiledikleri tespit edilmiştir.<sup>185</sup>

Çocukluk çağında duygusal istismar, kötü muamele, şiddete maruz kalma, ağır fiziksel cezalar gibi yaşantıların, genetik faktörlerle birlikte ileride DB ve antisosyal davranışlara yol açtığı bilinmektedir.<sup>186</sup> Geriye dönük mahkeme kayıtlarından, ergen veya erişkin dönemde gözaltına alınan bireylerin yaklaşık yarısında çocukluk çağı ihmal veya istismar öyküsünün olduğu belirlenmiştir. ‘Şiddet çemberi’ olarak tanımlanan bu durum, çocuklukta şiddete maruz kalmanın bu davranışların öğrenilmesine yol açtığı ve bu bireylerin erişkin olduklarında benzer davranışları sergileyebildikleri anlamına gelmektedir.<sup>187</sup> Ebeveyn tarafından fiziksel istismara uğramanın, ergenlik çağında DB ile ilişkili olduğu, erken başlayan davranım sorunlarının şiddet maruziyetinin ağırlığıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.<sup>188</sup>

KOKGB gibi, DB etyolojisinde de bağlanma sorunlarının yeri olabileceği, güvensiz ve dezorganize bağlanma stilleri ile yıkıcı davranışların ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>134,139,160</sup> Lyons-Ruth, dezorganize bağlanmanın, diğer ailesel faktörlerle birlikte okul çağında agresif davranışlar ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.<sup>189</sup> Scott ve ark. (2011), güvensiz bağlanmanın ergenlerde davranım sorunlarını öngörebildiğini belirtmişlerdir.<sup>190</sup>

Akranları ile sosyal ilişkilerinde başarısız olan ve sosyal gruplarda reddedilen bireyler, ileride DB geliştirme açısından risk altındadır.<sup>191</sup> DEHB'ye eşlik eden davranım sorunları bulunan çocuklar, kontrol grubuna kıyasla akran ilişkilerinde daha fazla güçlük yaşamaktadırlar.<sup>192</sup>

Düşük zeka düzeyi ve sözel defisit DB için risk faktörü olduğu, dolayısıyla bu bireylerin akademik başarılarının akranlarından düşük olduğu belirtilmektedir.<sup>160,193</sup> Ev içi olumsuzluklar, ebeveynin zeka düzeyinin düşük olması gibi etmenlerin çocukların zeka düzeyini olumsuz etkilediği ve daha fazla davranım sorununa yol açtığı saptanmıştır.<sup>194</sup>

### **2.3.3.3. Gen ve Çevre Etkileşimi**

Ne genetik ne de çevresel etmenlerin tek başına tüm DB olgularını açıklamıyor olması, etyolojide ikisinin birlikte rol aldığı düşüncesini desteklemektedir. Evlat edinme ve ikiz çalışmalarının sonuçları da bu fikri destekler niteliktedir.<sup>127,160,195</sup> Düşük MAO-A aktivitesi gösteren ve çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmış bireylerde, erişkin yaşamda suça karışma ve ASKB oranlarının arttığı belirtilmiştir.<sup>196,197</sup> Yüksek MAO-A aktivitesinin ise kötü muamelenin etkilerine karşı koruyucu olduğu ortaya konmuştur.<sup>198</sup>

Bütün veriler birlikte değerlendirildiğinde, düşük SES, şiddet eğilimli mahallelerde oturma, ağır ceza veren veya tutarsız disiplin uygulayan ebeveynler, çocukluk çağı fiziksel istismarı, parçalanmış aile, ASKB'li ebeveynler, düşük zekâ düzeyi ve okul başarısı gibi faktörlerin, genetik faktörlerle etkileşiminin DB gelişiminde önemli olduğu söylenebilir.<sup>133,182</sup>

#### 2.3.4. Klinik Özellikler

DB'nin klinik belirtileri; insan ve hayvanlara saldırganlık, eşyalara zarar verme, hırsızlık, kurallara uymama şeklinde dört grupta toplanmaktadır. DB belirtileri yaş ve gelişim dönemine göre farklılık göstermektedir. Belirtilerin, 3 yaş öncesinde başlaması beklenmez; hırsızlık, tehdit gibi kavramların gelişmediği veya silah kullanma, cinsel etkinliğe zorlama gibi davranışların beklenmediği küçük yaş olgular DB kapsamında değerlendirilmezler.

Bireyin kendisi ve yakın çevresini etkileyen ve ciddi olumsuz sonuçları olabilen DB kısa süre içinde oluşan bir hastalık değildir, sıklıkla kademeli şekilde kendini gösterir ve kronik seyrederek. DB tanısı alan olgular, çoğunlukla birkaç yıl öncesinden aşırı öfkeli, kurallara karşı gelen, inatlaşan özellikler gösterirler ve bir kısmı KOKGB tanısı alır.<sup>1,2,154,160</sup>

DB başlangıç yaşına göre farklı özellikler gösterir. Ergenlik Başlangıçlı DB (DB-EB) olgularına kıyasla çocukluk çağı Başlangıçlı DB (DB-ÇB) grubunda öğrenme ve bellek alanlarında güçlük, kötü muameleye ve şiddet maruziyetinin daha fazla olduğu, sonuç olarak daha fazla bilişsel zorlanma ve şiddet eğilimi gösterdikleri saptanmıştır.<sup>199</sup> DB-ÇB grubunda düşük SES ve DEHB komorbiditesi daha sıktır. Tedaviye yanıt vermeyen grubun, başlangıçta daha ciddi bir tablo sergiler; saldırganlık ve MKB eğiliminin daha belirgindir.<sup>200</sup>

Erkeklerde DB-ÇB kızlarda ise DB-EB alt tipinin daha sık olduğu, cinsiyetin başlangıç yaşı ve riskli gidişat ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.<sup>201</sup> DB'li kızlarda suisidalite, TSSB ve MD eş tanılarının erkeklerden daha sık olduğu bildirilmiştir.<sup>202</sup> Ayrıca, DSM-5 ile eklenen 'topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden' DB olgularının, saldırganlık, kurallara uymayan, suç ve psikopati eğilimlerinin diğerlerinden fazla olduğu belirtilmiştir.<sup>203</sup>

#### 2.3.5. Tanı ve Değerlendirme

Tanı klinik olarak konmaktadır. Değerlendirme yöntemi, laboratuvar incelemeler, kullanılan psikometrik ölçümler DEHB ve KOKGB ile benzerdir. Başlangıç yaşının gidişat üzerine etkisi nedeniyle; belirtilerin başlangıcının 10 yaşından önce/sonra olmasına göre ayrılan DB-ÇB, DB-EB ve 'Başlangıçlı Belirsiz Tip' tiplerinin

belirtilmesi önemlidir. <sup>1,3,120</sup> DB DSM-IV-TR (Tablo 5) ve ICD-10 (Tablo 6) tanı ölçütlerine aşağıda yer verilmiştir. <sup>1,88</sup>

**Tablo 5. Davranım bozukluğu DSM-IV-TR tanı ölçütleri**

<b>Davranım Bozukluğu</b>
<p><b>A.</b> En azından bir tanı ölçütünün son 6 aydır bulunması koşuluyla aşağıdaki tanı ölçütlerinden üçünün (ya da daha fazlasının) son 12 aydır bulunuyor olması ile kendini gösteren, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen bir davranış örüntüsü:</p> <p><b>İnsanlara ya da hayvanlara karşı saldırganlık</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, onlara gözdağı verir ya da onların gözünü korkutur</li><li>2. çoğu zaman kavga-dövüş başlatır</li><li>3. başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır</li><li>4. insanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır</li><li>5. hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır</li><li>6. Başkasının gözü önünde çalmıştır, kapkaççılık</li><li>7. Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır</li></ol> <p><b>Eşyalara (mala) zarar verme</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır</li><li>9. İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir</li></ol> <p><b>Aldatma ya da hırsızlık</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>10. Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir</li><li>11. Bir şey elde etmek, çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerden kaçmak için çoğu zaman yalan söyler</li><li>12. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır</li></ol> <p><b>Kuralları Ciddi bir biçimde bozma (ihlal etme)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>13. 13 yaşının öncesinden beri ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmektedir</li><li>14. Anababasının ya da yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır</li><li>15. 13 yaşının öncesinden beri çoğu zaman okuldan kaçmıştır</li></ol>
<p><b>B.</b> Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan önemli derecede bozulmaya neden olur.</p>
<p><b>C.</b> Kişi 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanı ölçütlerini kapsamaz.</p>

**Tablo 6. Davranım bozukluğu için ICD-10 tanı ölçütleri**

<b>Davranım Bozukluğu</b>
<p><b>G1.</b> En az 6 ay süreyle aşağıdaki belirtilerin bazılarının bulunması gerekir:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gelişimsel düzeyine göre çok sık veya şiddetli öfke patlamaları olur.</li><li>2. Sık sık büyüklerle tartışır.</li><li>3. Sık sık büyüklerin isteklerini reddeder veya kurallara karşı gelir.</li><li>4. Sık sık bilerek başkalarını kızdıracak şeyler yapar.</li><li>5. Sık sık kendi hataları veya olumsuz davranışları için başkalarını suçlar.</li><li>6. Alıngandır veya başkaları tarafından kolayca kızdırılabilir.</li><li>7. Sıklıkla kızgın ve güceniktir.</li><li>8. Sıklıkla kincidir veya intikam almak ister.</li><li>9. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler.</li><li>10. Kavga dövüş başlatır (kardeşler arasında yapılan kavgaları içermez).</li><li>11. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, bıçak vb.) kullanır.</li></ol>

**Tablo 6'nın devamı**

---

12. 13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.
13. Başkalarına fiziksel saldırganlık yapar.
14. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.
15. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.
16. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.
17. Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar (mağazalardan mal alma, sahtekarlık).
18. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.
19. En az iki kez geceleyin evden kaçar (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)
20. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (soygun, kapkaççılık, silahlı soygun) yapar.
21. Başka birine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.
22. Başkalarına kabadayılık eder (örn acı veya zarar verme, işkence etme veya sarkıntılık)
23. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.

---

G2. Bozukluk, dissosyal kişilik bozukluğu, şizofreni, manik dönem, depresif dönem, yaygın gelişimsel bozukluklar veya hiperkinetik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamaz.

---

**Altıpler:**  
F91.0 Aile çevresiyle sınırlı Davranım Bozukluğu  
F91.1 Sosyalleşmemiş Davranım Bozukluğu  
F91.2 Sosyalleşmiş Davranım Bozukluğu  
F91.3 Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

---

### **2.3.6. Komorbidite**

Çocukluk çağında kavgaya yatkınlık, eşyaya zarar verme, insana veya hayvana vurma gibi bazı özellikler görülebilir ve bunun normal gelişim gösteren çocuklarla ayrımı önemlidir. DB'de belirtiler sayısal olarak daha fazla, süregelen ve işlevi olumsuz etkiler niteliktedir.<sup>2</sup>

DB, sıklıkla komorbid diğer hastalıklarla birlikte görülür ve bu da prognozu olumsuz etkiler. DB'lilerin % 85'inde komorbid DEHB tanısının olduğu belirtilmiştir.<sup>148</sup> Takip çalışmaları ile, DEHB ve DB'li bireylerin, sadece DEHB olanlara göre madde deneme ve kullanma, göz altına alınma, suça yönelme gibi durumlar için risk altında oldukları, DB'nin ek akademik, psikiyatrik ve cinsel davranış sorunları ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur.<sup>6,119,121,204</sup> Diğer sık eşlik eden tanımlar MD, ÖG, AB, BB ve MKB'dir.<sup>155,157</sup> DB-ÇB ile DEHB ve AB eş tanılarının, DB-EB ile TSSB ve MKB tanı birlikteliklerinin daha sık olduğu belirlenmiştir.<sup>205</sup> BB'lilerde DB eş tanısına sık rastlanırken, bu durum hayat boyu BB atak sayısında ve ailede MKB öyküsünde artış ve daha olumsuz gidişat ile ilgilidir.<sup>206</sup>

### **2.3.7. Ayırıcı Tanı**

DB, KOKGB'nda da rastlanan sinirlilik, kural ihlali, büyüklerin isteklerini reddetme gibi belirtiler görülebilse de, başkalarının hakkını ihlal, mala zarar verme,

saldırganlık, hırsızlık, dolandırıcılık gibi çok daha yıkıcı davranışları da içermektedir. DB’li olguların % 90’a yakınının, KOKGB tanı ölçütlerini karşılar, ancak tanının bireyde ağırlıklı görülen davranış örüntülerine göre konması gerekmektedir.<sup>1,154</sup> DEHB’li çocuklarda söz dinlememe, kurallara uymama, dürtüsel davranışlar görülebilir, ancak bu belirtiler DB’de olduğu gibi toplumsal kural veya hak ihlali düzeyine ulaşmaz.<sup>1,154</sup>

BB-manik atak esnasında huzursuzluk, iritabilite, evden, okuldan kaçma, cinsel davranışlar, hırsızlık-dolandırıcılık gibi davranışlara sıkça rastlanmakla birlikte, DB daha kronik; manik atak ise günler içinde başlayan akut bir tablodur. İritabilite ve zıtlama davranışları MD’li çocuklarda siktir. Her iki durumda, aile içi çatışmalar, akran ilişkilerinde sorunlar gibi ortak yönler olsa de, MD’de çökkün duygudurum, keyifsizlik, suçluluk, değersizlik gibi ek belirtilerin de bulunması beklenir.<sup>2,154</sup>

‘Davranım Bozukluğu ile giden’ UB, tanım gereği stres yaratan bir olay sonrasında ortaya çıkar ve sıklıkla geçicidir. DB belirtilerin altında stres yaratan durumlar olabilse de, tanı aniden ortaya çıkmaz, çoğunlukla kronik bir seyir izler.<sup>1,2,160</sup>

Son olarak, DSM-5 ile yeni tanımlanan YDDDB, uzun süredir var olan, erken yaşta başlayan ve kişinin gelişimi ile tutarsız ve çok sık öfke nöbetleri ile giden bir bozukluk olması nedeniyle DB ile ortak yönleri vardır; ancak bu tanı DB’de görülen başkalarının haklarının ihlali, hırsızlık, dolandırıcılık, acımasızlık, cinsel eyleme zorlama, evden/okuldan kaçma gibi diğer belirtileri içermemesi ile ayrılmaktadır.<sup>3</sup>

### **2.3.8. Gidişat**

Gidişatı en iyi ön gören faktör başlangıç yaşıdır. DB-ÇB’nin, büyük oranda erişkinlik dönemine dek devam ettiği ve kötü prognozla ilgili olduğu; DB-EB’nin sıklıkla ergenlik dönemi ile sınırlandığı belirtilmektedir.<sup>1,2,154,155,160</sup>

Gidişatı etkileyen diğer etkenler arasında komorbid durumlar önemlidir. DEHB ve DB’li bireylerin gidişatında DEHB’nin önemli etkisinin olduğu ve bu olgularda tedavi yanıtının farklı olabileceği belirtilmiştir.<sup>6</sup> Ayrıca, düşük zeka düzeyi, aile öyküsü, katı disiplin, tutarsız ebeveynlik, düşük aile gelir düzeyi, dezavantajlı mahallede oturma, olumsuz okul ortamı da gidişatı etkileyebilmektedir. Bahsedilen risk faktörleri ve olumlu ebeveynlik özellikleri, yüksek zekâ düzeyi gibi koruyucu faktörlerin birlikte gidişatı etkilediği düşünülmektedir.<sup>160</sup>

Erken başlayan DB belirtileri erişkin yaşamda ASKB ve MKB ile ilişkilidir.<sup>10</sup> Erişkin ASKB olgularının % 90'ının ergenlik döneminde DB tanısı aldığı, özellikle duygusuz-eş duyum özelliği gösterenlerin ileri ASKB'yi daha iyi öngördüğü belirtilmiştir.<sup>207</sup> Kjelsberg (2002), psikiyatri servisine yatış öyküsü bulunan olgularını geriye dönük taramış ve DB tanısı alan grubun % 48'inin suç kaydının olduğunu saptamıştır.<sup>208</sup> Mordre ve ark. (2011), geçmişte psikiyatri servisine yatış öyküsü olan bireylerin dosya kayıtlarını inceleyerek, suça yönelen grupta erkek cinsiyet, zorlu aile yaşantısının daha sık olduğunu ve hiperkinetik bozukluk ve DB tanılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır.<sup>209</sup> Duygusuz-eş duyum özellikleri gösteren DB olgularının, daha fazla ve çeşitli davranım sorunları gösterdiği, saldırganlık, proaktif agresyon ve suça yönelme oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>210</sup>

Sonuç olarak, DB-ÇB'nin önemli oranda erişkin yaşamda da devam ettiği, bu bireylerin sıklıkla ASKB tanısı aldığı ve MKB için risk altında olduğu; buna karşın DB-EB'nin koruyucu faktörlerle birlikte olduğunda kendisini sınırlama eğiliminde olduğu ve bu bireylerin birçok alanda topluma uyum sağlayabildikleri söylenebilir. Buna rağmen, DB'nin okulu erken bırakma, daha uzun süre işsizlik, düşük gelir, kısıtlı sosyal yaşam, hırsızlık, dolandırıcılık, istismar suçu işleme, şiddet eğilimi, antisosyal partner seçme, daha fazla tıbbi sorun ve daha kısa yaşam süresi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu bireyler birçok psikiyatrik sorun için risk altındadır ve gidişat bu tanımlar tarafından da etkilenmektedir.<sup>1,160</sup>

## **2.4. Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Tedavisi**

YDB, tedavi edilmediğinde bireyin ve yakın çevresinin yaşam kalitesini, sosyal, duygusal işlevini, bireyin akademik işlevselliğini olumsuz etkileyebilmektedir.<sup>6,7</sup> Bu bireylerin erken tanınması ve tedavi süreçlerinin en kısa sürede başlatılması, uzun dönem sonuçlar açısından önemlidir. Tedavi, multidisipliner olmalı ve olguya özgün tasarlanmalıdır. Tedavi seçenekleri arasında psikososyal yöntemler ve ilaç tedavisi yer almaktadır.<sup>4,9,157</sup>

### **2.4.1. Psikososyal Girişimler**

Psikososyal girişimler, bireyin ve yakın çevresinin ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir. Bunlar; ebeveynlik becerilerinde iyileştirme hedefleyen aile eğitim



programları, aile-çocuk etkileşimine yönelik girişimler, psikoeğitim, problem çözme, öfke kontrolüne yönelik bireysel davranışsal girişimler ve psikoterapi olarak sınıflandırılabilir.<sup>4,124,211</sup> DEHB'li çocuk ve ergenlerde, ebeveyn eğitimi ve okulu içeren müdahaleler gibi davranışsal yöntemler ilaç dışında etkisi kanıtlanmış yöntemlerdir.<sup>212</sup>

Literatürde YDB kapsamına dahil edilmeseler dahi, öfke nöbetleri, saldırganlık, karşı gelme gibi davranışsal sorunlar için uygulanan ebeveyn becerilerini iyileştirme amaçlı düzenlenen yapılandırılmış aile eğitim programlarının, ebeveynin algısı, çocuğunun davranışını değerlendirmesi gibi alanlarda olumlu etkileri gözlenmektedir.<sup>213</sup>

Çift veya grup şeklinde uygulanabilen ebeveyn eğitim programları ile ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını daha etkili yönetmeleri, uygun davranışsal yöntemler ile istenen davranışın artması ve istenmeyen davranışın sönmesini sağlayan etkili koşullamanın sağlanabileceği belirtilmektedir.<sup>211,214</sup> Ebeveyn eğitiminin, katı ve ağır disiplin yöntemlerin uygulanmasını azalttığı, ebeveynlik becerileri ve ebeveyn ruhsal sağlığına olumlu etkilerinin olduğu ve çocuklarda görülen davranım sorunlarını azalttığı belirtilmiştir.<sup>215,216</sup>

Psikoeğitim, bireye hastalığının ne olduğunun ve bu durumun günlük hayatına getirdiği güçlüklerin tanıtılması ve bunlarla başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmesi gibi yaklaşımları içermektedir. Psikoeğitiminin özellikle DEHB olgularında olumlu etkileri gösterilmiştir.<sup>4,15,217</sup> Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun DEHB'nin nasıl bir hastalık olduğu, sebepleri, süregelen gidişatı hakkında yeterli bilgisinin olmadığı ve bu durumun tedaviye engel olabileceği; ebeveyn eğitimi ve danışmanlık hizmetinin ise tedavi üzerinde olumlu etkilerinin olabileceği belirtilmektedir.<sup>218</sup>

Uygulanacak davranışsal yöntemler, çocuğun yaşı ve gelişimine uygun olmalıdır. Ödül-ceza, doğal sonucuna bırakma gibi uygulamalar, ev ve okulda yaşanan sorunları azaltmada, problem çözme ve etkili baş etme becerilerinin geliştirilmesinde faydalıdır.<sup>4,219</sup>

Davranışçı Terapi (BDT), aile terapisi, destekleyici danışmanlık hizmetleri gibi psikoterapi uygulamaları, sıklıkla ergen ve erişkin DEHB olgularında tercih edilmektedir. DEHB olgularının, zamanı yönetme, göreve başlamada, odaklanmayı sürdürmede, organize olma gibi alanlarda zorlandıkları ve bu nedenle kendileri ve yetenekleri hakkında olumsuz algılarının olduğu bilinmektedir. Amaç, baskı ve

yetersizlik duyguları ile başa çıkma stratejilerini geliştirmektedir. Çocuk ve ergenlerde kullanılan BDT yöntemleri, duygunun farkındalığı, bakış açısı geliştirme, öfke denetimi, problem çözme ve hedef belirleme gibi müdahaleleri içermektedir. BDT'nin, tek başına veya ilaç tedavisi ile birlikte ergen ve erişkin DEHB olgularında yararlı etkilerinin olduğu bilinmektedir.<sup>4,220,221</sup>

## **2.4.2. İlaç Tedavisi**

Bu bölümde, DEHB tedavisinde etkisi kanıtlanmış ve uzun yıllardır kullanılan psikostimülan ilaçlar ve DEHB tedavisinde yeri olan diğer ilaç gruplarından (Atomoksetin, Adrenerjik Ajanlar, Antidepresanlar ve Modafinil) bahsedilecektir. Ayrıca, YDB'de sıklıkla kullanılan ikinci kuşak antipsikotik (İKA) ilaçlar ve duygudurum düzenleyicilerinden (DD) söz edilecektir.

### **2.4.2.1. Psikostimülanlar**

Bradley, 1937 yılında davranışsal sorunları olan bir grup çocukta baş ağrısı için amfetamin türevi olan Benzedrin kullanmış; ancak baş ağrısı yerine çocukların davranışsal sorunlarında belirgin iyileşme olduğunu, okul başarılarının çarpıcı bir şekilde arttığı, irritabilite, saldırgan ve rahatsız edici davranışlarının azaldığını, duygusal tepkilerinin kontrol altına girdiğini, sessizce okuma veya oyun oynama gibi aktivitelerle daha uzun süre vakit geçirebildiklerini gözlemlemiştir. Bu etkilerin, Benzedrin'i verdikten kısa bir süre sonra ortaya çıktığını; verilmediği günlerde ise oluşmadığını saptamıştır.<sup>222,223</sup> Bradley, gözlemleri ve çalışmaları ile DEHB tedavisinde yol gösterici olmuştur. Günümüzde ise, benzer kimyasal özelliğe sahip MPH ve dekstroamfetamin, karışık amfetamin tuzları gibi amfetamin türevleri DEHB tedavisinde güvenle kullanılmaktadır.<sup>224,225</sup> Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (*Food and Drug Administration*; FDA), DEHB tedavisinde Dekstroamfetaminin, 3 yaş ve üzeri, MPH'nin ise 6 yaş üzeri olgularda kullanımını onaylamıştır. Ülkemizde kısa, orta ve uzun etkili MPH preparatları bulunmaktadır.<sup>16</sup> Psikostimülanların DEHB'de yüksek düzeyde etkili olduğu ve kullanan olguların % 70'ten fazlasının fayda gördüğü bildirilmektedir.<sup>4,27</sup> Stimülanlar, psikotrop ilaçlar arasında etki büyüklüğü en yüksek ilaçlar arasındadır ve günümüzde DEHB tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaktadırlar.<sup>4,15,226</sup>

Psikostimülan ajanlar; uyanıklığı ve farkındalığı artıran, bilişsel alanda iyileştirici etkileri olan bir ilaç grubudur. Bu ilaçların bilişsel etkileri özellikle PFK ve striatal bölgede DA ve NE gibi nörotransmitterlerin seviyesini etkilemeleri ile ilgilidir.<sup>227,228</sup> DA afiniteleri NE afinitelerinden fazladır. Bu ilaçlar, hem DA ve NE hücreye geri alınımı, hem de DAT, NET gibi katekolamin taşıyıcılarını engelleyerek, bu katekolaminlerin sinaptik aralıkta daha fazla miktarda ve daha uzun süre kalmalarını sağlarlar. Oral MPH verilmesinden sonra DA taşıyıcılarının % 50'den fazlasının bloke olduğu ve özellikle striatal bölgede ekstrasellüler DA'nın arttığı gösterilmiştir. Bu grup ilaçlar arasındaki temel fark, amfetaminde bahsedilen etkiye ek olarak DA ile DAT düzeyinde yarışması, DA salınımı ve uyarılabilirliği üzerinde de etkili olmasıdır. Bu ilaçların özellikle DRD1 reseptörü üzerinden etkinlik gösterdiği düşünülmekle birlikte, DRD2, DRD4 gibi diğer DA reseptörlere de etkileri bulunmaktadır.<sup>229-236</sup>

Psikostimülanlar, ağızdan alındıktan sonra mide-bağırsak sisteminden hızlıca emilir ve kan-beyin bariyerini geçerler. Etkinin başlaması hızlıdır, etki süresi ise formülasyona göre kısa, orta ve uzun olarak değişmektedir. Kısa etkili ajanlar, DEHB'li bireylere sadece gerektiği zaman kullanma ve diğerlerine kıyasla biraz daha ucuz olma nedenleriyle tercih edilebilirler. Orta ve uzun etkili ajanlar ise, günde tek sefer kullanılma, tüm gün süren etki sağlama gibi avantajlara sahiptir.<sup>4</sup>

Psikostimülan ilaçlar tedavi edici aralıkta kullanıldıklarında, Yİ dahil bir çok bilişsel alanda belirgin iyileşme sağlarlar. Optimal doz bireyden bireye değişmekle birlikte, bazı bilişsel alanların doza bağlı iyileşme derecesi değişmektedir. Dikkat, vijilans, bellek ve işleyen bellek gibi alanlarda daha yüksek dozlarda iyileşme daha fazla iken; planlama, bilişsel esneklik, ketlenme kontrolü, isimlendirme ve motor hız gibi alanlar dozdan bağımsız etkinlik gösterirler.<sup>237,238</sup> Amfetamin türevleri ile DEHB olgularının Yİ'de % 80'e varan düzeyde iyileştirme olduğu bildirilmiştir.<sup>239</sup> DEHB'li bireylere MPH verilmesi ile bahsedilen alanlarda iyileşmeye paralel olarak frontal gyrus, bazal ganglion, serebellum gibi bölgelerde aktivasyon ve normalizasyon saptanmıştır.<sup>240</sup> Tedavi almayan DEHB olgularına MPH uygulanmasının dorsomedial ve sol ventrolateral PFK, talamus, singulat ve parietal bölge işlevlerinde iyileşme olduğu belirlenmiştir.<sup>241</sup>

Psikostimülanların uzun dönem kullanımının okul bırakma, sınıf tekrarında azalma ve daha olumlu akademik sonuçlar alındığı ve erken tedavinin ileride MKB riskini azalttığı belirlenmiştir.<sup>227,242</sup>

Psikostimülanlar genellikle iyi tolere edilmekle birlikte, en sık görülen yan etkiler arasında; iştahsızlık, uykusuzluk, baş ağrısı, karın ağrısı yer alır. Çoğu yan etki düzenli kullanımla azalır ve ilaca ara verilmeyi gerektirmez. Yavaş titrasyon, ilaç saatinin ayarlanması gibi önlemlerle yan etki minimuma indirilebilmektedir. Beklenen etkinin alınamaması veya yan etkiler nedeniyle kullanılamaması durumunda başka bir formulasyona geçilmesi önerilir.<sup>4</sup>

#### **2.4.2.2. Atomoksetin**

Atomoksetin (ATX), 6 yaş üzeri DEHB'li olguların tedavisinde FDA tarafından onaylanmış ve psikostimülan olmayan ve ilk ajandır. ATX, spesifik olarak NET'e bağlanarak presinaptik alanda NE geri alımını engeller ve NE miktarını artırır. Etkinliğini özellikle frontal kortekste NE ve ikincil olarak DA düzeyini artırarak göstermektedir. Noradrenerjik sistemin sürdürülebilir dikkat, öğrenme, belek ve uyumsal yanıtta rol oynadığı bilinmektedir.<sup>243,244</sup> DEHB'li olgularda ATX kullanımının plasebodan üstün olduğu, çekirdek belirtileri anlamlı düzeyde azalttığı ve güvenli olduğu bildirilmiştir.<sup>245,246</sup> Dittman ve ark. (2011), DEHB ve KOKGB'li olgularda ATX kullanımının, KOKGB belirtileri üzerine de etkili olduğunu saptamışlardır.<sup>247</sup> İstenen etkinin sağlanması 6-8 haftayı bulabilirken, başladıktan sonra sürekli ve kesintisiz bir etki sağlar. Sıklıkla iyi tolere edilse de, en sık rastlanan yan etkiler arasında; uyku hali, iştahsızlık, mide bulantısı, kalp atışında hızlanma sayılabilir. Karaciğer enzim yüksekliği ve suicidal düşüncelerde artış ATX ile rastlanan nadir ancak ölümcül olabilecek yan etkilerdir.<sup>4</sup>

#### **2.4.2.3. Adrenerjik Ajanlar**

DEHB tedavisinde kullanılan adrenerjik ajanlar Guanfasin ve Klonidindir. Her iki ajan da,  $\alpha$ -2 reseptör agonizması üzerinden etki etmektedir. DEHB'de etki mekanizmaları tam olarak bilinmese de, etkinliğin NE aracılığıyla olduğu düşünülmektedir. Guanfasin ve Klonidin, yakın zamanda FDA tarafından 6-17 yaş DEHB'li olgularda tedavi için endikasyon almıştır. Her iki ajanın DEHB tedavisinde

monoterapi veya psikostimülanlarla kombine kullanıldığında etkili ve güvenilir oldukları gösterilmiştir. Kombine kullanımda, PFK işlevselliğine farklı mekanizmalarla ve birbirini tamamlayıcı etkide buldukları düşünülmektedir. Kısa ve uzun süreli formülasyonlarının her ikisi de DEHB’de kullanılabilir. Sık rastlanan yan etkileri arasında, baş dönmesi, hipotansiyon, uyku hali ve bradikardi yer almaktadır. Ülkemizde henüz bulunmayan bu ajanların etki düzeyleri, uzun süreli kullanım sonuçları gibi alanlarda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.<sup>16,248-251</sup>

#### **2.4.2.4. Modafinil**

Narkolepsi tedavisinde kullanılan bir ajan olan Modafinilin, uyanıklığı artırması nedeniyle son zamanlarda DEHB tedavisinde de kullanımı yaygınlaşmıştır. Modafinilin, uyanıklık sağlayıcı mekanizmasının histaminerjik, NE, 5-HT, DA ve oreksin sistemleri üzerinden sağladığı ve nöroprotektif ve antioksidan özelliğinin olduğu düşünülür, ancak DEHB’de tam olarak nasıl etki ettiği bilinmemektedir. En sık rastlanan yan etkileri uykusuzluk, karın ağrısı, baş ağrısı, kalp atımında hızlanmadır. Modafinil’in DEHB belirtileri üzerine etkisinin plasebodan üstün olduğu saptanmıştır.<sup>253,254</sup>

#### **2.4.2.5. Antidepresanlar**

Trisiklik Antidepresanlar (TSA), nonselektif NE ve 5-HT geri alım inhibisyonu yaparlar. TSA arasında imipramin, desimipramin ve nortriptilinin DEHB’de etkili olabileceğine dair çalışmalar bulunmakla birlikte, DEHB tedavisinde TSA ajanların etkin ve güvenilir olduğuna dair yeterli kanıt yoktur.<sup>15,27,255</sup>

Venlafaksin, 5-HT ve NE geri alım inhibitörüdür. Noradrenerjik ajanların DEHB belirtilerine etkili olmasından yola çıkarak DEHB tedavisindeki yeri araştırılmıştır. Venlafaksin DEHB tedavisinde kısa süreli kullanımında kısıtlı yarar sağlayabileceği ve psikostimülan tedaviye yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda alternatif bir ajan olarak kullanılabilirliği bildirilmiştir. Ancak, etkinliği konusunda veriler sınırlıdır.<sup>4,256,257</sup>

Selektif NE ve DA inhibisyonu yapan Bupropion, erişkinde nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılır. Yüksek dozlarda nöbet eşiğini düşürdüğünden, epileptiklerde dikkatle kullanılması gerekir. Bupropionun erişkin DEHB olgularında etkili

olabileceğine dair kanıtlar bulunurken, çocuk ve ergenlerde kullanımı hakkında bilgiler kısıtlıdır.<sup>27,258,259</sup>

#### 2.4.2.6. İkinci Kuşak Antipsikotikler

Antipsikotik (AP) ilaçlar, etkisini DRD2 antagonizması üzerinden gösteren Birinci Kuşak Antipsikotikler (BKA); ve buna ek olarak 5-HT2 antagonizması da yapan, farklı reseptör etkinliği ve yan etki profili ile “atipik” olan İkinci Kuşak Antipsikotikler (İKA) olarak ikiye ayrılabilir. İKA ekstrapiramidal yan etki riskinin daha düşük olması nedeniyle genel olarak çocuk ve ergenlerde daha sık tercih edilirler. Sık rastlanan yan etkileri arasında, kilo alımı, hiperlipidemi, diyabete yatkınlık, hiperprolaktinemi, sedasyon yer almaktadır. Hareket bozuklukları veya nöroleptik malign sendrom gibi daha ciddi yan etkilerin görülme riski BKA ile kıyaslandığında daha düşüktür. İKA, şizofreni, BB ve otizme bağlı irritabilite (Risperidon ve Aripiprazol için) FDA onayı almış olsa da, birçok farklı psikiyatrik tabloda sıklıkla kullanılmaktadır. YDB, İKA'nın yaygın kullanıldığı alanlar arasındadır. 5-HT2A ve D2 dışında; Muskarinik (M1), Adrenerjik ( $\alpha 1$ ), Histaminergik (H1), 5-HT2C, 5-HT3, D1, D4 gibi farklı reseptörlere de afinite gösterirler. Sıkça kullanılan İKA arasında; risperidon, klozapin, olanzapin, ketiapin, aripiprazol, ziprasidon ve paliperidon yer alır.<sup>260-262</sup> İKA arasından, aripiprazolün reseptör profilinin diğerlerinden farklı olduğu bilinmektedir. 5-HT2A reseptör antagonizmasına ek olarak, 5-HT1A ve D2 reseptörlerine parsiyel agonizma göstermekte, dopamin fazlalığında ise D2 reseptör antagonizması yapmaktadır.<sup>263</sup>

Risperidon, YDB için en sık kullanılan ve en çok araştırılmış İKA'dır.<sup>264</sup> Risperidonun 5-HT2A antagonizma için afinitesinin klozapin ve haloperidole göre çok daha fazla iken, D2 antagonizması İKA ajanlardan fazla, haloperidole yakındır. Risperidonun 2, 4 ve 6 mg/gün dozlarında D2 reseptör doluluğu sırasıyla % 66, % 73 ve % 79 olarak saptanmıştır. Bu durum, risperidonun yüksek dozlarında BKA gibi davrandığını destekler.<sup>265,266</sup> Risperidonun oral tablet, likit ve depo enjeksiyon formları bulunmaktadır. Karaciğerde CYP2D6 enzim sistemi ile metabolize edilmektedir; yarı ömrü 3-20 saattir.<sup>267,268</sup> Klinikte, YDB tedavisi için 0,02 - 0,06 mg/kg/gün veya 1-2 mg/gün arasındaki dozlarda kullanılmaktadır.<sup>269</sup>

Risperidonun YDB’de görülen öfke, saldırganlık ve davranım sorunlarını azaltmaya yardımcı olduğu ortaya konmuştur.<sup>262,269-272</sup> Biederman ve ark. (2006), ortalamanın altında zekaya sahip YDB’li çocuklarda 6 haftalık risperidon tedavisi ile irritabilite, ajitasyon ve taşkın davranışlarda azalma olduğunu saptanmışlardır.<sup>273</sup> 12 haftalık risperidon tedavisine yanıt veren YDB’li çocuklarının, 6 ay boyunca risperidon idamesi veya plasebo ile izlendiği bir çalışmada, plasebo grubunda belirtilerin tekrarlama oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak, risperidonun YDB belirtileri üzerinde için hem kısa, hem uzun dönem kullanımda anlamlı düzeyde etkili olduğu ve çocuk ve ergenler için güvenilir bir seçenek olduğu söylenebilir.<sup>269-275</sup> İlaç tedavisi başlanmadan önce, olgunun boyu, ağırlığı, kan basıncı, kalp ritminin ve metabolik parametrelerinin not edilmesi ve 6 aylık izlemlerle takip edilmesi önerilmektedir.<sup>269,272</sup>

YDB tedavisinde, olanzapin, ketiapin, aripiprazol gibi diğer İKA ile yapılan kısıtlı sayıda olgu serileri ve çalışmalar bulunmaktadır. Aripiprazolun fiziksel, sözel saldırganlık ve mala ve hayvanlara zarar verme gibi belirtilere etkili olduğu ve iyi tolere edildiği bildirilmiştir.<sup>276</sup> Olanzapinin YDB’li ve ortalamanın altında zekaya sahip çocuklarda önemli derecede kilo alımı ve prolaktin seviyelerindeki yükselmeye sebep olmasına rağmen faydalı olduğu belirtilmiştir.<sup>277</sup> Kısıtlı veriler, diğer İKA ajanlarının da faydalı olabileceğini göstermekle birlikte, bu konuda ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>269,271</sup>

#### **2.4.2.7. Duygudurum Düzenleyicileri**

Psikostimülan veya İKA tedavisi ile yeterli yanıt alınamayan YDB’li çocuk ve ergenlerde lityum ve antiepileptik ilaçları içeren duygudurum düzenleyiciler (DD) kullanılabilir.<sup>278</sup> Lityumun, nöron seviyesinde ikincil mesaj sistemleri üzerinden eksitator nörotransmisyonu azaltarak eksitator-inhibitör nörotransmisyonu dengelediği, ek olarak oksidatif stresi azalttığı ve nöroprotektif etkisinin olduğu düşünülmektedir.<sup>279</sup> Antiepileptik ilaçların (Valproat, Karbamazepin, Lamotrijin vb.) ise, inhibitör ve eksitator nörotransmitter salınımı üzerinden duygudurumu düzenlediği düşünülmekle birlikte, YDB’de tam olarak nasıl etki ettiği bilinmemektedir.<sup>280</sup>

Masi ve ark. (2009), DB’li ergenlerde 6-12 aylık Lityum tedavisi sonrasında, bu ajanın monoterapi veya İKA ile birlikte, agresif davranışları azalttığını

belirtmişlerdir.<sup>281</sup> BB tanısı almayan, ciddi davranış sorunlarını ve agresyon belirtileri gösteren bireylerde, lityum ve valproatın etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>278</sup> Huband ve ark. (2010) ise, valproatın dürtüsellik ve agresyon belirtilerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>282</sup> Bu veriler ile, DD ajanlarının, YDB’de görülen irritabilite, saldırganlık, impulsivite, ajitasyon gibi belirtilerde iyileşme sağladığı ve tedaviye yanıt alınamayan olgularda kullanılabileceğini desteklemektedir.<sup>278-282</sup>





## 3. YÖNTEM

### 3.1. Çalışma Örneklemi

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Haziran 2014-Mart 2015 tarihleri arasında başvuran ve YDB tanısı alan 82 olgudan (E=43,K=39) oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Olguların 12-18 yaş aralığında olması,
2. Yapılan ruhsal muayene ve yarı yapılandırılmış görüşme ile sonucunda en az bir YDB tanısı (DEHB, KOKGB veya DB) alması,
3. Bu tanılar nedeni ile daha önce tedavi almamış olması,
4. MR veya Otizm Spektrum Bozukluklarına sahip olmaması,
5. Herhangi bir organik hastalık tanısı almamış olması,
6. Çalışma katılım için onay vermiş olmasıdır.

### 3.2. Çalışmanın Deseni

Çalışmanın deseni prospektif izlem çalışması olarak belirlenmiştir.

### 3.3. Uygulama

Çalışmanın örneklemi Çukurova Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'na başvuran ve YDB tanısı alan olgulardan oluşmaktadır. Psikiyatrik tanıları DSM-IV tanı ölçütlerine göre konulmuştur. Olgulara, tanının standardizasyonu ve eş tanıların değerlendirilmesi amacı ile Kiddie-Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu (K-SADS-ŞY) uygulanmıştır. Demografik bilgiler, gelişimsel öykü gibi verileri toplama amaçlı çalışmacı tarafından Sosyodemografik Bilgi Formu doldurulmuştur.

Yıkıcı davranış sorunlarının belirti şiddetini değerlendirmek amacı ile ebeveynlere Conners Anababa Değerlendirme Ölçeği (CADÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) verilmiştir. Öğretmenlere ise, Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (CÖDÖ) verilmiştir.

Olgulara ise, öz bildirim yoluyla Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Duyguların Düzenlenmesinde Güçlük Ölçeği (DDGÖ), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi (FASM) verilmiştir. Ek olarak, olguların bilişsel ve dikkatle ilgili değerlendirilmesi amacıyla Stroop Testi uygulanmıştır.

Olgular, bireysel ihtiyacına göre ve uluslararası rehberlere göre düzenlenen ilaç tedavisine alınmıştır. İlaç tedavisi başlanması öncesinde gereken rutin laboratuvar testleri (Kan Sayımı, Biyokimyasal testler, Elektrokardiyografi vb.) uygulanmıştır. Kontrol muayeneleri 1., 3. ve 6. aylarda yapılmış ve tedavileri düzenlenmiştir. Her muayenede Stroop Testi tekrarlanmıştır. 6 aylık ilaç tedavisi sonrasında olgular, ebeveynleri ve öğretmenlerin tarafından bahsedilen ölçeklerin tekrar doldurulması istenmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Çocuk ve ebeveyn ile ilgili demografik veriler; olgunun yaşı, kardeş durumu, doğum öyküsü, gelişimsel öykü, olgunun geçirdiği hastalıklar, akademik özellikleri, akran ilişkileri, medya kullanımı gibi olguya ait özellikler ile ebeveynlerin eğitim, iş, hastalıkları, aile yapısı, konut bilgileri, soy geçmiş gibi ailesel özellikleri içermektedir. Bu form, çalışmacı tarafından ağırlıklı olarak ebeveyne sorularak doldurulmaktadır.

#### **3.4.2. Kiddie Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli, Türkçe Uyarlaması (K-SADS-ŞY)**

Kiddie Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (*Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime*), DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre hem mevcut, hem geçmişte var olan Eksen I kapsamındaki psikopatolojileri saptayan yarı yapılandırılmış bir görüşme tekniğidir. Öncelikle temel belirtilerin sorgulanması ve bu belirtilerin bulunma sıklığına göre 0-3 arasında puan verilmesi gerekmektedir. Belirtilerin herhangi birinden 3 puan alan olguya, belirtinin ait

olduğu psikopatolojiye ilişkin ayrıntılı değerlendirme yapılmakta ve tanı konulmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik alışması Gökler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır.<sup>86,283</sup>

### **3.4.3. Conners Anababa Değerlendirme leği (CADÖ)**

Conners tarafından geliştirilen lcekler, kısa sürede uygulanabilen, uygulanması ve puanlaması kolay özelliktedir. Conners tarafından geliştirilen ilk lcek, 1970 yılında oluşturulmuş ve uyku, yeme, öfke, akran ilişkileri, okul sorunlarını içeren maddeler ile basit davranış sorunlarını saptamayı amaçlanmıştır.<sup>79,284</sup> Conners Anababa Değerlendirme leği (*Conners Parent Rating Scale*) ise, 1998 yılında geliştirilmiş ve 3-17 yaş arasında olguların ebeveynlerince uygulanabilen ve günümüzde çocukluk çağındaki davranış sorunlarının saptanmasında, şiddetinin belirlenmesinde ve tedavi izleminde kullanılabilen bir lcektir. CADÖ, ‘hiç doğru değil’ ile ‘ok doğru’ arasında değişen maddelere göre 0 ile 3 arasında puanlanan toplam 80 maddeden oluşmaktadır. Karşı gelme, dikkat eksikliği, hiperaktivite, kaygı, mükemmeliyet, sosyal ve psikosomatik alt lceklerinden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik alışması, Kaner ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır.<sup>285</sup>

### **3.4.4. Aile Değerlendirme leği (AD)**

Aile Değerlendirme leği (*Family Assessment Device*), 1983 yılında Epstein ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, ailenin işlevselliğini değerlendiren bir ölçü aracıdır. Bu lcek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile yeleri arasındaki etkileşimi, “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edebilecek şekilde tasarlanmıştır. Problem özme (P), İletişim (İ), Roller (R), Duygusal Tepki Verebilme (DTV), Gereken İlgii Gösterme (GİG), Davranış Kontrolü (DK) ve Genel İşlevler (Gİ) olmak üzere toplam 7 alt lcekten oluşmaktadır. lcek, toplam 60 maddeden oluşmakta ve puanlanmada “aynen katılıyorum” yanıtı 1, “büyük ölçüde katılıyorum” yanıtı 2, “biraz katılıyorum” yanıtı 3, “hiç katılmıyorum” yanıtı 4 olarak kayıt edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik alışması Bulut ve ark. (1990) tarafından yapılmıştır.<sup>81,286</sup>

### 3.4.5. Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (CÖDÖ)

Conners tarafından ilk olarak 1969 yılında geliştirilen Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (*Conners Teacher Rating Scale*), sınıf öğretmenleri tarafından doldurulan ve çocuk ve ergenlerin sınıf içindeki davranışları ile ilişkili sorunları veya tedaviye yanıtlarını değerlendirmede kullanılan bir ölçektir.<sup>287</sup> CÖDÖ yenilenmiş form, 1997 yılında yayınlanmıştır. ‘Hiç doğru değil’, ‘Bazen’, ‘Oldukça Doğru’ ve ‘Çok Doğru’ olarak yanıtlanan ve 0-3 arası puanlanan toplam 59 maddeden oluşmaktadır. Hiperaktivite/Dürtüsellik, Mükemmeliyetçilik, Dikkatsizlik/Bilişsel Sorunlar, Sosyal Sorunlar, Karşıt Gelme ve Kaygı/utangaç alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Özellikle Dikkat Eksikliği Hiperaktivite tanısının konmasında ve tedavi yanıtının izlenmesinde, klinik görüş ve diğer psikometrik incelemelere yardımcı olduğu belirtilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır.<sup>80,287,288</sup>

### 3.4.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Güçler ve Güçlükler Anketi (*The Strengths and Difficulties Questionnaire*), Goodman tarafından geliştirilen, 11-17 yaş arasında uygulanabilen ve çocuk ve ergenlerin duygusal ve davranışsal sorunlarını ölçen bir değerlendirme aracıdır. ‘Doğru değil’, ‘Kısmen Doğru’ ve ‘Kesinlikle Doğru’ şeklinde cevaplanan toplam 25 sorudan ve bahsedilen sorunların olgunun günlük hayatında ve yakın çevresinde yarattığı güçlükler, bu güçlüklerin günlük yaşamını etkileme derecesi, sıkıntıya sokma süresi gibi etkinin değerlendirildiği ek bir bölümden oluşmaktadır. Emosyonel belirtiler, davranım sorunları, hiperaktivite/dürtüsellik, akran ilişkileri ve sosyal alan olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Her alt ölçek 0-10 arasında puanlanmakta, ve ilk 4 alt ölçek ile toplam skor elde edilebilmektedir. Emosyonel ve akran ilişkileri alt ölçeği ile içe atım; davranım ve hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçekleri ile dışa vurum skorları hesaplanabilmektedir. GGA’nin içe atım ve dışavurum özellikli psikopatolojileri ayırt etmede güvenilir ve yaygın bir ölçek olduğu bildirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Güvenir ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. GGA’nın, Türk çocuklarında psikopatolojiyi büyük oranda ayırt edebildiği, bu nedenle güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir.<sup>88,289-291</sup>

### 3.4.7. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*), Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilen ve duygunun ayarlanması ve ayarlanmasındaki güçlükleri değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Kabullenememe, amaçlar, dürtü, farkındalık, strateji ve netlik olmak üzere altı alt ölçekten ve toplam skordan oluşmaktadır. ‘Hiçbir zaman’, ‘Bazen’, ‘Yarı Yarıya’, ‘Çoğu zaman’ ve ‘Her zaman’ şeklinde yanıtları olan ve sırasıyla 1-5 arasında puanlanan toplam 36 maddeden oluşan öz bildirim dayalı bir ölçektir. Elde edilen puanın yüksekliği, duygu regülasyonunda daha fazla güçlüğü işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Sarıtaş ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>292,293</sup>

### 3.4.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin (KZVDDE) (*Inventory of Statements About Self-injury - ISAS*) ilk bölümünde (Davranışlar), “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan” 12 farklı kendine zarar verme davranışının (KZVD) sıklığı sorgulanır. İlk bölümde ek olarak, KZVD başlangıç yaşı, sıklığı, acı düzeyi gibi bazı tanımlayıcı sorular yer alır. Envanterin ilk bölümünde (Davranışlar) KZVD belirten katılımcılara, ölçeğin ikinci bölümü (İşlevler) verilir. Bu bölümde, KZVD'nin Otonom ve Sosyal işlevler olmak üzere iki farklı alandaki işlevi değerlendirilir. İkinci bölüm, toplam 39 maddeden oluşmaktadır. Envanterin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve ark. (2013) tarafından yapılmış ve KZVD'nin değerlendirilmesinde güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu belirtilmiştir.<sup>294,295</sup>

### 3.4.9. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi (FASM)

Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi (Functional Assessment of Self Mutilation), Lloyd ve ark. tarafından geliştirilen ve kendine zarar verme davranışının sıklığı, yöntemi ve işlevini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. ‘Hiç’, ‘Nadiren’, ‘Bazen’ ve ‘Sıklıkla’ cevaplarına göre 0-3 arasında puanlanan, toplam 22 madde ve isteğe bağlı olarak doldurulan 23. Maddeden (Diğer) oluşmaktadır. Otomatik negatif destek (reinforcement), otomatik pozitif destek, sosyal negatif destek ve sosyal

pozitif destek olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır.<sup>296-298</sup> Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği henüz test edilmemiş olup, bu ölçek çalışmacılar tarafından Türkçeye çevrilip kullanılmıştır.

#### **3.4.10. Stroop Testi TBAG Formu**

Test, Stroop tarafından 1935 yılında geliştirilmiş olup; seçici dikkat, bilişsel esneklik, hız işleme gibi dikkat ve Yİ ile ilişkili bir çok bilişsel süreci test etmekte sıklıkla kullanılan bir araçtır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karakaş ve ark. (1999); Türk çocuklarına uyarlanması ise Kılıç ve ark. (2002) tarafından yapılmıştır. Test dört ayrı karttan oluşmakta ve farklı kartlarda renk ismi okuma, şekil ismi söyleme, renkli kelimelerde rengi ve kelimeleri söyleme gibi beş farklı alt alandan oluşmaktadır. Her kart için ilgili komut verildikten sonra süre başlatılır; toplam süre, yapılan hatalar ve düzeltmeler ayrı ayrı kaydedilir. Süre, hata ve düzeltme sayılarındaki artış dikkat ile ilgili işlevlerde daha fazla bozulma, tedavi ile ilgili alanlarda azalma olması ise Yİ'de iyileşme olarak yorumlanır.<sup>299-301</sup>

#### **3.5. İstatiksel Analiz**

Çalışma verilerinin istatistiksel analizlerinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16.00 sürümü kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin incelemesi Chi-Square testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Shapiro-Wilks testi ile araştırılmış ve normal dağılım belirlenememesi nedeni ile bu değişkenlerin analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır (iki değişken içeren analizler için Man Whitney U testi; ikiden fazla değişken içerenler için Kruskal Wallis testi). Aynı psikometrik ölçüm aracının birden fazla sefer uygulanmasıyla elde edilen test puanları gibi bağımlı değişkenlerin analizi Wilcoxon testi ile yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Demografik Özellikler

#### 4.1.1. Olgulara Ait Demografik Özellikler

Çalışma, 39'u (% 47,6) kız, 43'ü (% 52,4) erkek, toplam 82 olgudan oluşmaktadır. Olguların ortalama başvuru yaşı  $14,9 \pm 1,9$  idi. Olgularda, ilk çocuk olma, kardeş sayısı, ÜSYE geçirme sıklığı, uyku düzeni, katkılı gıda tüketme, ebeveyn eğitimi, ebeveyn çalışma durumu, aile yapısı, bakan kişi, ev içi şiddet, TV, internet kullanım özellikleri, ders başarısı, akran ilişkileri, sigara kullanımı, sigara başlangıç yaşı, alkol-madde deneme gibi veriler bakımından cinsiyet arasında farklılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Olgularımız eğitim durumları açısından incelendiğinde; 79'unun (% 96,3) örgün eğitime devam ettiği, 1'inin (% 1,2) açıktan okuduğu, 2 olgunun ise (% 2,4) okulu bıraktığı görüldü. Olguların 80'inin (% 97,6) okuma yazma becerisini 1. sınıfta, 1 olgunun (% 1,2) 2. sınıfta, 1 olgunun ise (% 1,2) 3. sınıfta edindiği bildirildi. Ders başarıları sorgulandığında; 23 olgu ders başarılarını 'iyi' (% 28), 50 olgu (% 61) 'orta' ve 9 olgu (% 11) 'kötü' olarak bildirdi. KOKGB ve ders başarı düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmazken ( $p > 0,05$ ); DB tanılı olguların tümünün (% 100) ders başarısı 'orta' veya 'kötü' düzeyde idi ( $p = 0,032$ ). 10 olguda (% 12,2) sınıf tekrarı öyküsü bulunurken; bu grupta cinsiyetler arasında fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ). Sınıf tekrarı yapmayanlara kıyasla sınıf tekrarı yapan olgularda CADÖ Hiperaktivite, Psikosomatik alt puanları, KGİ skoru ve total puanda anlamlı düzeyde yükseklik saptandı. ( $p < 0,05$ ).

Akran ilişkileri sorulduğunda; 58 olgu (% 70,7) kendini geçimli ve uyumlu; 24 olgu ise (% 29,3) geçimsiz olarak betimledi. Komorbid KOKGB tanısı alanların 9'u (% 56,3); DB tanısı alanların ise 8'i (% 66,7) kendilerini geçimsiz olarak tanımladı ( $p < 0,05$ ). Geçimsiz grupta CADÖ karşı gelme alt puanları ve KGİ, IMP, DD ve toplam puanlarında anlamlı yükseklik saptandı ( $p < 0,05$ ). Bu grubun ADÖ problem çözme ve genel işlev skorları, geçimli gruba göre anlamlı düzeyde yüksek idi ( $p < 0,05$ ). Ayrıca, geçimsiz grubun CÖDÖ karşı gelme, dikkatsizlik ve KGİ huzursuzluk alt ölçekleri diğer gruptan anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p < 0,05$ ).

Sigara kullandığını bildiren 23'ü (% 28) olgunun ortalama yaşı sigara kullanmayanlardan anlamlı biçimde yüksekti (sırasıyla;  $15,7 \pm 1,3$ ;  $14,4 \pm 1,9$ ;  $p=0,005$ ). Sigara kullanan ve kullanmayan grupta; ebeveyn eğitimi, çalışma durumu, aile yapısı, aile durumu, ebeveyn şiddet görme gibi demografik veriler arasında farklılık saptanmazken; sigara kullanan olguların 11'i (% 47,8), kullanmayanların 12'si (% 20,3) ev içi şiddete maruz kaldığını bildirdi ( $p=0,013$ ). Sigara kullananların 7'sinde (% 30,4), kullanmayanların 3'ünde (% 5,1) sınıf tekrarı öyküsüne rastlanırken ( $p=0,002$ ); ders başarısı düşük olanların oranları da sigara kullanan grupta anlamlı biçimde fazla idi (sırasıyla;  $n=6$ , % 26,1;  $n=3$ , % 5,1;  $p=0,010$ ). Akran ilişkilerinde geçimsiz olduğu bildirilen olgularda da sigara kullanımı anlamlı biçimde yüksekti (sırasıyla;  $n=12$ , % 52,2;  $n=12$ , % 20,3;  $p=0,004$ ). Sigara kullanan ve kullanmayan grubun sosyal ve okul işlevselliğindeki bozulmada istatistiksel farklılık saptanmazken, aile işlevselliğindeki bozulma sigara kullanan olgularda anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla;  $n=5$  % 21,7,  $n=23$ , % 100,  $p>0,05$ ,  $n=20$  % 87;  $p=0,012$ ).

Sigara içen olguların 12'si (% 52,2) sigaraya 13 yaşından önce, 11'i (% 47,8) 13 yaşından sonra başlamıştı. Sigara kullanımı olan olguların % 39,1 ( $n = 9$ ), kullanmayan olguların ise % 1,7'si ( $n = 1$ ) alkol denediğini bildirirken ( $p = 0,000$ ); madde denediğini bildiren 4 olgunun tamamı sigara kullanan grupta yer almaktaydı ( $p = 0,001$ ). 13 yaş altında sigaraya başlayan grupta, AP kullanım oranının anlamlılığa yakın olarak yorumlandı ( $n = 4$ , % 33,3;  $p = 0,059$ ); ek olarak bu grupta, ders başarısının orta ve kötü olma oranı, sigaraya daha geç başlayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. (sırasıyla;  $n = 10$ , % 83,3,  $n = 2$ , % 16,7;  $p = 0,045$ ) Bu grupta akran ilişkilerinde geçimsizlik oranını da anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $n = 10$ , % 83,3;  $p=0,02$ ).

Sigara kullanan olguların tamamı DEHB-B alt tipi tanısı aldı ( $p=0,007$ ). DEHB belirtileri 7 yaş veya daha öncesinde başlayan gruptan 16 olgu (% 69,6), 7 yaş üzerinde başlayan gruptan 7 olgu (% 30,4) sigara kullandığı bildirdi ( $p=0,053$ ). Komorbid tanıya sahip olanların oranı da sigara kullanan grupta diğer gruptan anlamlı biçimde fazlaydı (sırasıyla;  $n=19$ , % 82,6;  $n=4$ , % 17,4;  $p=0,0001$ ). KOKGB eş tanısı, sigara kullananların 8'inde (% 34,8), kullanmayanların ise 8'inde (% 13,6) saptandı ( $p=0,029$ ). Sigara kullananlar arasında DB eş tanısı da diğerlerinden anlamlı biçimde sıkı (sırasıyla;  $n=11$ , % 47,8;  $n=1$ , % 1,7;  $p=0,0001$ ).



Sigaraya başlama yaşı ile her hangi bir komorbid tanı alma veya komorbid KOKGB tanısı alma açısından istatistiksel anlamlılık saptanmazken (n=11 % 91,7, n=2 % 16,7; p>0,05); 13 yaşından önce sigaraya başlayanlar arasında komorbid DB tanısı alanların oranı anlamlı biçimde fazlaydı (sırasıyla; n=9, % 75; p=0,006).

Sigara kullananlar arasında kombine ilaç kullanımı (n=8, % 34,8; p=0,001) ve AP tedavi alma (n=11, % 47,8; p=0,000) oranları anlamlı düzeyde yüksek saptandı.

Sigara kullanımı olan ve olmayan olguların psikometrik testlerinin karşılaştırılmasına Tablo 7’de yer verilmiştir.

**Tablo 7. Sigara kullanımı olan ve olmayan olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması**

	İlk Test / Sigara Kullanımı (Ort±SS)			Son Test / Sigara Kullanımı (Ort±SS)			Var	Yok
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADÖ</b>								
Karşı Gelme	20,4±5,3	13,1±7,2	<b>0,0001</b>	12,0±5,3	9,5±6,2	0,084	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
Dikkatsizlik	21,3±7,5	18,9±7,3	0,131	13,8±7,1	10,5±5,6	0,088	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	11,6±5,4	9,3±5,0	<b>0,044</b>	7,0±5,3	4,8±3,2	0,246	<b>0,014</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	6,1±4,3	6,6±4,7	0,808	4,2±3,5	5,2±4,1	0,346	<b>0,013</b>	<b>0,005</b>
Mükemmeliyetçilik	7,6±4,1	6,1±4,1	0,069	4,8±3,5	5,7±3,2	0,193	<b>0,035</b>	0,337
Sosyal	4,6±3,7	3,1±2,4	0,115	2,3±2,7	2,2±2,2	0,759	<b>0,002</b>	0,197
Psikosomatik	7,0±3,6	5,0±3,6	<b>0,024</b>	4,6±3,0	3,8±2,5	0,429	<b>0,021</b>	<b>0,010</b>
DEHB İndeksi	24,1±7,6	20,7±7,1	<b>0,045</b>	14,3±5,9	12,2±4,8	0,156	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	12,3±4,1	9,5±3,9	<b>0,008</b>	7,5±4,3	5,4±2,8	0,107	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	5,4±2,3	3,6±2,5	<b>0,003</b>	3,3±1,7	2,8±2,2	0,250	<b>0,001</b>	<b>0,010</b>
KGI-Toplam	18,3±5,1	13,1±5,8	<b>0,001</b>	10,8±5,4	8,3±4,7	0,086	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,5±5,0	14,4±5,5	0,103	10,5±5,7	7,7±3,7	0,075	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	13,0±6,1	11,0±6,2	0,177	7,0±5,2	6,0±4,1	0,609	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	29,5±10,1	25,5±10,4	0,114	17,5±9,7	13,7±6,7	0,164	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	11,3±3,6	4,5±4,1	<b>0,0001</b>	5,5±4,2	2,1±3,3	<b>0,002</b>	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>
Dikkatsizlik	11,5±4,2	9,4±4,4	0,068	9,0±4,6	5,0±4,1	<b>0,006</b>	<b>0,017</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	8,4±4,9	7,0±4,5	0,251	5,0±4,1	2,6±2,5	<b>0,048</b>	<b>0,013</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	4,8±3,0	6,7±3,6	<b>0,037</b>	5,0±3,5	5,4±3,0	0,756	0,924	0,062
Mükemmeliyetçilik	2,8±3,3	4,8±3,9	<b>0,028</b>	3,7±3,2	4,4±3,1	0,514	0,114	0,386
Sosyal	4,4±3,7	4,0±4,0	0,560	2,5±3,9	1,8±2,4	0,672	<b>0,030</b>	<b>0,001</b>
DEHB- Dikkatsizlik	11,2±3,8	11,5±11,0	0,259	7,7±4,8	4,9±3,2	<b>0,034</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DEHB- Hiperaktivite	6,9±4,4	5,0±3,9	0,102	4,2±4,0	2,0±2,9	0,052	<b>0,023</b>	<b>0,0001</b>
KGI Huzursuzluk	8,3±3,7	6,0±2,7	<b>0,013</b>	4,9±3,6	2,8±2,8	<b>0,039</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	7,6±3,1	4,9±2,7	<b>0,002</b>	4,8±3,5	2,3±2,3	<b>0,024</b>	<b>0,011</b>	<b>0,0001</b>
KGI Toplam	16,0±5,4	11,0±4,7	<b>0,001</b>	9,7±6,4	5,2±4,7	<b>0,020</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	14,6±5,5	13,0±5,7	0,131	10,5±6,4	5,9±5,0	<b>0,025</b>	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	11,6±7,8	9,6±5,8	0,357	7,1±5,7	3,5±4,0	<b>0,018</b>	<b>0,033</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	25,0±11,1	21,4±8,9	0,127	16,9±11,4	9,0±7,2	<b>0,015</b>	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	11,2±4,3	10,9±5,5	0,394	10,8±4,0	9,6±3,7	0,200	0,819	0,234
Amaçlar	18,7±4,6	14,5±5,4	<b>0,002</b>	15,8±5,9	14,2±5,9	0,263	0,169	0,186
Dürtü	21,0±5,7	13,9±6,2	<b>0,0001</b>	18,7±7,0	12,3±5,4	<b>0,001</b>	<b>0,034</b>	<b>0,017</b>
Farkındalık	16,7±5,4	15,3±4,9	0,338	16,0±5,3	14,8±5,2	0,470	0,85	0,581
Strateji	22,1±7,9	16,7±7,5	<b>0,003</b>	21,5±8,2	14,8±7,2	<b>0,001</b>	0,672	<b>0,041</b>
Netlik	13,0±4,1	11,3±3,4	0,075	13,0±3,5	10,6±3,9	<b>0,016</b>	0,887	0,107
Toplam	103,0±18,7	82,8±22,6	<b>0,0001</b>	96,0±2,7	76,6±22,0	<b>0,003</b>	0,344	<b>0,017</b>
<b>GGA</b>								
Duygusal	4,1±2,3	3,2±2,1	0,083	3,3±2,2	2,6±2,0	0,242	0,255	0,076
Davranış	5,2±1,8	2,5±1,7	<b>0,0001</b>	3,1±1,5	2,0±1,5	<b>0,006</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,048</b>
DEHB	7,9±1,1	6,5±2,1	<b>0,006</b>	3,6±1,6	3,0±1,8	0,409	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Akran	3,0±1,3	2,6±1,5	0,273	3,2±1,8	2,6±1,8	0,200	0,81	0,599
Sosyal	6,4±2,5	8,0±1,6	<b>0,005</b>	7,1±1,9	8,2±1,8	0,060	<b>0,031</b>	0,942
Toplam	20,0±4,0	14,6±5,2	<b>0,0001</b>	13,0±5,4	10,4±4,9	0,060	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>

**Tablo 7'nin devamı**

Etki	3,6±2,2	2,0±3,2	0,001	1,8±2,6	0,7±1,3	0,039	0,011	0,0001
<b>Stroop</b>								
Süre	78,9±17,2	86,2±18,7	0,065	64,3±15,2	63,7±12,2	0,791	0,004	0,0001
Hata	0,6±1,4	0,9±2,1	0,688	0,1±0,5	0,2±0,7	0,859	0,257	0,003
Düzeltilme	2,1±2,0	2,9±2,1	0,120	0,2±0,4	0,5±0,7	0,238	0,002	0,000

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>**: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, sigara kullanımı olan ve olmayan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>**: Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: sigara kullanımı olan olgular arasında; p<sup>4</sup>: sigara kullanımı olmayan olgular arasında karşılaştırılması.

Alkol denediğini bildiren 10 olgunun (% 12,2) CADÖ karşı gelme ve mükemmeliyet, ADÖ davranış kontrolü (ADÖ ilk) ve problem çözme (ADÖ son) alt ölçek puanları denemeyen gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0,05). Ayrıca CÖDÖ (ilk), kaygı, hiperaktivite, KGİ huzursuzluk ve toplam puanları; DDGÖ dürtü alt puanları da anlamlı düzeyde farklıydı (p<0,05). Düzenli alkol kullanan ve kullanmayan gruplar karşılaştırıldığında, CADÖ hiperaktivite alt puanları anlamlı yüksek saptandı (p=0,05). Alkol deneme yaşı hakkında bilgisi edinilen olguların tamamında ilk kullanma yaşı 13 ve üzeri idi (ortalama yaş 15,0±2,1). Olguların 4'ü (% 4,9) madde denediğini belirtirken, düzenli madde kullandığını bildiren olgu yoktu.

KZVDDE üzerinde belirtilen 12 farklı KZVD arasından en az birisini gerçekleştiren 48 olgunun (% 58,5) 30'u (% 62,5 - % 76,9) kız, 18'i (% 37,5 - % 41,9) ise erkekti. İlk kez KZVD yaşı 11,37±3,39 olarak hesaplandı. En sık rastlanan KZVD türleri; yaranın iyileşmesine engel olma, cilde harf/şekil kazıma ve saç kopartma idi. KZVD olan olgular arasından aile içinde şiddet gören grupta tırnaklama ve kendini bir yere çarpma; sigara kullanımı olan grupta kendini kesme, çarpma, tehlikeli madde yutma; komorbiditesi olan grupta kendini kesme, yakma, saç kopartma, tehlikeli madde yutma; AP kullanımı olan grupta kendini kesme, saç kopartma, kendini tırnaklama, kendini bir yere çarpma davranışları istatistiksel olarak daha sık bulundu (p<0,05). KZVD sırasında yalnız olup olmadıkları sorusunu olguların 21'i (% 53,8) 'evet', 14'ü (% 35,9) 'bazen' ve 4'ü (% 10,3) 'hayır' olarak cevaplandırdı. 4 olgu (% 8,3), ilaç veya alkol alımı sırasında KZVD'ye karar verdiğini belirtti. KZVD öncesinde erkek arkadaştan ayrılma, ebeveyn ile kavga etme, düşük not alma gibi kendilerini etkileyecek herhangi bir olay yaşadığını belirten 26 olgu (% 60,5) varken, 17 olgu (% 39,5) herhangi bir olay olmadığını belirtmedi. KZVD olan olguların 25'i (% 83,3) bu dürtü oluştuktan sonra 1 saat içinde eylemi gerçekleştirdiğini belirtirken, 3 olgu (% 10) 1-3

saat içinde, 2 olgu ise (% 6,7) 1 gün sonrasında eyleme geçmişti. KZVD olan olguların 8'i (% 16,3) ailesinde veya çevresinde KZVD olan birileri olduğunu bildirdi.

DEHB başlangıç yaşı ve KZVD ilişkisi incelendiğinde; DEHB belirtileri 7 yaş ve altında başlayan grupta, kendini kesme ve kendini bir yere çarpma anlamlı biçimde sık bulundu ( $p<0,05$ ). DEHB-B olgularında sık olan iğne batırma dışında DEHB alt tipi ve KZVD arasında anlamlı ilişkiye rastlanmadı. KZVD olan olguların psikometrik testlerine Tablo 8'de yer verilmiştir.

**Tablo 8. KZVD olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması**

	İlk Test / KZVD (Ort±SS)			Son Test / KZVD (Ort±SS)			Var	Yok
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	16,2±7,7	13,6±7,1	0,118	10,6±6,4	9,8±5,5	0,604	<b>0,0001</b>	<b>0,008</b>
Dikkatsizlik	20,6±7,3	18,2±7,5	0,172	10,1±5,3	13,1±7,0	0,078	<b>0,0001</b>	<b>0,003</b>
Hiperaktivite	10,6±5,4	9,0±4,9	0,272	5,0±3,2	5,9±4,9	0,994	<b>0,0001</b>	<b>0,006</b>
Kaygı	6,0±4,7	7,1±4,3	0,128	4,8±4,2	5,1±3,6	0,546	<b>0,026</b>	<b>0,003</b>
Mükemmeliyetçilik	6,7±3,8	6,2±4,5	0,294	5,3±3,5	5,8±3,0	0,313	0,068	0,406
Sosyal	3,4±3,1	3,6±2,6	0,515	2,0±2,4	2,6±2,2	0,324	<b>0,025</b>	0,078
Psikosomatik	6,1±3,7	4,8±3,6	0,098	3,8±2,4	4,3±2,9	0,541	<b>0,001</b>	0,280
DEHB İndeksi	22,4±7,2	20,6±7,4	0,309	12,4±4,6	13,3±5,8	0,542	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	10,7±4,1	9,7±4,2	0,317	6,0±3,2	6,0±3,7	0,661	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	4,5±2,4	3,5±2,7	0,071	3,2±2,3	2,6±1,8	0,453	<b>0,0001</b>	0,055
KGI-Toplam	15,2±6,0	13,7±6,1	0,192	9,2±5,1	8,6±5,0	0,518	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM- Dikkatsizlik	16,3±5,2	13,2±5,3	<b>0,012</b>	7,6±3,6	9,6±5,2	0,127	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
DSM-Hiperaktivite	12,3±6,2	10,5±6,2	0,179	6,4±4,2	6,1±4,9	0,442	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
DSM-Toplam	28,7±10,3	23,7±10,1	<b>0,023</b>	14,0±6,9	15,8±8,7	0,453	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	7,4±5,0	4,7±4,5	<b>0,028</b>	3,3±3,4	2,5±4,2	0,131	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>
Dikkatsizlik	9,9±4,3	10,1±4,7	0,800	6,0±4,5	6,1±4,7	0,973	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
Hiperaktivite	6,9±3,8	8,1±5,6	0,563	3,2±2,5	3,2±3,9	0,460	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	6,6±3,6	5,5±3,3	0,169	5,5±3,1	5,0±3,±	0,506	<b>0,037</b>	0,974
Mükemmeliyetçilik	4,4±3,7	4,0±4,1	0,492	5,0±3,5	3,2±2,3	0,062	0,819	0,91
Sosyal	3,9±3,8	4,4±4,2	0,661	1,7±3,0	2,3±2,7	0,292	<b>0,001</b>	<b>0,028</b>
DEHB-Dikkatsizlik	10,8±3,6	12,4±14,7	0,439	5,6±3,4	5,6±4,4	0,689	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
DEHB-Hiperaktivite	5,5±4,0	5,5±4,3	0,865	2,4±2,8	2,7±4,0	0,655	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
KGI Huzursuzluk	6,7±3,0	6,3±3,5	0,981	3,2±2,8	3,5±3,5	0,925	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	6,3±3,2	4,5±2,4	<b>0,020</b>	3,5±2,7	2,3±3,0	0,082	<b>0,0001</b>	<b>0,007</b>
KGI toplam	13,1±5,5	11,2±5,1	0,142	6,7±4,9	5,9±6,2	0,399	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	13,8±5,8	12,8±5,5	0,654	7,0±5,2	7,2±6,5	0,792	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
DSM-Hiperaktivite	9,9±5,9	10,8±7,2	0,966	4,6±4,0	4,2±5,5	0,345	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	22,7±8,8	22,0±10,9	0,608	11,1±7,9	10,8±10,5	0,535	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	11,6±5,2	10,0±5,0	0,096	10,4±3,9	9,3±3,7	0,244	0,623	0,334
Amaçlar	17,4±5,2	13,3±5,0	<b>0,001</b>	15,5±6,1	13,7±5,5	0,282	0,061	0,705
Dürtü	18,2±5,8	12,7±7,0	<b>0,0001</b>	16,2±6,4	11,3±5,7	<b>0,001</b>	<b>0,021</b>	<b>0,019</b>
Farkındalık	15,7±5,4	15,7±4,7	0,792	15,2±5,4	15,2±5,0	0,623	0,928	0,323
Strateji	20,6±8,2	14,9±6,3	<b>0,001</b>	18,1±8,3	15,0±7,3	0,068	0,066	0,446
Netlik	12,6±3,4	10,5±3,7	<b>0,008</b>	12,0±4,1	10,3±3,5	0,123	0,187	0,509
Toplam	96,3±20,7	77,2±22,4	<b>0,0001</b>	87,7±24,5	75,1±20,9	<b>0,041</b>	<b>0,039</b>	0,163
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,9±2,2	2,8±2,0	<b>0,033</b>	3,2±2,1	2,2±2,0	<b>0,042</b>	0,207	0,062
Davranış	3,8±2,1	2,5±1,9	<b>0,003</b>	2,8±1,6	1,6±1,3	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>	<b>0,005</b>
DEHB	7,5±1,6	6,2±2,2	<b>0,004</b>	3,8±1,5	2,3±1,7	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Akran	2,9±1,4	2,5±1,6	0,332	3,1±1,7	2,4±1,9	0,165	0,546	0,836
Sosyal	7,4±2,0	7,8±2,0	0,337	7,6±1,8	8,2±1,8	0,211	0,477	0,177
Toplam	18,0±4,2	13,5±5,9	<b>0,0001</b>	12,9±4,2	8,7±5,3	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Etki	2,7±2,3	2,1±3,9	<b>0,017</b>	1,5±2,2	0,4±0,9	<b>0,009</b>	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>

**Tablo 8'in devamı**

<b>Stroop</b>								
Süre	83,3±16,7	85,5±17,7	0,920	63,6±14,1	64,3±11,6	0,880	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Hata	0,8±2,1	1,0±1,7	0,242	0,1±0,4	0,3±0,9	0,568	0,101	<b>0,046</b>
Düzeltime	3,0±2,4	2,2±1,5	0,237	0,6±0,7	0,3±0,5	0,241	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, KZVD olan ve olmayan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>:** Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: KZVD olan olgular arasında; p<sup>4</sup>: KZVD olmayan olguların karşılaştırılması.

#### 4.1.2. Aile Yapısı İle İlgili Özellikler

Ebeveynlerin 62'si (% 75,6) birlikte iken, 19 (% 23,2) olgunun ailesinde boşanma veya parçalanmış aile öyküsü mevcuttu. Boşanma öyküsü olan grubun CADÖ (ilk) hiperaktivite, psikosomatik ve KGİ DD puanları; ADÖ (ilk) problem çözme ve ADÖ (son) roller alt ölçeği ve CÖDÖ (ilk) KGİ duygusal ve toplam puanları diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0,05).

Olguların 57'si (% 69,5) çekirdek aile olarak yaşamaktaydı; çekirdek aile olmayan grubun CADÖ (ilk) psikosomatik alt puanı; ADÖ (ilk) problem çözme, ADÖ (son) roller alt puanlarında anlamlı düzeyde yükseklik saptandı (p<0,05).

23 olguda (% 28) ev içi şiddet öyküsü mevcutken, 9 olgu (% 11) ebeveynlerinde şiddet gördüğünü bildirdi. Bu olgularda, sigara kullanımı (n=11, % 47,8), ev içi şiddet öyküsü olmayan çocuklara kıyasla (n=12, % 20,3) anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,05). Ev içi şiddet öyküsüne göre psikometrik incelemelere Tablo 9'da yer verilmiştir.

**Tablo 9. Ev içinde şiddet öyküsüne göre tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması**

	İlk Test / Şiddet (Ort±SS)			Son Test / Şiddet (Ort±SS)			Var p <sup>3</sup>	Yok p <sup>4</sup>
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	18,7±6,8	13,7±7,3	<b>0,008</b>	12,7±4,9	9,1±6,2	<b>0,008</b>	<b>0,004</b>	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	18,7±7,2	19,9±7,5	0,602	11,1±6,8	11,5±6,0	0,569	<b>0,007</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	10,0±4,2	9,9±5,6	0,542	6,9±5,1	4,7±3,2	0,12	0,052	<b>0,0001</b>
Kaygı	5,5±3,3	6,8±4,9	0,443	4,8±3,9	4,9±4,0	0,987	<b>0,043</b>	<b>0,002</b>
Mükemmeliyetçilik	8,2±4,1	5,9±4,0	<b>0,020</b>	5,3±3,1	5,5±3,4	0,709	<b>0,006</b>	0,599
Sosyal	3,6±3,3	3,4±2,7	0,946	2,0±1,7	2,4±2,5	0,948	0,152	<b>0,017</b>
Psikosomatik	6,5±3,8	5,2±3,6	0,174	4,1±2,4	3,9±2,7	0,764	<b>0,002</b>	0,058
DEHB İndeksi	22,3±7,4	21,4±7,4	0,613	12,8±5,6	12,7±5,0	0,923	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
KGİ-İmpulsivite	11,0±4,0	10,0±4,2	0,259	7,3±3,8	5,4±3,1	0,095	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
KGİ-Duygudurum	4,6±2,4	3,9±2,6	0,22	3,1±1,6	2,9±2,3	0,463	<b>0,01</b>	<b>0,001</b>
KGİ-Toplam	16,2±4,9	14,0±6,3	0,098	10,4±5,0	8,4±4,9	0,139	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	14,5±4,9	15,2±5,6	0,694	8,8±4,8	8,2±4,3	0,68	<b>0,004</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	12,3±4,9	11,3±8,7	0,344	7,5±4,4	5,7±4,4	0,084	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	26,8±8,4	26,6±11,2	0,729	16,4±8,6	14,0±7,3	0,336	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	8,2±5,3	5,5±4,6	<b>0,042</b>	5,3±4,6	1,8±2,7	<b>0,002</b>	<b>0,013</b>	<b>0,001</b>
Dikkatsizlik	11,1±4,3	9,4±4,5	0,148	7,5±5,5	5,3±3,9	0,208	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	8,3±4,4	6,9±4,6	0,148	4,6±4,1	2,5±2,4	<b>0,078</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	5,3±3,1	6,6±3,7	0,149	4,4±2,8	5,7±3,2	0,227	0,275	0,244
Mükemmeliyetçilik	4,0±3,2	4,4±4,1	0,99	4,3±3,6	4,2±3,0	0,957	0,895	1
Sosyal	4,1±3,9	4,1±4,0	0,792	1,6±2,0	2,2±3,2	0,837	<b>0,004</b>	<b>0,006</b>

**Tablo 9'un devamı**

DEHB-Dikkatsizlik	10,7±3,6	11,7±11,3	0,817	6,8±4,4	5,0±3,4	0,133	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	6,4±4,8	5,2±3,8	0,34	4,5±4,2	1,6±2,3	<b>0,01</b>	<b>0,009</b>	<b>0,0001</b>
KGI Huzursuzluk	7,2±3,9	6,4±2,7	0,567	4,8±3,7	2,6±2,5	<b>0,033</b>	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	6,5±3,4	5,2±2,8	0,137	4,2±3,2	2,4±2,4	0,057	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
KGI Toplam	13,7±0,6	11,7±4,9	0,183	9,1±6,6	5,0±4,4	<b>0,027</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	14,4±5,9	12,9±5,5	0,42	8,1±6,4	6,6±5,4	0,423	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	11,5±7,2	9,5±5,9	0,214	7,3±5,9	3,0±3,2	<b>0,009</b>	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	24,5±10,5	21,4±9,1	0,305	14,8±11,1	9,2±7,3	0,062	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	12,4±6,2	10,4±4,6	0,157	10,0±3,9	9,9±3,8	0,852	0,152	0,993
Amaçlar	17,7±4,9	14,9±5,5	<b>0,039</b>	14,8±6,3	14,6±5,7	0,966	<b>0,047</b>	0,564
Dürtü	21,2±5,2	13,8±6,3	<b>0,0001</b>	16,8±6,8	12,8±6,1	<b>0,023</b>	<b>0,004</b>	0,084
Farkındalık	16,2±6,6	15,5±4,4	0,926	15,2±5,4	15,2±5,1	0,712	0,986	0,566
Strateji	23,2±7,6	16,3±7,3	<b>0,0001</b>	17,5±7,2	16,5±8,5	0,369	<b>0,016</b>	0,877
Netlik	13,2±4,4	11,2±3,2	0,053	11,8±4,0	11,0±3,8	0,465	0,144	0,617
Toplam	104,2±20,1	82,3±21,7	<b>0,0001</b>	86,5±23,5	80,2±23,8	0,276	<b>0,008</b>	0,385
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,8±1,8	3,3±2,3	0,212	3,0±1,9	2,7±2,2	0,470	0,081	0,177
Davranış	4,3±2,2	2,9±1,9	<b>0,009</b>	2,8±1,7	2,0±1,4	0,093	<b>0,008</b>	<b>0,002</b>
DEHB	7,4±1,8	6,7±2,0	0,224	3,4±2,0	3,1±1,7	0,559	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Akran	3,0±1,2	2,6±1,6	0,188	2,8±1,5	2,8±1,9	0,994	0,19	0,088
Sosyal	6,7±2,1	7,9±1,9	<b>0,015</b>	7,3±2,0	8,1±1,8	0,136	0,232	0,515
Toplam	18,7±4,2	15,2±5,6	<b>0,009</b>	11,8±5,6	10,8±4,9	0,317	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Etki	3,5±2,8	2,1±3,1	<b>0,011</b>	1,7±1,7	0,7±1,8	<b>0,004</b>	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, Ev içi şiddet öyküsü olan ve olmayan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>:** Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: Ev içi şiddet olan olgular arasında; p<sup>4</sup>: Ev içi şiddet olmayan olguların karşılaştırılması.

#### 4.2. Olguların Klinik Tanı Dağılımları, İlaç Tedavileri ve Tedavi Yanıtları

Olguların 67'si (% 81,7) DEHB-B, 15'i (% 18,3) DEHB-DE tanısı aldı (p=0,027). Kız olguların 28'i (% 71,8) DEHB-B, 11'i (% 28,2) DEHB-DE; erkek olguların 39'u (% 90,7) DEHB-B, 4'ü (% 9,3) DEHB-DE tanısı aldı (p<0,05). Kız olguların 16'sının (% 41), erkek olguların 27'sinin (% 62,8), tüm olguların % 52,4'ünün DEHB başlangıç yaşı 7 veya altında idi. Başlangıç yaşı ve cinsiyet arasında erkek olgular lehine anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,049).

DEHB ve alt tipler incelendiğinde; 67 DEHB-B olgusu arasında, DEHB başlangıç yaşı 7 veya daha az olan 42 olgu (% 62,7) varken, DEHB-DE tanılı 1 olgu (% 6,7) saptandı (p=0,000). Demografik veriler ve alt tip ilişkisi incelendiğinde; DEHB-B tanılı olguların 22'sinin (% 32,8) ve DEHB-DE alt tipinde 1 olgunun (% 6,7) şiddet gördüğü saptandı (p=0,041). DEHB alt tipleri ve medya kullanım özellikleri, alkol-madde deneme, ilaç tedavi gereksinimleri, sınıf tekrarı, akran ilişkileri, ebeveyn eğitim ve çalışma durumları, aile durumu, aile yapısı, bakan kişi gibi diğer demografik verilerde anlamlı ilişki saptanmadı. DEHB-B tanılı 67 olgunun 23'ünde (% 34,3) sigara kullanımı varken, DEHB-DE tanılı hiçbir olguda sigara kullanımı yoktu (p=0,007). DEHB alt tipleri ve komorbid tanı oranları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). DEHB alt tipleri ve işlevsellikteki bozulma ilişkisi incelendiğinde ise, alt tipler ve sosyal ve okul

alanlarında bozulma istatistiksel olarak farklı değilken ( $p>0,05$ ); DEHB-B grubunda DEHB-DE grubuna kıyasla aile işlevselliğinde bozulma olanların oranı daha yüksek saptandı (sırasıyla;  $n=51$  % 76,1,  $n=3$  % 20;  $p=0,000$ ). DEHB alt tipleri ile ilişkili demografik verilere Tablo 10’da yer verilmiştir.

**Tablo 10. DEHB alt tipleri ile ilişkili demografik veriler**

	DEHB Alt Tipi		p
	Bileşik	Dikkatsizlik	
Ev içi şiddet	22 (32.8)	1 (6.7)	<b>0.041</b>
DEHB Başlangıcı > 7 yaş	25 (37.3)	14 (93.3)	<b>0.0001</b>
Komorbid Tanı	30 (44.8)	3 (20.0)	0.077
Sigara Kullanımı	23 (34.3)	-	<b>0.007</b>
<b>Bozulma</b>			
Sosyal	12 (17.9)	2 (13.3)	0.670
Aile	51 (76.1)	3 (20.0)	<b>0.0001</b>
Okul	61 (91.0)	15 (100)	0.229

p: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, DEHB-B ve DEHB-DE alt tipleri ile ilişkili verilerin karşılaştırılması.

Tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin analizlerine Tablo 11’de yer verilmiştir.

**Tablo 11. DEHB alt tipleri ve tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin karşılaştırılması**

	İlk Test (Ort±SS)		p <sup>1</sup>	Son Test (Ort±SS)		p <sup>2</sup>	B p <sup>3</sup>	DE p <sup>4</sup>
	B	DE		B	DE			
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	17,0±6,6	6,8±5,1	<b>0,0001</b>	11,5±5,7	4,3±3,0	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>	0,139
Dikkatsizlik	20,8±7,0	14,4±7,3	<b>0,001</b>	12,1±6,5	8,0±3,1	<b>0,031</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,011</b>
Hiperaktivite	11,1±4,9	4,8±3,0	<b>0,0001</b>	5,8±4,1	2,9±2,0	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,036</b>
Kaygı	6,6±4,6	5,8±4,4	0,493	4,7±3,6	6,0±5,1	0,465	<b>0,0001</b>	0,655
Mükemmeliyetçilik	6,5±4,2	6,6±3,8	0,847	5,3±3,4	6,4±2,5	0,161	<b>0,025</b>	0,858
Sosyal	3,8±2,9	2,2±2,7	<b>0,020</b>	2,4±2,4	1,7±1,7	0,465	<b>0,004</b>	0,715
Psikosomatik	6,0±3,8	3,6±2,4	<b>0,031</b>	4,3±2,5	2,6±2,9	<b>0,033</b>	<b>0,002</b>	0,139
DEHB İndeksi	23,0±6,8	15,8±6,7	<b>0,001</b>	13,3±5,4	10,5±3,2	0,070	<b>0,0001</b>	<b>0,013</b>
KGI-İmpulsivite	11,2±3,8	6,2±2,9	<b>0,0001</b>	6,5±3,4	3,5±2,2	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,013</b>
KGI-Duygudurum	4,4±2,5	2,6±2,3	<b>0,010</b>	3,1±2,1	2,3±2,0	0,262	<b>0,0001</b>	0,391
KGI-Toplam	15,9±5,5	8,8±4,8	<b>0,0001</b>	9,7±5,0	5,9±4,0	<b>0,013</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,044</b>
DSM-Dikkatsizlik	15,9±5,2	11,2±4,8	<b>0,003</b>	8,9±4,7	6,4±2,5	<b>0,07</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,005</b>
DSM-Hiperaktivite	13,1±5,6	4,8±3,5	<b>0,0001</b>	7,0±4,4	2,9±2,5	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,014</b>
DSM-Toplam	29,0±9,4	16,0±7,8	<b>0,0001</b>	15,9±7,8	9,3±4,6	<b>0,004</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,006</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	7,2±4,8	2,7±3,9	<b>0,001</b>	3,5±4,0	0,6±1,2	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>	0,139
Dikkatsizlik	10,6±4,3	7,3±4,2	<b>0,013</b>	6,5±4,8	4,0±2,8	0,123	<b>0,0001</b>	0,065
Hiperaktivite	8,2±4,5	3,9±2,9	<b>0,001</b>	3,5±3,3	1,9±1,6	0,191	<b>0,0001</b>	<b>0,043</b>
Kaygı	5,7±3,5	8,2±3,0	<b>0,014</b>	5,1±3,1	6,0±3,3	0,533	0,619	<b>0,021</b>
Mükemmeliyetçilik	3,9±3,8	6,0±3,4	<b>0,031</b>	4,3±3,3	4,0±2,6	0,949	0,169	<b>0,033</b>
Sosyal	4,5±4,1	2,6±2,8	0,100	2,2±3,1	1,2±1,4	0,637	<b>0,0001</b>	0,204
DEHB-Dikkatsizlik	11,8±10,5	9,7±4,2	0,331	6,0±4,0	4,2±3,0	0,221	<b>0,0001</b>	<b>0,010</b>
DEHB-Hiperaktivite	6,3±4,0	2,5±2,9	<b>0,002</b>	3,0±3,5	0,8±1,5	0,063	<b>0,0001</b>	<b>0,041</b>
KGI Huzursuzluk	7,2±3,2	4,7±2,3	<b>0,008</b>	3,8±3,2	1,3±1,2	<b>0,015</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,005</b>
KGI Duygusal	6,1±3,1	3,7±2,2	<b>0,009</b>	3,3±2,9	1,5±2,0	0,068	<b>0,0001</b>	<b>0,032</b>
KGI Toplam	13,3±5,3	8,4±3,8	<b>0,002</b>	7,2±5,7	2,9±2,6	<b>0,028</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,008</b>
DSM-Dikkatsizlik	13,8±5,3	11,7±6,7	0,131	7,5±6,0	5,3±4,3	0,364	<b>0,0001</b>	<b>0,047</b>
DSM-Hiperaktivite	11,4±6,1	5,1±4,8	<b>0,001</b>	5,1±1,8	1,6±2,7	<b>0,011</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,018</b>
DSM-Toplam	23,9±9,1	16,4±9,5	<b>0,018</b>	12,1±9,3	6,6±6,2	<b>0,061</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,037</b>

**Tablo 11'in devamı**

<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	10,8±4,9	11,8±6,4	0,842	9,6±3,5	11,4±4,8	0,267	0,204	0,759
Amaçlar	15,6±5,4	16,3±6,1	0,746	14,1±5,7	17,6±6,2	0,099	<b>0,045</b>	0,622
Dürtü	16,3±7,1	14,0±5,1	0,269	14,4±6,7	13,2±6,0	0,735	<b>0,004</b>	0,156
Farkındalık	15,6±5,1	16,0±5,3	0,727	15,5±4,9	14,0±6,4	0,214	0,956	0,359
Strateji	18,4±8,1	11,7±7,1	0,670	16,8±8,0	17,1±8,5	0,695	0,089	0,552
Netlik	11,4±3,9	12,0±2,4	0,555	11,6±4,1	10,0±2,3	0,339	0,572	0,055
<b>Toplam</b>	<b>88,6±24,1</b>	<b>87,5±20,0</b>	<b>0,938</b>	<b>82,1±24,4</b>	<b>83,6±21,0</b>	<b>0,810</b>	<b>0,034</b>	<b>0,23</b>
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,5±2,2	3,3±2,1	0,832	2,7±2,0	3,4±2,6	0,492	<b>0,015</b>	0,903
Davranış	3,6±2,1	2,0±1,6	<b>0,008</b>	2,5±1,6	1,1±0,8	<b>0,007</b>	<b>0,0001</b>	0,121
DEHB	7,1±1,9	6,3±2,1	0,206	3,3±1,7	2,7±1,9	0,247	<b>0,0001</b>	<b>0,007</b>
Akran	2,8±1,4	2,0±1,6	0,068	2,8±1,7	2,8±2,0	0,883	0,865	<b>0,047</b>
Sosyal	7,4±2,0	8,6±1,5	<b>0,038</b>	7,7±1,8	8,6±2,0	0,101	0,125	0,892
<b>Toplam</b>	<b>16,7±5,4</b>	<b>13,7±5,2</b>	<b>0,048</b>	<b>11,3±5,3</b>	<b>10,1±4,5</b>	<b>0,393</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,036</b>
Etki	2,5±3,1	2,1±2,6	0,477	1,1±1,9	0,7±1,2	0,785	<b>0,0001</b>	<b>0,017</b>
<b>Stroop</b>								
Süre	83,1±16,4	89,0±19,3	0,250	64,1±13,7	62,6±9,6	0,829	<b>0,0001</b>	<b>0,005</b>
Hata	0,7±1,9	1,4±2,0	0,090	0,1±0,4	0,6±1,3	0,227	<b>0,012</b>	<b>0,041</b>
Düzeltilme	2,6±2,1	2,8±2,1	0,680	0,5±0,7	0,4±0,5	0,848	<b>0,0001</b>	<b>0,020</b>

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>**: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, DEHB-B ve DEHB-DE olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>**: Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: DEHB-B olgularının; p<sup>4</sup>: DEHB-DE olgularının karşılaştırılması.

DEHB alt tipleri ile tedavi öncesi ve sonrası ADÖ alt puanlarının karşılaştırılmasına Tablo 12'de yer verilmiştir.

**Tablo 12. DEHB alt tiplerinin tedavi öncesi ve sonrası ADÖ alt puanlarının karşılaştırılması**

	İlk Test / DEHB Tipi			Son Test / DEHB Tipi		
	BT	DE	p	BT	DE	p
<b>ADO</b>						
Problem Çözme	2,1±0,6	1,8±0,6	0,123	1,9±0,6	1,5±0,5	0,076
İletişim	1,9±0,4	1,6±0,5	0,09	1,8±0,5	1,4±0,3	<b>0,029</b>
Roller	2,2±0,4	1,8±0,5	<b>0,003</b>	2,0±0,4	1,6±0,4	<b>0,024</b>
Duygusal Tepki Verme	1,9±0,7	1,5±0,5	0,096	1,7±0,6	1,4±0,4	0,138
Gereken İlgiiyi Gösterme	2,1±0,4	2,0±0,4	0,157	2,0±0,3	1,7±0,3	<b>0,006</b>
Davranış Kontrolü	1,9±0,4	1,8±0,5	0,12	1,8±0,4	1,5±0,2	<b>0,045</b>
Genel İşlev	2,0±0,6	1,7±0,5	0,083	1,8±0,5	1,4±0,2	<b>0,007</b>
<b>Toplam</b>	<b>2,0±0,4</b>	<b>1,7±0,4</b>	<b>0,018</b>	<b>1,9±0,4</b>	<b>1,5±0,2</b>	<b>0,007</b>

**p**: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, DEHB-B ve DEHB-DE olgularının ADÖ ilk ve son test ortalamalarının karşılaştırılması

DEHB başlangıç yaşına göre psikometrik testlerin karşılaştırılmasına Tablo 13'te, tedavi yer verilmiştir

**Tablo 13. DEHB başlangıç yaşına göre tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin karşılaştırılması**

	İlk Test / DEHB Başlangıç (Ort±SS)			Son Test / DEHB Başlangıç (Ort±SS)			< 7 Yaş	> 7 Yaş
	< 7 Yaş	> 7 Yaş	p <sup>1</sup>	< 7 Yaş	> 7 Yaş	p <sup>2</sup>	p <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	17,6±6,4	12,4±7,7	<b>0,002</b>	11,9±6,2	8,3±5,2	<b>0,025</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,004</b>
Dikkatsizlik	21,6±5,8	17,4±8,4	<b>0,006</b>	13,0±7,0	9,5±4,4	<b>0,044</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	11,4±4,8	8,3±5,2	<b>0,006</b>	6,3±4,2	4,2±3,4	<b>0,035</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	6,6±4,7	6,3±4,4	0,672	4,8±3,6	5,1±4,3	0,929	<b>0,0001</b>	0,098
Mükemmeliyetçilik	6,3±3,9	6,8±4,4	0,665	5,5±3,3	5,5±3,3	0,788	0,130	0,210
Sosyal	4,0±3,1	2,9±2,6	0,122	2,2±2,3	2,3±2,4	0,976	<b>0,002</b>	0,579

**Tablo 13'ün devamı**

Psikosomatik	6,0±3,3	5,1±4,1	0,104	4,5±2,4	3,3±2,8	0,053	<b>0,003</b>	0,062
DEHB indeksi	24,0±6,1	19,1±7,8	<b>0,005</b>	13,8±5,7	11,4±4,1	0,130	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	12,0±3,5	8,4±4,0	<b>0,0001</b>	7,0±3,7	4,7±2,5	<b>0,010</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	4,6±2,5	3,5±2,5	0,055	3,4±2,0	2,3±2,1	<b>0,018</b>	<b>0,002</b>	<b>0,008</b>
KGI-Toplam	16,6±5,6	12,3±5,7	<b>0,002</b>	10,5±5,2	7,1±4,1	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,0±4,7	13,9±6,0	0,063	9,6±5,1	7,0±3,0	0,061	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	13,7±5,9	9,3±5,8	<b>0,002</b>	7,8±4,9	4,4±2,9	<b>0,006</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	29,8±8,9	23,2±11,0	<b>0,006</b>	17,4±8,5	11,4±4,9	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	8,4±4,9	4,0±3,9	<b>0,0001</b>	4,2±4,3	1,5±2,5	<b>0,011</b>	<b>0,0001</b>	0,058
Dikkatsizlik	11,0±4,1	8,7±4,6	<b>0,025</b>	7,1±5,1	4,7±3,5	0,105	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
Hiperaktivite	9,2±4,8	5,3±3,4	<b>0,001</b>	3,8±3,7	2,5±2,1	0,397	<b>0,0001</b>	<b>0,002</b>
Kayı	5,2±3,4	7,3±3,4	<b>0,017</b>	4,9±3,5	5,8±2,6	0,241	0,360	0,198
Mükemmeliyetçilik	3,8±4,2	4,9±3,4	0,079	4,2±3,6	4,3±2,5	0,419	0,530	0,480
Sosyal	5,0±4,2	3,1±3,4	<b>0,049</b>	2,1±3,2	1,8±2,5	0,923	<b>0,0001</b>	0,054
DEHB-Dikkatsizlik	12,9±12,6	9,7±3,5	0,134	6,3±4,3	4,8±3,0	0,252	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	7,6±4,0	3,2±2,8	<b>0,0001</b>	3,5±3,9	1,4±2,2	0,071	<b>0,0001</b>	<b>0,015</b>
KGI Huzursuzluk	7,9±3,2	5,3±2,4	<b>0,0001</b>	4,1±3,5	2,4±2,3	0,091	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	6,3±2,8	4,9±3,2	<b>0,044</b>	3,6±3,2	2,2±2,2	0,160	<b>0,0001</b>	<b>0,013</b>
KGI Toplam	14,3±5,3	10,2±4,6	<b>0,002</b>	7,7±6,1	4,7±4,2	0,091	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	14,4±4,9	12,3±6,2	0,063	8,3±6,1	5,6±4,8	0,119	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
DSM-Hiperaktivite	12,9±6,4	7,0±4,7	<b>0,0001</b>	5,9±5,4	2,6±2,9	<b>0,023</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	25,8±9,2	18,6±8,6	<b>0,004</b>	13,7±9,9	7,8±6,7	<b>0,018</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabulleneme	11,1±5,3	10,8±5,0	0,855	9,7±3,9	10,2±3,8	0,508	0,169	0,797
Amaçlar	15,6±5,4	15,8±5,6	0,907	13,6±5,7	15,9±6,0	0,145	<b>0,007</b>	0,702
Dürtü	17,0±7,7	14,6±5,6	0,207	15,4±6,8	12,8±6,0	0,167	<b>0,027</b>	<b>0,022</b>
Farkındalık	15,5±5,7	15,9±4,3	0,384	6,2±4,8	14,1±5,4	0,083	0,316	0,063
Strateji	18,4±7,9	18,0±8,1	0,759	17,7±8,5	15,8±7,4	0,479	0,273	0,132
Netlik	12,1±4,0	11,3±3,2	0,450	12,2±4,1	10,3±3,3	<b>0,043</b>	0,503	0,221
Toplam	90,0±23,8	86,7±23,0	0,507	85,1±25,0	79,3±22,2	0,396	0,161	<b>0,042</b>
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,4±2,3	3,5±2,1	0,687	2,8±1,9	2,8±2,3	0,873	0,072	0,257
Davranış	3,7±2,0	2,8±2,1	0,056	2,6±1,5	1,9±1,6	<b>0,048</b>	<b>0,003</b>	<b>0,005</b>
DEHB	7,4±1,5	6,4±2,3	0,052	3,3±1,5	3,1±2,0	0,635	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Akran	2,9±1,4	2,6±1,6	0,373	3,0±1,5	2,6±2,1	0,339	0,548	0,835
Sosyal	7,2±1,9	8,0±2,0	0,058	7,4±1,6	8,3±2,0	<b>0,028</b>	0,487	0,238
Toplam	17,0±5,1	15,2±5,6	0,190	11,6±4,8	10,6±5,5	0,452	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Etki	2,7±3,5	2,2±2,4	0,802	1,3±2,2	0,8±1,3	0,502	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>
<b>Stroop</b>								
Süre	84,1±17,3	84,2±16,9	0,891	65,7±15,2	61,7±9,8	0,271	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Hata	0,7±2,1	1,0±1,7	0,126	0,1±0,4	0,2±0,9	0,779	0,131	<b>0,005</b>
Düzeltilme	2,7±2,1	2,7±2,2	0,890	0,5±0,7	0,4±0,6	0,717	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, Başlangıç yaşı 7'nin altında ve üstünde olan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>:** Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: Başlangıç yaşı 7'nin altında olan olguların; p<sup>4</sup>: Başlangıç yaşı 7'nin üstünde olan olgularının karşılaştırılması.

Kız olguların 13'ünde (% 33,3), erkek olguların 20'sinde (% 46,5); tüm olgularımızın ise 33'ünde (% 40,2) komorbid hastalık saptanırken, cinsiyetler arasında komorbidite açısından farka rastlanmadı (p>0,05). Komorbid tanı almayanlara kıyasla komorbid tanı alan grupta alkol deneyenlerin (sırasıyla; n=9 % 27,3, n=1 % 2; p=0,001); kombine tedavi (n=10 % 30,3, n=2 % 4,1; p=0,001) veya AP tedavisi önerilenlerin (sırasıyla; n=13, % 39,4; n=1 % 2; p=0,000); sınıf tekrarı bildirenlerin (sırayla; n=7, % 21,2, n=3 % 6,1; p=0,041); ve akran ilişkilerinde geçimsiz olanların oranları anlamlı biçimde yüksek saptandı (sırasıyla; n=18 % 54,5, n= 6 % 12,2; p=0,000). Komorbidite ile ilişkili demografik özelliklere Tablo 14'te yer verilmiştir.



**Tablo 14. Komorbidite ile ilişkili demografik veriler**

	Komorbid Tanı				p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Sınıf tekrarı	7	21,2	3	6,1	<b>0,041</b>
Arkadaş İlişkilerinde Geçimsizlik	18	54,5	6	12,2	<b>0,0001</b>
DEHB Başlangıcı > 7 yaş	12	36,4	27	55,1	
Kombine Tedavi	10	30,3	2	4,1	<b>0,001</b>
Antipsikotik Tedavi	13	39,4	1	2,0	<b>0,0001</b>
Sigara Kullanımı	19	57,6	4	8,2	<b>0,0001</b>
Alkol Deneme	9	27,3	1	2,0	<b>0,001</b>
Madde Deneme	4	12,1	-	-	<b>0,012</b>

Komorbidite ve KOKGB/DB eş tanılarında sosyal, aile ve okul işlevselliklerindeki bozulmalara Tablo 15’te yer verilmiştir.

**Tablo 15. Komorbidite varlığı ve KOKGB/DB eş tanılarında işlevsellikteki bozulmaların değerlendirilmesi**

	Komorbidite		p	KOKGB		p	DB		p
	n	%		n	%		n	%	
Sosyal	8	24,2	0,157	7	21,2	<b>0,001</b>	6	18,2	<b>0,002</b>
Aile	24	72,7	0,281	13	39,4	<b>0,0001</b>	11	33,3	<b>0,0001</b>
Okul	33	100,0	<b>0,037</b>	7	21,2	<b>0,001</b>	11	33,3	<b>0,0001</b>

Komorbidite varlığına göre psikometrik testlerinin karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir.

**Tablo 16. Komorbidite ile tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerin karşılaştırılması**

	İlk Test / Komorbidite (Ort±SS)			Son Test / Komorbidite (Ort±SS)			Var	Yok
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	19,8±6,3	12,0±6,6	<b>0,0001</b>	11,7±5,9	9,1±5,9	<b>0,068</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,019</b>
Dikkatsizlik	21,7±6,0	18,2±8,0	<b>0,050</b>	12,3±7,2	10,7±5,3	0,403	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	12,3±4,6	8,3±5,0	<b>0,0001</b>	5,5±3,7	5,3±4,2	0,661	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
Kaygı	6,9±4,9	6,2±4,3	0,525	4,5±3,8	5,3±4,1	0,428	<b>0,001</b>	0,056
Mükemmeliyetçilik	7,8±3,9	5,7±4,1	<b>0,006</b>	5,8±3,7	5,2±2,9	0,638	<b>0,014</b>	0,732
Sosyal	4,1±3,6	3,1±2,2	0,489	2,4±2,8	2,1±1,8	0,672	<b>0,009</b>	0,172
Psikosomatik	7,0±4,1	4,6±3,1	<b>0,013</b>	4,1±3,1	3,9±2,2	0,952	<b>0,001</b>	0,203
DEHB İndeksi	24,4±5,7	19,8±7,8	<b>0,008</b>	12,8±5,7	12,7±4,7	0,771	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	12,6±3,2	8,7±4,0	<b>0,0001</b>	6,5±4,0	5,5±2,8	0,414	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	5,5±2,3	3,1±2,2	<b>0,0001</b>	3,0±2,1	2,9±2,1	0,685	<b>0,0001</b>	0,114
KGI-Toplam	18,2±4,9	12,2±5,5	<b>0,0001</b>	9,6±5,4	8,4±4,7	0,434	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,8±4,4	13,8±5,7	<b>0,009</b>	9,2±5,4	7,8±3,4	0,286	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	13,6±5,5	10,2±6,4	<b>0,011</b>	6,2±4,6	6,3±4,4	0,97	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	30,4±8,5	24,1±10,9	<b>0,005</b>	15,5±8,7	14,1±6,9	0,409	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	8,9±4,9	4,6±4,0	<b>0,0001</b>	3,9±3,9	2,3±3,7	<b>0,020</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,009</b>
Dikkatsizlik	1,7±4,1	9,4±4,7	0,179	7,9±4,8	4,8±4,0	<b>0,014</b>	<b>0,004</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	7,6±4,0	7,2±5,0	0,470	4,2±3,6	2,5±2,7	0,065	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	5,3±3,6	6,8±3,4	<b>0,06</b>	5,3±3,4	5,3±3,0	0,959	0,708	0,099
Mükemmeliyetçilik	3,0±3,0	5,1±4,1	<b>0,025</b>	3,7±2,9	4,6±3,3	0,387	0,287	0,386
Sosyal	5,4±4,6	3,2±4,1	0,052	2,4±3,5	1,7±2,3	0,548	<b>0,001</b>	<b>0,018</b>
DEHB-Dikkatsizlik	10,9±3,2	11,8±2,3	0,203	7,3±4,0	4,5±3,3	<b>0,013</b>	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	6,1±3,9	5,1±4,3	0,219	3,1±3,6	2,2±3,2	0,386	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
KGI Huzursuzluk	7,4±2,9	6,1±3,2	<b>0,056</b>	4,3±3,0	2,7±3,0	<b>0,023</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>

**Tablo 16'nın devamı**

KGI Duygusal	6,5±3,1	5,0±2,9	<b>0,043</b>	3,3±3,1	2,7±2,7	0,542	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
KGI Toplam	14,0±1,8	11,2±5,5	<b>0,017</b>	7,6±5,5	5,5±5,4	0,076	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	14,3±4,7	12,8±6,2	0,074	9,1±5,9	5,7±5,2	0,046	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	11,1±5,8	9,5±6,7	0,162	5,7±5,2	3,5±4,1	0,066	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	24,3±8,0	21,0±10,4	<b>0,042</b>	14,2±9,9	8,9±7,8	<b>0,033</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	10,8±5,4	11,1±5,0	0,661	9,7±3,5	10,1±4,1	0,875	0,464	0,536
Amaçlar	16,5±5,5	15,2±5,5	0,309	14,8±5,2	14,6±6,5	0,73	0,278	0,181
Dürtü	18,8±6,5	13,9±6,4	<b>0,001</b>	15,5±7,5	13,1±5,5	0,351	<b>0,012</b>	<b>0,045</b>
Farkındalık	17,2±5,7	14,7±4,4	0,076	15,8±5,8	14,7±4,6	0,529	0,549	0,9
Strateji	19,5±8,3	17,4±8,7	0,229	18,8±8,4	15,2±7,4	<b>0,049</b>	0,974	<b>0,004</b>
Netlik	12,6±3,9	11,2±3,4	0,095	12,3±3,4	10,5±4,1	<b>0,028</b>	0,708	0,18
Toplam	95,6±22,6	83,6±22,8	<b>0,028</b>	87,2±23,3	78,4±23,6	0,092	0,256	<b>0,018</b>
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,6±2,5	3,3±2,0	0,749	2,8±2,0	2,8±2,2	0,928	0,079	0,211
Davranış	4,6±2,0	2,4±1,7	<b>0,0001</b>	3,0±1,6	1,7±1,3	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>	0,094
DEHB	7,7±1,7	6,4±2,0	<b>0,002</b>	3,4±1,8	3,0±1,8	0,52	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Akran	3,0±1,3	2,6±1,6	0,160	2,9±1,8	2,7±1,8	0,654	0,957	0,298
Sosyal	6,9±2,3	8,0±1,6	<b>0,037</b>	7,3±1,7	8,4±1,8	<b>0,022</b>	0,291	0,414
Toplam	19,0±4,4	14,2±5,2	<b>0,0001</b>	12,0±5,0	10,4±5,1	0,216	<b>0,0001</b>	<b>0,001</b>
Etki	2,5±2,4	2,5±3,4	0,508	1,4±2,0	0,7±1,6	<b>0,058</b>	<b>0,028</b>	<b>0,0001</b>
<b>Stroop</b>								
Süre	83,6±17,2	84,6±17,0	0,843	64,9±12,4	63,0±13,7	0,478	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>
Hata	0,4±0,7	1,2±2,3	0,115	0,1±0,5	0,2±0,8	0,883	0,234	<b>0,003</b>
Düzeltilme	2,3±2,0	2,9±2,2	0,235	0,3±0,5	0,6±0,7	0,138	<b>0,0001</b>	<b>0,0001</b>

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>**: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, Komorbidite olan ve olmayan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>**: Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: Komorbidite olan olguların; p<sup>4</sup>: Komorbidite olmayan olgularının karşılaştırılması.

Olguların 16'sında (% 19,5) KOKGB, 12'sinde (% 14,6) DB eş tanısı bulunmaktaydı. DB tanısı alan olguların 2'sinin (% 20) bozulma şiddeti hafif, 8 olgunun (% 80) belirti şiddeti orta idi. 2 olgunun bozulma şiddeti bilgilerine ulaşılamadı. KOKGB veya DB tanılı olguların ise tümünde DEHB tanısı bulunmaktaydı (p=0,000). DEHB ve KOKGB arasında DEHB başlangıç yaşı açısından ilişki saptanmazken (p>0,05); DB olgularında DEHB belirtilerinin 7 yaş veya öncesinde başlayanların oranı anlamlı yüksek saptandı (Sırasıyla; n=11 % 91,7, n=1 % 8,3; p=0,003). DB tanılı olguların 4'ü (% 33,3) başlangıç yaşı 12 ve altında iken, 8 olgunun (% 66,7) başlangıç yaşı 12 ve üzerinde idi.

KOKGB tanılı olgulara kıyasla bu tanıyı almayan olguların ailesinde boşanma-parçalanma oranı anlamlı düzeyde düşük saptandı (sırasıyla; n=7, % 43,8; n=12, % 18,5; p=0,032). DB ve aile durumu arasında ise istatistiksel anlamlılık saptanamadı. Hem KOKGB, hem DB tanılı olgularda sosyal, aile ve okul alan işlevselliklerinde anlamlı düzeyde ilişki saptandı (sırasıyla KOKGB, n=7 % 43,8, n=13 % 81,3, n=7 % 43,8; DB, n=6 % 50, n=11 % 91,7, n=11 % 91,7; p<0,05). KOKGB grubunda tüm alanlarda işlevsellikte bozulma açısından cinsiyetler arasında fark saptanmazken; DB tanılı olguların aile işlevselliğinde erkek ve kız olgular arasında anlamlı fark saptandı

(sırasıyla, n=9 % 20,9, n=2 % 5,1; p=0,036). KOKGB tanısı alanların oranı cinsiyetler arasında benzerken, DB tanısı erkek olgularda daha yaygındı (n=9 % 75; p<0,05). DB başlangıç yaşı ve cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). KOKGB tanısı ve alkol deneme arasındaki oran istatistiksel olarak anlamlı değilken (p>0,05); DB tanılı olgularda alkol deneme oranı anlamlı biçimde yüksekti (n=6, % 50; p=0,000). Madde deneme öyküsü DB tanısı alanlarda almayanlardan anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla; n=3 % 25, n=1 % 1,4; p=0,000). KOKGB ve madde kullanımı arasında ise ilişki saptanmadı. KOKGB olgularının psikometrik testlerinin karşılaştırılmasına Tablo 17'de yer verilmiştir.

**Tablo 17. KOKGB tanısı alan ve almayan olguların psikometrik testlerinin karşılaştırılması**

	İlk Test / KOKGB (Ort±SS)			Son Test / KOKGB (Ort±SS)			Var p <sup>3</sup>	Yok p <sup>4</sup>
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	21,1±5,3	13,7±7,2	<b>0,0001</b>	11,4±6,2	9,9±6,0	0,464	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	20,5±5,8	19,4±7,8	0,682	9,3±7,4	12,0±5,8	0,101	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	12,0±4,4	9,4±5,3	<b>0,049</b>	4,3±1,9	5,7±4,3	0,657	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	5,1±3,5	6,8±4,7	0,26	2,9±3,6	5,5±3,8	<b>0,015</b>	<b>0,044</b>	<b>0,002</b>
Mükemmeliyetçilik	7,4±4,4	6,3±4,1	0,257	5,1±3,3	5,6±3,3	0,471	0,101	0,188
Sosyal	2,8±2,7	3,6±2,9	0,283	2,3±3,0	2,2±2,1	0,505	0,382	<b>0,008</b>
Psikosomatik	7,0±4,7	5,2±3,4	0,188	3,7±3,0	4,1±2,5	0,594	<b>0,039</b>	<b>0,007</b>
DEHB İndeksi	23,0±5,8	21,3±7,7	0,486	11,6±5,9	13,1±5,0	0,646	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	11,7±2,5	10,0±4,4	0,090	5,1±2,7	6,2±3,5	0,351	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	5,5±2,2	3,7±2,5	<b>0,014</b>	2,7±2,6	3,0±2,0	0,479	<b>0,007</b>	<b>0,002</b>
KGI-Toplam	17,3±4,1	13,9±6,3	<b>0,029</b>	7,9±4,8	9,3±5,0	0,373	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,8±4,0	14,6±5,7	0,112	7,6±5,7	8,7±4,1	0,344	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	13,1±5,1	11,2±6,4	0,187	5,2±3,1	6,5±4,7	0,493	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	29,9±8,7	25,8±11,0	0,088	12,8±6,9	15,2±7,9	0,450	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	9,2±3,7	5,7±5,0	<b>0,015</b>	3,0±2,4	3,0±4,0	0,223	<b>0,011</b>	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	7,9±2,4	10,4±4,7	0,084	4,2±2,9	6,4±4,7	0,268	<b>0,023</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	6,5±2,5	7,6±4,9	0,737	2,7±2,4	3,3±3,3	0,782	<b>0,034</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	6,2±3,9	6,2±3,5	0,881	5,8±1,9	5,2±3,3	0,379	0,865	0,110
Mükemmeliyetçilik	4,1±3,0	4,3±4,0	0,822	5,1±1,6	4,1±3,4	0,139	0,206	0,634
Sosyal	4,0±4,6	4,1±3,8	0,554	0,4±0,7	2,3±3,0	<b>0,038</b>	<b>0,016</b>	<b>0,001</b>
DEHB-Dikkatsizlik	9,9±3,4	11,8±10,5	0,681	5,0±2,6	5,7±4,0	0,698	<b>0,024</b>	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	5,1±3,2	5,6±4,3	0,952	1,6±2,8	2,7±3,4	0,256	0,063	<b>0,0001</b>
KGI Huzursuzluk	6,1±2,3	6,8±3,3	0,590	2,8±2,4	3,4±3,2	0,809	<b>0,019</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	7,8±2,5	5,1±3,0	<b>0,006</b>	2,8±2,4	3,0±2,9	0,945	<b>0,012</b>	<b>0,0001</b>
KGI Toplam	14,0±3,2	12,0±5,7	0,107	5,7±4,3	6,5±5,7	0,954	<b>0,012</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	11,7±4,0	13,8±5,9	0,363	5,4±3,4	7,4±6,0	0,411	<b>0,012</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	9,3±4,6	10,3±6,7	0,892	3,7±3,9	4,5±4,8	0,872	<b>0,028</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	20,3±6,8	22,9±10,1	0,410	8,6±5,7	11,5±9,5	0,523	<b>0,012</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	9,2±2,4	11,4±5,6	0,319	9,7±2,5	10,0±4,1	0,711	0,778	0,232
Amaçlar	16,8±5,7	15,4±5,4	0,370	16,3±4,1	14,3±6,2	0,199	0,551	0,094
Dürtü	20,3±5,4	14,8±6,8	<b>0,002</b>	17,5±7,3	13,2±6,1	<b>0,050</b>	0,078	<b>0,008</b>
Farkındalık	16,9±5,4	15,4±5,0	0,354	16,7±5,8	14,8±5,0	0,271	0,439	0,375
Strateji	20,3±9,5	17,7±7,5	0,396	20,6±8,8	15,8±7,5	<b>0,040</b>	0,900	<b>0,019</b>
Netlik	12,3±3,5	11,6±3,7	0,452	12,8±3,7	10,8±3,9	<b>0,08</b>	0,502	0,074
Toplam	96,0±21,9	86,6±23,5	0,082	94,0±21,6	79,1±23,5	<b>0,022</b>	<b>0,0001</b>	<b>0,006</b>
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,9±2,5	3,3±2,1	0,457	3,0±2,2	2,7±2,1	0,598	0,144	0,109
Davranış	4,8±1,7	2,9±2,0	<b>0,001</b>	3,7±1,5	1,9±1,3	<b>0,0001</b>	<b>0,030</b>	<b>0,001</b>
DEHB	7,4±2,1	6,8±1,9	0,150	4,0±2,0	3,0±1,7	0,067	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
Akran	2,7±1,1	2,7±1,6	0,943	3,0±1,6	2,7±1,9	0,776	0,535	0,759
Sosyal	7,3±1,7	7,6±2,1	0,313	7,1±1,5	8,1±1,9	0,057	0,856	0,115
Toplam	19,0±5,2	15,5±5,3	<b>0,011</b>	13,9±4,5	10,3±5,1	<b>0,026</b>	<b>0,001</b>	<b>0,0001</b>
Etki	2,2±1,9	2,5±3,3	0,802	2,0±2,3	0,8±1,6	<b>0,039</b>	0,530	<b>0,0001</b>

Tablo 17'in devamı

Stroop								
Süre	82,3±16,6	84,6±17,2	0,863	57,0±6,7	65,5±13,0	<b>0,048</b>	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
Hata	0,1±0,5	1,0±2,1	<b>0,038</b>	0,0±0,0	0,2±0,7	0,215	1,00	<b>0,001</b>
Düzeltilme	2,4±1,8	2,8±2,2	0,674	0,2±0,6	0,5±0,7	0,174	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>**: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, KOKGB tanılı olan ve olmayan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>**: Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: KOKGB olgularının; p<sup>4</sup>: KOKGB olmayan olgularının karşılaştırılması.

DB tanılı olguların psikometrik testlerinin karşılaştırılmasına Tablo 18'de yer verilmiştir.

Tablo 18. DB tanısı alan ve olmayan olguların psikometrik testlerinin karşılaştırılması

	İlk Test / DB (Ort±SS)			Son Test / DB (Ort±SS)			Var	Yok
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	22,0±4,2	13,9±7,3	<b>0,001</b>	14,1±5,3	9,6±5,9	<b>0,026</b>	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	22,5±5,9	19,1±7,6	0,138	16,4±5,8	10,5±5,9	<b>0,009</b>	<b>0,033</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	13,8±5,0	9,3±5,0	<b>0,007</b>	8,1±5,1	4,9±3,6	0,073	<b>0,021</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	7,3±5,1	6,3±4,4	0,489	4,8±2,5	4,9±4,1	0,859	<b>0,035</b>	<b>0,002</b>
Mükemmeliyetçilik	8,8±2,9	6,1±4,2	<b>0,011</b>	6,7±4,4	5,2±3,1	0,323	0,066	0,187
Sosyal	5,9±4,3	3,1±2,4	<b>0,038</b>	2,6±3,0	2,2±2,2	0,696	<b>0,024</b>	<b>0,047</b>
Psikosomatik	7,9±3,6	5,2±3,6	<b>0,018</b>	5,5±3,3	3,7±2,4	0,136	<b>0,021</b>	<b>0,009</b>
DEHB İndeksi	26,5±6,0	20,8±7,3	<b>0,015</b>	15,2±5,5	12,3±5,0	0,137	<b>0,007</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	14,8±3,3	9,5±3,8	<b>0,0001</b>	9,4±4,6	5,4±2,8	<b>0,010</b>	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	6,2±2,4	3,7±2,4	<b>0,002</b>	3,8±1,5	2,8±2,2	0,077	<b>0,018</b>	<b>0,001</b>
KGI-Toplam	21,0±5,3	13,5±5,4	<b>0,0001</b>	13,3±5,6	8,2±4,5	<b>0,010</b>	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	17,1±4,5	14,7±5,5	0,139	11,6±4,8	7,9±4,1	<b>0,018</b>	<b>0,049</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	15,4±5,6	10,9±6,1	<b>0,023</b>	9,6±5,5	5,7±4,0	<b>0,020</b>	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	32,5±9,4	25,6±10,3	0,057	21,3±9,9	13,6±6,7	<b>0,016</b>	<b>0,008</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	11,6±4,5	5,4±4,4	<b>0,0001</b>	7,0±4,3	2,3±3,3	<b>0,002</b>	0,058	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	13,7±3,6	9,3±4,3	<b>0,003</b>	12,5±3,0	4,9±3,8	<b>0,0001</b>	0,182	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	9,9±4,4	6,8±4,5	<b>0,033</b>	7,1±3,9	2,5±2,5	<b>0,001</b>	0,092	<b>0,0001</b>
Kaygı	3,2±2,8	6,7±3,4	<b>0,003</b>	3,8±4,0	5,5±2,9	0,116	0,888	0,092
Mükemmeliyetçilik	1,8±2,9	4,7±3,8	<b>0,006</b>	2,6±4,2	4,5±2,9	<b>0,039</b>	0,725	0,850
Sosyal	6,1±3,8	3,7±3,9	<b>0,036</b>	4,2±4,6	1,6±2,3	<b>0,045</b>	0,106	<b>0,0001</b>
DEHB-Dikkatsizlik	12,0±2,8	11,3±10,4	0,081	10,2±3,6	4,8±3,3	<b>0,001</b>	<b>0,034</b>	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	8,9±3,6	4,9±3,9	<b>0,003</b>	6,1±3,5	2,0±2,9	<b>0,001</b>	0,068	<b>0,0001</b>
KGI Huzursuzluk	10,1±1,9	6,0±2,9	<b>0,0001</b>	6,3±3,2	2,8±2,8	<b>0,004</b>	<b>0,017</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	7,0±2,9	5,4±3,1	0,117	5,5±3,4	2,5±2,5	<b>0,027</b>	0,262	<b>0,0001</b>
KGI Toplam	17,1±4,3	11,5±5,1	<b>0,002</b>	11,8±5,7	5,4±4,9	<b>0,003</b>	<b>0,030</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,8±4,2	12,8±5,7	<b>0,010</b>	14,0±4,9	5,9±5,0	<b>0,001</b>	0,058	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	14,5±6,5	9,3±6,0	<b>0,009</b>	10,1±5,3	3,4±3,9	<b>0,001</b>	0,107	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	29,6±7,3	21,1±9,4	<b>0,001</b>	23,2±8,0	8,9±7,3	<b>0,0001</b>	<b>0,042</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGO</b>								
Kabullenememe	13,8±7,5	10,5±4,5	0,184	11,1±4,7	9,7±3,6	0,358	0,553	0,477
Amaçlar	17,5±5,4	15,4±5,5	0,222	14,4±6,8	14,8±5,8	0,904	0,507	0,097
Dürtü	20,3±6,5	15,1±6,7	<b>0,026</b>	16,6±7,5	13,7±6,3	0,282	0,202	<b>0,003</b>
Farkındalık	17,0±6,8	15,5±4,7	0,683	15,2±4,8	15,2±5,3	0,889	0,574	0,725
Strateji	20,7±7,6	17,8±9,0	0,139	20,5±7,8	16,2±7,9	0,085	0,646	<b>0,019</b>
Netlik	13,5±4,7	11,4±3,4	0,104	13,1±2,7	11,0±4,0	0,055	0,718	0,195
Toplam	103,1±24,0	85,9±22,4	<b>0,039</b>	90,8±22,4	80,8±23,8	0,163	0,646	<b>0,010</b>
<b>GGA</b>								
Duygusal	3,3±2,4	3,5±2,2	0,796	2,6±1,7	2,8±2,2	0,805	0,622	<b>0,035</b>
Davranış	5,5±1,7	2,9±1,9	<b>0,0001</b>	2,8±1,2	2,2±1,6	0,128	<b>0,008</b>	<b>0,003</b>
DEHB	8,0±1,2	6,7±2,0	<b>0,036</b>	3,2±1,5	3,2±1,8	0,856	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>
Akran	3,3±1,4	2,6±1,5	0,122	3,1±1,8	2,7±1,8	0,434	0,746	0,459
Sosyal	5,6±2,8	7,9±1,6	<b>0,004</b>	7,0±2,1	8,0±1,8	0,157	<b>0,037</b>	0,743
Toplam	20,3±3,2	15,4±5,4	<b>0,004</b>	11,3±5,6	11,1±5,1	0,828	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>
Etki	3,5±3,0	2,3±3,0	0,108	1,3±1,8	1,0±1,9	0,394	<b>0,033</b>	<b>0,0001</b>

**Tablo 18'in devamı**

<b>Stroop</b>									
Süre	82,9±19,6	84,4±16,7	0,504	72,1±11,8	61,9±12,7	<b>0,021</b>	0,059	<b>0,0001</b>	
Hata	0,5±1,0	0,9±2,0	0,619	0,2±0,6	0,1±0,7	0,378	0,414	<b>0,002</b>	
Düzeltilme	2,7±2,4	2,7±2,1	0,861	0,3±0,5	0,5±0,7	0,662	<b>0,010</b>	<b>0,0001</b>	

**p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, DB tanılı olan ve olmayan olgularının ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

**p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>:** Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: DB olgularının; p<sup>4</sup>: DB olmayan olgularının karşılaştırılması.

KOKGB ve DB olgularının karşılaştırılmasına Tablo 19'da yer verilmiştir.

**Tablo 19. KOKGB ve DB tanılı olguların demografik verilerinin ve işlevselliklerinin karşılaştırılması**

	<b>KOKGB</b>				<b>p</b>	<b>DB</b>				<b>p</b>
	<b>Var</b>		<b>Yok</b>			<b>Var</b>		<b>Yok</b>		
Anne İşsiz	7	46,7	40	61,5	0,292	11	91,7	36	52,9	<b>0,012</b>
Çekirdek Aile	8	50,0	49	74,2	0,059	8	66,7	49	70,0	0,817
Ailede Boşanma	7	43,8	12	18,5	<b>0,032</b>	3	25,0	16	23,2	0,891
Akran Geçimsizliği	9	56,3	15	22,7	<b>0,008</b>	8	66,7	16	22,9	<b>0,002</b>
Ev içi şiddet	6	37,5	17	25,8	0,348	6	50,0	17	24,3	0,067
Düşük Ders Başarısı	3	18,8	6	9,1	0,540	3	25,0	6	8,6	<b>0,032</b>
DEHB Başlangıcı > 7 yaş	7	43,8	32	48,5	0,734	1	8,3	38	54,3	<b>0,003</b>
Kombine Tedavi	5	31,3	7	10,6	<b>0,036</b>	5	41,7	7	10,0	<b>0,004</b>
Antipsikotik Tedavi	6	37,5	8	12,1	<b>0,016</b>	7	58,3	7	10,0	<b>0,0001</b>
Sigara Kullanımı	8	50,0	15	22,7	<b>0,029</b>	11	91,7	12	17,1	<b>0,0001</b>
Sigaraya Başlama < 14 yaş	2	25,0	10	66,7	<b>0,057</b>	9	81,8	3	25,0	0,056
Alkol Deneme	3	18,8	7	10,6	0,372	6	50,0	4	5,7	<b>0,0001</b>
Madde Deneme	1	6,3	3	4,5	0,776	3	25,0	1	1,4	<b>0,0001</b>
<b>Bozulma</b>										
Sosyal	4	25,0	10	15,2	0,348	3	25,0	11	15,7	0,430
Aile	11	68,8	43	65,2	0,785	11	91,7	43	61,4	<b>0,041</b>
Okul	16	100	60	90,9	0,210	12	100	64	91,4	0,292

**p:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, KOKGB ve DB tanılı olguların demografik veri ve bozulma alanlarının karşılaştırılması.

Olguların tedavi dağılımları incelendiğinde, 79 olgu (% 96,3) psikostimülan tedavi almaktaydı. Psikostimülan tedavi alanlar içinde, 76 olgu (% 96,2) sadece uzun etkili MPH, 2 olgu (% 2,5) sadece kısa etkili MPH, 1 olgu (% 1,3) hem uzun, hem kısa MPH kullanmaktaydı. AP tedavisi önerilen 14 (% 17,1) olgudan 3'ü (% 3,7) sadece AP, 11'i (% 13,4) ise MPH ve AP birlikte kullandı. Toplamda olguların 12'sine (% 14,6) kombine tedavi önerildi. KOKGB ve DB tanılarında kombinasyon tedavisi ve AP kullanımı anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla; n=5 % 31,3, n=5 % 41,7; p<0,05). Kombine tedavi ve monoterapi alan grup kıyaslandığında; kombine tedavi grubunun CADÖ (ilk) karşı gelme, dikkatsizlik, hiperaktivite, sosyal, psikosomatik, alt AB ve tüm KGİ ve DSM puanlarında ve toplam skorda; CÖDÖ (ilk) karşı gelme, dikkatsizlik, hiperaktivite, kaygı, mükemmel, DEHB HA, tüm KGİ puanları, DSM hiperaktivite ve toplam skorlarda; CÖDÖ (son) karşı gelme, DEHB HA, KGİ huzursuzluk ve toplam skor, DSM HA ve toplam skorda anlamlı fark saptandı (p<0,05).

ADÖ (ilk) roller, genel işlev ve toplam skorda; ADÖ (son) problem çözme, iletişim, roller, genel ilgi, davranış kontrolü, genel işlev ve toplam skorlarda anlamlı düzeyde yükseklik saptandı ( $p<0,05$ ).

AP kullanan olguların ailelerinde boşanma/parçalanma öyküsü anlamlı yüksek (sırasıyla;  $n=8$  % 57,1;  $n=11$  % 16,4;  $p=0,001$ ); çekirdek aile yaşantısı anlamlı düşük (sırasıyla;  $n=5$  % 35,7,  $n=52$  % 75,5;  $p=0,003$ ); ve tek ebeveyn/geniş aile yaşantılarının yüksek (sırasıyla;  $n=9$  % 64,3;  $n=16$  % 23,5;  $p=0,003$ ) bulundu. AP kullanan olgularda diğerlerine kıyasla anneden ayrılık (sırasıyla;  $n=2$  % 14,3;  $n=1$  % 1,5;  $p=0,020$ ) ve ev içi şiddet öyküleri daha sıktı (sırasıyla;  $n=7$  % 50,  $n=16$  % 23,5;  $p=0,045$ ).

AP kullanan olgularda sigara kullanımı yüksek saptandı (sırasıyla;  $n=11$  % 78,6;  $n=12$  % 17,6;  $p=0,000$ ). Benzer şekilde, AP kullanan olgularda alkol (sırasıyla;  $n=6$  % 42,9;  $n=4$  % 5,9;  $p=0,000$ ) ve madde deneme oranları yüksek saptandı (sırasıyla;  $n=3$  % 21,4;  $n=1$  % 1,5;  $p=0,002$ ).

AP kullanan olgularda ders başarısının orta veya kötü olanların (sırasıyla;  $n=14$  % 100;  $n=68$  % 66,2;  $p=0,026$ ); ve sınıf tekrarı olanların (sırasıyla;  $n=5$  % 35,7;  $n=5$  % 7,4;  $p=0,003$ ); ve akran ilişkilerinde geçimsiz olanların oranları AP kullanmayanlara göre anlamlı yüksekti (sırasıyla;  $n=9$  % 64,3;  $n=15$  % 22,1;  $p=0,002$ ).

AP kullanımı ve DEHB başlangıç yaşı arasında anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla; 7 yaş öncesi  $n=11$  % 78,6, 7 yaş sonrası  $n=3$  % 21,4;  $p=0,032$ ). AP kullanan olgularda komorbidite oranı daha yüksekti (sırasıyla;  $n=13$  % 92,9;  $n=20$  % 29,4;  $p=0,000$ ). AP kullanan ve kullanmayan olguların demografik verilerine Tablo 20’de yer verilmiştir.

**Tablo 20. AP kullanan olgular ile ilişkili demografik veriler**

	Antipsikotik Kullanımı				P
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
Düşük Ders Başarısı	3	21,4	6	8,8	<b>0,026</b>
Sınıf Tekrarı	5	35,7	5	7,4	<b>0,003</b>
Ev İçi Şiddet	7	50,0	16	23,5	<b>0,045</b>
Ebeveynler Arası Şiddet	2	14,3	7	10,3	0,663
Ailede Boşanma	8	57,1	11	16,4	<b>0,001</b>
Çekirdek Aile Yapısı	5	35,7	52	76,5	<b>0,003</b>
DEHB Başlangıcı > 7 yaş	3	21,4	36	52,9	<b>0,032</b>
Komorbid Tanı	13	92,9	20	29,4	<b>0,0001</b>
<b>KOKGB-Bozulma</b>					
Sosyal	3	21,4	4	5,9	0,058
Aile	5	35,7	8	11,8	<b>0,025</b>
Okul	4	28,6	3	4,4	<b>0,003</b>

Tablo 20'nin devamı

<b>DB-Bozulma</b>					
Sosyal	3	21,4	3	4,4	<b>0,026</b>
Aile	6	42,9	5	7,4	<b>0,0001</b>
Okul	6	42,9	5	7,4	<b>0,0001</b>
<b>Alkol-Madde</b>					
Sigara Kullanımı	11	78,6	12	17,6	<b>0,0001</b>
Alkol Denemesi	6	42,9	4	5,9	<b>0,0001</b>
Madde Denemesi	3	21,4	1	1,5	<b>0,002</b>
Alkol Kullanımı	4	100	1	33,3	0,053
Akran Geçimsizliği	9	64,3	15	22,1	<b>0,002</b>
Sigaraya Başlama < 14 yaş	3	27,3	4	33,3	0,059

**p:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, KOKGB ve DB tanıli olguların demografik veri ve bozulma alanlarının karşılaştırılması.

AP alan ve almayan olguların psikometrik testlerine ise Tablo 21'de yer verilmiştir.

Tablo 21. AP kullanan ve kullanmayan olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması

	İlk Test / AP Tedavi (Ort±SS)			Son Test / AP Tedavi (Ort±SS)			Var	Yok
	Var	Yok	p <sup>1</sup>	Var	Yok	p <sup>2</sup>		
<b>CADO</b>								
Karşı Gelme	22,5±4,8	13,6±7,1	<b>0,0001</b>	13,1±4,6	9,6±6,1	<b>0,035</b>	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	22,0±5,7	19,1±8,7	0,171	14,8±7,7	10,7±5,6	0,114	<b>0,007</b>	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	12,7±4,3	9,4±5,2	<b>0,016</b>	6,6±4,7	5,1±3,8	0,345	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	6,5±4,8	6,5±4,5	0,99	5,7±3,4	4,7±4,0	0,304	0,165	<b>0,001</b>
Mükemmelliyeçilik	7,6±3,7	6,3±4,2	0,182	4,4±2,5	5,7±3,4	0,296	<b>0,007</b>	0,367
Sosyal	5,4±4,3	3,1±2,3	0,083	2,5±3,3	2,2±2,1	0,586	<b>0,009</b>	0,095
Psikosomatik	6,2±2,7	5,4±3,9	0,225	4,1±2,3	4,0±2,7	0,637	<b>0,016</b>	<b>0,011</b>
DEHB İndeksi	25,0±6,6	21,0±7,3	0,077	14,4±6,1	12,4±4,9	0,432	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
KGI-İmpulsivite	13,3±3,3	9,7±4,0	<b>0,003</b>	7,6±4,4	5,6±3,1	0,248	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
KGI-Duygudurum	6,2±2,3	3,6±2,4	<b>0,001</b>	3,6±1,7	2,8±2,2	0,132	<b>0,008</b>	<b>0,003</b>
KGI-Toplam	19,5±5,2	13,6±5,7	<b>0,001</b>	11,2±5,6	8,5±4,7	0,138	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,8±3,7	14,6±5,7	0,149	11,6±6,1	7,7±3,7	<b>0,043</b>	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	13,7±6,4	11,1±6,1	0,171	7,8±5,7	5,9±4,1	0,314	<b>0,005</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	30,5±7,8	25,8±10,8	0,075	19,4±9,9	13,7±6,8	0,062	<b>0,003</b>	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>								
Karşı Gelme	13,1±2,0	5,0±4,2	<b>0,0001</b>	6,7±4,2	2,2±3,3	<b>0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,001</b>
Dikkatsizlik	12,4±3,6	9,5±4,5	<b>0,032</b>	9,7±4,5	5,3±4,2	<b>0,009</b>	0,109	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	9,2±4,4	7,0±4,6	0,087	6,4±4,2	2,6±2,5	<b>0,005</b>	<b>0,017</b>	<b>0,0001</b>
Kaygı	4,3±2,8	6,6±3,6	<b>0,036</b>	5,7±3,8	5,2±3,0	0,714	0,573	0,061
Mükemmelliyeçilik	3,0±4,0	4,5±3,8	0,097	4,5±4,2	4,2±3,0	0,936	0,406	0,678
Sosyal	6,0±4,1	3,7±3,8	0,078	3,4±4,6	1,7±2,3	0,275	0,073	<b>0,0001</b>
DEHB-Dikkatsizlik	12,8±3,3	11,1±10,4	<b>0,012</b>	9,7±3,5	4,8±3,4	<b>0,001</b>	<b>0,058</b>	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	8,5±4,5	4,9±3,8	<b>0,015</b>	5,2±3,9	2,0±3,0	<b>0,010</b>	<b>0,028</b>	<b>0,0001</b>
KGI Huzursuzluk	10,0±2,2	6,0±2,9	<b>0,0001</b>	6,1±3,4	2,8±2,8	<b>0,006</b>	<b>0,012</b>	<b>0,0001</b>
KGI Duygusal	7,9±2,4	5,2±3,0	<b>0,005</b>	6,7±2,1	2,2±2,3	<b>0,0001</b>	0,103	<b>0,0001</b>
KGI Toplam	17,9±3,9	11,2±5,0	<b>0,0001</b>	12,8±4,4	5,1±4,8	<b>0,0001</b>	<b>0,018</b>	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	16,0±4,2	12,9±5,8	<b>0,026</b>	12,0±6,1	6,1±5,2	<b>0,012</b>	0,051	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	13,9±7,5	9,4±5,9	<b>0,038</b>	9,2±5,4	3,5±3,9	<b>0,002</b>	0,058	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	28,3±8,4	21,2±9,4	<b>0,011</b>	20,3±9,9	9,2±7,7	<b>0,002</b>	<b>0,033</b>	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>								
Kabullenememe	11,0±5,1	10,0±5,5	0,547	10,0±3,9	9,5±3,5	0,714	0,888	0,34
Amaçlar	15,3±5,4	17,5±5,7	0,231	14,6±6,2	15,1±4,1	0,617	0,212	0,19
Dürtü	15,2±6,7	19,1±6,7	<b>0,047</b>	13,5±6,4	17,0±6,8	0,115	0,271	<b>0,002</b>
Farkındalık	15,2±4,6	17,9±6,8	0,274	14,5±4,8	18,4±5,6	0,054	0,397	0,360
Strateji	17,5±7,7	21,6±8,4	<b>0,072</b>	15,4±7,4	22,6±8,2	<b>0,005</b>	0,753	<b>0,012</b>
Netlik	11,6±3,6	12,2±4,3	0,616	10,8±3,8	13,5±3,5	<b>0,026</b>	0,245	<b>0,040</b>
Toplam	86,2±22,8	99,2±23,8	0,060	79,2±23,6	96,3±19,2	<b>0,009</b>	0,529	<b>0,003</b>

**Tablo 21'in devamı**

<b>GGA</b>								
Duygusal	3,5±2,2	3,4±2,4	0,804	2,6±2,1	3,5±2,1	0,146	0,774	<b>0,013</b>
Davranış	2,9±2,0	5,0±1,9	<b>0,001</b>	2,1±1,5	3,1±1,6	<b>0,045</b>	<b>0,012</b>	<b>0,001</b>
DEHB	6,7±2,1	7,7±1,0	0,138	3,0±1,8	3,8±1,7	0,287	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
Akran	2,6±1,5	3,2±1,5	0,199	2,8±1,8	2,9±1,6	0,644	0,450	0,343
Sosyal	7,8±1,7	6,4±2,8	0,074	8,1±1,7	6,9±2,1	0,068	0,217	0,422
Toplam	15,5±5,5	19,5±3,7	<b>0,017</b>	10,7±4,9	13,0±5,9	0,116	<b>0,002</b>	<b>0,0001</b>
Etki	2,4±3,2	2,6±2,0	0,371	0,9±1,7	1,7±2,4	0,115	0,117	<b>0,0001</b>
<b>Stroop</b>								
Süre	85,3±18,0	79,0±10,3	0,216	62,8±13,5	68,0±10,7	0,152	<b>0,030</b>	<b>0,0001</b>
Hata	1,0±2,1	0,2±0,8	0,088	0,1±0,7	0,2±0,6	0,456	1,00	<b>0,001</b>
Düzeltilme	2,7±2,2	2,6±1,9	0,904	0,5±0,7	0,3±0,4	0,504	<b>0,007</b>	<b>0,0001</b>

p<sup>1</sup> ve p<sup>2</sup>: Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, AP alan ve almayan olguların ilk test (p1) ve son test (p2) ortalamalarının karşılaştırılması;

p<sup>3</sup> ve p<sup>4</sup>: Bağımlı grupların analizi, Wilcoxon Signed Ranks Test, ilk test ve son test ortalamalarının p<sup>3</sup>: AP alan olguların; p<sup>4</sup>: AP almayan olguların karşılaştırılması.

Tüm olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılmasına Tablo 22'de yer verilmiştir.

**Tablo 22. Tüm olguların tedavi öncesi ve sonrası psikometrik testlerinin karşılaştırılması**

	İlk Test	Son Test	İlk/Son Test arası Fark	p
<b>CADO</b>				
Karşı Gelme	15,1±7,5	10,2±6,0	4,9±6,7	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	19,6±7,4	11,4±6,2	7,7±6,8	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	9,9±5,2	5,4±4,0	4,6±5,4	<b>0,0001</b>
Kayı	6,5±4,5	4,9±3,9	1,9±4,2	<b>0,0001</b>
Mükemmelliyeçilik	6,5±4,1	5,5±3,3	1,1±4,0	<b>0,050</b>
Sosyal	3,5±2,9	2,3±2,3	1,3±3,4	<b>0,006</b>
Psikosomatik	5,6±3,7	4,0±2,6	1,6±3,3	<b>0,001</b>
DEHB İndeksi	21,7±7,3	12,8±5,2	9,7±6,5	<b>0,0001</b>
KGİ-İmpulsivite	10,3±4,1	6,0±3,4	4,7±3,3	<b>0,0001</b>
KGİ-Duygudurum	4,1±2,5	2,9±2,1	1,5±2,5	<b>0,0001</b>
KGİ-Toplam	14,6±6,0	9,0±5,0	6,2±5,4	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	15,0±5,4	8,4±4,4	6,4±5,2	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	11,6±6,2	6,3±4,4	5,6±4,6	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	26,6±10,4	14,7±7,7	12,1±8,8	<b>0,0001</b>
<b>CODO</b>				
Karşı Gelme	6,4±5,0	3,0±3,8	2,7±4,2	<b>0,0001</b>
Dikkatsizlik	10,0±4,5	6,0±4,5	3,8±4,6	<b>0,0001</b>
Hiperaktivite	7,4±4,6	3,2±3,1	3,7±3,7	<b>0,0001</b>
Kayı	6,2±3,5	5,3±3,1	1,1±4,2	0,115
Mükemmelliyeçilik	4,3±3,8	4,2±3,1	0,1±4,5	0,958
Sosyal	4,1±3,9	2,0±2,9	2,3±4,1	<b>0,0001</b>
DEHB-Dikkatsizlik	11,4±9,6	5,6±3,8	4,8±3,9	<b>0,0001</b>
DEHB-Hiperaktivite	5,5±4,1	2,6±3,3	2,7±3,2	<b>0,0001</b>
KGİ Huzursuzluk	6,7±3,1	3,3±3,1	3,2±2,8	<b>0,0001</b>
KGİ Duygusal	5,6±3,1	3,0±2,8	2,3±2,8	<b>0,0001</b>
KGİ Toplam	12,4±5,4	6,4±5,4	5,6±4,8	<b>0,0001</b>
DSM-Dikkatsizlik	13,4±5,6	7,1±5,7	6,4±5,8	<b>0,0001</b>
DSM-Hiperaktivite	10,1±6,4	4,4±4,7	5,4±5,1	<b>0,0001</b>
DSM-Toplam	22,4±9,6	11,0±9,0	11,1±8,2	<b>0,0001</b>
<b>DDGÖ</b>				
Kabullenememe	11,0±5,1	9,9±3,8	0,8±5,5	0,340
Amaçlar	15,7±5,5	14,7±5,9	1,2±4,7	0,081
Dürtü	15,9±6,8	14,2±6,5	2,2±4,9	<b>0,002</b>
Farkındalık	15,7±5,1	15,2±5,2	0,4±5,7	0,573
Strateji	18,2±7,9	16,8±8,0	1,9±7,9	0,068
Netlik	11,7±3,7	11,3±3,9	0,5±3,6	0,182
Toplam	88,4±23,3	82,4±2,7	7,2±20,0	<b>0,013</b>



**Tablo 22'nin devamı**

<b>GGA</b>				
Duygusal	3,4±2,2	2,8±2,1	0,5±2,1	<b>0,035</b>
Davranış	3,3±2,1	2,3±1,6	1,0±1,7	<b>0,0001</b>
DEHB	6,9±2,0	3,2±1,8	3,7±2,2	<b>0,0001</b>
Akran	2,7±1,5	2,8±1,8	0,1±1,6	0,571
Sosyal	7,6±2,0	7,9±1,8	0,3±1,7	0,185
Toplam	16,1±5,4	11,1±5,1	4,9±5,6	<b>0,0001</b>
Etki	2,5±3,0	1,0±1,8	1,5±3,0	<b>0,0001</b>
<b>Stroop</b>				
Süre	84,2±17,0	63,9±13,0	19,7±15,0	<b>0,0001</b>
Hata	0,8±1,9	0,2±0,6	0,7±2,1	<b>0,001</b>
Düzeltilme	2,7±2,1	0,5±0,7	2,2±2,0	<b>0,0001</b>
<b>ADO</b>				
Problem çözme	2,0±0,6	1,8±0,6	0,1±0,6	0,202
İletişim	1,8±0,4	1,7±0,5	0,1±0,5	<b>0,028</b>
Roller	2,1±0,5	1,9±0,4	0,2±0,5	<b>0,004</b>
Duygusal Tepki Verme	1,8±0,6	1,7±0,5	0,1±0,5	0,444
Gereken İlgiyi Gösterme	2,1±0,4	1,9±0,3	0,1±0,5	<b>0,031</b>
Davranış Kontrolü	1,9±0,4	1,7±0,4	0,1±0,4	<b>0,044</b>
Genel İşlev	1,9±0,6	1,7±0,5	0,1±0,4	<b>0,006</b>
Toplam	2,0±0,4	1,8±0,4	0,1±0,3	<b>0,002</b>

**p:** Bağımsız grupların analizi, Mann Whitney U testi, tüm olguların ilk test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması

## 5. TARTIŞMA

Çocuk ve ergen polikliniklerine en sık başvuru sebepleri arasında yer alan YDB'nin, tanınmadığı ve tedavi edilmediğinde kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı gibi ek psikiyatrik tanılar, suça yönelme, akademik yaşamda aksama, iş yaşamında, ikili ilişkilerde güçlükler, kendine zarar verme, kazaya karışma gibi birçok olumsuz yaşantı için risk taşıdığı bilinmektedir. Bu nedenle, gidişatı böyle olumsuz olabilen bir durumun erken tanınması ve tedavinin hızlıca planlanması oldukça önem taşımaktadır.<sup>2,7-10</sup> Bu çalışmada, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve YDB spektrumunda tanı alan 12-18 yaş aralığındaki ergenlerin, hem tedavi öncesi, hem de 6 aylık farmakoterapi sonrasında ebeveyn, öğretmen ve öz bildirime dayalı ölçekler ve kontrol muayeneleri ile klinik özelliklerinin ve izlem süreci sonrasında tedavi ile bahsedilen alanlarda değişimin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma grubu, 12-18 yaş aralığında seçilerek, başvuru anına kadar tedavi almamış olan olgularla ilgili klinik özellikleri betimlemek ve bu olgularda tedavi ile değişimlerin ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca, bu olguların tedavi seçeneklerini, bireye özgü gereksinimlere göre tasarlamış, çalışmanın naturalistik bir izlem çalışması olması hedeflenmiştir.

Toplam örnekleme cinsiyet oranının birbirine oldukça yakın olduğu (E:K=1,1) dikkati çekmektedir. Bu oran, DEHB veya diğer YDB spektrumundaki hastalıkların toplamda ve özellikle klinik örneklemler çalışmalarda erkeklerde daha sık rastlandığı bilgisine tam olarak uymamaktadır.<sup>1,2,302</sup> Bu durum, çocukluk çağı başvurularının çoğunun hiperaktivite gibi dışarıdan gözlenebilen davranışsal sorunlar nedeniyle aile, öğretmen veya yakın çevre kaynaklı olması da klinikte erkek olgulara daha fazla rastlanmasını açıklayabilmektedir.<sup>1,26</sup> Bizim bulgularımız ise; ergenlerin karşılaştıkları bilişsel sorunlar veya sosyal güçlükler nedeniyle kendilerinin başvurmaları veya kız olgular arasında da dikkat veya benzeri bilişsel zorluklar için başvuruların ergenlikten sonra artış göstermesi gibi nedenlerle de E/K oranının ergen veya genç erişkin yaşlarda birbirine yaklaştığı bilgisi ile uyumlu görünmektedir.<sup>1,26</sup> Bu çalışmada 12 yaş üzeri tedavi edilmemiş olguların dahil edilmesinden dolayı benzer klinik özelliklere sahip erkek olgularda klinik başvurunun daha küçük yaşlarda olabileceği; öte yandan kız olguların belirtilerinin daha geç fark edilebileceği ve başvurularının görece daha ileri

yaşlarda olabileceği; dolayısıyla çalışmamızdaki E/K oranının genel oranı yansıtmayabileceği düşünülmektedir.

DEHB çekirdek belirtilerinde, klinik görünülerinde, maruz kaldıkları risk alanlarında, işlevselliklerindeki bozulmaların benzer alanlarda ve benzer şiddette olması ve bu olguların tedavi süreçlerinde cinsiyetler arası fark olmadığı belirtilmektedir.<sup>303-306</sup> Bizim çalışmamızda da, hem ilk, hem de son testlerde CADÖ, CÖDÖ gibi YDB'yi yordayan ölçeklerde cinsiyetler arası anlamlı düzeyde fark olmaması, tanıların cinsiyetler arasında benzer şiddete bozulma ile seyrettiği ve tedavi yanıtının benzer olduğu verileri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

DEHB alt tiplerinin sıklığı ve cinsiyetler arası dağılımı incelendiğinde; yazınla uyumlu bir şekilde DEHB-B, DEHB-DE alt tipine göre daha sık tanı almış ve DEHB-B erkek, DEHB-DE kız olgularda daha sık olarak değerlendirilmiştir.<sup>1,25,26,307,308</sup> DEHB-B ve DEHB-DE tanıli olguların, hem tedavi öncesi, hem de tedavi sonrası CADÖ, CÖDÖ, ADÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olması da, beklenen şekilde hiperaktivite veya impulsivite belirti şiddetinin tanı ve gidişat üzerine önemli etkisi olduğunu desteklemektedir.<sup>8</sup>

DEHB belirtilerinin başlangıç yaşı 7 veya daha altında olan olguların büyük çoğunluğu (% 97,7) DEHB-B tanısı alırken, DEHB-DE tanıli olguların belirti başlangıç yaşı büyük oranda (% 93,3) 7 yaş veya daha üzeri olarak saptanmıştır. Bu bulgu; hiperaktivite veya impulsivite gibi dışa vurum sorunlarının görece erken yaşlarda fark edildiği, dikkat ile ilgili sorunların ise sıklıkla okul çağı veya sonrasında tanı aldığı görüşü ile uyumludur.<sup>16,309</sup> Ek olarak, DSM-5 ile DEHB başlangıç yaşının 7'den 12'ye yükseltilmesi de özellikle DEHB-DE olan olguların çoğunluğunun, DEHB-B tanıli olguların ise bir kısmının tanı alması açısından olumlu bir gelişme olarak yorumlanabilir.<sup>3,120</sup>

Toplam 33 olgunun (% 40,2) komorbid tanı aldığı görülmüştü. Komorbid tanıların dağılımı incelendiğinde; 16'sında (% 19,5) KOKGB, 12'sinde (% 14,6) DB, 5 olguda ise (% 6,1) PEN, TB gibi diğer tanılar saptanmıştır. Bizim çalışmamızda hem genel, hem de YDB için komorbidite oranlarının yazına göre daha az oranlarda saptandığı dikkati çekmektedir.<sup>4-6</sup> Yazında verilen oranların tüm yaşlar için genel bir oranı yansıttığı; bizim çalışmamızda ki görece düşük komorbidite oranlarının ise hem çalışmanın ilaç yanıtını etkilememesi açısından BB, MD, AB veya eşlik eden organik

hastalıklar gibi diğer tanıların dahil edilmemesi, hem de olguların 12 yaş veya daha sonrasında başvurması; dolayısıyla daha ağır olguların daha erken yaşta kliniğe başvurmuş olabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızda, komorbidite varlığı ile; belirtilerin erken yaşta başlaması, sınıf tekrarı, akran ilişkilerinde geçimsizlik, sigara-alkol-madde deneme ve kullanma, kombine tedavi ve AP kullanım gerekliliği gibi olumsuz sayılabilecek durumların ilişkili saptanması ve özellikle okul alanındaki bozulmanın istatistiksel olarak anlamlı olması; bu bireylerin sosyal, duygusal, akademik alanlarda daha fazla zorluk çektikleri, erişkin yaşamda MKB için risk altında oldukları ve daha şiddetli gidişat ile ilişkili oldukları bilgilerini desteklemektedir.<sup>4</sup>

Çalışmamızda, komorbid YDB kız olgulara kıyasla erkek olgularda daha fazla saptanmış olmakla birlikte, KOKGB tanısının kız olgularda hafifçe daha fazla olduğu, DB tanısının ise erkek olgularda baskın olduğu dikkati çekmektedir. Bu bulgu KOKGB için E/K oranlarının ergenlik ve sonrası dönemde azaldığı; DB tanısının ise tüm yaşlarda erkek olgularda daha sık olduğu bilgileri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>1,302,306,307,310</sup> Benzer şekilde, çalışmamızda komorbid YDB tanılı olguların büyük çoğunluğunun DEHB-B tanılı olması; hiperaktivite belirtileri olan olguların daha fazla dışa vurum davranışları gösterdiği ve genel komorbidite oranının daha yüksek olduğu bilgisini desteklemektedir.<sup>310</sup>

Olgularımız akademik açıdan incelendiğinde; çoğunluğunun (% 72) ders başarısının orta veya daha vasat olduğu ve % 12,2'sinde sınıfta kalma öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Bu durum yazında yer alan, DEHB ile ilişkili Yİ bozukluklarının artmış oranlarda sınıf tekrarı, düşük akademik işlevsellik, beklenenin altında akademik başarıya yol açabildiği bilgileri ile uyumludur.<sup>306,311</sup> Bu bilgi ile uyumlu olarak, Murphy ve ark., tüm DEHB alt tiplerinde, daha az süre ile eğitim görme, daha az oranlarda lise mezuniyeti ve özel eğitime daha fazla ihtiyacın olduğunu bildirmişlerdir.<sup>312</sup> Ayrıca, bu olguların uzun dönem olumsuz gidişatını ön görür şekilde; sınıf tekrarı yapan olgularda, KOKGB ve DB tanıları daha sık saptanmış ve paralel olarak AP gereksinimi daha fazla olmuştur. Bu durum, YDB ile düşük akademik işlevsellik arasında ilişkiyi desteklemekle birlikte, olguların büyük çoğunluğunun (% 96,3) örgün eğitime devam edebiliyor olması, ailelerin bu konuda daha bilinçli yaklaşabilmesi veya tedavi süreci ile bu olguların eğitimlerine devam etme olasılığının artmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızdaki sigara deneyen tüm olguların sigarayı düzenli kullanmaya başladıkları, sigara kullanım oranının % 28 olduğu, ve bu olguların yaklaşık yarısında sigara başlangıç yaşının 13 veya daha altında olduğu saptanmıştır. Bu oran, Izutsu ve ark. tarafından ortaya konan hiperaktivite belirtileri gösteren lise öğrencilerinde sigara kullanımının erkek olgularda % 33,1, kız olgularda % 14,3 oranına yakın olarak yorumlanmıştır.<sup>313</sup> Kollins ve ark., dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivite belirtileri ile hem hayat boyu sigara deneme, hem de düzenli sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki saptamışlardır.<sup>71</sup> Tercyak ve ark. ise, DEHB belirtilerinin ergen bireylerde sigara içimi için risk olarak kabul edilmesi gerektiğini, özellikle dikkatsizlik belirtisinin sigara içmeye başlama ve düzenli kullanım ile daha fazla ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir.<sup>314</sup> Bizim çalışmamızda ise, sigara kullanan tüm olguların DEHB-B tanısı aldığı ve özellikle DB komorbiditesi saptandığı göz önüne alındığında, Fuemmeler tarafından ortaya konan hiperaktivite-impulsivite skorları ile sigara kullanma veya sigara deneme aşamasından düzenli kullanıma geçiş ve nikotin bağımlılığı arasında anlamlı ilişki olduğu fikri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>315</sup>

Sigara kullanan olguların, kullanmayan olgulara oranla alkol ve madde deneme oranları istatistiksel olarak yüksek olması, sigara kullanımının; hem nikotin bağımlılığının yanı sıra, alkol ve madde deneme ve dolayısıyla ileri dönem MKB için risk oluşturduğu fikrini desteklemektedir. Izutsu ve ark. tarafından yapılan çalışmada, hiperaktivite belirtileri olan ergenler arasında; alkol kullanımı sıklığı erkeklerde % 74,1, kızlarda % 63,4 olarak saptanmıştır.<sup>313</sup> Bu oranın çalışmamızdaki alkol kullanım oranlarına kıyasla daha yüksek olması, benzer psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olmakla birlikte kültürel faktörlerin alkol kullanımı üzerine olası etkisini desteklemektedir.

Çalışmamızda, düzenli madde kullanan olgu bulunmamakla birlikte, yazında DEHB ile birlikte özellikle DB tanılı olguların madde kullanım açısından risk altında olduğu bildirilmiştir.<sup>316</sup> Bunu destekler şekilde, çalışmamızda madde deneyen olguların çoğunun DB tanısına sahip olduğu dikkati çekmektedir.

Tüm veriler birlikte değerlendirildiğinde, yazında yer alan DEHB tanısının, her iki cinsiyette erken yaşta sigara deneme, düzenli kullanma, denemeden bağımlılığa hızlı geçiş ve nikotin bağımlılığı için risk olarak kabul edildiği, DEHB tanısına ek YDB varlığının da bu riski artırdığı; ek olarak erken yaşta sigara deneme ile ileri dönemde özellikle uzun süreli ve çok miktarda madde kullanımının ilişkili olduğu ve DEHB

tanısının ilerleyen dönemde MKB için risk etmeni olduğu vurgulanmaktadır.<sup>317-320</sup> Görüşme yapılan ergenlerin, sigara-alkol-madde kullanımı ile ilgili sorulara tam anlamıyla dürüst cevap vermeyebilecekleri de dikkati alınır; bu olguların sigara, alkol veya madde kullanımının verilen oranlara kıyasla daha fazla olabileceği tahmin edilmektedir.

Sigara kullanımı olan olguların, tedavi öncesi CADÖ karşı gelme alt puanı ve etki, DD, total puanı; CÖDÖ karşı gelme, dikkatsizlik, KGİ puanlarının ve CÖDÖ karşıt gelme ve KGİ skorlarında da anlamlı yükseklik olması da, bu bireylerin sigara kullanmayan olgulara kıyasla YDB belirti şiddetinin daha fazla olduğu şeklinde yorumlanabilir. ADÖ ve sigara kullanımı arasında istatistiksel farklılık saptanmamakla birlikte, sigaraya erken yaşta başlayan grupta hem tedavi öncesi, hem tedavi sonrasında farklılıklar saptanması; işlevselliğinin daha sağlıklı olduğu ailelerde çocukların riskli davranışlara daha yatkın olabilecekleri ve düşük aile işlevselliğinin bu tür risklere karşı yeterince korunmaması ile sonuçlandığı şeklinde yorumlanabilir. Ek olarak, sigara içen ve içmeyen olgular karşılaştırıldığında, tedavi öncesi DDGÖ skorlarında anlamlı farklılık saptanmış olması, Wilens ve ark. tarafından bildirilen ER ile ilgili güçlükler yaşayan ergenlerin görece daha fazla sigara tükettikleri ve MKB tanılarının daha sık olduğu bilgisi ile uyumludur.<sup>321</sup> Yazında; tam olarak kanıtlanamamış olsa bile sigaranın duygudurum düzenleyicisi veya duygudurumu iyileştirme benzeri bir işlevinin olabileceği ileri sürülmüştür.<sup>320,322</sup> Benzer şekilde, bu olguların tedavi öncesi GGA davranış, hiperaktivite, sosyal alt puanları, toplam skor ve etki alanlarında sigara kullanmayan olgulara göre anlamlı yükseklik saptanması; bu olguların daha şiddetli belirtiyeye sahip oldukları veya günlük hayatta daha fazla zorluk yaşadıkları ve sigarayı bu güçlüklerle bir tür baş etme yöntemi veya self-medikasyon olarak kullanıyor olabileceklerini düşündürmektedir. Bu fikri destekler şekilde, Wilens ve ark., DEHB tanılı olguların yaklaşık üçte birinin self-medikasyon amaçlı sigara kullandığını belirtmişlerdir.<sup>323</sup>

Literatür incelendiğinde; DEHB tanılı bireylerde nikotinin özellikle davranışsal ketlenme, tepki süresi, hafıza ve geri çağırma gibi bazı bilişsel alanlarda neredeyse MPH ile kıyaslanabilir ölçüde olumlu etkilerinin olabileceği belirtilmektedir.<sup>320,324,325</sup> Çalışmamızda bu bilgiyle çakışır şekilde kontrol muayenelerinde uygulanan Stroop Testinde sigara içmeyen olgularda, sigaraya erken başlayan grupta daha belirgin olmak

üzere sırasıyla sigara içmeyen ve sigaraya daha geç yaşta başlayan olgulara kıyasla yanıt oranı daha düşük saptanmıştır. MPH ile tüm olgularımızda Stroop Test'te anlamlı düzelme olsa da, sigara içen ve özellikle sigaraya erken başlayan grupta tedavi ile olumlu bilişsel iyileşmenin görece daha az olması, sigara kullanımının ve özellikle uzun süre maruziyetin bilişsel bozulmaya neden olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Bu açıdan yazına bakıldığında, sigara kullanan ve kullanmayan erişkin DEHB olgularında MPH etkisinin farklı olmadığını bildiren çalışmalara rastlanmıştır.<sup>326</sup> Bu sorunun yanıtlanabilmesi için daha geniş örneklem ve takip verilerini içeren çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmamıza dahil olan olguların yarısından fazlası (% 58,5) yaşam boyu kendini kesme, ısırma, yakma, tehlikeli madde yutma vb. gibi kendine zarar verme kapsamındaki davranışlardan birini en az bir kere gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Bu durum, Briere ve Gil tarafından saptanan klinik örneklemde KZVD sıklığına kıyasla (% 21) oldukça yüksektir.<sup>327</sup> Yazınla uyumlu şekilde, bu çalışmada KZVD olan olgular ağırlıklı olarak kızlardan (% 62,5) oluşmaktadır.<sup>328,329</sup>

DEHB tanılı bireylerin KZVD ve dolayısıyla KZVD'nin öncül kabul edildiği suicidal düşünce veya girişim için risk altında oldukları bildirilmektedir.<sup>73,74,330</sup> Whitlock ve ark., KZVD'nin intihar riskini 20 kat artırdığı, dolayısıyla ileri dönem intihar düşüncesi veya eylemlerini ön görebildiği, bu nedenle KZVD'nin intihar öncesi bir kapı işlevi gördüğü; ebeveyn veya güvenilen biri ile paylaşılmasının veya hayatın bir anlamının olmasının bu geçişi azaltmada etkili olabileceğini belirtmişlerdir.<sup>331</sup> Bu durumu destekler şekilde, Wilcox ve ark., KZVD olan bireylerin altıda birinin ileri dönemde intihar girişiminin olduğu belirtilmiştir.<sup>332</sup> Izutsu ve ark., çocukluk çağında hiperaktivite belirtileri olan ergenlerde kendini kesme ve kendini bir yere çarpma şeklindeki KZVD sıklığının, anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır.<sup>313</sup> Semiz ve ark., 105 sabıkalı erişkin ile yaptıkları çalışmada, KZVD sıklığını % 92 olarak saptamış, DEHB belirti sayısı ile KZVD sıklığı, intihar girişimi, ilk kez KZV yaşının düşük olması ile birebir ilişkili olduğunu belirtmiştir.<sup>333</sup> Bizim çalışmamızda; KZVD sıklığı % 58,5, ortalama başlangıç yaşı 11 olarak hesaplanmıştır. Bu durum; çalışmaya 12 yaş ve üzeri olguların kabul edildiği de düşünüldüğünde; genel olarak KZVD'nin tanı almamış veya tedavi edilmemiş DEHB veya YDB'nin uzun dönem sonuçlarından biri olduğunu destekler niteliktedir. KZVD olan olguların % 8,3'ünde eş zamanlı ilaç

veya alkol alımı bulunması, ülkemizde kültürel nedenlerden dolayı alkol tüketiminin görece daha az olması ile açıklanabilir.

KZVD'nin yakın çevrede olması veya medyada yer almış olması gibi sebepler de KZVD için açıklayıcı bir sebep olabilir. Whitlock ve ark., akranlarla internet üzerinden etkileşim ile bireylere destek olunabileceğini, ancak bunun aynı zamanda KZVD'ye teşvik de edebileceğini belirtmişlerdir.<sup>334</sup> Bearman ve Moody ise, intihar teşebbüsü olan bir arkadaşına sahip olmanın, her iki cinsiyette de intihar düşüncelerini ve girişiminin artmasında etkili olduğu, sosyal izole kız olgularda bu riskin görece daha fazla olduğunu, dolayısıyla arkadaş çevresinin suisidalite üzerinde etkili olabileceğini belirtmişlerdir.<sup>335</sup> Jarvi ve ark. ise, ergen ve genç erişkinlerde KZVD ile sosyal bulaşmanın ilişkili olabileceğini ortaya koymuşlardır.<sup>336</sup> Bunu destekler şekilde, Muehlenkamp ve ark., KZVD olan diğer bireylerle iletişime geçmenin bir faydasının olmadığını ortaya koymuşlardır.<sup>337</sup> Bizim çalışmamızda da olguların % 16,3'ünde, kendi ailesi veya yakın çevresinde KZVD olan birey olduğunu belirtmesi bu durumu destekler niteliktedir.

Hinshaw ve ark., DEHB tanılı kız olgular ile yaptıkları bir takip çalışması ile, DEHB-B tanılı kızlarda DEHB-DE alt tipine kıyasla daha sık KZVD saptamışlardır.<sup>338</sup> Swanson ve ark. ise, DEHB-B tanısı ile KZVD ilişkili bulunmuş ve bu durumu kasıt olmaksızın, ivedilikle ve zayıf inhibitör kontrolün eşlik ettiği belirgin bir dürtüsel davranış olarak değerlendirilmişlerdir.<sup>339</sup> Çalışmamızda, olguların % 83,3'ünün KZV eylemini kendisini etkileyen bir olaydan hemen sonra gerçekleştirmesi, olayın dürtüsel boyutunu desteklemektedir. Buna ek olarak, DEHB belirtilerinin erken yaşta başladığı grupta KZVD'nin sıkça gözlenmesi de bu davranışın dürtüsellik ile ilişkili olabileceğini dolaylı biçimde desteklemektedir. Bununla birlikte, DEHB tanısının genel olarak riski artırdığı bilgisi ile uyumlu biçimde, çalışmamızda DEHB alt tipleri ile KZVD çeşitleri ve sıklığı, otonom ve sosyal işlevler alt puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yazında ise, KZVD'nin DEHB-DE tanılı olgularda, DEHB-B olanlara göre daha az iken; topluma göre daha fazla olduğu belirtilmektedir.<sup>74,334</sup> Ek olarak, çalışmamızda KZVD olan ve olmayan olguların CADÖ (ilk) DSM-DE ve DSM-total puanlarında anlamlı fark



olması da bu durumun sadece hiperaktivite/impulsivite ile açıklanmasının yetersiz olabileceğini destekleyebilir. Genel olarak bu durum, DEHB tanısının tüm tipler ve her iki cinsiyetin KZVD açısından risk olarak değerlendirilebileceğini desteklemektedir.<sup>74</sup> KZVD ve ADÖ puanları arasında ki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmama ile birlikte, KZVD olan olgularda ADÖ puanlarının kısmen daha yüksek bulunması; sağlıklı aile içi iletişimine veya yetersiz ebeveynlik becerilerine işaret ederken, yaşanan güçlüklerin paylaşılamaması veya yeterli desteğin olmaması gibi durumların kendine zarar verme gibi olumsuz sonuçlara yol açtığını düşündürmektedir.

KZVD ve komorbidite incelendiğinde ise, KZVD bildiren olgular arasında komorbid KOKGB tanısı anlamlı düzeyde yüksek olmasına rağmen, DB tanısı ile KZVD arasında istatistiksel anlamlılık saptanamamıştır. Nock ve ark., çalışmamızın aksine KZVD olan ergenlerle yaptıkları bir çalışmada ise, KOKGB % 44,9; DB tanısı ise % 49,4 oranında, tüm dışa vurum davranışlarını ise % 62,9 olarak saptamışlardır.<sup>340</sup>

KZVD olmayan olgulara kıyasla, KZVD olgularının DDGÖ (ilk) amaçlar, dürtü, strateji, netlik ve toplam puanları; ayrıca GGA duygusal, davranış, hiperaktivite, toplam skor ve etki alt puanları ve FASM ölçeğinin tüm puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Turner ve ark., bizim çalışmamıza benzer şekilde duygusal netlik ile ilgili güçlük yaşayan ergenlerin KZVD açısından daha fazla risk altında olduklarını saptamışlardır.<sup>341</sup> Bu veriler ışığında, KZVD olgularının duygularını anlama, duygularını ayarlayabilme, uygun duygulanımı ifade etme ve dışa vurma konusunda daha çok zorlandıkları veya olaylara beklenenden daha fazla, abartılı veya agresif şekilde duygusal yanıt verebildikleri; ve olumsuz duyguların tolere edilmesinde görece daha başarısız olduklarından KZV gibi kendini cezalandırıcı davranışlara daha fazla yönelebildikleri düşünülmektedir.<sup>342</sup> Aile ve akranları ile çatışma içinde olan ve çevre desteği daha az olan ergenlerin ED aracılığı ile daha sık KZVD sergiledikleri, bu durumun ciddiyeti ile de KZVD sıklığı ve şiddetinin birebir ilişkili olduğu ortaya konmuştur.<sup>343</sup> Çalışmamız ile, KZVD olan olguların, KZVD olmayan DEHB olgularına kıyasla, hem GGA, hem de DDGÖ ölçeklerinde tedavi öncesinde anlamlı düzeyde farklılığın ortaya konması, KZVD olan ergenlerin günlük güçlük veya olumsuz yaşantılarla baş etmede, duygu durumlarını ayarlama da diğer DEHB tanılı bireylere göre daha fazla zorlandıkları ve kendine zarar verme ile bu güçlüğü davranışsal olarak dışa vurulduğu şeklinde yorumlanabilir. Wilcox ve ark., bu yorumu destekler şekilde

ED'nin KZVD için öngörücü bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.<sup>332</sup> Jacobson ve Gould ise, ER ve dikkat sağlama gereksiniminin ergenlerde KZVD sebepleri arasında yer aldığını belirtmişlerdir.<sup>344</sup>

Diğerlerine kıyasla, ev içi şiddet bildiren olgularda, bazı KZVD sıklıklarında, otonomik ve sosyal işlevlerde, DDGÖ amaçlar, dürtü, strateji ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. KZVD'nin çocukluk çağı istismar yaşantısına karşı uyumsal bir yanıt olabileceği ve yoğun/şiddetli duygulanım ve dissosiyatif yaşantıların üstesinden gelmede yardımcı olabileceği düşünülmektedir.<sup>345</sup> Choi ve ark., çocukluk çağı istismar yaşantısı olan bireylerde çalışmamızla uyumlu şekilde birden fazla belirti ile DDGÖ ile saptanan duygudurum ayarlanmasında güçlüğü kısmen ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.<sup>346</sup> Ek olarak, ev içi şiddet olan grupta sık KZVD saptanması, KOKGB etyolojisinde yer alan aile içi çatışma, şiddet görme, şiddete tanık olma gibi psikososyal faktörlerin, KZVD için de geçerli olabileceği; dolayısıyla KOKGB ve KZVD ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

DEHB tanılı bireylerde Yİ ile ilişkili görevler sırasında günlük yaşadıkları uzun yıllardır bilinmektedir. Bu sürece, hem odaklanma, organizasyon, öncelik belirleme, hafıza, hem de duygu regülasyonu dahildir. Bu çalışmada, seçici dikkat, esneklik, hız işleme gibi bilişsel süreçleri ölçmek amacıyla tedavi öncesi ve tedavi sırasında her kontrolde Stroop Testi uygulanmıştır. Stroop Testi, tüm olgularımızda tedaviden sonra hata, düzeltme ve süre gibi tüm alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olarak düzelmiştir. Olgularımızın büyük çoğunluğunun (% 96,3) MPH tedavisi aldığı düşünülürse, MPH veya genel anlamda psikostimülanların Yİ üzerinde belirgin olumlu etkisini desteklemektedir. Literatüre bakıldığında; López ve ark., DEHB tanılı çocuklarda MPH ile sürdürülebilir dikkat, tepki süresi ve verilen doğru cevap sayısında belirgin artış olduğunu; Na ve ark., OROS MPH ile Stroop Testi ve öğrenme becerilerini ölçen testler ile işleyen bellek, sözel akıcılık, inhibisyon, sürekli performans testi gibi bir çok alanda iyileşme görüldüğünü, Wigal ve ark. da benzer şekilde OROS MPH ile tepki süresinde ve işleyen bellek ölçümlerinde plaseboya göre anlamlı farklılık olduğunu belirtmişlerdir.<sup>347-349</sup> Yang ve ark, OROS MPH ile, hem Stroop hem de sözel akıcılığın değerlendirildiği farklı bataryalar ile doğru cevap sayısının arttığını, testler arası geçiş süresinin azaldığını, genel olarak Yİ testlerinde iyileşme görüldüğünü ve işleyen belleğin normalleştiğini saptamışlardır.<sup>350</sup> Barnett ve ark., psikostimülan

almayan DEHB tanılı çocukların uzamsal işleyen bellek görevlerinde başarısız olduklarını; bununla birlikte psikostimulan alan DEHB tanılı olgular ve sağlıklı kontrollerin aynı görevde ilk gruba göre anlamlı düzeyde iyileşme ile birlikte, birbirlerine yakın performans gösterdiklerini saptamışlardır.<sup>351</sup> Vance ve ark., DEHB-B tanılı olgularda uzun dönem psikostimulan tedavisi ile Yİ ölçen görevlerde daha başarılı sonucun ortaya çıktığını, veya Yİ’de iyileşme düzeyinin psikostimulan tedavisine uzun dönem etkinin bir göstergesi olabileceğini belirtmişlerdir.<sup>352</sup>

Sonuç olarak, çalışmamızda da, literatür ile uyumlu şekilde MPH tedavisi ise tepki süresi, doğru cevap oranı gibi alanlarda belirgin iyileşme saptanmıştır. Çalışmamız, yazın ile uyumlu bir şekilde uzun yıllardır bilinen ve güvenle kullanılan MPH’ın Yİ ile ilişkili alanlarda belirgin olumlu etkisinin olduğunu desteklemektedir.<sup>4,353,354</sup>

Yİ testlerinde DEHB-B ve DEHB-DE alt tipleri arasında farklılık olmadığı bildirilmiştir.<sup>355</sup> Shuai ve ark. ise, DEHB-B ve DEHB-DE tanılı erkek olguların Yİ görevlerinde benzer düzeyde bozulma olduğunu saptamışlardır.<sup>356</sup> Bizim çalışmamızda da, yazınla paralel bir şekilde DEHB-B ve DEHB-DE tanılı olgularda tedavi öncesi uygulanan ilk testlerde süre, hata ve düzeltme açısından farklılık saptanmaması bu bilgiyi desteklemektedir. Buna ek olarak, de 6 aylık MPH tedavisi sonrasında da bahsedilen alanlarda iyileşme her iki alt tip için de benzer düzeylerde olmuş; bu durum her iki alt tip için tedavi sürecinin olumlu etkide bulunduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bu durum, bozulduğu saptanan bilişsel süreçlerin her iki alt tip için de geçerli olduğunu ve benzer tedavi yaklaşımlarının Yİ süreçlerinde iyileştirici etkilerinin olduğunu destekler niteliktedir. Ancak, DEHB-B olgularında her üç alt alan için de görece daha fazla yanıt alınması, ortak belirtilerin olduğunu desteklemekle birlikte, Barkley ve ark. tarafından ortaya atılan her iki alt tipin farklı hastalıkları olduğu, dolayısıyla tedavi yanıtlarının farklı olabileceği görüşü ile uyumlu olarak değerlendirilmektedir.<sup>87</sup> Bizim çalışmamızdakine benzer şekilde, Grizenko ve ark. DEHB-B olgularında MPH tedavi yanıtının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.<sup>357</sup>

Komorbiditenin Yİ testlerinde bozulma veya tedavi yanıtı üzerinde etkisinin olup olmadığı konusunda literatüre bakıldığında; komorbid ÖG veya BB tanılarının Yİ defisitini artırabileceğini; ancak komorbidite varlığında bile Yİ alanlarındaki bozulmanın bağımsız olarak DEHB kaynaklı olduğu, komorbid KOKGB, DB veya

diğer tanıların ise DEHB’de görülen Yİ bozulmasına etkisinin olmayabileceği belirtilmektedir.<sup>358</sup> Bizim çalışmamızda da, DEHB’ye ek komorbid tanı alan ve almayan gruplar arasında Stroop Test performansı bakımından tedavi öncesi veya sonrasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda BB, ÖG gibi Yİ üzerinde etkisi olabileceğinden söz edilen tanıların olmadığı, komorbid tanıların sıklıkla KOKGB veya DB gibi diğer YDB’lerle ilgili olduğu göz önüne alındığında, bulgularımız yukarıda özetlenen çalışmaların verileri ile uyumludur. Öte yandan, komorbid YDB varlığında Yİ defisitinde farklılık olup olmadığına dair literatürde farklı yorumlar bulunmaktadır. Clark ve ark., DEHB tanılı olguların, komorbid KOKGB veya DB tanısı alıp almadıkları fark etmeksizin nörofizyolojik ölçümlerde kontrol grubuna ve sadece KOKGB/DB tanılı olgulara kıyasla daha başarısız oldukları, dolayısıyla Yİ defisitinin DEHB’ye özgü olduğunu belirtmişlerdir.<sup>359</sup> Barnett ve ark., DEHB, DEHB ve KOKGB, DEHB ve DB tanılı olguların kontrol grubuna kıyasla daha kötü bir performans gösterdiklerini ve alt gruplar arasında nörobilişsel işlevler açısından fark olmadığını saptamışlardır.<sup>360</sup> Bu görüşe zıt olarak, Qian ve ark. ise, DEHB ve KOKGB tanılı olguların, sadece DEHB tanılı olgulara kıyasla Stroop Test’i de içeren bir grup nörofizyolojik batarya performanslarının daha kötü olduğunu ve KOKGB birlikteliğinin daha ciddi Yİ defisitini yansıttığını belirtmişlerdir.<sup>361</sup> Bizim çalışmamızda ise, komorbidite veya YDB varlığında Stroop Test’te hem tedavi öncesi, hem de tedavi sonrası olmak kaydıyla istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tedavi sonrası ölçümlerde ise, sadece DB tanılı olgularda sürenin istatistiksel olarak daha uzun olduğu saptanmakla birlikte, genel anlamda YDB komorbiditesinin, Yİ bozulmasında veya tedavi yanıtında etkisinin olmadığı, bozulmanın literatürde de ağırlıklı olarak belirtilene benzer şekilde primer olarak DEHB ile ilişkili olduğu söylenebilir.

DEHB’de, tanı kriterlerinde yer almamasına rağmen Yİ kapsamında değerlendirilen duygunun ayarlanması, olumsuz duygular ile baş edebilme gibi ER sürecinde bozulma olduğu bilinmektedir. Spencer ve ark., CBCL alt puanları ile ölçülen duygudurum regülasyon bozukluğunun DEHB tanılı olgularda daha sık olduğunu, bu durumun DEHB’ye diğer YDB tanılarının eklenme riski ile ilişkili olduğunu ve bunun kişiler arası ve emosyonel işlevsellikte bozulmaya yol açtığını saptamışlardır.<sup>64</sup> Posner ve ark. ise, DEHB tanılı olgularda Stroop testin emosyonel ve bilişsel görevleri esnasında atipik PFK aktivitesi saptandığını, bu farklılığın stimulan

tedavi ile azaldığını belirtmişlerdir.<sup>362</sup> Bu nedenle çalışmamızda, olgularımıza duygudurum regülasyonunu, olumsuz duyguların tanınması ve üstesinden gelinmesinde karşılaşılan zorlukların tanımlanmasını ve tedavi yanıtını ölçmek bu amaçla sıklıkla tercih edilen ölçeklerden DDGÖ kullanılmıştır.<sup>363</sup> Tüm olgular dikkate alındığında, tedavi öncesi ve sonrası DDGÖ dürtü alt puanı ve toplam puanda ve GGA duygusal alt puanda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum, tedavi almamış DEHB tanılı olguların olumsuz duyguların etkisinde dürtünün kontrolünü gerçekleştirmede ve genel anlamda olumsuz duyguların netliği, kabul edilmesi, buna uygun amaçlı davranışı sürdürme ve buna uygun strateji planlamada zorlandıkları ve tedavi ile bahsedilen alanlarda iyileşme sağlanabildiği şeklinde yorumlanabilir. Literatüre bakıldığında, Rösler ve ark., erişkin DEHB tanılı olgularda 24 haftalık uzun salımlı MPH tedavisinin emosyonel belirtilerini azaltmada etkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>364</sup> Buna ek olarak, Marchant ve ark., erişkin DEHB olgularında, MPH kullanımının DEHB çekirdek belirtilerinin yanında, ED ve karşıt olma belirtileri üzerinde de etkili olduğunu saptamışlardır.<sup>365</sup> Bizim çalışmamızda da, yazını destekler şekilde MPH tedavisinin DEHB çekirdek belirtileri ile paralel bir şekilde ED üzerinde de etkisinin olduğu şeklinde yorumlanabilir. Çalışmamızdaki bulgular, MPH ile dürtüsellik belirtilerinin azaldığı ve bununla birlikte bu olguların karşılaştıkları olumsuz yaşantılarda duygularını denetleme, uygun cevabı verme, amacına uygun hareket edebilme ve kontrollü davranmada daha başarılı oldukları ve genel anlamda duygudurum regülasyonlarında iyileşme olduğu şeklinde yorumlanabilir.

AP önerilen olguların tedavi öncesinde dürtü, strateji ve toplam puanlarının AP önerilmeyenlerden anlamlı yüksek saptanması ise, bu olguların klinik olarak daha öfkeli, denetim sorunu yaşayan, duygusal olarak labil veya dürtüsel davranışlar sergileyen olgular oldukları şeklinde açıklanabilir. Ancak, tedaviye rağmen bu olgularda AP almayanlara göre strateji, netlik gibi bazı alt alanlarda ve toplam puanda anlamlı iyileşme saptanamaması da, görece daha şiddetli belirtileri olan olgularda ED'nin de kronik seyirli ve tedaviye dirençli olduğu şeklinde yorumlanabilir.

DDGÖ ve cinsiyet ilişkisine bakıldığında, tedavi öncesi ve sonrasında cinsiyetler arasında fark saptanmazken; tedavi sonrasında ise erkek olgularda dürtü alt puanında daha fazla iyileşme saptanması, erkek olguların daha sıklıkta DEHB-B alt tipi tanısı alması ile açıklanabilir.

DEHB alt tipi ve DDGÖ ilişkisine bakıldığında, tedavi öncesi DEHB-B ve DEHB-DE arasında fark saptanmazken; tedavi sonrasında DEHB-B alt tipinde amaçlar, dürtü ve toplam skorda DEHB-DE olgularına kıyasla istatistiksel olarak daha fazla iyileşme saptanmıştır. GGA içinse, tedavi sonrasında DEHB-B olgularında duygusal, davranış, etki ve toplam puanda DEHB-DE olgularına kıyasla daha belirgin iyileşme saptanmıştır. Sobanski ve ark., bizim çalışmamızla da yakın şekilde DEHB olgularında ED derecesi ile DEHB belirti şiddeti, hiperaktivite-impulsivite semptomları ile ilişki bulmuşlardır.<sup>366</sup> Bu bulgu, DEHB-B olgularının Yİ testlerinde tedavi ile daha fazla iyileştiklerini destekler şekilde; ER tedavisinde de DEHB-DE olgularına kıyasla daha fazla olumlu gelişme olduğu şeklinde yorumlanabilir.

YDB ve DDGÖ ilişkisine bakıldığında; KOKGB için tedavi öncesi ve sonrası KOKGB tanısı olmayanlara kıyasla dürtü ve tedavi sonrası total puanla birlikte, dürtü, strateji ve netlik alt puanlarında ve CÖDÖ KGİ duygusal alt puanda anlamlı farklılık saptanması, Sobanski ve ark. tarafından ortaya konan ED ile KOKGB'nin ilişkili olduğu, ve Bunford ve arkadaşlarının belirttiği DEHB tanılı olgularda ED bozulma derecesi ile sosyal bozulma ve komorbid KOKGB'nin ilişkili oldukları bilgileri ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>366,367</sup> Bu durumu destekler şekilde, Cavanagh ve ark. KOKGB'nin ER süreçleri ile birebir ilişkili olduğunu belirtmiş ve bu tanının YDB spektrumundansa ER bozukluğu sınıflamasında yer almasını önermişlerdir.<sup>368</sup> DB olgularında ise, tedavi öncesi genel oranı yansıtır şekilde dürtü ve toplam skorda farklılık saptanırken, bu fark tedavi süreci ile kapanmıştır. Çalışmamız, Northover ve ark. tarafından yapılan çalışma ile ortaya konan DEHB ve ek DB belirtileri olan olgularda, sadece DEHB tanılı olgulara kıyasla daha ciddi ED saptandığı verisini kısmen desteklemekle birlikte, alt puanın genel örnekleme benzer olması bu çalışmadan elde edilen verilere dayanarak ED ve DB ile ilgili açık bir yorum yapılamayacağı şeklinde de yorumlanabilir.<sup>369</sup>

KZVD olgularında, DDGÖ amaçlar, dürtü, strateji, netlik alt puanlarında ve toplam skorda farklılık saptanması, bu olgularda duygunun ayarlanmasındaki süreçle ilgili bozukluğun, kendine zarar verme gibi uygun olmayan, ancak olumsuz duygu veya stres yaratan durumla baş etmeye yarayan davranışlara yol açabildiği bilgisi ile uyumludur. Öte yandan, KZVD olgularında da olumsuz duygularla veya stres yaratan durumlarla baş edebilme, amaca uygun davranışları sürdürme ve dürtü denetimde

güçlük yaşama görülmekte ve tedavi süreci sonrasında ise bu alanda iyileşme olduğu şeklinde yorumlanabilir.<sup>370,371</sup>

Prayez ve ark., yaklaşık 30 çocuktan birinin çocukluk çağı kötü muameleye maruz kaldığını, DEHB ve engeli olan çocukların ise bu yaşantıya en sık maruz kalan grup olduğunu ve DEHB tanılı çocuklarda kötü muamele ile ek davranışsal sorunlar ve KOKGB tanısının ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>372</sup> Pelcovitz ve ark., ev içi şiddete maruz kalan ergenlerde MD, AB, TSSB ve KOKGB tanılarının daha sık olduğunu; Shen ise, hem ebeveynler arası şiddete hem de kötü muameleye maruz kalmanın travmatik ve davranışsal sorunları artırabileceğini bildirmiştir.<sup>374,375</sup> Bizim çalışmamızda da, ev içi şiddet ile KOKGB tanısında ve, bu olguların hem tedavi öncesi, hem de 6 aylık tedavi sonrasında CADÖ ve CÖDÖ karşıt gelme alt puanlarında, ev içi şiddet öyküsü olmayan olgulara kıyasla anlamlı düzeyde yükseklik saptanması, ayrıca tedavi sonrası CÖDÖ hiperaktivite ve KGİ puanlarında ve genel olarak tedavi yanıtının şiddet olmayan olgulara göre daha düşük olması; karşıt gelme özellikleri daha baskın olan DEHB tanılı çocuklarda, ebeveynlerin çocukları ile ilgili davranışsal güçlüklerle baş etmede ve tolere etmede zorlanabildikleri, bu zorluklara bir çözüm olarak şiddeti kullanabildikleri; ancak ev içi şiddetin tedavi yanıtını bozabildiği ve bu durumun şiddeti devam ettiren bir durum olabileceği şeklinde yorumlanabilir.<sup>375</sup> Ayrıca, bu olgularda aile desteğinin, olumlu yaklaşımların daha az, aksine cezalandırıcı ve suçlayıcı tutumların görece daha fazla olması da genel olarak tedavi yanıtını bozuyor olabilir. Hoza ve ark., DEHB tanılı olguların ebeveynleri ile yaptıkları çalışmada, işlevsel olmayan disiplin yöntemleri, vasat ebeveynlik becerileri, çocuğun davranışlarını zıt olarak tanımlamaya eğilim ile tedavi yanıtının yetersizliğinin ilişkili olduğunu saptamışlardır.<sup>376</sup> Modesto-Lowe ve ark. ise, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerde stres ve uygun olmayan ebeveynlik tutumlarına yol açabildiği, uygun çocuk-ebeveyn etkileşiminin ve ebeveynin ruhsal durumunun çocuğa karşı verdiği tepkileri etkilemesinden ötürü tedavi yanıtını iyileştirebileceğini bildirmişlerdir.<sup>377</sup> Çalışmamızda, ev içi kötü muameleye maruz kalan çocukların büyük çoğunluğunun DEHB-B alt tipinde olması da bu veriyi desteklemektedir. Öte yandan, kötü muameleye maruz kalan olgularda, düzenli sigara kullanımı ve tedavi sırasında AP gerekliliğinin anlamlı düzeyde yüksek saptanması da, bu olgularda saptanan davranışsal sorunlar için komorbidite olmaksızın AP kullanım gerekliliğinin daha fazla olduğu; hem

de yazında yer alan kötü muameleye maruz kalan çocuklarda ileri dönemde sigara kullanımı ve MKB riskinin arttığı bilgisini destekler niteliktedir.<sup>372, 378</sup>

Çalışmamızdaki kombine veya monoterapi olarak AP kullanan olgularda, düzensiz aile yapısı, daha fazla boşanma öyküsü, daha az oranda çekirdek aile yaşantısı, ev içi şiddet oranlarında, ek olarak DEHB belirtilerinin erken başlaması, YDB komorbidite oranının anlamlı düzeyde yükseklik saptanması ve AP alan ve almayan olgular arasında CADÖ, CÖDÖ gibi yıkıcı davranış paternleri sorgulayan ölçeklerde AP alan olgular lehine yükseklik saptanması; yazında yer alan çocuk-ebeveyn etkileşiminde yetersizlik, uygun olmayan disiplin yöntemleri, aile içi çatışma gibi YDB etyolojisinde yer alan psikososyal faktörlerin, belirtilerin hem erken başlamasında, hem de daha ağır seyretmesinde risk olduklarını desteklemektedir.<sup>118,124</sup> Ek olarak, AP tedavi gereksinimi ile, sigaraya erken yaşta başlama ve düzenli sigara kullanımı, alkol-madde deneme ve günlük internet kullanım oranlarının istatistiksel olarak yüksek olması da; daha fazla belirtiyeye veya komorbiditeye sahip olguların, uzun dönem olumsuz sonuçlara daha yatkın olabilecekleri ve daha şiddetli olgularda AP tedavinin yıkıcı davranış sorunlarını azaltmada başvurulan bir ajan olduğu şeklinde yorumlanabilir.<sup>262</sup> Ek olarak, bu olgularda sosyal, aile ve okul alanlarında işlevselliğin anlamlı olarak daha fazla bozulması da Spencer tarafından ortaya atılan DEHB ve komorbidite varlığında daha olumsuz gidişatın, bu olguların daha fazla sosyal, duygusal ve psikolojik güçlüklerle karşılaştıkları verisi ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>5</sup> Ek olarak AP tedavi alan ve almayan grubun Stroop Testleri karşılaştırıldığında, AP alan olgulardaki düzelmenin anlamlı, ancak görece daha az olduğu saptanmıştır. Bu durum, AP tedavinin sedasyon gibi olumsuz bilişsel etkisinin tedavi yanıtını bozabileceği veya AP gerekliliği olan olguların sıklıkla daha ağır belirtili olgular olması nedeniyle tedavi yanıtlarının daha az olabileceği gibi farklı şekillerde yorumlanabilir.<sup>261</sup>

Çalışmaya dahil edilen olguların % 23,2'sinde boşanma veya parçalanma öyküsü mevcuttur. Bu olgularda, DEHB alt tipi fark etmeksizin, hem KOKGB eş tanı oranı hem de tedavide AP kullanım oranlarında anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bu konuda, Wymbs ve ark., DEHB tanısına sahip çocuğu olan ebeveynlerin daha fazla boşandıklarını, ebeveyn eğitim durumu, ebeveynlerin antisosyal özellikleri, etnik köken, KOKGB ve DB ilişkili sorunların da ayrı ayrı boşanma üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır.<sup>379</sup> Bornovalova ve ark., uygun olmayan ebeveynlik, evlilik çatışması,



boşanma öyküsünün daha yüksek YDB skorları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.<sup>380</sup> Çalışmamızda, ailede boşanma öyküsü olan olgularda KOKGB tanısının anlamlı yüksek olması; tek, uygunsuz ve yetersiz ebeveynlik, çocuk ile sık çatışma ve muhtemel ek ekonomik sorunlar, ailede tükenmişlik ve psikopatoloji varlığı gibi sebeplerle ebeveyn-çocuk çatışmasını artırabileceği ve KOKGB kliniğine yol olabileceği bilgisi ile uyumludur.<sup>124,132,140</sup>

Genel olarak tüm olgular değerlendirildiğinde, tedavi öncesi ve sonrası CADÖ tüm alt puanlarında, ek olarak CÖDÖ kaygı ve mükemmeliyet alt puanları hariç tüm alt puanlarda ve toplam skorlarda istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. Bu durum, DEHB alt tiplerine ve cinsiyetlere göre oluşturulan grupların analizleri için de geçerlidir. Bulgularımız yazında yer alan düzenli kullanılan MPH tedavisi ile yukarıda bahsedilen DEHB çekirdek belirtileri, karşıt gelme tutumları, saldırgan davranışlar gibi YDB ve KGİ gibi birçok alt alanda klinik iyileşme olduğu bilgisiyle uyumludur. Yazına bakıldığında; DEHB tedavisinin ek olarak zıtlasma belirtilerinde, agresif-saldırgan davranışlarda azalmaya yol açtığı; DB olgularında eş DEHB tanısı olmasa dahi stimulanların DB belirtilerinde iyileşmeye yol açtığı belirtilmektedir.<sup>6,381,382</sup> Tanı kriterleri arasında yer alan, semptomların okul, ev gibi birden fazla alanda bulunması tanının konmasını kolaylaştırdığı gibi; çalışmamızda da hem tedavi öncesinin, hem de tedavi yanıtının da birden fazla alanda olması nedeniyle sonuçların tutarlı olduğunu düşündürmektedir. Tüm olgularda klinik yanıt alınmakla birlikte, bahsedilen ölçekler DEHB alt tipleri açısından değerlendirildiğinde, DEHB-B alt tipinde hem tedavi öncesi, hem de tedavi sonrasında DEHB-DE olgularına kıyasla çoğu alt puanda anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum, ölçeklerin dikkatsizliğin yanında hiperaktivite, impulsivite, karşıt gelme gibi dışa vurum belirtilerini ölçmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hem genel olarak komorbidite varlığında, hem de KOKGB ve DB eş tanılarında daha ağır klinik tabloyu yordar şekilde, tedavi öncesi CADÖ ve CÖDÖ puanlarında anlamlı düzeyde yükseklik saptanmıştır. Tedavi sonrasında ise, CADÖ tüm alt puanlarında; CÖDÖ karşıt gelme, dikkatsizlik ve toplam puan dışında komorbidite olan ve olmayan grup arasında anlamlı ilişki saptanmaması da; MPH ve AP tedavilerin uygun kullanımda YDB belirtilerini azaltmada belirgin olumlu etkilerinin olduğu ve düzenli ilaç kullanımının birden fazla alanda ve işlevsellikte daha iyi gidişat ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Aile işlevselliği ile DEHB ilişkisinde literatüre bakıldığında; DEHB tanılı çocuğa sahip ailelerde, daha olumsuz ve çatışmanın dahil olduğu bir çocuk-ebeveyn etkileşiminin olduğu, ebeveynlerin sıklıkla daha gergin ve emir verici oldukları, olumlu pekiştirme davranışlarını daha az sergiledikleri, çocuklarının ihtiyaçlarının daha az farkında oldukları, dolayısıyla genel aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu bilinmektedir.<sup>35,383,384</sup> Bizim çalışmamızda da, aile işlevselliği ADÖ ile değerlendirilmiş ve tüm olgularda tedavi ile PÇ ve DTV alt puanları dışında tüm alt puanlarında ve toplam skorda anlamlı düzeyde iyileşme görülmüştür. Bu durum, ebeveynlerin yıkıcı belirtileri olan çocuklarla baş etmede, sorunları çözmede, davranışların kontrolünde, aile içi iletişimde ve rollerin paylaşımında zorlandıkları ve DEHB tedavisi oluşan iyileşmenin aile işlevselliğine de olumlu etkilerinin olduğu söylenebilir. Tedavi edilen DEHB tanılı olguların daha az hareketli, daha az konuşan, sorumluluklarını daha iyi yerine getiren, emirlere daha iyi uyan çocuklar olmaları nedeniyle tedavi ile ev içi görev dağılımında, fikir birliği kurmada, ev içi bireylerin ilişkilerinde, ev içi kuralların uyumunda ebeveynlerin daha az zorlandıkları ve genel aile işlevselliğinin arttığı söylenebilir. DEHB alt tipi ile ADÖ ilişkisine bakıldığında; DEHB-B tanılı olgularda DEHB-DE olgularına kıyasla, hem tedavi öncesi hem tedavi sonrası anlamlı yüksek puan saptanması; ebeveynlerin hiperaktivite-impulsivite gibi dışa vurum davranışları olan olgularda genel anlamda daha fazla zorlanmaları, DEHB-DE olgularının daha sessiz, çekingen özellikleri olması nedeniyle aile işlevselliklerinin görece daha fazla korunduğu şeklinde yorumlanabilir. Weinberger ve ark., çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde DEHB-B tanılı olguların annelerinin, DEHB-DE tanısına kıyasla daha fazla gergin oldukları ve olumsuz ebeveynlik davranışlarını daha fazla sergilediklerini saptamışlardır.<sup>385</sup> Tzang ve ark., DEHB-B tanılı olguların ailelerinde hem ebeveynlikle, hem yaşamla ilişkili ve gerginliğin daha fazla olduğu, evlilik çatışmalarının daha fazla olduğu ve DEHB hakkında daha az bilgilerinin olduğu belirtilmiştir.<sup>386</sup> Yang ve ark., DEHB-B tanılı çocuğu olan ebeveynlerin, ebeveynlik becerilerini tamamen yerine getiremediğini düşündüklerini belirtmiştir.<sup>387</sup> Counts ve arkadaşları ise, DEHB-B tipte, DEHB-DE olgularına kıyasla aile olumsuzluğunun daha fazla boyutta olduğunu bildirmişlerdir.<sup>388</sup>

Komorbid KOKGB ve DB olgularında, işlevsellikteki olumsuzluğun daha fazla olduğu belirtilmektedir.<sup>35,68</sup> Yapılan çalışmalar ile, DEHB-B olgularında daha olumsuz

gidişatın komorbid KOKGB ve DB tanısının daha sık olmasından kaynaklanabileceği belirtmiştir.<sup>386-388</sup> Bizim çalışmamızda ise, genel olarak komorbidite varlığı ile tedavi öncesi/sonrası ADÖ skorları arasında anlamlı fark saptanmazken; DB tanılı olgularda tedavi sonrası, DTV ve GIG puanlarında istatistiksel olarak anlamlı; total skorda ise anlamlılığa yakın fark saptanması; hak ihlali, başka bireylere veya mala zarar verme, saldırganlık gibi ciddi bir klinik tablosu olan bir durumda tedavi ile olsa dahi işlevselliğinin kısmen düzelebileceği veya her alanda tamamen düzelemeyeceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda, kombine tedavi (Stimülan ve AP birlikte kullanımı) ile komorbidite arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bununla uyumlu biçimde, yazında da, İKA ilaçların çocuk ve ergenlerde DEHB, dürtü kontrol bozuklukları ve YDB için etkin ve güvenilir oldukları; ek olarak stimülanların komorbid DEHB tanılı olgularda sıklıkla her iki tanı belirtileri üzerinde etkin olduğu, dolayısıyla her iki tedavi seçeneğinin güvenle kullanılabilceği belirtilmektedir.<sup>382,389,390</sup>

DSM-IV-TR kriterlerine göre her ikisi de YDB spektrumunda kabul edilen KOKGB ve DB tanılarının, aynı bozukluğun farklı görünüşleri veya bağımsız iki farklı tanı olup olmadıkları yıllardır araştırma konusu olmaktadır. Her iki tanıda da, ortak olarak asabi mizaç özellikleri, erişkinlere karşı gelme, dürtüsellik, sosyal becerilerde bozulma gibi olumsuz dışı vurum davranışlarına rastlanması, her iki tanının çok yüksek oranda DEHB ile birlikte görülmesi ve ICD-10 tanı kriterlerinde KOKGB tanısının DB başlığı altında yer alması gibi sebeplerle, bu iki tanının birbirinin uzantısı olduğu ortaya atılmıştır.<sup>88,391</sup> Öte yandan, KOKGB ve DB tanılarının birbirlerinden farklı tanıları olduğu, dolayısıyla tanısal stabilitesinin, gidişatının ve risklerinin farklı olduğu bildirilmektedir. DSM-IV-TR kriterlerine göre iki tanının aynı anda konmaması gerekliliği de farklı gidişatı desteklemektedir.<sup>1</sup> Connor ve ark., DB tanısının suçça yönelme, saldırganlık ve DEHB belirti şiddeti gibi alanlarda KOKGB'na göre farklılık gösterdiğini saptamışlardır.<sup>151</sup> Pardini ve ark., KOKGB tanısı ile ileri dönem sosyal ve içe atım problemlerinin ilişkili olduğunu, öte yandan DB ile ASKB, duygusuz eş duyum özelliğinin ise daha az içe atım sorunları ile seyrettiğini saptamışlardır.<sup>392</sup> Petty ve ark., DEHB ve KOKGB ile ailesel geçiş ve ailesel kümelenmenin daha fazla olduğu, DB'nin ise ASKB, MKB ve duygudurum bozuklukları ile kümelenme gösterdiği; dolayısıyla KOKGB'nin DEHB'nin farklı bir alt tipi olabileceği belirtilmiştir.<sup>393</sup> Bizim

çalışmamızda ise, demografik veriler karşılaştırıldığında, KOKGB tanısı ile ailelerde boşanma, daha düşük oranda çekirdek aile yaşantısı, KZVD ilişkiliyken, DB tanısı ile düşük akademik işlevsellik, belirtilerin erken yaşta başlaması, ailede işsiz ebeveyn, aile işlevselliğinde bozukluk, sigara kullanımı ve alkol-madde denemenin ilişkisi saptanmıştır. Ek olarak, ölçekler bazında değerlendirildiğinde, KOKGB tanılılarda tedavi öncesi CADÖ karşı gelme, hiperaktivite ve total puanlarda yükseklik saptanmasına rağmen tedavi süreci sonucunda bu farklılığın ortadan kalktığı belirlenmiştir. Öte yandan, DB olgularında hem tedavi öncesi, hem de tedavi sonrasında CADÖ ve CÖDÖ alt puanlarda ve toplam skorlarda anlamlı bir farklılık saptanması; yazında yer alan DB tanısının KOKGB'na kıyasla işlevsellikte daha ağır bozulmayla seyreden bir hastalık olduğunu desteklemekle birlikte, her iki tanı arasında tedavi cevabı, uzun dönem riskleri ve gidişatlarında belirgin farklılık olduğunu destekler niteliktedir.<sup>148, 393,394</sup>

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Hem tedavi öncesi, hem de tedavi sonrası ölçeklerde cinsiyetler arası fark saptanmaması; kız olgularda daha az klinik başvuruya rağmen YDB'nin benzer şiddette bozulmayla seyrettiği ve tedavi yanıtında cinsiyetler arası fark olmadığını,

2. DEHB olgularında, hiperaktivite-impulsivite belirtilerinin sıklıkla 7 yaş öncesinde, dikkatsizlik ve ilişkili belirtilerin ise sıklıkla 7 yaş üzerinde ortaya çıktığını,

3. DEHB ve komorbidite varlığında; bu olguların sadece DEHB olgularına kıyasla sıklıkla DEHB-B alt tipi tanısı ile birliktelik gösterme, erken yaşta belirti verme, sınıf tekrarı, sosyal ilişkilerde bozulma, sigara-alkol-madde denemeye yatkınlık ve kombinasyon tedavisi gerekliliğinin daha sık olduğunu,

4. YDB komorbiditesinde en fazla okul alanında olmak üzere, aile ve sosyal işlevsellikte de daha fazla bozulma olduğu,

5. Sigara kullanan olguların, kullanmayan olgulara kıyasla ileri dönemde hem sigara bağımlılığı, hem de alkol ve madde deneme için risk altında oldukları,

6. Sigara kullanımı olan grupta, sigara kullanmayan olgulara kıyasla MPH tedavisi ile bilişsel belirtilerde tedavi yanıtının görece daha az olduğu,

7. YDB'nin KZVD için risk faktörü olduğu, bu riskin özellikle kız ve KOKGB tanılı olgularda daha belirginleştiği,

8. KZVD olan olgularda ED'nin daha belirgin olduğu, günlük hayatta karşılaştıkları zorluklarla baş etmede daha fazla zorlandıkları ve bu olguların sağlıklı olmamakla birlikte kendine zarar verme ile olumsuz emosyonlarını tolere edebilme, uygun duygulanımın ayarlanması ve kendini cezalandırma gibi bir işlevinin olabileceği,

9. Ev içi şiddet gören olguların, olumsuz duyguların üstesinden gelme, uygun dışı vurumda daha fazla güçlük yaşadıkları ve travmatik yaşantıya adaptif bir yanıt olarak KZVD sergileyebilecekleri,

10. 6 aylık MPH kullanımının, tüm olgularda Yİ testleri ile ölçülen seçici dikkat, bilişsel esneklik, hızın işlenmesi gibi birçok alanda çok belirgin olumlu etkisinin olduğu ve bu olumlu yanıtın komorbidite varlığından bağımsız olduğu,

11. DEHB alt tiplerine göre, Yİ testleri ve ER ile ilgili ölçek puanlarının analizi sunucunda; her iki alt tipte de olumlu gelişme kaydedilmekle birlikte alt tiplerde tedavi yanıtının DEHB-B lehine farklı olduğu,

12. Yİ kapsamında değerlendirilen ED'da 6 aylık MPH tedavisi sonrasında iyileşme olduğu, dolayısıyla bu alanın çekirdek DEHB belirtileri gibi MPH tedavisine yanıt verdiği,

13. Ev içi şiddet olgularında tedaviye rağmen karşıt olma alt puanında yükseklik saptanması nedeniyle şiddet öyküsünün tedavi yanıtını bozabildiği, kombine tedavi gerekliliğinin daha fazla olabileceği ve dolayısıyla kötü muamelenin olumsuz gidişatta etkisinin olduğu,

14. Ailede boşanma/parçalanma öyküsünün KOKGB etyolojisinde önemli olabileceği,

15. YDB tedavisinde MPH ve AP tedavisinin okul ve ev gibi birden fazla alanda belirtilerin azalmasında etkin olduğu,

16. Tedavi ile aile içi fikir birliğinde, ev içi ilişkilerde, sorumluluk paylaşımında, kısaca aile işlevselliğinde de DEHB-B olgularında daha belirgin olmak üzere iyileşme olduğu,

17. KOKGB ve DB tanılarının hem demografik veriler, akademik işlevsellik, KZVD, ED, sigara kullanımı, alkol-madde deneme gibi alanlarda hem tedavi öncesi, hem tedavi sonrasında farklı sonuçlar saptanmasından dolayı, her iki tanının, tedavi yanıtının ve gidişatının farklı oldukları düşünülmüştür.

## 7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında; ilk olarak güncel DEHB kılavuzlarında yer alan ATX, Modafinil gibi ülkemizde bulunan veya Klonidin, Guanfasin gibi ülkemizde bulunmayan DEHB ilaçlarının ve özellikle YDB tedavisi için sıklıkla başvuru alan DD grubunda yer alan ilaçları kullanan ve düzenli psikoterapiye alınan olgumuzun olmamasıdır. Olgularımızda, YDB tedavisinde sıkça kullanılmasına rağmen sadece MPH ve AP ilaç gruplarına yer verilmesi ve diğer tedavi seçeneklerine yer verilmemesi; daha genel bir izlem olabilmesi açısından bir kısıtlılıktır.

İkincil olarak; her olguya KSADS-ŞY yapılmasına karşın, çalışmamızın ebeveyn, öğretmen ve ergenlerin doldurduğu ölçeklere dayalı olması, belirtilerin, şiddetinin ve tedavi yanıtının irdelenmesinde subjektif gözlemlere dayanarak değerlendirme yapılmasına yol açmış olabilir.

Çalışmaya 82 olgu alınmış olmakla birlikte, önerilen tedaviyi 6 ay boyunca düzenli kullanan ve tedavi süreci sonunda verilen ölçekleri tamamlayan 64 olgumuz bulunmaktadır. Çalışmadaki tedavi yanıt oranı % 78 olarak hesaplanmış; tedaviyi ve takibi bırakan olguların olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilmekle birlikte, olguların hem ergenlik döneminde olması, hem de YDB tanısında olmaları gibi nedenlerle önerilene karşı gelme veya reddetme davranışlarının görece sık olabileceği, bu nedenle bu örnekleme yapılan çalışmalarda benzer tedavi yanıt oranlarının elde edilebileceği düşünülmüştür.

Çalışmanın temel olarak YDB ile ilgili olmakla birlikte; olguların çoğunluğunun sadece DEHB tanısı olması ve KOKGB/DB gibi tanılara görece daha az yer verilmesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Her iki cinsiyetten daha fazla KOKGB ve DB tanılı olgu ile yapılacak çalışmalarda, alt grup karşılaştırmalarının daha güvenilir olacağı söylenebilir.

## 8. KAYNAKLAR

1. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı*, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV TR). (çev.ed Koroğlu E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2000**.
2. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Yıkıcı Davranış Bozuklukları*. In: Kaplan&Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı. Çev Ed:Türkbay T., Ankara: Güneş Kitabevi, **2012**:92-100.
3. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı. (çev.ed Koroğlu E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2013**.
4. **Canadian Attention Deficit Disorder Resource Alliance (CADDRA).** Canadian ADHD Practice Guideline, 3<sup>rd</sup> Edition, **2011**.
5. **Spencer TJ.** ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry* **2006**; 8:27-31.
6. **Connor DF, Steeber J, McBurnett K.** A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr* **2010**; 31:427-440.
7. **Rasmussen P, Gillberg C.** Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2000**; 39:1424-1431.
8. **Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX.** Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* **2012**; 69:1295-1303.
9. **Steiner H, Remsing L, Work Group on Quality Issues.** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 46:126-141.
10. **Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ.** Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol* **2002**; 14:179-207.
11. **Belden AC, Thomson NR, Luby JL.** Temper tantrums in healthy versus depressed and disruptive preschoolers: defining tantrum behaviors associated with clinical problems. *J Pediatr* **2008**; 152:117-122.
12. **Hong JS, Tillman R, Luby JL.** Disruptive Behavior in Preschool Children: Distinguishing Normal Misbehavior from Markers of Current and Later Childhood Conduct Disorder. *J Pediatr* **2015**; 166:723-730.



13. **Biederman J.** Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* **2005**; 57:1215-1220.
14. **Faraone SV, Biederman J, Mick E.** The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* **2006**; 36:159-165.
15. **Pliszka S.** AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 46:894-921.
16. **Şenol S.** *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.* In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ed: Çetin FÇ. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2008**:293-311.
17. **Mukaddes NM.** *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.* In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Ed: Polvan Ö., İstanbul: Nobel Kitabevleri, **2000**:81-88.
18. **Thome J, Jacobs KA.** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry* **2004**;19(5):303-306.
19. **Barkley A.** The Relevance of the Still Lectures to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord* **2006**;10:137-140.
20. **Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA.** The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* **2007**; 164:942-948.
21. **Willcutt EG.** The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* **2012**; 9:490-499.
22. **Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P.** Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* **2015**; 135:994-1001.
23. **Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardiç ÜA, Yazıcı KU, Başay BK, Aydın C, Rohde LA.** Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **2013**;7:30.
24. **Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM.** The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* **2006**; 163:716-723.
25. **Rucklidge JJ.** Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* **2010**; 33:357-373.

26. **Gershon J.** A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *J Atten Disord* **2002**; 5:143-154.
27. **Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW.** Attention deficit hyperactivity disorder In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions **2012**.
28. **Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P.** Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* **2005**; 57:1313-1323.
29. **Faraone SV, Mick E.** Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Psychiatric clinics of North America* **2010**; 33:159-180.
30. **Pineda DA, Palacio LG, Puerta IC, Merchán V, Arango CP, Galvis AY, Gómez M, Aguirre DC, Lopera F, Arcos-Burgos M.** Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder: study of a genetic isolate. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 16:337-346.
31. **Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kotimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J, Jarvelin MR.** Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry* **2003**; 160:1028-1040.
32. **Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S.** Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41:378-385.
33. **Cruz NV, Bahna SL.** Do food or additives cause behavior disorders? *Pediatr Ann* **2006**; 35:744-5, 748-754.
34. **Keown LJ, Woodward LJ.** Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *J Abnorm Child Psychol* **2002**; 30:541-553.
35. **Deault LC.** A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* **2010**; 41:168-192.
36. **Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Williams SH, Baumann BL, Kipp H, Jones HA, Rathouz PJ.** Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol* **2007**; 43:70-82.
37. **Nigg J, Nikolas M, Burt SA.** Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2010**; 49:863-873.
38. **Emond V, Joyal C, Poissant H.** Structural and functional neuroanatomy of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Encephale* **2009**; 35:107-114.

39. **Castellanos FX, Acosta MT.** The neuroanatomy of attention deficit/hyperactivity disorder. *Rev Neurol* **2004**; 38:131-136.
40. **Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL.** Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci USA* **2007**; 104:19649-19654.
41. **Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, Giedd J, Castellanos FX, Rapoport J.** Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* **2006**; 63:540-549.
42. **El-Sayed E, Larsson JO, Persson HE, Rydelius PA.** Altered cortical activity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder during attentional load task. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41:811-819.
43. **Proal E, Reiss PT, Klein RG, Mannuzza S, Gotimer K, Ramos-Olazagasti MA, Lerch JP, He Y, Zijdenbos A, Kelly C, Milham MP, Castellanos FX.** Brain gray matter deficits at 33-year follow-up in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder established in childhood. *Arch Gen Psychiatry* **2011**; 68:1122-1134.
44. **Chan RC, Shum D, Touloupoulou T, Chen EY.** Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. *Arch Clin Neuropsychol* **2008**; 23:201-216.
45. **Barkley RA.** Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* **1997**; 121:65-94.
46. **Pennington BF, Ozonoff S.** Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* **1996**; 37:51-87.
47. **Brown TE.** Dikkat Eksikliği Bozukluğu: Çocuklarda ve yetişkinlerde odaklanamayan zihin. 3.Baskı.; Ankara ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık ve İletişim A.Ş. Yayınları, ODTÜ Yayıncılık, çeviren: Sönmez EÇ, **2011**.
48. **Goldberg E, Bougakov D.** Neuropsychologic assessment of frontal lobe dysfunction. *Psychiatr Clin North Am* **2005**; 28:567-579.
49. **Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL, Rappley MD.** Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41:59-66.
50. **Martel M, Nikolas M, Nigg JT.** Executive function in adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 46:1437-1444.
51. **Nigg JT, Stavro G, Ettenhofer M, Hambrick DZ, Miller T, Henderson JM.** Executive functions and ADHD in adults: evidence for selective effects on ADHD symptom domains. *J Abnorm Psychol* **2005**; 114:706-717.

52. **Smith AB, Taylor E, Brammer M, Toone B, Rubia K.** Task-specific hypoactivation in prefrontal and temporoparietal brain regions during motor inhibition and task switching in medication-naive children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* **2006**; 163:1044-1051.
53. **Biederman J, Seidman LJ, Petty CR, Fried R, Doyle AE, Cohen DR, Kenealy DC, Faraone SV.** Effects of stimulant medication on neuropsychological functioning in young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* **2008**; 69:1150-1156.
54. **Musser ED, Backs RW, Schmitt CF, Ablow JC, Measelle JR, Nigg JT.** Emotion regulation via the autonomic nervous system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Abnorm Child Psychol* **2011**; 39:841-852.
55. **Sjöwall D, Roth L, Lindqvist S, Thorell LB.** Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *J Child Psychol Psychiatry* **2013**; 54:619-627.
56. **Walcott CM, Landau S.** The Relation Between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* **2004**; 33:772-782.
57. **Anastopoulos AD, Smith TF, Garrett ME, Morrissey-Kane E, Schatz NK, Sommer JL, Kollins SH, Ashley-Koch A.** Self-Regulation of Emotion, Functional Impairment, and Comorbidity Among Children With AD/HD. *J Atten Disord* **2011**; 15:583-592.
58. **Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E.** Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* **2014**; 171:276-293.
59. **Thompson RA.** Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev* **1994**; 59:25-52.
60. **Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C, Stegall S.** Emotion regulation in children and adolescents. *J Dev Behav Pediat* **2006**; 27:155-168.
61. **Stringaris A, Goodman R.** Mood lability and psychopathology in youth. *Psychol Med* **2009**; 39:1237-1245.
62. **Aspan N, Bozsik C, Gadoros J, Nagy P, Inantsy-Pap J, Vida P, Halasz J.** Emotion recognition pattern in adolescent boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biomed Res Int* **2014**; 761-740.
63. **Schwenck C, Schneider T, Schreckenbach J, Zenglein Y, Gensthaler A, Taurines R, Freitag CM, Schneider W, Romanos M.** Emotion recognition in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Atten Defic Hyperact Disord* **2013**; 5:295-302.

64. **Spencer TJ, Faraone SV, Surman CB, Petty C, Clarke A, Batchelder H, Wozniak J, Biederman J.** Towards Defining Deficient Emotional Self Regulation in Youth with Attention Deficit Hyperactivity Disorder Using the Child Behavior Check List: A Controlled Study. *Postgraduate medicine* **2011**; 123:50-59.
65. **Strine TW, Lesesne CA, Okoro CA, McGuire LC, Chapman DP, Balluz LS, Mokdad AH.** Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prev Chronic Dis* **2006**; 3:52.
66. **Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J.** Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci* **2001**; 931:1-16.
67. **Reimherr FW, Williams ED, Strong RE, Mestas R, Soni P, Marchant BK:** A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *J Clin Psychiatry* **2007**; 68:93-101.
68. **Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ.** Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* **2008**; 28:692-708.
69. **Modesto-Lowe V, Danforth JS, Neering C, Easton C.** Can we prevent smoking in children with ADHD: a review of the literature. *Conn Med* **2010**; 74:229-236.
70. **Wilens TE, Upadhyaya HP.** Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. *J Clin Psychiatry* **2007**; 68:20.
71. **Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF.** Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry* **2005**; 62:1142-1147.
72. **Upadhyaya HP, Rose K, Wang W, O'Rourke K, Sullivan B, Deas D, Brady KT.** Attention-deficit/hyperactivity disorder, medication treatment, and substance use patterns among adolescents and young adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2005**; 15:799-809.
73. **Allely CS.** The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry* **2014**; 14:133.
74. **Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, Nordström T, Ebeling H.** Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder-a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nord J Psychiatry* **2012**; 66:320-328.
75. **Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, Lahey BB.** Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* **2010**; 67:1044-1051.

76. **Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, Apter A, Sever J, Tyano S, Weizman A, Zalsman G.** Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents - a pilot study. *Eur Psychiatry* **2010**; 25:146-150.
77. **Lam LT.** Attention Deficit Disorder and hospitalization due to injury among older adolescents in New South Wales, Australia. *J Atten Disord* **2002**; 6:77-82.
78. **Klassen AF, Miller A, Fine S.** Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* **2004**; 114:541-547.
79. **Conners CK, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein JN.** The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability and Criterion Validity. *J Abnorm Child Psychol* **1998**; 26:257-268.
80. **Conners CK, Sitarenios G, Parker JDA, Epstein JN.** Revision and Restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *J Abnorm Child Psychol* **1998**; 26:279-291.
81. **Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS.** The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther* **1983**; 9:171-180.
82. **Achenbach TM.** The Child Behaviour Profile: I. Boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol* **1978**; 46:478-488.
83. **Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Wei Hou, Garvan CW, Eyberg SM, Swanson JM.** Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment* **2008**; 15:317-328.
84. **Goodman R.** Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2001**; 40:1337-1345.
85. **Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, Blondis TA, Klein Z.** Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol Bull* **1995**; 31:425-433.
86. **Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N.** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; 36:980-988.
87. **Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB.** Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *J Consult Clin Psychol* **1990**; 58:775-789.

88. **World Health Organization** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva, **1993**.
89. **Pliszka SR**. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **2000**; 9:525-540.
90. **Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ**. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2003**; 42:193-200.
91. **Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF, Biederman J, Pliszka SR, Boellner S, Read SC, Pratt R**. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children and adolescents: A 4-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, forced-dose-escalation study. *Clin Ther* **2006**; 28:402-418.
92. **Mitrovic D, Martinovic-Mitrovic S, Dickov A**. AD/HD in the genesis of conduct disorder--does biopsychosocial approach make sense? *Psychiatr Danub* **2010**; 22:509-513.
93. **Nadder TS, Rutter M, Silberg JL, Maes HH, Eaves LJ**. Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional-defiant disorder/conduct disorder (Odd/CD) symptomatologies across informant and occasion of measurement. *Psychol Med* **2002**; 32:39-53.
94. **Pastura G, Mattos P, Araújo AP**. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and its comorbidities in a sample of school-aged children. *Arq Neuropsiquiatr* **2007**; 65:1078-1083.
95. **Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA**. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2004**; 13:243-248.
96. **Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y**. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord* **2015**
97. **Mulraney M, Schilpzand EJ, Hazell P, Nicholson JM, Anderson V, Efron D, Silk TJ, Sciberras E**. Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6-8-year-old children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2015**.
98. **McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S**. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* **2005**; 162:1621-1627.
99. **Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustün TB, Zaslavsky AM**. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* **2005**; 57:1442-1451.

- 100. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ.** Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective. *J Dev Behav Pediatr* **2007**; 28:265-273.
- 101. Harty SC, Galanopoulos S, Newcorn JH, Halperin JM.** Delinquency, aggression, and attention-related problem behaviors differentially predict adolescent substance use in individuals diagnosed with ADHD. *Am J Addict* **2013**; 22:543-550.
- 102. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP.** Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry* **2000**; 61:244-251.
- 103. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV.** Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* **1999**; 104:20.
- 104. Buitelaar NJ, Posthumus JA, Buitelaar JK.** ADHD in Childhood and/or Adulthood as a Risk Factor for Domestic Violence or Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *J Atten Disord* **2015**.
- 105. Murphy KR, Barkley RA, Bush T.** Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* **2002**; 190:147-157.
- 106. Cook J, Knight E, Hume I, Qureshi A.** The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review of the literature. *Atten Defic Hyperact Disord* **2014**; 6:249-268.
- 107. Harpin V, Mazzone L, Raynaud JP, Kahle J, Hodgkins P.** Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *J Atten Disord* **2013**.
- 108. Fletcher J, Wolfe B.** Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. *J Ment Health Policy Econ* **2009**; 12:119-138.
- 109. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE.** A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med* **2012**; 10:99.
- 110. Goodman DW.** The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Pract* **2007**; 13:318-327.
- 111. Barkley RA.** Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* **2002**; 63:10-5.
- 112. Wilens TE, Dodson W.** A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* **2004**; 65:1301-1313.



113. **Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G.** Long-Term Outcomes of ADHD: Academic Achievement and Performance. *J Atten Disord* **2015**.
114. **Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S.** Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS One* **2015**;10.
115. **Biederman J.** Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. *J Clin Psychiatry* **2003**; 64:3-8.
116. **Wilson JJ, Levin FR.** Attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset substance use disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2005**; 15:751-763.
117. **Doshi JA, Hodgkins P, Kahle J, Sikirica V, Cangelosi MJ, Setyawan J, Erder MH, Neumann PJ.** Economic impact of childhood and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2012**; 51:990-1002.
118. **Ercan ES.** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ed: Çetin FÇ. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2008**:316-319.
119. **Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M.** Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2000**; 39:1468-1484.
120. **Machado JD, Caye A, Frick PJ, Rohde LA.** DSM-5. Major changes for child and adolescent disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, **2013**.
121. **Loeber R, Burke J, Pardini DA.** Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *J Child Psychol Psychiatry* **2009**; 50:133-142.
122. **Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P.** Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 16:484-494.
123. **Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC.** Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry* **2007**; 48:703-713.
124. **Quy K, Stringaris A.** Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions **2012**.
125. **Hicks BM, Krueger RF, Iacono WG, McGue M, Patrick CJ.** Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Arch Gen Psychiatry* **2004**; 61:922-928.

126. **Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M.** Familial transmission and heritability of childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry* **2010**; 167:1066-1074.
127. **Hicks BM, Foster KT, Iacono WG, McGue M.** Genetic and environmental influences on the familial transmission of externalizing disorders in adoptive and twin offspring. *JAMA Psychiatry* **2013**; 70:1076-1083.
128. **Mitsis EM, Halperin JM, Newcorn JH.** Serotonin and aggression in children. *Curr Psychiatry Rep* **2000**; 2:95-101.
129. **Kruesi MJ, Rapoport JL, Hamburger S, Hibbs E, Potter WZ, Lenane M, Brown GL.** Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* **1990**; 47:419-426.
130. **Raine A.** Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* **2002**; 43:417-434.
131. **Raine A, Lencz T, Bihrlle S, LaCasse L, Colletti P.** Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* **2000**; 57:119-127.
132. **Hamilton SS, Armando J.** Oppositional defiant disorder. *Am Fam Physician* **2008**; 78:861-866.
133. **Burke JD, Loeber R, Birmaher B.** Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41:1275-1293.
134. **DeVito C, Hopkins J.** Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers. *Dev Psychopathol* **2001**; 13:215-231.
135. **Speltz ML, DeKlyen M, Greenberg MT, Dryden M.** Clinic referral for oppositional defiant disorder: relative significance of attachment and behavioral variables. *J Abnorm Child Psychol* **1995**; 23:487-507.
136. **Shaw DS, Owens EB, Giovannelli J, Winslow EB.** Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2001**; 40:36-43.
137. **DeKlyen M.** Disruptive behavior disorder and intergenerational attachment patterns: a comparison of clinic-referred and normally functioning preschoolers and their mothers. *J Consult Clin Psychol* **1996**; 64:357-365.
138. **Fraser A, Wray J.** Oppositional defiant disorder. *Aust Fam Physician* **2008**; 37:402-405.

- 139. Snyder J, Cramer A, Afrank J, Patterson GR.** The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Dev Psychol* **2005**; 41:30-41.
- 140. Cunningham CE, Boyle MH.** Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *J Abnorm Child Psychol* **2002**; 30:555-569.
- 141. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A.** Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* **2005**; 62:173-181.
- 142. Frick PJ, Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MA, Hanson K.** Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. *J Consult Clin Psychol* **1992**; 60:49-55.
- 143. Conger RD, Ge X, Elder GH Jr, Lorenz FO, Simons RL.** Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* **1994**; 65:541-561.
- 144. Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH, Van Acker R, Eron LD.** Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *J Consult Clin Psychol* **1995**; 63:518-528.
- 145. Hicks BM, South SC, Dirago AC, Iacono WG, McGue M.** Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. *Arch Gen Psychiatry* **2009**; 66:640-648.
- 146. Samek DR, Hicks BM.** Externalizing Disorders and Environmental Risk: Mechanisms of Gene-Environment Interplay and Strategies for Intervention. *Clin Pract (Lond)* **2014**; 11:537-547.
- 147. Connor DF.** Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment. New York: The Guilford Press, **2002**.
- 148. Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV.** Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* **2002**; 159:1214-1224.
- 149. Hazell P.** Review of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbid with oppositional defiant disorder. *Australas Psychiatry* **2010**; 18:556-559.
- 150. Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A.** The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry* **2002**; 43:365-373.
- 151. Connor DF, Doerfler LA.** ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *J Atten Disord* **2008**; 12:126-134.

- 152. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Jetton JG, Chen L, Mick E, Greene RW, Russell RL.** Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1996**; 35:1193-1204.
- 153. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H.** Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* **2004**; 45:609-621.
- 154. Ercan ES.** Davranım Bozukluğu. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ed: Çetin FÇ. Ankara :Hekimler Yayın Birliği **2008**:312-315.
- 155. Mukaddes NM.** Davranım Bozukluğu. In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Ed: Polvan Ö. İstanbul: Nobel Kitabevleri, **2000**:89-95.
- 156. Horley J.** The Emergence and development of psychopathy. *History of Human Sciences* **2014**; 27:91-110.
- 157. Steiner H.** Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1997**; 36:122-139.
- 158. Olsson M.** DSM diagnosis of conduct disorder (CD)--a review. *Nord J Psychiatry* **2009**; 63:102-112.
- 159. Follan M, Minnis H.** Forty-four juvenile thieves revisited: from Bowlby to reactive attachment disorder. *Child Care Health Dev* **2010**; 36:639-45.
- 160. Scott S.** Conduct disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions **2012**.
- 161. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A.** Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* **2004**; 45:1350-1362.
- 162. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE.** Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* **2005**; 62:593-602.
- 163. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC.** Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* **2006**; 36:699-710.
- 164. Doyle AE, Biederman J, Monuteaux M, Cohan SL, Schofield HL, Faraone SV.** Diagnostic threshold for conduct disorder in girls and boys. *J Nerv Ment Dis* **2003**; 191:379-386.

- 165. Monuteaux MC, Faraone SV, Michelle Gross L, Biederman J.** Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *Psychol Med* **2007**; 37:1731-1741.
- 166. Volavka J, Bilder R, Nolan K.** Catecholamines and aggression: the role of COMT and MAO polymorphisms. *Ann N Y Acad Sci* **2004**; 1036:393-398.
- 167. Ficks CA, Waldman ID.** Candidate genes for aggression and antisocial behavior: a meta-analysis of association studies of the 5HTTLPR and MAOA-uVNTR. *Behav Genet* **2014**; 44:427-444.
- 168. Gunter TD, Vaughn MG, Philibert RA.** Behavioral genetics in antisocial spectrum disorders and psychopathy: a review of the recent literature. *Behav Sci Law* **2010**; 28:148-173.
- 169. Iofrida C, Palumbo S, Pellegrini S.** Molecular genetics and antisocial behavior: where do we stand? *Exp Biol Med (Maywood)* **2014**; 239:1514-1523.
- 170. Wang TJ, Huang SY, Lin WW, Lo HY, Wu PL, Wang YS, Wu YS, Ko HC, Shih JC, Lu RB.** Possible interaction between MAOA and DRD2 genes associated with antisocial alcoholism among Han Chinese men in Taiwan. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **2007**; 31:108-114.
- 171. Moul C, Dobson-Stone C, Brennan J, Hawes DJ, Dadds MR.** Serotonin 1B Receptor Gene (HTR1B) Methylation as a Risk Factor for Callous-Unemotional Traits in Antisocial Boys. *PLoS One* **2015**; 10.
- 172. Dadds MR, Moul C, Cauchi A, Dobson-Stone C, Hawes DJ, Brennan J, Ebstein RE.** Methylation of the oxytocin receptor gene and oxytocin blood levels in the development of psychopathy. *Dev Psychopathol* **2014**; 26:33-40.
- 173. Fahim C, He Y, Yoon U, Chen J, Evans A, Pérusse D.** Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders. *Aggress Behav* **2011**; 37:326-337.
- 174. Dalwani MS, McMahon MA, Mikulich-Gilbertson SK, Young SE, Regner MF, Raymond KM, McWilliams SK, Banich MT, Tanabe JL, Crowley TJ, Sakai JT.** Female adolescents with severe substance and conduct problems have substantially less brain gray matter volume. *PLoS One* **2015**; 10.
- 175. Jones AP, Laurens KR, Herba CM, Barker GJ, Viding E.** Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Am J Psychiatry* **2009**; 166:95-102.
- 176. Zhou J, Yao N, Fairchild G, Zhang Y, Wang X.** Altered hemodynamic activity in conduct disorder: a resting-state fMRI investigation. *PLoS One* **2015**; 10.
- 177. Oliver BR, Barker ED, Mandy WP, Skuse DH, Maughan B.** Social cognition and conduct problems: a developmental approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2011**; 50:385-394.

178. **Blair RJ.** The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends Cogn Sci* **2007**; 11:387-392.
179. **Thompson DF, Rmos CL, Willett JK.** Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther* **2014**; 39:485-495.
180. **Northover C, Thapar A, Langley K, van Goozen SH.** Pain Sensitivity in Adolescent Males with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Testing for Associations with Conduct Disorder and Callous and Unemotional Traits. *PLoS One* **2015**; 10.
181. **Murray J, Farrington DP.** Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry* **2010**; 55:633-642.
182. **Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB.** Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1995**; 34:499-509.
183. **Piotrowska PJ, Stride CB, Croft SE, Rowe R.** Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* **2015**; 35:47-55.
184. **Lacourse E, Nagin DS, Vitaro F, Côté S, Arseneault L, Tremblay RE.** Prediction of early-onset deviant peer group affiliation: a 12-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* **2006**; 63:562-568.
185. **Freeze MK, Burke A, Vorster AC.** The role of parental style in the conduct disorders: a comparison between adolescent boys with and without conduct disorder. *J Child Adolesc Ment Health* **2014**; 26:63-73.
186. **Jonson-Reid M, Presnall N, Drake B, Fox L, Bierut L, Reich W, Kane P, Todd RD, Constantino JN.** Effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development: an official records study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2010**; 49:321-332.
187. **Maxfield MG, Widom CS.** The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med* **1996**; 150:390-395.
188. **Ireland TO, Smith CA.** Living in partner-violent families: developmental links to antisocial behavior and relationship violence. *J Youth Adolesc* **2009**; 38:323-339.
189. **Lyons-Ruth K.** Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. *J Consult Clin Psychol* **1996**; 64:64-73.
190. **Scott S, Briskman J, Woolgar M, Humayun S, O'Connor TG.** Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* **2011**; 52:1052-1062.

- 191. Miller-Johnson S, Coie JD, Maumary-Gremaud A, Bierman K.** Conduct Problems Prevention Research Group. Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *J Abnorm Child Psychol* **2002**; 30:217-230.
- 192. Mikami AY, Lorenzi J.** Gender and conduct problems predict peer functioning among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* **2011**; 40:777-786.
- 193. Koenen KC, Caspi A, Moffitt TE, Rijdsdijk F, Taylor A.** Genetic Influences on the Overlap Between Low IQ and Antisocial Behavior in Young Children. *J Abnorm Psychol* **2006**; 115: 787-797.
- 194. Deater-Deckard K, Mullineaux PY, Beekman C, Petrill SA, Schatschneider C, Thompson LA.** Conduct problems, IQ, and household chaos: a longitudinal multi-informant study. *J Child Psychol Psychiatry* **2009**; 50:1301-1308.
- 195. Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE, Dodge KA, Rutter M, Taylor A, Tully LA.** Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Dev Psychopathol* **2005**; 17:67-84.
- 196. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ, Miller A, Kennedy MA.** Moderating role of the MAOA genotype in antisocial behaviour. *Br J Psychiatry* **2012**; 200:116-123.
- 197. Byrd AL, Manuck SB.** MAOA, childhood maltreatment, and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* **2014**; 75:9-17.
- 198. Craig IW.** The role of monoamine oxidase A, MAOA, in the aetiology of antisocial behaviour: the importance of gene-environment interactions. *Novartis Found Symp* **2005**; 268:227-253.
- 199. Johnson VA, Kemp AH, Heard R, Lennings CJ, Hickie IB.** Childhood- versus adolescent-onset antisocial youth with conduct disorder: psychiatric illness, neuropsychological and psychosocial function. *PLoS One* **2015**; 10.
- 200. Masi G, Milone A, Manfredi A, Pari C, Paziente A, Millepiedi S.** Conduct disorder in referred children and adolescents: clinical and therapeutic issues. *Compr Psychiatry* **2008**; 49:146-153.
- 201. McCabe KM, Rodgers C, Yeh M, Hough R.** Gender differences in childhood onset conduct disorder. *Dev Psychopathol* **2004**; 16:179-192.
- 202. Ilomäki E, Hakko H, Ilomäki R, Räsänen P.** STUDY-70 workgroup. Gender differences in comorbidity of conduct disorder among adolescents in Northern Finland. *Int J Circumpolar Health* **2012**; 71:17393.
- 203. Colins OF, Andershed H.** The DSM-5 with limited prosocial emotions specifier for conduct disorder among detained girls. *Law Hum Behav* **2015**; 39:198-207.

- 204. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K.** Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* **2004**; 45:195-211.
- 205. Connor DF, Ford JD, Albert DB, Doerfler LA.** Conduct disorder subtype and comorbidity. *Ann Clin Psychiatry* **2007**; 19:161-168.
- 206. Kovacs M, Pollock M.** Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1995**; 34:715-723.
- 207. Loeber R, Burke JD, Lahey BB.** What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Crim Behav Ment Health* **2002**; 12:24-36.
- 208. Kjelsberg E.** DSM-IV conduct disorder symptoms in adolescents as markers of registered criminality. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 11:2-9.
- 209. Mordre M, Groholt B, Kjelsberg E, Sandstad B, Myhre AM.** The impact of ADHD and conduct disorder in childhood on adult delinquency: a 30 years follow-up study using official crime records. *BMC Psychiatry* **2011**; 11:57.
- 210. Frick PJ, Stickle TR, Dandreaux DM, Farrell JM, Kimonis ER.** Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. *J Abnorm Child Psychol* **2005**; 33:471-487.
- 211. Eyberg SM, Nelson MM, Boggs SR.** Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol* **2008**; 37:215-237.
- 212. Knight LA, Rooney M, Chronis-Tuscano A.** Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* **2008**; 10:412-418.
- 213. Barlow J, Stewart-Brown S.** Behavior problems and group-based parent education programs. *J Dev Behav Pediatr* **2000**; 21:356-370.
- 214. Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LA.** Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2013**; 52:26-36.
- 215. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M.** Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid Based Child Health* **2013**; 8:318-692.
- 216. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA.** Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* **2011**;12.



217. **Montoya A, Colom F, Ferrin M.** Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry* **2011**; 26:166-175.
218. **Ghanizadeh A.** Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Patient Educ Couns* **2007**; 68:23-28.
219. **Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS.** Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2008**; 47:505-514.
220. **Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL, Jimenez-Camargo L.** Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **2011**; 20:305-318.
221. **Ramsay JR.** Current status of cognitive-behavioral therapy as a psychosocial treatment for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* **2007**; 9:427-433.
222. **Strohl MP.** Bradley's Benzedrine studies on children with behavioral disorders. *Yale J Biol Med* **2011**; 84:27-33.
223. **Bradley C.** The Behavior of Children Receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry* **1937**; 94:577-81.
224. **Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O.** The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* **2010**; 2:241-255.
225. **Leonard BE, McCartan D, White J, King DJ.** Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Hum Psychopharmacol* **2004**; 19:151-180.
226. **Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, Ganiats TG, Kaplanek B, Meyer B, Perrin J, Pierce K, Reiff M, Stein MT, Visser S.** Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* **2011**; 128:1007-1022.
227. **Mannuzza S, Klein RG, Truong NL, Moulton JL, Roizen ER, Howell KH, Castellanos FX.** Age of methylphenidate treatment initiation in children with ADHD and later substance abuse: prospective follow-up into adulthood. *Am J Psychiatry* **2008**; 165:604-609.
228. **Heal DJ, Pierce DM.** Methylphenidate and its isomers: their role in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder using a transdermal delivery system. *CNS Drugs* **2006**; 20:713-738.
229. **Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Gatley SJ, Logan J, Ding YS, Hitzemann R, Pappas N.** Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate. *Am J Psychiatry* **1998**; 155(10):1325-1331.

230. **Minzenberg MJ.** Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder: from cells to circuits. *Neurotherapeutics* **2012**; 9:610-621.
231. **Volkow ND, Wang G, Fowler JS, Logan J, Gerasimov M, Maynard L, Ding Y, Gatley SJ, Gifford A, Franceschi D.** Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *J Neurosci* **2001**; 21:121.
232. **Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Ding YS, Gatley SJ.** Role of dopamine in the therapeutic and reinforcing effects of methylphenidate in humans: results from imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol* **2002**; 12:557-566.
233. **Avale ME, Falzone TL, Gelman DM, Low MJ, Grandy DK, Rubinstein M.** The dopamine D4 receptor is essential for hyperactivity and impaired behavioral inhibition in a mouse model of attention deficit/hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* **2004**; 9:718-726.
234. **Wilens TE.** Effects of methylphenidate on the catecholaminergic system in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol* **2008**; 28:46-53.
235. **Heikkila RE, Orlansky H, Mytilineou C, Cohen G.** Amphetamine: evaluation of d- and l-isomers as releasing agents and uptake inhibitors for 3H-dopamine and 3H-norepinephrine in slices of rat neostriatum and cerebral cortex. *J Pharmacol Exp Ther* **1975**; 194:47-56.
236. **Shi WX, Pun CL, Zhang XX, Jones MD, Bunney BS.** Dual effects of D-amphetamine on dopamine neurons mediated by dopamine and nondopamine receptors. *J Neurosci* **2000**; 20:3504-3511.
237. **Swanson J, Baler RD, Volkow ND.** Understanding the Effects of Stimulant Medications on Cognition in Individuals with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Decade of Progress *Neuropsychopharmacology* **2011**; 36:207-226.
238. **Bidwell LC, McClernon FJ, Kollins SH.** Cognitive enhancers for the treatment of ADHD. *Pharmacol Biochem Behav* **2011**; 99:262-274.
239. **Adler LA, Alperin S, Leon T, Faraone S.** Clinical effects of lisdexamfetamine and mixed amphetamine salts immediate release in adult ADHD: results of a crossover design clinical trial. *Postgrad Med* **2014**; 126:17-24.
240. **Czerniak SM, Sikoglu EM, King JA, Kennedy DN, Mick E, Frazier J, Moore CM.** Areas of the brain modulated by single-dose methylphenidate treatment in youth with ADHD during task-based fMRI: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry* **2013**; 21:151-162.
241. **Rubia K, Halari R, Mohammad AM, Taylor E, Brammer M.** Methylphenidate normalizes frontocingulate underactivation during error processing in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* **2011**; 70:255-262.

242. **Barbarese WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ.** Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr* **2007**; 28:274-287.
243. **Ledbetter M.** Atomoxetine: a novel treatment for child and adult ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* **2006**; 2:455-466.
244. **Daivids E, Gastpar M.** Atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Fortschr Neurol Psychiatr* **2004**; 72:586-591.
245. **Schwartz S, Correll CU.** Efficacy and safety of atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a comprehensive meta-analysis and meta-regression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2014**; 53:174-187.
246. **Wehmeier PM, Schacht A, Ulberstad F, Lehmann M, Schneider-Fresenius C, Lehmkuhl G, Dittmann RW, Banaschewski T.** Does atomoxetine improve executive function, inhibitory control, and hyperactivity? Results from a placebo-controlled trial using quantitative measurement technology. *J Clin Psychopharmacol* **2012**; 32:653-660.
247. **Dittmann RW, Schacht A, Helsberg K, Schneider-Fresenius C, Lehmann M, Lehmkuhl G, Wehmeier PM.** Atomoxetine versus placebo in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder: a double-blind, randomized, multicenter trial in Germany. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2011**; 21:97-110.
248. **Sallee FR.** The role of alpha2-adrenergic agonists in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Postgrad Med* **2010**; 122:78-87.
249. **Hirota T, Schwartz S, Correll CU.** Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2014**; 53:153-173.
250. **Childress AC.** Guanfacine extended release as adjunctive therapy to psychostimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adv Ther* **2012**; 29:385-400.
251. **Childress AC, Sallee FR.** Revisiting clonidine: an innovative add-on option for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Drugs Today (Barc)* **2012**; 48:207-217.
252. **Gerrard P, Malcolm R.** Mechanisms of modafinil: A review of current research. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. **2007**; 3:349-364.
253. **Biederman J, Pliszka SR.** Modafinil improves symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder across subtypes in children and adolescents. *J Pediatr* **2008**; 152:394-399.

- 254. Swanson JM, Greenhill LL, Lopez FA, Sedillo A, Earl CQ, Jiang JG, Biederman J.** Modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study followed by abrupt discontinuation. *J Clin Psychiatry* **2006**; 67:137-147.
- 255. Otasowie J, Castells X, Ehimare UP, Smith CH.** Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* **2014**; 9.
- 256. Ghanizadeh A, Freeman RD, Berk M.** Efficacy and adverse effects of venlafaxine in children and adolescents with ADHD: a systematic review of non-controlled and controlled trials. *Rev Recent Clin Trials* **2013**; 8:2-8.
- 257. Park P, Caballero J, Omidian H.** Use of serotonin norepinephrine reuptake inhibitors in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in pediatrics. *Ann Pharmacother* **2014**; 48:86-92.
- 258. Maneeton N, Maneeton B, Srisurapanont M, Martin SD.** Bupropion for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci* **2011**; 65:611-617.
- 259. Maneeton N, Maneeton B, Intaprasert S, Woottitluk P.** A systematic review of randomized controlled trials of bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* **2014**; 10:1439-1449.
- 260. Güler AS, Yazgan MY.** Antipsikotikler In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ed: Çetin FÇ. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **2008**:617-630.
- 261. Pringsheim T, Panagiotopoulos C, Davidson J, Ho J, for the CAMESA guideline group.** Evidence-Based Recommendations for Monitoring Safety of Second Generation Antipsychotics in Children and Youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* **2011**; 20:218-233.
- 262. Pringsheim T, Gorman D.** Second-generation antipsychotics for the treatment of disruptive behaviour disorders in children: a systematic review. *Can J Psychiatry* **2012**; 57:722-727.
- 263. Wood M, Reavill C.** Aripiprazole acts as a selective dopamine D2 receptor partial agonist. *Expert Opin Investig Drugs* **2007**; 16:771-775.
- 264. Pappadopulos E, Woolston S, Chait A, Perkins M, Connor DF, Jensen PS.** Pharmacotherapy of Aggression in Children and Adolescents: Efficacy and Effect Size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **2006**; 15:27-39
- 265. Leysen JE, Janssen PM, Megens AA, Schotte A.** Risperidone: a novel antipsychotic with balanced serotonin-dopamine antagonism, receptor occupancy profile, and pharmacologic activity. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55:5-12.

266. **Kapur S, Remington G, Zipursky RB, Wilson AA, Houle S.** The D2 dopamine receptor occupancy of risperidone and its relationship to extrapyramidal symptoms: a PET study. *Life Sci* **1995**; 57:103-107.
267. **Berez R, Dorado P, De La Rubia A, Cáceres MC, Degrell I, LLerena A.** The role of cytochrome P450 enzymes in the metabolism of risperidone and its clinical relevance for drug interactions. *Curr Drug Targets* **2004**; 5:573-9.
268. **Heykants J, Huang ML, Mannens G, Meuldermans W, Snoeck E, Van Beijsterveldt L, Van Peer A, Woestenborghs R.** The pharmacokinetics of risperidone in humans: a summary. *J Clin Psychiatry* **1994**; 55:13-7.
269. **Lohr WD, Honaker J.** Atypical antipsychotics for the treatment of disruptive behavior. *Pediatr Ann* **2013**; 42:72-77.
270. **Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K.** Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev* **2012**; 9.
271. **Findling RL.** Atypical antipsychotic treatment of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *J Clin Psychiatry* **2008**; 69:9-14.
272. **Pandina GJ, Aman MG, Findling RL.** Risperidone in the management of disruptive behavior disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2006**; 16:379-392.
273. **Biederman J, Mick E, Faraone SV, Wozniak J, Spencer T, Pandina G.** Risperidone for the treatment of affective symptoms in children with disruptive behavior disorder: a post hoc analysis of data from a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-arm study. *Clin Ther* **2006**; 28:794-800.
274. **Reyes M, Buitelaar J, Toren P, Augustyns I, Eerdeken M.** A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Am J Psychiatry* **2006**; 163:402-410.
275. **Haas M, Karcher K, Pandina GJ.** Treating disruptive behavior disorders with risperidone: a 1-year, open-label safety study in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2008**; 18:337-345.
276. **Kuperman S, Calarge C, Kolar A, Holman T, Barnett M, Perry P.** An open-label trial of aripiprazole in the treatment of aggression in male adolescents diagnosed with conduct disorder. *Ann Clin Psychiatry* **2011**; 23:270-276.
277. **Handen BL, Hardan AY.** Open-label, prospective trial of olanzapine in adolescents with subaverage intelligence and disruptive behavioral disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2006**; 45:928-935.

- 278. Amaladoss A, Roberts N, Amaladoss F.** Evidence for use of mood stabilizers and anticonvulsants in the treatment of nonaffective disorders in children and adolescents. *Clin Neuropharmacol* **2010**; 33:303-311.
- 279. Malhi GS, Tanious M, Das P, Coulston CM, Berk M.** Potential mechanisms of action of lithium in bipolar disorder. Current understanding. *CNS Drugs*. **2013**; 27:135-153.
- 280. Reijs R, Aldenkamp AP, De Krom M.** Mood effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav* **2004**; 5:66-76.
- 281. Masi G, Milone A, Manfredi A, Pari C, Paziente A, Millepiedi S.** Effectiveness of lithium in children and adolescents with conduct disorder: a retrospective naturalistic study. *CNS Drugs* **2009**; 23:59-69.
- 282. Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H.** Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Syst Rev* **2010**; 2.
- 283. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y.** Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health* **2004**; 11:109-116.
- 284. Conners CK.** Symptom patterns in hyperactive, neurotic, and normal children. *Child Dev* **1970**; 41:667-682.
- 285. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özyayın L.** Conners' Parent Rating Scale Long Form-Revised: Factor Structure, Reliability and Validity Studies. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. **2011**; 18:45-58.
- 286. Bulut I.** Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüneli Matbaası. 1990; 1-38.
- 287. Conners CK.** A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry* **1969**; 126:884-888.
- 288. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özyayın L.** Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş/Uzun: Türk Çocukları için Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Klin Psikiyatr Derg* **2011**; 14:150-163.
- 289. Goodman R.** The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. **1997**; 38:581-586.
- 290. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S.** Psychometric Properties of The Turkish Version of The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Turk J Child Adolesc Ment Health* **2008**; 15:65-74.

291. **Yalın Ş, Özbek A, Güvenir T, Baydur H.** The Advanced Psychometric Properties of Turkish Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ). *Turk J Child Adolesc Ment Health.* **2013;** 20:23-32.
292. **Gratz KL, Roemer L.** Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav* **2004;** 26:41-54.
293. **Sarıtaş DA, Gençöz T, Özen A.** Confirmatory factor analyses of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. *Eur J Psychol Assess* **2015;** 31:12-19.
294. **Klonsky ED, Glenn CR.** Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess* **2009;** 31:215-219.,
295. **Bildik T, Somer O, Başay BK, Başay Ö, Özbaran B.** Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* **2013;** 24:49-57.
296. **Lloyd EE, Kelley ML, Hope T.** Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA, **1997.**
297. **Nock MK, Prinstein MJ.** A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* **2004;** 72:885-890.
298. **Lloyd Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML.** Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine.* **2007;** 37:1183-1192.
299. **Stroop JR.** Studies of interference in serial verbal reactions. *J Experimental Psychol* **1935;** 18:643-662.
300. **Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal AŞ, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S.** Stroop Testi TBAG Formu: Türk Kültürüne Standardizasyon Çalışmaları, Güvenirlik ve Geçerlik. *Klinik Psikiyatri* **1999;** 2:75-88.
301. **Kılıç BG, Koçkar A, Irak M, Şener Ş, Karakaş S.**The standardization study of the stroop test TBAG form in children between 6-11 years of age. *Çocuk Genç Ruh Sağlığı Derg* **2002;** 9:86-99.
302. **Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, Mick E, Faraone SV.** Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry* **2005;** 162:1083-1089.

- 303. Nøvik TS, Hervas A, Ralston SJ, Dalsgaard S, Rodrigues Pereira R, Lorenzo MJ.** Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe--ADORE. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2006**; 15:15-24.
- 304. Rasmussen K, Levander S.** Untreated ADHD in adults: are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment? *J Atten Disord* **2009**; 12:353-360.
- 305. Staller J, Faraone SV.** Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs* **2006**; 20:107-23.
- 306. Biederman J, Faraone SV.** The Massachusetts General Hospital studies of gender influences on attention-deficit/hyperactivity disorder in youth and relatives. *Psychiatr Clin North Am* **2004**; 27:225-232.
- 307. Günther T, Knospe EL, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K.** Sex Differences in Attentional Performance in a Clinical Sample With ADHD of the Combined Subtype. *J Attend Disord* **2015**; 19:764-770.
- 308. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA.** Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* **2002**; 159:36-42.
- 309. Solanto MV.** The predominantly inattentive subtype of attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Spectr* **2000**; 5:45-51.
- 310. Levy F, Hay DA, Bennett KS, McStephen M.** Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2005**; 44:368-376.
- 311. Frick PJ, Kamphaus RW, Lahey BB, Loeber R, Christ MA, Hart EL, Tannenbaum LE.** Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *J Consult Clin Psychol* **1991**; 59:289-294.
- 312. Murphy KR, Barkley RA, Bush T.** Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis* **2002**; 190:147-157.
- 313. Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, Okada T, Kikuchi A, Kojimoto M, Noguchi H, Yoshikawa K.** Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2006**; 15:172-176.
- 314. Tercyak KP, Lerman C, Audrain J.** Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41:799-805.



315. **Fuemmeler BF, Kollins SH, McClernon FJ.** Attention deficit hyperactivity disorder symptoms predict nicotine dependence and progression to regular smoking from adolescence to young adulthood. *J Pediatr Psychol* **2007**; 32:1203-1213.
316. **Flory K, Milich R, Lynam DR, Leukefeld C, Clayton R.** Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder are uniquely at risk. *Psychol Addict Behav* **2003**; 17:151-158.
317. **Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, Biederman J.** Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2011**; 50:543-553.
318. **Wilens TE, Biederman J.** Alcohol, drugs, and attention-deficit/ hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth. *J Psychopharmacol* **2006**; 20:580-588.
319. **Korhonen T, van Leeuwen AP, Reijneveld SA, Ormel J, Verhulst FC, Huizink AC.** Externalizing behavior problems and cigarette smoking as predictors of cannabis use: the TRAILS Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2010**; 49:61-69.
320. **Glass K, Flory K.** Why does ADHD confer risk for cigarette smoking? A review of psychosocial mechanisms. *Clin Child Fam Psychol Rev* **2010**; 13:291-313.
321. **Wilens TE, Martelon M, Anderson JP, Shelley-Abrahamson R, Biederman J.** Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: a controlled family study of bipolar adolescents. *Drug Alcohol Depend* **2013**; 132:114-121.
322. **Dinn WM, Aycicegi A, Harris CL.** Cigarette smoking in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Addict Behav* **2004**; 29:107-126.
323. **Wilens TE, Adamson J, Sgambati S, Whitley J, Santry A, Monuteaux MC, Biederman J.** Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am J Addict* **2007**; 16:14-21.
324. **Potter AS, Newhouse PA.** Effects of acute nicotine administration on behavioral inhibition in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology (Berl)* **2004**; 176:182-194.
325. **Potter AS, Newhouse PA.** Acute nicotine improves cognitive deficits in young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pharmacol Biochem Behav* **2008**; 88:407-417.
326. **Kollins SH, Schoenfelder E, English JS, McClernon FJ, Dew RE, Lane SD.** Methylphenidate does not influence smoking-reinforced responding or attentional performance in adult smokers with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Exp Clin Psychopharmacol* **2013**; 21:375-384.

327. **Briere J, Gil E.** Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry* **1998**; 68:609-620.
328. **Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, Marchell T, Kress V, Girard K, Chin C, Knox K.** Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health* **2011**; 59:691-698.
329. **Kirkcaldy BD, Brown J, Siefen RG.** Disruptive behavioural disorders, self harm and suicidal ideation among German adolescents in psychiatric care. *Int J Adolesc Med Health* **2006**; 18:597-614.
330. **Taylor MR, Boden JM, Rucklidge JJ.** The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *Atten Defic Hyperact Disord* **2014**; 6:303-312.
331. **Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J, Purington A, Baral Abrams G, Barreira P, Kress V.** Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *J Adolesc Health* **2013**; 52:486-492.
332. **Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE.** Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med* **2012**; 42:717-726.
333. **Semiz UB, Basoglu C, Oner O, Munir KM, Ates A, Algul A, Ebrinc S, Cetin M.** Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry* **2008**; 42:405-413.
334. **Whitlock JL, Powers JL, Eckenrode J.** The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Dev Psychol* **2006**; 42:407-417.
335. **Bearman PS, Moody J.** Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health* **2004**; 94:89-95.
336. **Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H.** The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res* **2013**; 17:1-19.
337. **Muehlenkamp J, Brausch A, Quigley K, Whitlock J.** Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide Life Threat Behav* **2013**; 43:67-80.
338. **Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, Swanson EN.** Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *J Consult Clin Psychol* **2012**; 80:1041-1051.

339. **Swanson EN, Owens EB, Hinshaw SP.** Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: a longitudinal examination of mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry* **2014**; 55:505-515.
340. **Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ.** Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* **2006**; 144:65-72.
341. **Turner BJ, Chapman AL, Layden BK.** Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-injury: associations with emotional and social functioning. *Suicide Life Threat Behav* **2012**; 42:36-55.
342. **Klonsky ED.** The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* **2007**; 27:226-239.
343. **Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L.** Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* **2011**; 39:389-400.
344. **Jacobson CM, Gould M.** The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res* **2007**; 11:129-147.
345. **Santa Mina EE.** Self-harm intentions: can they be distinguished based upon a history of childhood physical and sexual abuse? *Can J Nurs Res* **2010**; 42:122-143.
346. **Choi JY, Choi YM, Gim MS, Park JH, Park SH.** The effects of childhood abuse on symptom complexity in a clinical sample: mediating effects of emotionregulation difficulties. *Child Abuse Negl* **2014**; 38:1313-1319.
347. **López J, López V, Rojas D, Carrasco X, Rothhammer P, García R, Rothhammer F, Aboitiz F.** Effect of psychostimulants on distinct attentional parameters in attentional deficit/hyperactivity disorder. *Biol Res* **2004**; 37:461-468.
348. **Na KS, Lee SI, Hong SD, Kim JH, Shim SH, Choi J, Yang J, Lee MS, Joung YS, Kim EJ, Park JH.** Effect of osmotic-release oral system methylphenidate on learning skills in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: an open-label study. *Int Clin Psychopharmacol* **2013**; 28:184-192.
349. **Wigal SB, Wigal T, Schuck S, Brams M, Williamson D, Armstrong RB, Starr HL.** Academic, behavioral, and cognitive effects of OROS® methylphenidate on older children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* **2011**; 21:121-131.
350. **Yang L, Cao Q, Shuai L, Li H, Chan RC, Wang Y.** Comparative study of OROS-MPH and atomoxetine on executive function improvement in ADHD: a randomized controlled trial. *Int J Neuropsychopharmacol* **2012**; 15:15-26.

- 351. Barnett R, Maruff P, Vance A, Luk ES, Costin J, Wood C, Pantelis C.** Abnormal executive function in attention deficit hyperactivity disorder: the effect of stimulant medication and age on spatial working memory. *Psychol Med* **2001**; 31:1107-1115.
- 352. Vance AL, Maruff P, Barnett R.** Attention deficit hyperactivity disorder, combined type: better executive function performance with longer-term psychostimulant medication. *Aust N Z J Psychiatry* **2003**; 37:570-576.
- 353. Katzman MA, Sternat T.** A review of OROS methylphenidate (Concerta®) in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drugs* **2014**; 28:1005-1033.
- 354. Pliszka S.** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2007**; 46:894-921.
- 355. Geurts HM, Verté S, Oosterlaan J, Roeyers H, Sergeant JA.** ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile? *Arch Clin Neuropsychol* **2005**; 20:457-477.
- 356. Shuai L, Chan RC, Wang Y.** Executive function profile of Chinese boys with attention-deficit hyperactivity disorder: different subtypes and comorbidity. *Arch Clin Neuropsychol* **2011**; 26:120-132.
- 357. Grizenko N, Paci M, Joober R.** Is the inattentive subtype of ADHD different from the combined/hyperactive subtype? *J Atten Disord* **2010**; 13:649-657.
- 358. Qian Y, Wang YF.** Impact of comorbidity on the executive function of patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Beijing Da Xue Xue Bao* **2007**; 39:329-332.
- 359. Clark C, Prior M, Kinsella GJ.** Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *J Abnorm Child Psychol* **2000**; 28:403-414.
- 360. Barnett R, Maruff P, Vance A.** Neurocognitive function in attention-deficit-hyperactivity disorder with and without comorbid disruptive behaviour disorders. *Aust N Z J Psychiatry* **2009**; 43:722-730.
- 361. Qian Y, Shuai L, Cao Q, Chan RC, Wang Y.** Do executive function deficits differentiate between children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and ADHD comorbid with oppositional defiant disorder? A cross-cultural study using performance-based tests and the behavior rating inventory of executive function. *Clin Neuropsychol* **2010**; 24:793-810.
- 362. Posner J, Maia TV, Fair D, Peterson BS, Sonuga-Barke EJ, Nagel BJ.** The attenuation of dysfunctional emotional processing with stimulant medication: an fMRI study of adolescents with ADHD. *Psychiatry Res* **2011**; 193:151-160.
- 363. Ritschel LA, Tone EB, Schoemann AM, Lim NE.** Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale across demographic groups. *Psychol Assess* **2015**; 27:944-954.

- 364. Rösler M, Retz W, Fischer R, Ose C, Alm B, Deckert J, Philipson A, Herpertz S, Ammer R.** Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *World J Biol Psychiatry* **2010**; 11:709-718.
- 365. Marchant BK, Reimherr FW, Robison RJ, Olsen JL, Kondo DG.** Methylphenidate transdermal system in adult ADHD and impact on emotional and oppositional symptoms. *J Atten Disord* **2011**; 15:295-304.
- 366. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B, Holtmann M, Krumm B, Sergeant J, Sonuga-Barke E, Stringaris A, Taylor E, Anney R, Ebstein RP, Gill M, Miranda A, Mulas F, Oades RD, Roeyers H, Rothenberger A, Steinhausen HC, Faraone SV.** Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* **2010**; 51:915-923.
- 367. Bunford N, Evans SW, Wymbs F.** ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* **2015**; 18:185-217.
- 368. Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L.** Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *J Atten Disord* **2014**.
- 369. Northover C, Thapar A, Langley K, van Goozen S.** Emotion Regulation in Adolescent Males with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Testing the Effects of Comorbid Conduct Disorder. *Brain Sci* **2015**; 5:369-386.
- 370. Gratz KL.** Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J Clin Psychol* **2007**; 63:1091-1103.
- 371. Mikolajczak M, Petrides KV, Hurry J.** Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol* **2009**; 48:181-193.
- 372. Prayez F, Wodon I, Van Hyfte S, Linkowski P.** Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and child maltreatment: a review. *Rev Med Brux* **2012**; 33:75-86.
- 373. Pelcovitz D, Kaplan SJ, DeRosa RR, Mandel FS, Salzinger S.** Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. *Am J Orthopsychiatry* **2000**; 70:360-369.
- 374. Shen AC.** Long-term effects of interparental violence and child physical maltreatment experiences on PTSD and behavior problems: a national survey of Taiwanese college students. *Child Abuse Negl* **2009**; 33:148-160.
- 375. Hadianfard H.** Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *Int J Community Based Nurs Midwifery* **2014**; 2:77-84.

- 376. Hoza B, Owens JS, Pelham WE, Swanson JM, Conners CK, Hinshaw SP, Arnold LE, Kraemer HC.** Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* **2000**; 28:569-583.
- 377. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D.** ADHD: does parenting style matter? *Clin Pediatr (Phila)* **2008**; 47:865-872.
- 378. Topitzes J, Mersky JP, Reynolds AJ.** Child Maltreatment and Adult Cigarette Smoking: A Long-term Developmental Model. *J Pediatr Psychol* **2010**; 35:484-498.
- 379. Wymbs BT, Pelham WE Jr, Molina BS, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB.** Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *J Consult Clin Psychol* **2008**; 76:735-744.
- 380. Bornovalova MA, Blazei R, Malone SH, McGue M, Iacono WG.** Disentangling the relative contribution of parental antisociality and family discord to child disruptive disorders. *Personal Disord* **2013**; 4:239-246.
- 381. Gérardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF.** Drug treatment of conduct disorder in young people. *Eur Neuropsychopharmacol* **2002**; 12:361-370.
- 382. Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH Jr.** Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2002**; 41:253-261.
- 383. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK.** ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports* **2009**; 1:167-170.
- 384. Danforth JS, Barkley RA, Stokes TF.** Observations of parent-child interactions with hyperactive children: research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* **1991**; 11:703-727.
- 385. Weinberger KA, Gardner DM, Gerdes AC.** Maternal Functioning Differences Based on ADHD Subtype. *J Atten Disord* **2015**.
- 386. Tzang RF, Chang YC, Liu SI.** The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *Int J Psychiatry Clin Pract* **2009**; 13:318-325.
- 387. Yang P, Jong YJ, Hsu HY, Tsai JH.** Psychiatric features and parenting stress profiles of subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred Taiwanese sample. *J Dev Behav Pediatr* **2007**; 28:369-375.
- 388. Counts CA, Nigg JT, Stawicki JA, Rappley MD, von Eye A.** Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2005**; 44:690-698.

- 389. Scheltema Beduin A, de Haan L.** Off-label second generation antipsychotics for impulse regulation disorders: a review. *Psychopharmacol Bull* **2010**; 43:45-81.
- 390. Levy T, Bloch Y.** Pharmacotherapy for conduct disorder in children and adolescents. *Harefuah* **2012**; 151:421-6, 435, 434.
- 391. August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM.** Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38:1262-1270.
- 392. Pardini DA, Fite PJ.** Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: advancing an evidence base for DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **2010**; 49:1134-1144.
- 393. Petty CR, Monuteaux MC, Mick E, Hughes S, Small J, Faraone SV, Biederman J.** Parsing the familiarity of oppositional defiant disorder from that of conduct disorder: a familial risk analysis. *J Psychiatr Res* **2009**; 43:345-352.
- 394. Biederman J, Petty CR, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux MC, Faraone SV.** The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychol Med* **2008**; 38:1027-1036.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı Soyadı</b>	: İpek SÜZER GAMLI
<b>Doğum Tarih ve Yeri</b>	: 01.11.1988-Üsküdar/İSTANBUL
<b>Medeni Durumu</b>	: Evli
<b>Adres</b>	: Güzelyalı Mah. 81052 Sk. Yakut Apt. No:8/8 Çukurova /ADANA
<b>Telefon</b>	: 0 (533) 226 76 05
<b>E. posta</b>	: suzeripek@gmail.com
<b>Mezun Olduğu Tıp Fakültesi</b>	: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İSTANBUL
<b>Varsa Mezuniyet Derecesi</b>	: 3,33 ile Onur Öğrencisi olarak mezun oldum.
<b>Görev Yerleri</b>	: Çukurova Ü.T.F. Balcalı Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD
<b>Dernek Üyelikleri</b>	: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği- Türkiye Psikiyatri Derneği
<b>Alınan Burslar</b>	:-
<b>Yabancı Dil</b>	: İngilizce



## 10. EKLER

### 10.1. Aydınlatılmış Onam Formu

#### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Hastamız,

“12-18 yaş arası Yıkıcı Davranış Sorunları olan Ergenlerde Genel ve Klinik Özellikler ve İzlem Bulguları” isimli bilimsel bir araştırma yapılması planlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu gibi Yıkıcı Davranış Sorunları olan ergenlerin belirti şiddetini değerlendirmek amacı ile ebeveynlere ve öğretmenlere, günlük hayatta yaşadıkları güçlükleri ve bu güçlüklerle başa çıkma stratejilerinin başlangıçta ve tedavi sonunda değerlendirilmesi için takibe alınacak olan ergenlere bazı ölçekler verilecektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. İpek Süzer Gamlı veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından muayene edileceksiniz ve bulgularınız kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız. Yapılan ruhsal muayene ve değerlendirme sonrasında, konulan tanı ve uygulanması planlanan tedavi, uluslararası rehberlerde yer alan algoritmalara göre planlanacak, araştırma için herhangi özel/farklı bir tedavi uygulanmayacaktır. Ek olarak, polikliniğimizde, tedavi başlanmadan önce uygulanan rutin uygulamalar (Rutin biyokimya, EKG vb.) gibi işlemler gerçekleştirilecek, gerek görülürse ilgili bölümlere konsülte edilerek tedaviniz tamamlanacaktır.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.**

Dr. İpek Süzer Gamlı

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:  
Adres:  
Tel.  
İmza:

**Katılımcı Ebeveyn:**

Adı, soyadı:  
Adres:  
Tel.  
İmza:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:  
Adres:  
Tel.  
İmza:

**Katılımcı ile görüşen hekim**

Adı soyadı, unvanı:  
Adres:  
Tel.  
İmza:

## 10.2. Sosyo-Demografik Form

### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Hasta Değerlendirme Form

Tarih:	1.Var	5.Diğer
Kiminle geldi:	2.Yok	
Görüşmeyi yapan:	Anne-baba arasında akrabalık	Anneden ayrılık (6hafta)
Hastanın adı-soyadı:	1. Var	Geçirdiği önemli hastalık
Gönderen	2. Yok	Organik Hastalık Tanısı:
1. Kendileri	Aile yapısı	Konvülsiyon:
2. Eğitim kuruluşu	1. Çekirdek aile	1. Ateşli
3. Psikiyatrist	2. Geniş aile	2. Ateşsiz
4. Özel doktor	3. Anne ile	3. Yok
5. Adli makam	4. Baba ile	Menarş yaşı:
6. Konsültasyon	5. Akraba ile	Sünnet Yaşı:
Yaş:	6. Koruyucu aile	
	7. Evlat edinilmiş	
	8. Kurumda	
Kardeş sayısı:	Konut standardı	Çocuğunuzu Döver misiniz?
Kaçıncı çocuk:	Ayrı Odası	1. Evet
Kendi cinsinden kardeş:	1.Var	2. Hayır
Eğitimi	2.Yok	Ne sıklıkla
Annenin eğitimi:	Ayrı yatağı	Kim tarafından
Annenin işi:	1.Var	Ebeveyn dayak yer mi?
Annenin Yaşı:	2.Yok	1. Evet
Annede bedensel hastalık	Annenin çocuğu doğurduğu yaşı:	2. Hayır
Annede ruhsal hastalık	Gebeliğin seyri	Ne sıklıkla:
Babanın eğitimi:	Doğum Komplikasyonu:	Kim tarafından:
Babanın işi:	Doğumdan sonra ilk durum:	Uyku Sorunu:
Babanın Yaşı:	1.Normal	İştah Sorunu:
Babada bedensel hastalık	2.Morarma	Katkılı Gıda Tüketimi
Babada ruhsal hastalık	3.Ağlamama	Bir yılda geçirdiği ÜSYE Sayısı:
Alkol Kullanımı	4.Küvezde bakım	Not Ortalaması:
Sıklığı:	Beslenme (ilk 6 ay)	Ders Başarısı:
Aile durumu	1.Anne sütü	Bu yıl:
1. Anne-baba birlikte	2.Mama	Geçen Yıl:
2. Boşanmış	3.Birlikte	Okumayı Ne Zaman Söktüğü:
3. Parçalanma	Yürüme ayı (desteksiz)	Akran İlişkileri
Ailede Ruhsal Hastalık	Konuşma ayı (Cümle ile)	Günlük TV Kullanım saati
	Tuvalet eğitimi (gece-gündüz)	Günlük İnternet/Atari Kullanım Saati
	Bakan kişi:	
	1.Anne	
	2.Baba	
	3.Anneanne-babaanne	
	4.Bakıcı	

### 10.3. Connors Ana-Baba Dereceleme Ölçeği (CADÖ) Formu

#### YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ ( 3-17 YAŞ)

Çocuğun adı -----	Cinsiyeti: K E
	(daire içine alınız)
Doğum tarihi -----/-----/-----	Yaş: Sınıfı:
Ay    Gün    Yıl	
Anne ya da Babanın Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/-----
	Ay    Gün    Yıl

**Yönerge:** Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorundur. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize 'Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü' sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0'ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1'i ya da 2'yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)	
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağrır.	0	1	2	3
8	Kavga eder.	0	1	2	3
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3
18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3

38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakındır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına bumunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkanlıdır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşutur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
64	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kinlidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3
73	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
74	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
78	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
79	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.

- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.

- Türkçe çeviri ve uyarılama çalışması ( \* ) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özyayın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.

- \*Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

#### 10.4. Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği (CÖDÖ) Formu

### YENİLENMİŞ CONNERS SINIF ÖĞRETMENİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Öğrencinin adı -----	Cinsiyeti: K E (daire içine almız)
Doğum tarihi -----/-----/----- Ay Gün Yıl	Yaşı: Sınıfı:
Öğretmenin Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

**Yönerge:** Aşağıda çocukların okulda yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, problemin son bir ay içerisinde görülme sıklığına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize “son bir ay içerisinde bu sorunun ne kadar görüldüğü” sorusunu sorunuz ve en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer bu problem hiçbir zaman görülüyorsa ya da nadiren ya da çok az görülüyorsa 0’ı yuvarlak içine almız. Eğer çok doğruysa ya da çok sık görülüyorsa 3’ ü yuvarlak içine almız. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi yuvarlak içine almız. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

	HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1 Karşı gelir.	0	1	2	3
2 Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
3 Öğrendiklerini hemen unuttur.	0	1	2	3
4 Görüldüğü kadarıyla gruba alınmaz.	0	1	2	3
5 Duyguları kolayca incinir.	0	1	2	3
6 Mükemmeliyetçidir	0	1	2	3
7 Öfke patlamaları vardır; aniden parlayan, önceden kestirilemeyen davranışlar gösterir.	0	1	2	3
8 Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	0	1	2	3
9 Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında, yaptığı işlerde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
10 Küstaktır	0	1	2	3
11 Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder .	0	1	2	3
12 Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevleri ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
13 Takımlara ya da oyunlara en son seçilen kişilerden biridir	0	1	2	3
14 Duygusal bir çocuktur.	0	1	2	3
15 Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
16 Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir	0	1	2	3
17 Başladığı işi bitiremez	0	1	2	3
18 Kendisine söylenenleri dinlemiyor görünür	0	1	2	3
19 Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder	0	1	2	3
20 Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar	0	1	2	3

		<b>HİÇ DOĞRU DEĞİL</b> (Hiçbir zaman, nadiren)	<b>BİRAZ DOĞRU</b> (Bazen)	<b>OLDUKÇA DOĞRU</b> (Çoğu kez, Sık sık)	<b>ÇOK DOĞRU</b> (Pek çok kez, Çok sık sık)
21	Kelimedeki harfleri doğru sırada yazamaz.	0	1	2	3
22	Hiç arkadaşı yoktur.	0	1	2	3
23	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
24	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
25	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
26	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
27	Görevleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
28	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
29	Sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
30	Beklenen düzeyde okuyamaz.	0	1	2	3
31	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
32	Eleştiriye duyarlıdır.	0	1	2	3
33	Göründüğü kadarıyla ayrıntılarla çok fazla uğraşır.	0	1	2	3
34	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
35	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
36	Çok konuşur.	0	1	2	3
37	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
38	Hareket etmeden duramaz.	0	1	2	3
39	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
40	Okul çalışmalarına ilgisizdir.	0	1	2	3
41	Sosyal becerileri zayıftır.	0	1	2	3
42	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
43	Her şeyin düzgün ve temiz olmasını ister.	0	1	2	3
44	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
45	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
46	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.	0	1	2	3
47	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
48	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
49	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar).	0	1	2	3
50	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
51	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
52	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
53	Her şey her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
54	Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
55	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
56	Matematikte zayıftır.	0	1	2	3
57	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
58	Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
59	Huzursuzdur, her an ayakta ve hareket halindedir.	0	1	2	3

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarılma çalışması ( \* ) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyükoztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.
- \*Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

## 10.5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

### AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:**İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*) Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığımızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	( )	( )	( )	( )
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	( )	( )	( )	( )
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	( )	( )	( )	( )
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uyguluyoruz.	( )	( )	( )	( )
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17.Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	( )	( )	( )	( )

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	( )	( )	( )	( )
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	( )	( )	( )	( )
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	( )	( )	( )	( )
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzür.	( )	( )	( )	( )
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	( )	( )	( )	( )
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	( )	( )	( )	( )
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )



## 10.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)

### DERS

**Adı Soyadı:**

**Tarih:**

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle yanıtlayınız. Okuduğunuz cümle sizin için ne kadar doğruysa; o cümle ve uygun olan sütunun çakıştığı yere (X) işaret koyunuz.

	Hiç bir zaman	Bazen	Yarı yarıya	Çoğu zaman	Her zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi önemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim zaman utanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkmaya başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.					
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da yine de işlerimi yapabilirim.					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağıma inanırım.					

	Hiç bir zaman	Bazen	Yarı yarıya	Çoğu zaman	Her zaman
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.					
25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir şey olmadığına inanırım.					
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygunun geçmesi çok uzun zaman alır.					
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

## 10.7. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

### GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız: .....

Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşırım (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:  
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza: .....

Tarih: .....

**Yardımanız için teşekkür ederiz**

© Robert Goodman, 2005

## 10.8. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Ad-Soyadı:

Tarih:

### KZVD ENVANTERİ

#### BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	.....	Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	.....
Isırma	.....	Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	.....
Yakma	.....	Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	.....
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	.....	Cildi sert bir yüzeye sürtme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökten)	.....	Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	.....
		Diğer	.....

2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sayfadaki bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.

3.Hangi yaşta ilk kez kendinize zarar verdiniz? .....  
En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl) .....

LÜTFEN YANITLARINIZI DAİRE İÇİNE ALINIZ.

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı/ağrı hisseder misiniz?

1.Evet 2.Bazen 3.Hayır

Evet ise acı/ağrının düzeyi nedir?

\_\_\_\_\_ çok ağrı  
\_\_\_\_\_ orta düzeyde ağrı  
\_\_\_\_\_ az ağrı

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

1. EVET 2.BAZEN 3.HAYIR

İlaç ya da alkol aldığınız bir dönemde hiç kendinize zarar vermeye karar verdiniz mi?

1. EVET 2.HAYIR

Ne sıklıkla kendinize zarar verirsiniz?

a. Her gün  
b. Haftada birkaç kez  
c. Haftada bir  
d. Ayda bir  
e. Diğer, belirtiniz.....

En son KZVD öncesinde sizi etkileyecek herhangi bir olay yaşadınız mı?

a. Evet  
b. Hayır

KZVD Envanteri

1

**Evet ise aşağıdakilerden hangisi;**

- a. Erkek arkadaşımın ayrıldım  
b. Annem ve babam kavga etti  
c. Düşük not aldım  
d. Arkadaşımınla kavga ettim  
e. Kardeşimle kavga ettim  
f. Okulda ceza aldım  
g. Evde ceza aldım  
h. Sevdiğim birisi vefat etti  
i. Diğer:.....(açıkça yazınız)

**6. Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü (isteği) oluştuğundan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz? Lütfen daire içine alınız**

- a-<1 saat  
b-1-3 saat  
c-3-6 saat  
d-6-12 saat  
e-12-24 saat  
f->1 gün

**Kendinize zarar verme davranışınız aşağıdakilerin hangisinin ardından sona erer? (uygun olan tüm şıkları işaretleyiniz)**

- Bir şey dikkatimi dağıttı (örn; birisi kapımı çaldı, telefon çaldı vb.)  
 Başka bir şey yapmam gerekiyordu/ bir yere gitmem gerekiyordu (örn; okula gitmek gibi)  
 Acı/Ağrı hissettim  
 Korktum  
 Daha iyi hissettim  
 Daha kötü hissettim  
 Yoruldum  
 Diğer, lütfen belirtiniz \_\_\_\_\_

**Kendinize zarar vermeniz sonucunda hiç tıbbi bakım almanız gerekti mi?**

- 1.EVET 2.HAYIR  
Evet ise tıbbi bakım aldınız mı? 1.EVET 2.HAYIR

**7. Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?**

- 1.EVET 2.HAYIR

**Evet ise; Kendinize zarar verme davranışınızı bırakmak istemenizin nedeni aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri? (birden fazla işaretleyebilirsiniz) cümlelerin yanına + koymanız yeterli**

- Dikkat çekmek istemediğim için  
 İzlerden hoşlanmadığım için  
 Utandığım için  
 Artık ihtiyacım olmadığını hissettiğim için  
 Birileriyle konuşmaya başladığım için (annem-babam, arkadaşım, doktorum)  
 Daha iyi işe yarayan başka bir başatma yöntemi bulduğum için  
 Kendine zarar vermek sağlıklı olmadığı için  
 Diğer \_\_\_\_\_ (lütfen belirtiniz)

**Kendinize zarar verme davranışınız nedeni ile daha önce tedavi gördünüz mü?**

- 1.EVET 2.HAYIR

**Evet ise ne tedavisi? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. İlaçla b. Psikoterapi c. Yatarak

**Kendinize zarar verme davranışınız dışında başka bir nedenle daha önce tedavi gördünüz mü?**

- 1.EVET 2.HAYIR

**Evet ise ne tedavisi? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- a. İlaçla b. Psikoterapi c. Yatarak

**Ailenizde veya çevrenizde kendine zarar verme davranışında bulunan başka kişiler var mı?**

- a. Evet b. Hayır

**Evet ise; bu kişiler kim ve kullandıkları yöntem neydi?.....**

**KZVD ENVANTERİ**

Ad Soyad:

Tarih:

**BÖLÜM II: İŞLEVLER****Yönerge:**

Bu anket intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** “0” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsuzsa** “1” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsuzsa** “2” işaretleyiniz

**“Kendime zarar verdiğimde, ...**

	<b>Yanıt</b>		
1...kendimi sakinleşmiş hissedirim	0	1	2
2...kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum	0	1	2
3...kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4...kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)	0	1	2
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum	0	1	2
6...intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum	0	1	2
7...heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum	0	1	2
8...akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur	0	1	2
9...başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum	0	1	2
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0	1	2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0	1	2
12...birisinden huncımı çıkartmış olurum	0	1	2
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0	1	2
15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0	1	2
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0	1	2
18...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)	0	1	2
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0	1	2
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21...başkalarına uyum sağlamış olurum	0	1	2
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0	1	2
23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
24...duygusal acının gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0	1	2
25...başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2
27...kaygı, hüsrân, öfke ve diğer bunalıtıcı hislerim hafflemiş olur	0	1	2
28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum	0	1	2
29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum	0	1	2

KVZD Envanteri

3

**“Kendime zarar verdiğimde, ...**

**Yanıt**

30...kendimi yarım iyileşmesine odaklarım, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir	0	1	2
31...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum	0	1	2
32...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum	0	1	2
33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi)	0	1	2
34...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum	0	1	2
35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum	0	1	2
36...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum	0	1	2
38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum	0	1	2
39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum	0	1	2

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:



## 10.9. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevsel Değerlendirilmesi (FASM)

### KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞININ İŞLEVSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Aşağıdaki listede yer alan nedenlerden herhangi biri nedeniyle ne sıklıkta kendinize zarar verdiğinizi seçiniz.

0=Hiç

1=Nadiren

2=Bazen

3=Sıklıkla

- \_\_\_\_\_ 1. Okul veya diğer aktivitelerden kaçmak için
- \_\_\_\_\_ 2. Hissizlik veya boşluk duygusundan kurtulmak için
- \_\_\_\_\_ 3. Dikkat çekmek için
- \_\_\_\_\_ 4. Acı bile olsa birşeyler hissedebilmek için
- \_\_\_\_\_ 5. Hoşlanmadığın ya da yapmak istemediğin herhangi bir şeyden kaçmak için
- \_\_\_\_\_ 6. Durumun kontrolünü ele almak için
- \_\_\_\_\_ 7. Olumsuz bile olsa birinden bir tepki (reaksiyon) alabilmek için
- \_\_\_\_\_ 8. Ebeveynlerinden veya arkadaşlarından daha fazla ilgi görebilmek için
- \_\_\_\_\_ 9. İnsanlarla birlikte olmaktan kaçınmak için
- \_\_\_\_\_ 10. Kendini cezalandırmak için
- \_\_\_\_\_ 11. Diğer insanların farklı bir davranmaları veya değişmeleri için
- \_\_\_\_\_ 12. Saygın biri olabilmek için
- \_\_\_\_\_ 13. Bedel ödemekten ya da cezadan kaçınmak için
- \_\_\_\_\_ 14. Kötü duyguları sonlandırmak için
- \_\_\_\_\_ 15. Diğerlerinin senin ne kadar çaresiz olduğunu bilmeleri için
- \_\_\_\_\_ 16. Bir gruba ait hissedebilmek için
- \_\_\_\_\_ 17. Ebeveynlerinin seni anlamasını veya fark etmesini sağlamak için
- \_\_\_\_\_ 18. Yalnız kaldığında bir şeyler yapmak veya oyalanmak için
- \_\_\_\_\_ 19. Diğerleriyle birlikteyken bir şeyler yapmak veya oyalanmak için
- \_\_\_\_\_ 20. Yardım almak için
- \_\_\_\_\_ 21. Diğerlerini kızdırmak için
- \_\_\_\_\_ 22. Rahatlamak için
- \_\_\_\_\_ 23. Diğer başka bir sebeple (lütfen yazınız).....

## 10.10. Stroop TBAG Formu

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
BALCALI HASTANESİ  
ÇOCUK PSİKIYATRİABD

### STROOP TESTİ TBAG FORMU\* KAYIT FORMU

Adı Soyadı : ..... \*Uygulayıcının  
Doğum Tarihi : ..... Adı Soyadı : .....  
Yaşı : ..... Uygulama Tarihi : .....  
Cinsiyeti : ..... Uygulama Yeri : .....  
Eğitim Düzeyi : .....

Bölüm I : Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma				Bölüm II : Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma			
M	S	K	Y	M	S	K	Y
Y	M	S	K	Y	M	S	K
Y	K	M	S	Y	K	M	S
K	Y	S	M	K	Y	S	M
S	K	Y	M	S	K	Y	M
K	M	S	Y	K	M	S	Y
Bölüm III : Şekil Rengi Söyleme				Bölüm IV : Renk İsmi Olmayan Kelime Rengi Söyleme			
Y	M	S	K	Y	M	S	K
S	K	Y	M	S	K	Y	M
M	Y	S	K	M	Y	S	K
M	S	K	Y	M	S	K	Y
K	Y	M	S	K	Y	M	S
S	Y	M	K	S	Y	M	K
Bölüm V : Renk İsmi Olan Kelime Rengi Söyleme							
Y	M	S	K				
S	K	Y	M				
M	Y	S	K				
M	S	K	Y				
K	Y	M	S				
S	Y	M	K				

	TOPLAM SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

\*BİLNOT Bataryasının araştırma ve geliştirme çalışmaları TBAG-Ü / 17-2 sayılı proje ile TÜBİTAK tarafından gerçekleştirilmiştir.