

**T.C.**  
**Trakya Üniversitesi**  
**Tıp Fakültesi**  
**Psikiyatri Anabilim Dalı**

**Tez Yöneticisi:**  
**Prof.Dr.Ercan ABAY**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ / HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN**  
**ÇOCUKLARIN BABALARINDA BU TANININ VE RUHSAL**  
**DURUMUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ**

**Dr. Cengiz TUĞLU**

**UZMANLIK TEZİ**

**Edirne-1996**

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve becerimin gelişmesinde katkıları olan ve tezimi yöneten değerli hocam Prof. Dr. Ercan ABAY'a, ayrıca tezimin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen İ.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Mukaddes MOTAVALLI' ya, fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına ve Psikiyatri Anabilim Dalındaki çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
YÖNTEM.....	22
GEREÇ.....	24
BULGULAR.....	26
TARTIŞMA.....	35
SONUÇ.....	47
ÖZET.....	48
KAYNAKLAR.....	49
EKLER.....	55

## GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (DE / HB) çocukluk çağında sık rastlanan bozukluklardan biridir. En çarpıcı belirtileri hiperaktivite, dikkatsizlik ve ataklıktır (impulsivite). Tanı konup, tedavi edilmediğinde çeşitli alanlarda işlevselliği ve toplumsal uyumu bozar.

1902 yılında İngiliz pediyatrist Frederic Still'in tanımladığı "Minimal Beyin Disfonksiyonu" DE / HB ile içerik bakımından benzeşen, ancak özgül tanı gereksinimini karşılayamayan geniş bir belirti kümesidir. Dikkatsizlik, nörolojik anormallikler, yerinde duramama, kurallara uymada yetersizlik ve yıkıcı davranış ile karakterize bu durum içerdiği geniş belirti yelpazesinden pek çok özgül tanı grubunun doğmasına yol açmıştır. DE / HB'nin "Minimal Beyin Disfonksiyonu"ndan ayırt edilebilmesi, ilaçla tedavisi için artmış olanaklar nedeniyle de önem kazanmaktadır.

Bu çocukların çoğunda davranış bozuklukları ergenlik ve erişkinlik çağlarında da sürer. Yaşla birlikte belirtiler daha az göze çarpar hale gelir. Genellikle aşırı hareketlilik ve kaba motor etkinlik (aşırı koşma, tırmanma, yerinde oturamama) yerini huzursuzlanma, rahat oturamama ve kendini sürekli heyecanlı hissetmeye bırakır. Atak ve dürtüsel davranış ergenlikte artabilir. Erişkinlerde sessiz, sakin etkinlikleri sürdürmemeye, hareketliliği az eğlence ve mesleklerden kaçınma şeklinde görülebilir. Bir kısmı da belirgin düzelme gösterir.

Erişkinde seyir hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Çünkü çocuklukta DE / HB tanısı alanların çok azı erişkin yaşamda izlenebilmektedir. Bu konudaki çalışmalar, tanı güçlükleri nedeniyle bozukluğun erişkinlikte tanınmadığını, gözden kaçtığını düşündürmektedir. Bu çalışma DE / HB'nin erişkinlerde değerlendirilmesini, çocukluk öyküsünün araştırılmasını ve şimdiki psikiyatrik tanı birlikteliğini gözden geçirmeyi amaçlamaktadır.

## **DİKKAT EKSİKLİĞİ / HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

Son yıllarda Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (DE / HB) çocuk psikiyatrisinde yaygın kullanılan klinik kavramlardan biri olmuştur. Daha önceden minimal beyin disfonksiyonu, hiperkinezis, hiperkinetik sendrom gibi değişik adlarla tanımlanan bu durum bilişsel - davranışsal bir sendrom olarak ilk kez DSM - III'te yer almıştır.<sup>1,2</sup> O zamana kadar kabul gören "Minimal Beyin Disfonksiyonu" dikkatsizlik, nörolojik anormallikler, yerinde duramama, ataklık (impulsivite), okul başarısızlığı, kurallara uymada yetersizlik, duygusal değişkenlik ve yıkıcı davranış ile karakterize geniş bir belirti yelpazesine sahiptir. Bu, içerik bakımından DE / HB ile benzeşen ancak özgül tanı gereksinimini karşılayamayan bir durumdur. Beyin hasarı ile hiperkinetik sendrom arasında etiyolojik bağlantıyı desteklemek ve yine beyin hasarı ile dikkatsizlik

veya hiperaktivite arasında ilişki kurmak üzere yapılan faktör analitik çalışmalar yetersiz kalmıştır.<sup>3,4,5</sup>

Sınıflandırmadaki değişimin önemi DSM - II'de "Hiperaktif Reaksiyon" tanımının yerini DSM - III'te iki alt tipe (hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz) "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" nun almasıdır. Böylece dikkat eksikliği ve ataklığın her iki alt tipin ortak özelliği olduğu kabul edilmiştir.<sup>1,6,7,8</sup> Hiperaktivitenin eşlik ettiği olgularda "Davranım Bozukluğu" belirtilerine daha sık rastlandığı ve ataklığın ön planda olduğu, diğerinde ise çekingenliğin ve düşük akademik başarının belirginleştiği belirtilmiştir.<sup>7</sup> DSM - III - R' de ise "Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu" başlığı benimsenmiştir. Bu durumda hiperaktivite olmadan görülen dikkat eksikliği "Özgül Gelişim Bozuklukları" kategorisinde kodlanmıştır.<sup>6</sup> Sınıflama DSM - IV ile şimdilik bilinen son haline kavuşmuştur. ICD - 10'da ise bu konu "Hiperkinetik Bozukluklar" başlığı altında hiperaktivite ağırlıklı olarak işlenmiştir.<sup>9,10</sup>

## **Tanısal Özellikler**

Gelişme düzeyiyle karşılaştırıldığında bireylerde en az iki ortamda (ev, okul, iş) dikkat eksikliği, hiperaktivite veya ataklık (impulsivite) belirtilerinin sürekli, sık ve daha ciddi olmasıyla karakterize bir bozukluktur.<sup>5</sup> DE / HB tanı ölçütleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Anneler çocuklarının doğumdan beri yerinde durmayan, kıpır kıpır çocuklar olduğunu belirtirler. Ancak bu durum 4 - 5 yaşlarındaki normal çocuklarda da zaman zaman görülür. Genellikle okula başladıklarında dikkati çekerler ve öğretmen tarafından aileye doktor muayenesi önerilir. Bozukluğu oluşturan hiperaktivite-impulsivite ya da dikkatsizlik belirtilerinin en azından bazıları 7 yaşından önce bulunmalıdır.<sup>3,9,11,12</sup> Okulda,

mesleki ya da toplumsal alanlarda ayrıntılara karşı *dikkatsizlik* sıktır. Çalışmalarını plansız, düzensiz ve karmakarışık bir biçimde sürdürürler. Oyun ve benzeri etkinliklerde dikkatlerini toplayamazlar, başladıkları işleri tamamlamakta zorlanırlar. Sıklıkla bitmemiş bir etkinlikten diğerine geçiş yaparlar. İşlerin bitirilmesindeki bu aksaklık olası başka nedenlere (örn. anlama kusurları) bağlı değildir. Belirli bir zihinsel çaba gerektiren iş ve görevlerden kaçınırlar. Düzensizdirler ve çoğunlukla kullandığı araç gereçleri hırpalama, yitirme gibi davranışları vardır. Bu bireylerin dikkatleri ilgisiz uyarılarla kolaylıkla dağılır. Sıklıkla diğer insanların önemsemediği ses ve olaylara bağlı olarak (örn. bir araba sesi, arka planda bir görüşme) işlerini yarıda keserler. Günlük etkinliklerinde sıklıkla unutkanlırlar (örn. randevuları kaçıрма).

*Hiperaktivite*, yerinde rahat duramama ya da oturduğu yerde bile kıpırdama, yerinde oturmama, koşuşturma, tırmanma, bir “motor tarafından sürülüyormuş” ya da “her an gitmeye hazır” gibi sürekli hareket halinde olma ya da çok konuşma gibi belirtilerle kendini gösterir. Küçük çocuklarda tanı dikkatli konmalıdır. Oyun çağı ve okul öncesi çocuklar yaşlarına göre daha hareketlidirler (mobilyaların üzerinde gezinirler, ev içinde koştururlar, sakinlik isteyen grup etkinliklerine katılmada zorlanırlar). Bu belirtiler okul çağındaki çocuklarda daha düşük şiddette ve sıklıktadır (oturmada, beklemekte zorlanırlar, yemek yerken, televizyon izlerken ya da ödev yaparken sık sık ayağa kalkıp gezinirler). Ergen ve erişkinlerdeki hiperaktivite belirtileri ise huzursuzluk ve sessiz etkinliklere yoğunlaşmakta zorlanmalar şeklindedir.

*İmpulsivite*, kendini sabırsızlık, sorular tamamlanmadan yanıtlarını verme, sırasını bekleme güçlüğü, toplumda, okulda ya da meslekte işlevselliği bozacak şekilde başkalarını engelleme şeklinde gösterir. Başkaları onların konuşmasını kesmemekten yakınabilir. Bu bozukluğu olan bireyler tipik olarak sıraları gelmeden yorum



yaparlar.Yönergeleri dinlemez ve ataklıkları nedeniyle kazalara yol açabilirler. Tanı koymak için, bu bozulmaların en az iki ortamda kendini göstermesi gerekir.Bireyin bütün durumlarda aynı derecede işlev bozukluğu göstermesi oldukça nadirdir. İyi bir denetim sağlandığında, yeni ortamlarda, ilginç etkinliklerle uğraşıldığında, uygun davranışlar ödüllendirildiğinde belirtiler önemli derecede azalır ya da ortadan kalkar. Belirtiler çoğunlukla grup içinde ortaya çıkar. Bu nedenle bireyin davranışının değişik zaman ve ortamlara göre değerlendirilmesi gerekir.

Tablo 1. DSM-IV'e göre DE / HB tanı ölçütleri

<b>Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu tanı ölçütleri</b>
<p>A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır.</p> <p>(1) aşağıdaki <b>dikkatsizlik</b> semptomlarından altısı (ya da daha fazlası ) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:</p> <p><b>Dikkatsizlik</b></p> <p>(a) çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar</p> <p>(b) çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık</p> <p>(c) doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür</p> <p>(d) çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz ( karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)</p> <p>(e) çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker</p> <p>(f) çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya isteksizdir</p> <p>(g) çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler)</p> <p>(h) çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık</p> <p>(i) günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan</p> <p>(2) aşağıdaki <b>hiperaktivite-impulsivite</b> semptomlarının altısı en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:</p> <p><b>Hiperaktivite</b></p> <p>(a) çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur</p> <p>(b) çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar</p> <p>(c) çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ve erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)</p> <p>(d) çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır</p> <p>(e) çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır</p> <p>(f) çoğu zaman çok konuşur</p> <p><b>İmpulsivite</b></p> <p>(g) çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır</p> <p>(h) çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır</p> <p>( Devamı arka sayfada)</p>

Tablo 1. DSM-IV'e göre DE / HB tanı ölçütleri ( Devam)

<p>(i) çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burunlarını sokar)</p> <p>B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif- impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından öncede vardır</p> <p>C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda ( ya da işte ) ve evde ).</p> <p>D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.</p> <p>E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu).</p> <p>Tipine göre kodlayınız</p> <p><b>314.01 Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip :</b> Son altı ay boyunca hem A1, hem de A2 Tanı ölçütü karşılanmışsa</p> <p><b>314.00 Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:</b> Son altı ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa</p> <p><b>314.01 Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:</b> Son altı ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı ölçütü karşılanmamışsa</p> <p><b>Kodlama notu:</b> O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) "Kısmi remisyonda" olarak belirtilmelidir.</p>
--

Bireylerin büyük çoğunluğunda hem dikkatsizlik, hem de impulsivite belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bu örüntülerden biri baskındır. Tanı için uygun alt tip son altı ayda baskın olan belirti örüntüsü temel alınarak konmalıdır (Tablo 1). DSM-IV tanı için, dikkat eksikliği veya hiperaktivite belirtilerinin yalnızca bir alanda bulunmasını yeterli görürken, ICD-10'da belirtilerin her iki alanda bulunması zorunludur.<sup>5,9,10</sup>

### Eşlik Eden Özellikler ve Bozukluklar

Yaş ve gelişim düzeyine bağlı olarak, engellenmeye karşı dayanıklılığın düşüklüğü, ani öfke patlamaları, inatçılık, emredici tutum, sık ve aşırı ısrarlar, duygudurum dalgalanmaları, moral bozukluğu, disfori, arkadaşlarınca reddedilme ve düşük özbenlik saygısı görülür.<sup>6,9,10,13,14</sup> Okul başarısının ve bunun birey için öneminin azalması aile ve öğretmenlerle çatışmaya yol açar. Sürekli çabayı gerektiren görevlerde

kişinin sürekli yetersiz kalması, başkaları tarafından tembellik, düşük sorumluluk duygusu ve karşıt olma davranışı olarak yorumlanır. Ayrıca ICD-10, öğrenme bozukluklarının, Hiperkinetik Bozukluğun bir parçası olmadığı gerekçesi ile ayrı olarak kodlanmasını önerir.<sup>9,10</sup>

DE / HB olan bireylerin akademik ve mesleki başarıları yaşlarından daha düşüktür.<sup>6,15,16</sup> IQ olduğundan daha düşük ölçülebilir. Öktem ve Sonuvar (1993)'in gözden geçirme çalışmalarında Zeka Bölümü ortalaması 92.7 olarak bulunmuştur. Sözel ve Performans puanlar arasındaki ortalama fark 12.92'dir.<sup>7</sup> Bu bozukluk nedeniyle kliniğe başvuran çocukların önemli bir oranı Karşıt Olma - Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu ile birlikte dir.<sup>6, 14 16 17, 18</sup> DE / HB ile Davranım Bozukluğu sık olarak birlikte olup epidemiyolojik ve klinik örneklerde % 30 - 50 oranında birlikte bulunmuştur.<sup>16,19</sup> Bu çocuklarda Duygudurum Bozuklukları ve Anksiyete Bozuklukları'nın görülmesinde artış, tartışmalar olmakla birlikte, pek çok çalışma tarafından desteklenmektedir.<sup>6, 16, 20, 21</sup> Öğrenme Bozuklukları (okuma, sayma yada matematik ile ilgili) ve İletişim Bozukluklarının sıklığı da yüksektir. Bu konuda yapılmış ikiz çalışmaları sonucunda her iki bozukluk etiyolojik olarak bağımsız bulunmuştur.<sup>16, 22</sup> Özellikle dil sorunları ile giden durumlar birbiriyle ilişkili alttipler gibi görünmektedir.<sup>15</sup> Tourette Bozukluğu ile bir arada olabilir ve sıklıkla DE / HB bu bozukluktan önce ortaya çıkmıştır.<sup>9</sup>

DE / HB'ye özgü herhangi bir fizik muayene bulgusu yoktur, ancak hipertelorizm, yüksek damak, düşük kulak gibi küçük fizik anormallikler ve siliik nörolojik bulgular (hızlı ardışık hareketleri yapamama, ince motor hareketlerde koordinasyon kusurları, agrafestezi, asterognozi) genel topluma göre daha yüksek oranda görülebilir. Ayrıca bu çocuklarda fizik yaralanmaların sıklığı da daha yüksektir.

Davranım bozukluğunda temporal lob epilepsisi 20 kat daha fazla saptanmakla birlikte hiperaktiviteye özgü EEG bozukluğu olmadığı ancak özgün olmayan “yavaş dalga aktivitesi” gibi bulgulara rastlandığı, EEG örüntülerinin % 2-8 oranında paroksizmal deşarjlar gösterdiği bildirilmektedir.<sup>6,7,11,14,23</sup>

## Ayırıcı Tanı

Nörotik çocuklar aşırı hareketlilik, dikkatsizlik, ataklık belirtileri gösterebilirler. Ancak bunlar ilgilerini çeken bir konu olduğunda (resim, oyun, müzik) dikkatlerini yoğunlaştırabilirler. Hareketleri amaçsız değildir. Şizofreni, mani ve ağır zeka geriliklerinde de dikkat bozukluğu görülebilir. Bu bozuklukların diğer belirtileri ayırım için yeterlidir.<sup>12</sup>

Okul çağındaki bir çocukta akut başlangıçlı hiperaktif davranışın bir tür tepkisel bozukluk (psikojen veya organik), manik durum, şizofreni veya nörolojik bozukluğa (örn. romatizmal ateş) bağlı olması daha olasıdır. Ayrıca hiperkinetik bozukluğun davranım bozukluğundan ayrılması da önemlidir. Ölçütler her ikisini karşıladığında öncelik hiperkinetik bozukluğundur.<sup>10</sup>

Daha şiddetli beyin hasarlı çocuklarda hiperkinezis daha yaygındır. Başka bir deyişle hiperkinezisli olanlarda serebral palsi ve diğer yapısal lezyonlar daha yüksek oranlarda görülür. İnfantil hemipleji, ataksik serebral palsi, fenilketonüri ve bazı mukopolisakkaridozlar yaygın hiperaktif davranışın kökeninde üne sahiptirler. Frajil X kromozom anomalisi, idiopatik infantil hiperkalsemi, fötal alkol sendromu, tiroid hormonuna karşı yaygın direnç, konjenital hipotiroidi ve tuberoskleroz gibi sistemik durumlar klinisyenler tarafından hiperaktivitenin nedeni olarak düşünülürler. DE / HB

tiroid hormonuna karşı yaygın direnci olan çocuklarda 10 kat, erişkinlerde ise 15 kat sık bulunmuştur.<sup>3,24</sup>

Beyin hastalıkları daha geç çocuklukta edinilebilir ve geç başlayan hiperaktivitenin nedeni olabilir. Bunlar içinde Sydenham Koresi oldukça yaygın olanıdır. Daha önce normal olan bir çocukta hiperaktif davranışın birden ortaya çıkması sıklıkla “Romatizmal Ateş”e bağlıdır ve genellikle yanlış tanı alır. Epilepsi de hiperaktif davranış ile birlikte olabilir. Sık nöbetler, aktivite kontrolünü bozabilir. Antikonvülf tedavi hiperaktif davranışı ortaya çıkarabilir. Özellikle antikonvülf düzeyleri yüksek ve folat düzeyleri düşük olduğunda bilişsel performansta hasara neden olabilir. Bu durumlar teşhiste zorluklara neden olabilir.<sup>3</sup>

## **Etiyoloji**

**1- Beyin hasarı:** DE / HB, ilk olarak bir merkezi sinir sistemi hastalığı olarak sınıflandırılmıştır. Beyin hasarı ile hiperkinetik sendrom arasında etiyolojik bağlantıyı desteklemek ve yine beyin hasarı ile dikkatsizlik veya hiperaktivite arasında ilişki kurmak üzere yapılan faktör analitik çalışmalar yetersiz kalmıştır.<sup>3,4,5</sup>

**2- Çevresel etkenler:** Geniş aile, aşırı kalabalık ortamlarda yetişme DE / HB bulgularıyla ilişkili bulunmuştur.<sup>5, 11, 25</sup>

**3- Katekolamin varsayımı :** DE / HB’ nin biyokimyasal açıklamaları psikofarmakolojik araştırmalarla beraber gitmektedir.

Dopamin eksikliği : Kemiricilerde, beyin kabuğu sinaptik dopamin yoğunluğunu düşüren ve dopamin nöronlarını yıkan bir nöronal toksin olan 6 - hidroksi dopamin (6-OHDA) verilmesinden sonra hiperkinezis gösterilmiştir. Sokol, hiperkinezisin dopamin sistem işlev artışıyla, hipokinezisin dopamin sistem işlev

azalmasıyla birlikte olduğunu bildirmiştir. Ancak güncel araştırmalar bu varsayımı desteklememiştir. Shaywitz'in merkezi sinir sisteminde düşük homovanillik asit yoğunluğu bildirmesinden başka laboratuvar bulgusu yoktur.<sup>26</sup> Dopamin agonisti olan uyarıcılar tedavide kullanılmasına rağmen, artmış dopamin düzeyleri belirtileri hafifletmez. Saf dopamin agonistleri ( karbidopa, levodopa, piribedil ) ile yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar alınamamıştır. Metilfenidat ile birlikte bir dopamin agonisti olan amantadin verildiğinde hiperaktif davranışta azalma gözlenir. DE /HB olan çocuklarda kullanılan düşük doz antipsikotiklerin temel etkisi noradrenerjik blokajdır (Zametkin ve Rapaport, 1987 ).<sup>5</sup>

Noradrenalin varsayımı : DE / HB etiyolojisinde rol oynayan diğer bir katekolamindir. Dekstroamfetamin ve desipramin, 3-metoksi 4-hidroksifenilglolikol (MHPG)'ün idrar yoğunluğunu azaltır. Bir presinaptik alfa adrenerjik reseptör blokörü olan mianserin DE/HB bulgularını gidermede yetersiz kalmış ancak noradrenalin plazma düzeylerini artırmıştır. Alfa adrenerjik agonist etkili klonidin ise "loqus seruleus"u etkileyerek DE / HB olanlarda etkili olabilir. Trisiklik antidepresanlar noradrenerjik sistemi etkilemelerine rağmen uyarıcılar kadar etkin değildirler.

Serotonin varsayımı : Bir serotonin öncülü L-triptofan ile yapılan bir çalışmada okulla ilgili sorunlarda bazı düzelmeler görülmekle birlikte insanlardaki çalışmalar kesin bir sonuca bağlanamamıştır.

Tüm bu bulgular DE / HB tedavisinde kullanılan ilaçların tek bir nörotransmitter üzerinden değil daha fazlası üzerinden etkili olduğunu düşündürmektedir. Mono Amino Oksidaz( MAO) inhibitörleri ile yapılan çalışmalarda bunu desteklemektedir.<sup>3, 5, 24</sup>

**4- Yiyecekler, toksik ve allerjik maddelerin katkısı :** Akut kurşun zehirlenmesi şiddetli bir ensefalopatiye neden olur. İyileşen çocuklarda çok sık hiperkinetik davranış görülür. Thomson ve ark. (1989), Rutter ölçeğinin agresif ve antisosyal bölümlerinin hiperaktiviteye oranla kan kurşun düzeyleriyle daha yakından ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Hiperaktivitede diyetin etkileri Feingold'dan (1975) beri yoğun olarak araştırılmaktadır. Feingold, gıda boyaları ve koruyucularının genetik değişikliklere neden olduğunu düşünmüştür. Olgu çalışmaları çok az hastada diyetin faydalı olabileceğini göstermiştir. Sıklıkla suçlanan yiyecekler inek sütü, buğday unu, gıda boyaları ve turunçgillerdir. Bu tür tedavi yaklaşımının yararlılığı henüz sınırlıdır.<sup>3,5,6,7, 11, 25</sup>

**5- Diğer etiyolojik faktörler :** Kohort çalışmaları doğum komplikasyonları olan çocukların normallere göre hiperaktif ve impulsif davranışlarının biraz daha yaygın olduğunu düşündürmektedir. Fakat bu durum özgül değildir. Yine de bilinen ya da bilinmeyen nedenlerle beyinde minimal bir zedelenmeden yayınlarda sıkça bahsedilmektedir. Gebelikte annenin sigara içmesi, doğum sırasında düşük fetal kalp hızı ve doğumda küçük baş çevresi erken belirleyici etkenlerin en güçlüleridir. Ciddi aile içi uyumsuzluğun yaşanıyor olması da suçlanmıştır.<sup>3, 5, 6, 11, 12, 24</sup> DE / HB olan çocukların % 81'inde serum çinko düzeyleri normal değerlerin altında bulunmuştur.<sup>27</sup>

## **Patoloji**

Hiperaktif çocukların beyinlerinde yapısal bir hasara ait kanıt yoktur. Bu çocuklarda beyinde frontal alanlarda ve striatumda yetersiz kanlanma ve özellikle frontal kortekste glukoz geri alınımının azaldığı gösterilmiştir.<sup>3,24</sup> DE / HB olan erişkin hastalarda yapılmış PET çalışmaları sonucunda, serebral glukoz

metabolizmasında azalma (özellikle prefrontal, sol temporal ve pariyetal kortekste) saptanmıştır. Bu bulgu anteromedial frontal kortekste bazı alanların normal bireylere göre farklı bir hızla işlev gördüğünü düşündürmektedir.<sup>28</sup>

## **Prevalans**

DE / HB'nin okul yaşı çocuklarındaki prevalansının % 3-5 arasında olduğu bildirilmektedir.<sup>5, 9, 24, 29</sup> Ergenler ve erişkinlerdeki prevalansı ile ilgili veriler sınırlıdır. Çocuklukta DE / HB tanısı alanların bazı bulguları, % 50 - 80 olguda ergenlikte de devam etmektedir ve tüm erişkinlerin de % 1 - 2' sinde DE / HB'nin sürmekte olduğu tahmin edilmektedir. Bozukluk erkeklerde kızlardan daha sıktır, kız / erkek oranı 1 / 4 ile 1 / 9 arasındaki değerlerde bildirilmektedir. DE / HB ve Davranım Bozukluğu arasındaki ilişki birçok araştırmada vurgulanmaktadır.<sup>5, 9, 18, 24, 29</sup> Szatmari ve ark. (1989)'na göre kızlarda Davranım Bozukluğu ile DE / HB'yi ayrı olarak görmek enderdir.<sup>30</sup> Wender ve ark. erişkinler üzerinde ilaç etkinliğini araştıran çalışmalarında kadın / erkek oranını 1 / 1 olarak bulmuşlardır.<sup>31</sup>

## **Ailesel Özellikler ve Genetik**

DE / HB'nin, bu bozukluğu olan çocukların birinci derece akrabalarında daha sık olduğu bulunmuştur. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar hiperaktivitenin genetik bir yönü olduğuna işaret etmektedir ancak kalıtım şekli bilinmemektedir. Bazı öğrenme güçlükleriyle DE / HB'nin birlikteliği genetik olarak bir ortak geçişe dikkati çekmektedir. Ancak farklı sonuçlar alınan çalışmaların sayısı da artmaktadır. Ayrıca araştırmalara göre bireylerinin birinde DE / HB olan ailelerde Duygudurum ya da Anksiyete Bozukluğu, Öğrenme Bozuklukları, Madde Kullanım Bozuklukları ve



Antisosyal Kişilik Bozukluğu sıklığı daha fazladır.<sup>3,6,7, 24, 32, 33, 34</sup> Bu çocuklukta DE/HB'nin erişkin psikopatolojisinin belirli formlarının habercisi olabileceğini düşündürmektedir.<sup>35</sup>

## Gidiş

Ailelerin çoğu çocuklarındaki aşırı hareketliliği ilk kez sıralama ve yürüme döneminde farkeder. Bu çocukların çoğunda DE / HB gelişmez. Bu yüzden erken yıllarda tanı koyarken çok dikkatli olmalıdır. Genelde bozukluk, ilkökul döneminde çocuğun okula uyumunun bozulmasıyla tanınır. Öğretmenleri tarafından hiperaktif olarak nitelendirilen fakat anneleri tarafından böyle nitelendirilmeyen çocuklar, annelerinin hiperaktif dediği fakat öğretmenlerin bunu desteklemediği çocuklara göre DE / HB açısından daha yüksek oranda risk altındadırlar.<sup>17</sup> Klinik olarak erken ergenlik döneminde de belirtiler göreceli olarak sürmektedir. Bu dönemde, çocukluğunda DE / HB tanısı almış olanların yaklaşık yarısında akademik başarıda azalma, düşük özbenlik saygısı ve artmış antisosyal davranışların sürmekte olduğu görülür. Birçok bireyde geç ergenlikte ve erişkinlik döneminde belirtiler azalır. Buna karşın olguların bir kısmı DE/HB'nin tüm belirtilerini erişkinliğe taşır. Diğer erişkinlerde bazı belirtiler kalır. Motor etkinlik artışı ve duygudurum değişiklikleri yaş ile birlikte azalmakta ancak dikkat eksikliği ve mizaç bozukluğu (öfke atakları) kalıcı gözükmektedir.<sup>9,35</sup>

Weiss ve Hechtman (1986), çocukluklarında bu tanıya sahip hastaların 2/3'ünde erken erişkinlik döneminde de, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü, ataklık (impulsivite) ve öfke atakları belirtilerinin sürdüğünü göstermişlerdir.<sup>25</sup>

Erişkinlerdeki yaygınlığı iyi bilinmemektedir. Bunda çocuklukta DE / HB tanısı alanların çok azının erişkin yaşamda izlenebilmiş olması etkilidir.<sup>36</sup>

Uzun dönemli sonuçlar hakkında fazla birşey söylenememektedir. Utah grubu otuzlu, kırklı, ellili yaşlarda pek çok kişiyi tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Dikkat eksikliği ve öfke atakları, motor etkinlik ve duygudurum değişikliklerine göre daha kalıcı görünmektedir.<sup>35</sup> Mannuzza ve Gittelman, kız çocuklarında ve erişkin kadınlarda hastalığın gidişini incelemişler ve erkeklerdeki gidişe göre anlamlı bir fark saptayamamışlardır.<sup>37</sup>

## **ERİŞKİNLERDE DE / HB**

DE/HB , erişkinlerde de yaygın fakat tanı güçlükleri içeren bir durumdur. Erişkinler üzerine olan veriler sınırlıdır. Bir çalışmada, çocuklardaki DE / HB'ye bağlı ana belirtilerin % 50 - 80 oranında ergenlikte ve % 10 - 40 oranında da erişkinlerde sürdüğü bildirilmiştir.<sup>25</sup>

### **Erişkinde DE / HB' nin Tanısal Özellikleri**

Erişkinlerde DE/HB tanısı konulmasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Wender ve ark. erişkinlerdeki bu bozukluğun sıklıkla duygudurum bozukluğu olarak yanlış tanı aldığını bildirmiştir.<sup>38</sup> DSM-IV'de ve özellikle ICD-10'da belirtilerin erişkinlikte de dikkate alınması vurgulanmaktadır. Fakat, bu ölçütler, yaşa özgü belirtilere (örn. oyunlara katılmada güçlük veya sabırsızlık) ağırlık vermeleri

nedeniyle erişkinlerde DE / HB tanısını koymada yetersiz kalmaktadır.<sup>9,10,35,39,40</sup> Bu konudaki açığı farkedenden bir grup araştırmacı “Utah Ölçütleri” olarak adlandırılan tanı ölçütlerini oluşturmuşlardır. Erişkinde bu tanının konulabilmesi için ön koşul, çocukluk döneminde hiperaktivite ve dikkat eksikliğinin her ikisinin birden bulunmasıdır. Yaygın kullanılan ölçütler, geriye dönük (retrospektif) olarak çocukluk çağını değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Bu yüzden aşağıdaki ölçütler önerilmektedir.<sup>35,39</sup>

### **Çocukluk DE/HB Tanı Ölçütleri**

Aşağıdaki 1 ve 2 numaralı belirtileri mutlaka kapsamalı ve bunlarla birlikte en az üç bulguya sahip olmalıdır.

- 1- Diğer çocuklardan daha hareketli çocuk (Yerinde duramayan, huzursuz, rahatsız, sürekli hareket eden, aşırı konuşan )
- 2- Dikkatsizlik, dikkatin dağılması, okul ödevlerini bitirememesi ve kısa dikkat aralığı ile karakterize dikkat eksiklikleri
- 3- Okulda davranış sorunları
- 4- Ataklık (impulsivite)
- 5- Aşırı uyarılabilirlik
- 6- Öfke atakları

Bu belirtiler geriye dönük olarak ailelere verilen özgül ölçeklerle araştırılmalıdır.

### **Erişkinlik DE/HB Tanı Ölçütleri**

Erişkin DE/HB tanı ölçütleri, erişkinde de devam eden çocuklukta dikkat eksikliği ve yerinde duramama gibi tipik belirtiler üzerinde odaklanmıştır. Tanı için 1 veya 2 numaralı belirtinin olması ve buna diğer belirtilerden en az ikisinin eşlik etmesi

gerekir.

1- İnatçı motor hiperaktivite : Yerinde duramama , gerginlik , sinirlilik ,yerleşik etkinlikleri sürdürmememe (örneğin gazete okuma , TV izleme) , sürekli hareket halinde olma ve duygudurumda bozulma (disfori).

2- Dikkat eksikliği : Dikkatin çabuk dağılması, sıklıkla eşyalarını kaybetme yada yerlerini unutma, konuşulanları, okuduklarını ve günlük işlerini akılda tutamama.

3- Duygudurumda değişkenlik : Genellikle ergenlik bulgularına benzeyen normal duygudurumdan çökkünlüğe veya hafif öforiye kadar varan duygudurum değişkenliği belirgindir. Bu değişiklikler ; genellikle günün ilerleyen saatlerinde, kendiliğinden veya tepkisel olarak ortaya çıkar, birkaç gün sürebilir ve belirgin fizyolojik belirtiler yoktur.

4- Görevleri tamamlayamama : Ev , okul ve işiyle ilgili ödevlerini başarmada yetersizlik (bir işi bitirmeden diğerine başlarlar, sorun çözmede ve zamanı ayarlama da güçlüklerle karşılaşır).

5- Öfke atakları : Çabuk öfkelenip kontrollerini geçici olarak kaybedebilirler , sürekli huzursuzluk gösterirler.

6- Ataklık :Düşünmeden kolay ve hızlı karar verirler.İş başarısında azalma , ilişkilerini ani olarak başlatma veya bitirme (birçok kez evlenme, ayrılma yada boşanma), antisosyal davranış (uygunsuz şakalar, dükkanlardan birşeyler çalma veya olumsuz sonuçlarını düşünmeden hoşuna giden etkinliklere girişme) görülür.

7- Stres ile başedememe : Normal streslere çökkünlük , kızgınlık , apati ve bunaltı gibi aşırı ve uygunsuz yanıtlar verirler.Bu duygusal yanıtlar sorunlarını çözmelerini engeller.

## **Erişkinde DE / HB' nin Ayırıcı Tanısı**

DE / HB'nin belirtilerinden hiçbiri patognomonik değildir. Bununla birlikte DE/HB olan erişkin bireylerin deneyimleri, bu bozuklukla birlikte görülebilen diğer bozukluklardan (depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı, vs.) farklıdır. DE / HB olanların problemleri yaşamları boyunca sürer. Tanı konmuş erişkin hastalardaki duygudurum değişkenliği siklotimiye düşündürülebilir, ancak bu durum başka bir hastalığın tabloya eklenmesi değil, bozukluğun temel belirtilerinden biri de olabilir. Erişkinlerde DE / HB ile "Antisosyal Kişilik Bozukluğu"nun sık birlikteliğinden söz edilmektedir. Fakat davranış bozukluğu olmayan pekçok erişkin bireyde atak davranış olmakla birlikte, yaşa uygun empati, sempati ve vicdanlılık da vardır. Utah grubunun yaptığı çalışmalarda bu kişilerin benmerkezci, özsever ve sömürücü olmadıkları belirtilmektedir.<sup>35</sup>

## **Erişkinde DE / HB' nin Tedavisi**

Uygun ve etkili ilaçlar, hastalığın belirtilerini hafifletir , yaşam kalitesini ve işlevselliği artırır. DE /HB'li hastaların % 80'den fazlası ilaç tedavisine iyi yanıt verir. İlaçların etkinliği puberteden sonra nispeten azalmaktadır.<sup>19</sup> Hastaların çoğunda başka psikiyatrik bozukluklar da birarada bulunabilir.Bu yüzden DE / HB ve alt tiplerinin tanımlanması tedavinin uygun bir biçimde düzenlenebilmesi için de gereklidir.<sup>41, 42, 43</sup>

### **Farmakolojik tedavi**

Uyarıcı ilaçlar : Etkisinin ilk birkaç gün içinde görülmesi, antidepresanlarda olduğu gibi günlerce beklemek zorunda kalınmaması en önemli avantajlarıdır. Çocukların ve erişkinlerin tedavisinde metilfenidat ile amfetaminler arasında bir

farklılık gözlenmemiştir. Kötüye kullanım riski gözardı edilmeksizin amfetaminlerden yararlanma metilfenidata olan gereksinimi azaltır.

Amfetaminler : Tedavide D-amfetamin ve metamfetamin kullanılır.Kademeli olarak günlük 15 mg lık maksimum doza çıkılır. Doz aşımı huzursuzluğa neden olur.Yapılan çalışmalarda her ikisi arasında etkinlik bakımından bir fark bulunamamıştır.Uzun etkili olanların etkinliği daha düşüktür.<sup>39</sup>

Metilfenidat : Amfetaminler gibi sık kullanılırlar.Ortalama günlük doz 70 mg dır. Ritalin SR adıyla yavaş salımlı bir preparatı vardır. Fakat etkinliği daha düşüktür. Bazen allerjik reaksiyonlara da neden olabilir.<sup>31</sup>

Pemolin : Amfetamin ve metilfenidata göre etkinliği daha düşüktür. Ortalama günlük doz 75 mg dır .Günlük tek doz verilebilme kolaylığına sahiptir. İntravenöz kullanılabilmesi , alkol veya madde kötüye kullanım öyküsü olanlarda verilebilmesi en önemli avantajlardır. Önemli bir yan etkisi karaciğer toksisitesine yol açmasıdır.<sup>19, 39</sup>

Diğer ilaçlar : Uyarıcı ilaçların kötüye kullanım riskleri ve etki sürelerinin kısalığı nedeniyle monoamin oksidaz inhibitörleri (parjilin , selejilin) üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Hastalar duygudurumdaki değişiklikler (distimi , disfori) nedeniyle yanlışlıkla siklotimi tanısı alırlar. Bu durum trisiklik antidepressanlara , lityuma veya fluoxetine yanıt vermez. Böyle durumlarda monoamin oksidaz inhibitörleri kullanılabilir.<sup>39, 44</sup>

Uyarıcıların yan etkiler nedeniyle kullanılmadığı durumlarda klonidin iyi bir alternatif olabilir.Depresif bulgularla birlikte giden durumlar uyarıcılara disforik yanıt verirken trisikliklere iyi yanıt verirler . Erişkinlerde uyarıcı ilaç kötüye kullanım olasılığının varolduğu durumlarda trisikliklerden desipramin ve imipramin denenebilir.Ancak etkinlikleri uyarıcılardan azdır.<sup>19, 42</sup>

Tourette ve diğer tik bozukluklarının olduğu durumlarda uyarıcı ilaçların kullanımı bu bozuklukların belirtilerini artırabilir.<sup>19</sup>

**Psikoterapi :** Eşin veya hasta için önemli olan birinin yardımı olmaksızın tedavi güçtür. Çünkü hasta kendisindeki bulguların , tedavi sırasındaki ilerlemelerin ve bunun çevredekiler üzerine etkilerinin farkında değildir. DE / HB olanlarda tedavinin bir yönü ilaçla tedavi diğer yönde psikoterapidir. En sık sorunla karşılaşılan alanlar evlilik ve çocuklarla olan ilişkilerdir. Evlilik ve aile terapilerinden fayda görebilirler.<sup>39</sup>



## YÖNTEM

Hasta ve kontrol grubunu karşılaştırmaya dayalı bu çalışmada, İ.Ü. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı polikliniğine 1 Ağustos - 15 Kasım 1995 tarihleri arasında muayene veya kontrole getirilmiş olanlar arasında, DE / HB tanısı alan çocuklar belirlenmiştir. Daha sonra ayrıntılı olarak çocukların babaları ile görüşülmüştür.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri:

- 1- Çocuğunda DE / HB'nin saptanmış olması
- 2- Okur yazar olması
- 3- Öyküsünde kafa travması, epilepsi, SSS enfeksiyonu olmaması
- 4- Öyküde veya halen saptanmış psikiyatrik bozukluk tanısının olmaması
- 5- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

olarak belirlenmiştir.

Denek grubunu oluşturan 33 DE / HB tanılı çocuğun babalarıyla yüzyüze görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede standardize edilmiş sosyodemografik bilgiler sorulmuş, ayrıntılı olarak alkol ve madde kullanımı, çalışma ve eğitim yaşamı, suç öyküsü değerlendirilmiş ve DE / HB öyküsünün değerlendirilmesi amacıyla 25 maddelik **UTAH Ölçütleri** deneklere verilerek doldurmaları istenmiştir. Yine aynı amaca yönelik anababaların değerlendirmesine dayanan test PRS (parent rating scale) görüşmenin yapıldığı babalara verilmiş ve anababaların doldurmaları istenmiştir. Erişkin DE / HB tanısı yapılandırılmış görüşme içinde DSM - IV ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Ayrıca ruhsal durumun değerlendirilebilmesi için DSM-III-R'e göre yapılandırılmış görüşme formu ( SCID- NP ) kullanılmıştır.

Kontrol grubu olarak T.Ü. Tıp Fak.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine getirilen çocuklardan gelişigüzel seçilen 28'inin babası görüşmeye alınmış, araştırma anlatılmış ve onayı alındıktan sonra yukarıdaki testler standart olarak uygulanmıştır. Bu sırada yaş ortalamaları türdeş tutulmuştur.

Hasta ve kontrol grubundan elde edilen veriler, Student-t, Kruskall Wallis, Ki - kare ve Fischer Kesin Ki - kare istatistik yöntemleriyle karşılaştırılmıştır.

## GEREÇ

Görüşmeye alınan bireylere araştırmacı tarafından yarıyapılandırılmış form ile sosyodemografik bilgiler sorulmuş, ayrıntılı olarak evlilik yaşamı, alkol ve madde kullanımı, çalışma ve eğitim yaşamı, suç öyküsü değerlendirilmiştir.

Daha sonra "Çocukluk DE / HB" öyküsünün değerlendirilmesi amacıyla 25 maddelik **UTAH ölçütleri** deneklere verilerek doldurmaları istenmiştir. Utah Ölçütlerinde 36 ve üzeri puan alanlara "Çocukluk DE / HB" tanısı konmuştur.Eğer kesme puanı 45 ve üzerine çıkarılırsa çocukluk çağı DE / HB'yi belirlemede daha duyarlı olduğu öne sürülmüştür.<sup>45</sup>

Yine aynı amaca yönelik anababaların değerlendirmesine dayanan test PRS (parent rating scale) görüşmenin yapıldığı babalara verilmiş ve anababaları tarafından

doldurulduktan sonra geri getirmeleri istenmiştir. Toplam puanı 30 olan bu formda 12 ve üstü puan alanlarda % 95 oranında çocukluk çağı DE / HB'yi belirlemede doğru sonuç verdiği bildirilmektedir.<sup>45</sup> Bulgular değerlendirilirken anababaların değerlendirmesi esasına dayanan PRS formunun düzenli olarak geri dönmediği saptanmış ve bu nedenle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Ülkemizde her iki ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Erişkin DE / HB tanısı, yarıyapılandırılmış DSM - IV ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Bu ölçütler tabloda gösterilmiştir (Tablo 1).

En son olarak ruhsal durumun gözden geçirilebilmesi için DSM-III-R'e göre yapılandırılmış görüşme formu ( SCID - NP ) kullanılmıştır. Bu form, Sorias ve ark. tarafından türkçeleştirilmiş olup hasta olmayanlarda (Non patient) ruhsal tanıyı gözden geçirmektedir.<sup>46</sup> Yapılandırılmış görüşme araştırmacı tarafından bireylere uygulanmıştır. Ayrıca görüşmeye alınan bireyler SCID -II' ye göre "Antisosyal Kişilik Bozukluğu" açısından sorgulanmışlardır.

## BULGULAR

Çocuklarında DE / HB tanısı konmuş babalarla (Örneklem grubu) fiziksel yakınmaları olan çocukların babalarını (Kontrol grubu), Çocukluk DE / HB, Erişkin DE / HB ve psikopatoloji açısından karşılaştıran çalışmamızda yaş ortalamaları türdeş bulundu (  $p > .05$  ) (Tablo 2 ).

**Tablo 2.** : Örneklem ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları

	( n )	Yaş ortalaması
Örneklem Grubu	33	37.52 ± 6.46
Kontrol Grubu	28	36.21 ± 5.14

**t= .86 p= .20**

Her iki grubun çocukluk çağında DE / HB'ye sahip olup olmadıklarını değerlendirmek amacıyla doldurdıkları "Utah Ölçütleri" ne verdikleri yanıtlara göre yapılan değerlendirmede, örneklem grubundan 12 kişi (% 36.4) (36 ve yukarı puan alanlar) geriye dönük olarak "Çocukluk DE / HB" tanısı almışlardır. Kontrol grubunda bu tanıyı alan sadece 1 kişi (% 3.6) vardır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (  $p < .05$  ) ( Tablo 3).

**Tablo 3. : Çocukluk DE/ HB açısından grupların karşılaştırılması**

	(n)	Çocukluk DE/HB (+)		Çocukluk DE/HB (-)	
		(n)	%	(n)	%
Örneklem Grubu	33	12	36.4	21	63.6
Kontrol	28	1	3.6	27	96.4

$$X^2=9.71 \quad p=.001$$

Bireylere, kendi çocukluk dönemleri hakkında öznel değerlendirmeleri sorulduğunda; Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 10 kişi (% 83.3) kendilerini aşırı yaramaz ve hareketli olarak değerlendirdi. Bu gruptan 2 kişi ise durumunu net olarak belirleyemedi. Çocukluk DE / HB ( - ) olan gruptan 10 kişi (% 47.6) ve kontrol grubundan 9 kişi (% 34.6) aynı yanıtı verdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (  $p < .05$  ) (Tablo 4).

**Tablo 4. : Hiperaktivite ve Dikkat Dağınıklığı Öyküsü**

Hiperaktivite ve dikkat dağınıklığı öyküsü	(n)	Var		Yok	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Çocukluk DE/HB (+)	12	10	83.3	2	16.7
Çocukluk DE/HB (-)	21	10	47.6	11	52.4
Kontrol	28	9	34.6	19	65.4

$$X^2= 8.8 \quad p= .01$$

Bireylerin “Utah Ölçütleri”ne göre aldıkları ortalama puanlar gruplar arasında karşılaştırıldığında Çocukluk DE/HB (+) olan grubun ortalaması diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulundu (  $p < .05$  ) (Tablo 5).

**Tablo 5.** :Utah Ölçütlerine göre alınan ortalama puan

	( n )	Ortalama Puan
Çocukluk DE / HB (+)	12	42.83 ± 10.83
Çocukluk DE / HB (-)	21	22.81 ± 8.47
Kontrol	28	23.74 ± 14.15

$X^2 = 23.76$   $p = .000$

DSM-IV’e göre “Erişkin DE / HB” ölçütlerini karşılama bakımından değerlendirildiğinde, Çocukluk DE / HB (+) olan grupta 8 kişi ( % 66.6 ), kontrol grubunda ise 1 kişi ( % 3.6 ) ölçütleri karşılamıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (  $p < .05$  ) (Tablo 6).

**Tablo 6.** : “Erişkin DE / HB” ölçütlerini karşılama durumu

DSM-IV’e göre “Erişkin DE / HB”	( n )	DE/HB (+)		DE/HB (-)	
		( n )	( % )	( n )	( % )
Çocukluk DE / HB (+)	12	8	66.6	4	33.4
Kontrol	28	1	3.6	27	96.4

$p = .000$

Örneklem ve kontrol gruplarının eğitim süreleri karşılaştırıldığında iki grup istatistik açıdan farklı bulundu (  $p < .05$  ) ( Tablo 7). Örneklem grubundaki bireylerden 14 kişi ( %42.5), kontrol grubunda 19 kişi ( %67.9) lise ya da üniversite bitirdiklerini bildirmişlerdir.

**Tablo 7. : Örneklem ve kontrol gruplarının eğitim durumları**

	(n)	İlk - Orta		Lise - Üniversite	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Örneklem grubu	33	19	57.5	14	42.5
Kontrol	28	9	32.1	19	67.9

$$X^2=3.94 \ p=.047$$

Çocukluk DE / HB ( + ) olan grupla, DE / HB ( - ) olan grup karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel farklılık saptanmamıştır (  $p>.05$  ) ( Tablo 7a).

**Tablo 7a. : Eğitim durumunun gruplar arası karşılaştırması**

	(n)	İlk - Orta		Lise - Üniversite	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Çocukluk DE/HB ( + )	12	7	58.3	5	41.7
Çocukluk DE/HB ( - )	21	12	57.1	9	42.9
Kontrol	28	9	32.1	19	67.9

$$X^2=3.95 \ p=.13$$

Eğitim yaşamında başarı durumu karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (  $p>.05$  ) ( Tablo 8).

**Tablo 8. : Eğitim yaşamında başarının karşılaştırılması**

	(n)	Eğitim yaşamı başarılı		Eğitim yaşamı başarısız	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Çocukluk DE/HB ( + )	12	7	58.3	5	41.7
Kontrol	28	12	42.8	16	57.2

$$X^2=.81 \ p=.37$$

Çalışma yaşamları karşılaştırıldığında gruplar arasında dikkati çeken bir fark çocukluk çağında DE / HB tanısı alanlar arasında hiç kimsenin meslek olarak memurluğu bildirmemiş olması idi. Çocukluk DE/HB ( - ) olan grupta 7 kişi ( %33.3 ), kontrol grubunda ise 14 kişi ( % 50 ) memur olarak çalıştığını bildirmiştir. Çalışma sürekliliği bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır.



Geriye dönük olarak “Çocukluk DE / HB” tanısı alanlarla, almayanlar karşılaştırıldığında ; “Evlilik durumu”, “Alkol kullanımı” ve “Hapis ya da ceza alma” açısından anlamlı bir fark saptanamadı(  $p>.05$ ) ( Tablo 9).

Anababalarının evlilik durumu sorulduğunda, Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 7 kişi ( % 58.5 ) sorunlu olarak nitelerken, diğer gruptan 4 kişi ( % 19 ) aynı yanıtı verdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (  $p<.05$  ) (Tablo 9).

Hapis ya da ceza almış olma durumları karşılaştırıldığında, Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 3 kişi ( % 25 ), çocukluk DE / HB ( - ) olan gruptan 1 kişi ( % 4.8 ) böyle bir deneyimi olduğunu bildirdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (  $p>.05$  ) (Tablo 9).

Birinci derece akrabalarında alkol kullanımı gözden geçirildiğinde, Çocukluk DE / HB ( + ) olan grup, diğer gruptan istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (  $p<.05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. : Evlilik, yasal sorunlar ve alkol kullanımının karşılaştırılması**

	Çocukluk DE/HB ( + )		Çocukluk DE/HB ( - )		X <sup>2</sup>	p
	( n )	( % )	( n )	( % )		
<b>Evlilik durumu</b>						
Sorunlu	4	33.3	2	9.5	2.91	.11
Sorunsuz	8	66.7	19	90.5		
<b>Anababanın Evlilik Durumu</b>						
Sorunlu	7	58.5	4	19	5.30	.02
Sorunsuz	5	41.7	17	81		
<b>Hapis ya da ceza</b>						
Yok	9	75	20	95.2	2.93	.08
Var	3	25	1	4.8		
<b>Alkol</b>						
Kullanmaz	5	41.7	9	42.9	3.84	.83
Arasıra	5	41.7	10	47.5		
Sık sık	2	16.6	2	9.6		
<b>Akrabalarında Alkol</b>						
Kullanmaz	4	33.3	9	42.9	7.35	.025
Arasıra	2	16.7	10	47.5		
Sık sık	6	50	2	9.6		

Geriye dönük “Çocukluk DE / HB” tanısı alanlarla, kontrol grubu karşılaştırıldığında, “Evlilik durumu” ve "Hapis ya da ceza" dışındaki parametreler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 10).

Evlilik durumu sorulduğunda, Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 4 kişi (%33.3) sorunlu nitelemesini yaparken, kontrol grubundan 2 kişi ( % 7.1 ) aynı yanıtı verdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (  $p<.05$  ) (Tablo 10).

Hapis ya da ceza almış olma durumu sorulduğunda, çocukluk DE / HB ( + ) olan grupta 3 kişi, kontrol grubunda 1 kişi böyle bir deneyimi olduğunu bildirdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (  $p<.05$  ) (Tablo 10).

**Tablo 10.** : Evlilik, yasal sorunlar ve alkol kullanımının karşılaştırılması

	Cocukluk DE/HB ( + )		Kontrol		X <sup>2</sup>	p
	(n)	(%)	(n)	(%)		
<b>Evlilik durumu</b>						
Sorunlu	4	33.3	2	7.1	<b>4.52</b>	<b>.03</b>
Sorunsuz	8	66.7	26	92.9		
<b>Anababamın Evlilik Durumu</b>						
Sorunlu	7	58.5	6	33.3	1.83	.18
Sorunsuz	5	41.5	12	66.7		
<b>Hapis ya da ceza</b>						
Yok	9	75	27	96.4	<b>4.28</b>	<b>.03</b>
Var	3	25	1	3.6		
<b>Alkol</b>						
Kullanmaz	5	41.7	6	21.4	1.74	.41
Arasira	5	41.7	15	53.6		
Sık sık	2	16.6	7	25		
<b>Akrabalarında Alkol</b>						
Kullanmaz	4	33.3	16	57.14	2.14	.34
Arasira	2	16.7	2	7.14		
Sık sık	6	50	10	35.72		

Çocuklukta DE / HB tanısı alan ve almayanlarda ruhsal tanılar karşılaştırıldığında, depresyon ve mani açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < .05$ ) ( Tablo 11). Çocuklukta DE / HB tanısı alan grupta 7 kişi ( % 58.3 ), diğer grupta ise 5 kişi ( % 23.8 ) depresyon tanısı aldı. Buna ek olarak, Çocukluk DE/HB( + ) olan grupta 3 kişi ( % 25 ) mani ( hipomani ) tanısı aldı. Aşağıdaki diğer gruplarda olduğu gibi her iki grupta psikoza rastlanmadı. Psikoaktif madde kullanımı sorulduğunda, çocukluk DE/HB( + ) olan grupta 2 kişi ( % 16.6 ) kullandığını bildirirken diğer grupta bildiren olmadı (Tablo 11).

**Tablo 11. : Çocukluk DE / HB tanısı alan ve almayanlarda ruhsal tanı**

Tanı	Çocukluk DE/HB(+)		Çocukluk DE/HB(-)		X <sup>2</sup>	p
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Depresyon	7	58.3	5	23.8	3.93	.047
Mani	3	25	0	0		.04
Distimi	3	25	2	9.5		.24
Psikoz	0	0	0	0	-	-
Alkol	2	16.6	2	9.6		.46
Madde	2	16.6	0	0		.125
Panik	1	8.3	1	4.8		.60
Fobik	8	66.7	10	47.6	1.11	.29
OKB	4	33.3	6	28.5	.08	.77
Yaygın Anksiyete	7	58.3	6	28.6	2.83	.09
Somatizasyon	2	16.7	1	4.8		.29
Antisosyal Kişilik	3	25	3	14.3		.37

Çocukluk DE / HB ( + ) olan grup ile kontrol grubunun karşılaştırması sonucunda, mani ve antisosyal kişilik bozukluğu tanıları istatistiksel olarak farklı bulundu(  $p < .05$ ) ( Tablo 12 ). Çocukluk DE / HB ( + ) olan grupta 3 kişide ( % 25 ) antisosyal kişilik bozukluğu saptandı. ( Tablo 12 ). Çocukluk DE / HB ( + ) olan grupta 4 kişide ( % 33.3), kontrol grubunda 2 kişide ( % 7.14) Obsessif - Kompulsif Bozukluk (OKB) saptandı.Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p > .05$ )(Tablo 12).

**Tablo 12. :** Çocuklukta DE / HB tanısı alanlarla kontrol grubunun ruhsal tanı açısından karşılaştırılması

Tanı	Cocukluk DE/HB( + )		Kontrol		X <sup>2</sup>	p
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Depresyon	7	58.3	10	37	351	.55
Mani	3	25	0	0		.02
Distimi	3	25	4	14.8	16	.68
Psikoz	0	0	0	0	-	-
Alkol	2	16.6	7	25		.44
Madde	2	16.6	0	0		.08
Panik	1	8.3	2	7.1		.79
Fobik	8	66.7	12	43	29	.59
OKB	4	33.3	2	7.14		.053
Yaygın Anksiyete	7	58.3	8	28.6	3.175	.07
Somatizasyon	2	16.7	3	10.7		.85
Antisosyal Kişilik	3	25	0	0		.02

Erişkinde DE / HB tanısı alanlarla, kontrol grubunun karşılaştırmasında, depresyon, mani, OKB, yaygın anksiyete ve antisosyal kişilik bozukluğu açısından

gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < .05$ ) ( Tablo 13).

Erişkinde DE / HB tanısı alanlar içinde 6 kişi (% 75), kontrol grubunda 10 kişi (% 37) Depresyon tanısı ( Major Depresyon öyküsü dahil ) aldı. Erişkinde DE / HB tanısı olan grupta 2 kişi (% 25) mani tanısı aldı. Erişkinde DE / HB tanısı alanlardan 4 kişi (% 50) OKB tanısını aldılar.

Erişkinde DE / HB olan grupta 7 kişi ( % 87.5 ), kontrol grubunda 8 kişi (%28.6) Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı aldı.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Erişkinde DE / HB olan grupta 2 kişide ( % 25 ) saptanırken, kontrol grubunda saptanmadı ( Tablo 13).

**Tablo 13. :** Erişkinde DE / HB tanısı alanlarla kontrol grubunun ruhsal tanı açısından karşılaştırılması

Tanı	Erişkinde DE/HB( + )		Kontrol		X <sup>2</sup>	p
	( n )	( % )	( n )	( % )		
Depresyon	6	75	10	37	3.89	.048
Mani	2	25	0	0		.04
Distim	2	25	4	14.8	.514	.47
Psikoz	0	0	0	0	-	-
Alkol	1	12.5	10	35.7		.41
Madde	0	0	0	0	-	-
Panik	1	12.5	2	7.1		.88
Fobik	2	25	12	43		.31
OKB	4	50	2	7.1		.014
Yaygın Anksiyete	7	87.5	8	28.6	8.89	.002
Somatizasyon	2	25	3	10.7		.93
Antisosyal Kişilik	2	25	0	0		.04

Çocukluk DE / HB ( + ) olan grup ile Erişkinde DE / HB ( + ) olan grup arasında ruhsal tanı açısından istatistik olarak farklılık gözlenmedi.

## TARTIŞMA

DE / HB ilk olarak çocukluk çağında rastlanan ve tanı konan bozukluklardan biridir. Ortaya çıkan belirtiler işlevselliği ve toplumsal uyumu bozar. Klinik olarak erken ergenlik döneminde de belirtiler göreceli olarak sabittir. Birçok bireyde geç ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde belirtiler azalır. Buna karşın bazı olgularda DE / HB'nin tüm belirtileri erişkinliğe kadar taşınır. Diğerlerinde ise yalnız belirtilerin bir kısmı kalır.<sup>9,35</sup>

DE / HB üzerine yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde daha çok okul çağı çocuklarına ağırlık verildiği, okul öncesi ve erişkin yaşlara ait çalışmalara az rastlandığı görülmektedir. Ergenler ve erişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda, DE / HB bulgularının sürüyor olmasının "Antisosyal Kişilik Bozukluğu" ve "Madde Kullanımı" açısından bir risk oluşturduğu vurgulanmaktadır.<sup>21,29,30,47,48,49</sup> Ancak diğer ruhsal bozukluklar açısından farklı sonuçlar açıklayan çalışmalar vardır.<sup>6, 17, 29, 33</sup> DE / HB ve

beraberinde olan tanılarının saptanması düzenlenecek farmakoterapinin de yönünü belirleyecektir.<sup>19,41</sup>

Erişkinde DE / HB tanısının konabilmesi için çocuklukta bu bozukluğun varlığı gereklidir. Bunun için Wender ve ark.'nın geliştirmiş olduğu "Utah Ölçütleri" ile geriye dönük değerlendirme yapılabilmektedir.<sup>45</sup> Bu kendini değerlendirmeye dayalı ölçeğin (self rating form) geçerlik ve güvenilirliği ülkemizde yapılmamıştır. Bu DE / HB tanısı almış çocukların, erişkin yaşamda yeniden görülüp tanı bakımından gözden geçirilmeleriyle mümkün olabilir.

DE / HB tanısının sınıflamadaki göreceli yeniliği ve bununla birlikte uzun süreli izlem çalışmalarının getirdiği güçlükler nedeniyle daha önceden bu tanıyı alan kişiler örneklem grubu olarak seçilemedi. DE / HB olanların birinci derece akrabalarında artmış DE / HB öyküsü bildirilmesi göz önüne alınarak, örneklem grubu olarak DE/HB olan çocukların babaları seçildi.<sup>6,13,33,48</sup>

Yapılan çalışmalarda DE / HB olanların babalarında ve amcalarında DE / HB yüksek oranda bulunmuştur.<sup>6</sup> Biederman ve ark. DE / HB olan çocukların akrabalarında bu bozukluk açısından önemli derecede artmış risk saptadılar.<sup>33</sup> Bu bulgular diğer yayınlarla da desteklenmektedir.<sup>22,24,33,48</sup>

Biederman ve ark.(1992), DE / HB olan çocukların akrabaları üzerinde yaptıkları çalışmada DE / HB yaygınlığını % 25 olarak saptadılar. Kontrol grubunda ise bu oran % 8 olarak bulundu.<sup>33</sup> Biederman ve ark. (1990), bir diğer çalışmalarında DE / HB olan çocukların akrabalarında DE / HB'yi % 23 olarak saptamışlardır.<sup>13</sup>

Araştırmamızda, örneklem ve kontrol grubunun çocukluk çağında DE / HB' ye sahip olup olmadıklarını değerlendirmek amacıyla doldurdukları "Utah Ölçütleri" ne verdikleri yanıtlara göre yapılan değerlendirmede, örneklem grubundan 12 kişi (% 36.4)

(36 ve yukarı puan alanlar) geriye dönük olarak “Çocukluk DE / HB” tanısı almışlardır. Kontrol grubunda bu tanıyı alan sadece 1 kişi (% 3.6) vardır (  $p < .05$ ) (Tablo 3). İki çalışma arasında belirtilmesi gereken önemli bir fark, diğer çalışmaya her iki cinsten akrabanın kabul edilmiş olmasıdır. Kontrol grubunda 1 kişide (% 3.6) “Çocukluk DE/HB” saptanmış olması anlamlıdır. Çünkü bu bozukluğun prevalansı % 3 - 5 arasında bildirilmektedir.<sup>5, 9, 24, 29</sup>

Bireylere, kendi çocukluk dönemleri hakkında öznel değerlendirmeleri sorulduğunda; Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 10 kişi (% 83.3) kendilerini aşırı yaramaz ve hareketli olarak değerlendirdi. Bu gruptan 2 kişi ise durumunu net olarak belirleyemedi. Çocukluk DE / HB ( - ) olan gruptan 10 kişi (% 47.6) ve kontrol grubundan 9 kişi (% 34.6) aynı yanıtı verdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (  $p < .05$ ) (Tablo 4). Bireylerin “Utah Ölçütleri”ne göre aldıkları ortalama puanlar gruplar arasında karşılaştırıldığında Çocukluk DE/HB ( + ) olan grubun ortalaması diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı bulundu (  $p < .05$ ) (Tablo 5). Bu bireyler sıklıkla gerizekalı ya da şımarık çocuk olarak nitelenmişler veya bu gruptaki çocuklarla karıştırılmışlardır. Utah Ölçeğinde durumları ile ilgili soruları, bu tür pekçok yaşam deneyimleri olması nedeniyle, çok çabuk anlayıp yanıtlamaktadırlar. Önemli olan karşı karşıya oldukları durumun (ataklık, dikkat dağınıklığı, hiperaktivite) tedavi edilebilir bir yönünün varlığıdır.

Garfinkel ve ark. çocuklardaki DE / HB'ye bağlı ana belirtilerin % 50 - 80 oranında ergenlikte ve % 10 - 40 oranında da erişkinlerde sürdüğünü belirtmektedirler.<sup>25</sup> Barkley ve ark.'nın çalışmaları da bu sonucu destekler niteliktedir.<sup>18</sup> Biederman ve ark.(1993) çalışmalarında, DE / HB olan çocukların % 30 - 50'sinde erişkin yaşamda



da DE / HB izlenmektedir.<sup>34</sup> Erişkinlerde bu bozukluğun yaygınlığı %1 - % 2 olarak bildirilmektedir.<sup>29</sup>

"Erişkinlerde DE / HB" tanısı konulmasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bunlardan biri, DSM - IV'de ve özellikle ICD - 10'da çocukluk yaşına özgü belirtilere (örn. oyunlara katılmada güçlük veya sabırsızlık) ağırlık verilmiş olması, diğeri ise bu tanının erişkinde konulabilmesi için gerekli önkoşul olan çocukluk döneminde de DE / HB'nin saptanması gerekliliğidir.<sup>9, 10, 35, 39, 45, 50</sup> İzlem çalışmaları % 70 - 75 hastada konsantrasyon güçlüğü, hiperaktivite ve ataklığın erişkinlikte de sürdüğünü göstermektedir.<sup>29</sup>

"Erişkinde DE / HB" ölçütlerini karşılama bakımından DSM-IV'e göre değerlendirme yapıldığında, çocukluk DE / HB ( + ) olan grupta 8 kişi (% 66.6), kontrol grubunda ise 1 kişi (% 3.6) ölçütleri karşılamıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<.05) ( Tablo 6).

Uzun süreli sonuçlar hakkında fazla birşey söylenememektedir. DE / HB belirtileri yaş arttıkça azalmaktadır.<sup>21</sup> Ancak "Utah grubu" otuzlu, kırklı, ellili yaşlarda pek çok kişiyi tedavi ettiğini bildirmektedir.<sup>35, 38</sup> Bütün bunlar DE / HB'nin erişkinde tanınmasında çeşitli güçlükler olduğunu, yanlış ya da eksik tanı riskinin varlığını düşündürmektedir.

Fergusson ve Horwood (1992), dikkat eksikliği davranışı ve okul başarısı arasında yakın bir ilişki olduğunu belirtmektedir.<sup>30</sup> Bu çocuklarda sınıf yineleme, düşük notlar, liseyi tamamlayamama, öğrenme güçlükleri siktir.<sup>6,18</sup> DE / HB ve öğrenme güçlüğü birlikteliği % 10 - % 92 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Ama bunun sosyal olumsuzluklar ve moral bozukluklarına bağlı motivasyon kaybıyla ne derecede ilgili olduğu bilinmemektedir.<sup>16</sup> Özellikle konuşma ve dil sorunları ile giden durumlar

birbiriyle ilişkili alttipler gibi görünmektedir.<sup>15, 34</sup> Öğrenme Bozuklukları (okuma, sayma yada matematik ile ilgili) ve DE / HB birlikteliği üzerine yapılmış ikiz çalışmaları sonucunda her iki bozukluk etiyolojik olarak bağımsız bulunmuştur.<sup>22,16</sup>

DSM - III'te iki alt tiple (hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz)“Dikkat Eksikliği Bozukluğu” yer almıştır.<sup>1</sup> Bazı araştırmalar bu durumu destekler görünmektedir.<sup>30</sup> Buchsbaum ve ark. dikkat eksikliğini ( hiperaktivitesiz) çocuklukta ortaya çıkan ve erişkinlikte diğer ruhsal belirtileri artırmadan, bilişsel ( kognitif) bozulmayla karakterize bir bozukluk olarak değerlendirmişlerdir.<sup>20</sup> Biederman ve ark. kelime dağarcığında daralma, matematik ve okuma ile ilgili güçlüklerin erişkinlikte de sürdüğünü belirtmektedir.<sup>34</sup> Klein ve ark. ise, erişkinlerde bilişsel bir yetersizlik saptayamamış ve bunun uygulanan test bataryalarının uygun olmamasına bağlı olabileceğini ileri sürmüşlerdir.<sup>17</sup>

Araştırmamızda örneklem ve kontrol gruplarının eğitim süreleri karşılaştırıldığında iki grup istatistik açıdan farklı bulundu ( $p < .05$ ) ( Tablo 7). Örneklem grubundaki bireylerden 14 kişi (%42.5), kontrol grubunda 19 kişi (%67.9) lise ya da üniversite bitirdiklerini bildirmişlerdir. Gruplar arası bir değerlendirme yapıldığında ise, çocukluk DE / HB ( + ), çocukluk DE / HB ( - ) ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Örneklem ve kontrol grubu arasında farklılık saptarken diğer gruplar arasında fark saptanmaması, bu konuda birbiriyle çelişen yayınlar gözönüne alınınca, bilişsel işlevleri ayrıntılı olarak değerlendirecek yeni çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

DE / HB belirtileri olanlar patronları tarafından iş görme bakımından eksik olarak değerlendirilmezler. Ancak artmış iş değiştirme sıklığı göze çapmaktadır.<sup>6</sup>

**Çalışma yaşamları** karşılaştırıldığında gruplar arasında dikkati çeken bir fark çocukluk çağında DE / HB tanısı alanlar arasında hiç kimsenin meslek olarak memurluğu bildirmemiş olması idi. Çocukluk DE/HB ( - ) olan grupta 7 kişi (%33.3), kontrol grubunda ise 14 kişi (% 50) memur olarak çalıştığını bildirmiştir. Çalışma sürekliliği bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

En sık karşılaşılan sorunlardan biri de **evlilik** ile ilgili olanlardır.<sup>18, 39</sup> Shapiro ve Garfinkel (1986), dikkat, hareket ve davranış sorunları gösteren ve göstermeyen çocukları karşılaştırdıkları çalışmalarında, sorunlu grubun daha çok dağılmış aile yapısı gösterdiğini saptadılar.<sup>30</sup>

Geriye dönük olarak “Çocukluk DE / HB” tanısı alanlarla, almayanlar karşılaştırıldığında evlilik durumu açısından anlamlı bir fark saptanamadı ( $p>.05$ ). Anababaların evlilik durumu sorulduğunda, Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 7 kişi (% 58.5) sorunlu olarak nitelerken, diğer gruptan 4 kişi (% 19) aynı yanıtı verdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<.05$ ) (Tablo 9). Kontrol grubuyla karşılaştırmada, Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptan 4 kişi (% 33.3) evliliğini sorunlu olarak nitelerken, kontrol grubundan 2 kişi (% 7.1) aynı yanıtı verdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<.05$ ) (Tablo 10).

DE / HB'nin belirtilerinin sürüyor olması ile pek çok alanda olduğu gibi evlilikte de sorunlarla karşılaşılması beklenir. Bu çalışmada kontrol grubuyla bu bakımdan anlamlı bir fark bulundu. Çocukluk DE / HB ( + ) olan grubun anababaların evliliklerinde yüksek oranda sorun bildirilmesi, çocukların büyüyüp yetiştikleri ortamların önemine dikkati çekmektedir.

DE / HB 'nun **suç işlemeye** olan eğilimi ve yasal sorunları artırdığına ilişkin çalışmalar vardır.<sup>17, 18</sup> Klein ve Mannuzza (1991), izlem çalışmalarındaki sonuçları

önceki çalışma sonuçlarıyla karşılaştırdıklarında suç işlemeye eğilimde artışın bir anlamda doğru olmadığı, bu konuda esas belirleyicinin "Antisosyal Kişilik Bozukluğu" olduğu sonucuna vardılar.<sup>17</sup> Davranış bozukluğu olmayan pekçok erişkin DE / HB olan bireyde atak davranış olmakla birlikte, yaşa uygun empati, sempati ve vicdanlılık da vardır. Utah grubunun yaptığı çalışmalarda bu kişilerin benmerkezci, özsever ve sömürücü olmadıkları belirtilmektedir.<sup>35</sup>

Geriye dönük olarak "Çocukluk DE / HB" tanısı alanlarla, almayanlar karşılaştırıldığında "Hapis ya da ceza alma" açısından anlamlı bir fark saptanamadı ( $p > .05$ ) (Tablo 9). Kontrol grubuyla yapılan karşılaştırmada, çocukluk DE/HB ( + ) olan grupta 3 kişi, kontrol grubunda 1 kişi böyle bir deneyimi olduğunu bildirdi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < .05$ ) (Tablo 10).

Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptaki bu 3 kişiden 2'si "Antisosyal Kişilik Bozukluğu" ölçütlerini karşıladı. Bununla birlikte DE / HB belirtilerinin sürüyor olması (dürtüsel ve atak davranışın varlığı) bireyin başının yasalarla derde girmesine neden olabilir.

Çocuklukta DE / HB varlığı erişkin antisosyal kişilik bozukluğu ve **alkol - madde kullanımı** için bir öncül kabul edilir.<sup>21</sup> Ergenlerde bulguların sürmesi ile psikoaktif madde kullanımı ilişkili bulunmuştur.<sup>6,17, 29, 37, 47</sup> Genç alkol kullanıcılarında DE / HB'nun sık olduğu bildirilmektedir.<sup>35</sup> Çocukta DE / HB, Davranım Bozukluğu ile birlikte ise, ailede antisosyal kişilik bozukluğu, psikoaktif madde kullanımı ve somatizasyon bozukluğuna sık rastlanılmaktadır.<sup>6,44</sup>

Geriye dönük olarak "Çocukluk DE / HB" tanısı alanlarla, almayanlar ve kontrol grupları karşılaştırıldığında "Alkol kullanımı" açısından anlamlı bir fark saptanamadı ( $p > .05$ ) ( Tablo 9 ve 10.)

Birinci derece akrabalarda alkol kullanımı gözden geçirildiğinde, Çocukluk DE/HB ( + ) olan grup, DE / HB ( - ) olan gruptan istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<.05) (Tablo 9).

Ergenlerde bulguların sürmesi ile artmış alkol tüketimi anlamlı görünmektedir, Çocukta DE / HB, Davranım Bozukluğu ile birlikte ise ailede psikoaktif madde kullanımı artmaktadır. Çalışmada böyle bir ayrıma gidilmemiştir. Ancak Çocukluk DE/HB ( + )olan grupta birinci derece akrabalarda alkol kullanımı yüksek bulunmuştur.

Aile - genetik çalışmaları, akrabalarda artmış DE / HB tanısı bildirdiği kadar, artmış ruhsal tanı oranlarında bildirmektedir.<sup>33</sup> En sık bildirilenler, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol - psikoaktif madde kullanımı, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğudur.<sup>29, 33, 48</sup> Duygudurum bozuklukları ( Major Depresyon, distimi, bipolar bozukluk) bakımından artmış oranlar bildirilmesi nedeniyle tartışmalar vardır.<sup>6</sup> Biederman ve ark. (1990), DE / HB açısından yürüttükleri geriye dönük ve akrabalarında içeren çalışmalarında Major Depresyon açısından azalmış risk saptadılar.<sup>13</sup> Buna karşın, Buschbaum ve ark. çalışmalarında, çocukluk hiperaktivitesinin Major Depresyon için yatkınlığı artırdığını bildirmektedirler.<sup>20</sup> Ergenleri ve erişkinleri de içeren çalışmalarda %15 - 75 oranlarında duygudurum bozukluğuna rastlanmıştır.<sup>29,16, 33, 34</sup>

Çocuklukta DE / HB tanısı alan ve almayanlarda ruhsal tanılar karşılaştırıldığında, **depresyon** açısından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu(p<.05) (Tablo 11). Çocuklukta DE / HB tanısı alan grupta 7 kişi (% 58.3), diğer grupta ise 5 kişi (% 23.8) depresyon (Major Depresyon öyküsü dahil ) tanısı aldı. Çocukluk DE / HB ( + ) olan grupla, kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistik olarak gruplar farklı bulunmadı.

Erişkin DE / HB tanısı alanlarla, kontrol grubunun karşılaştırılmasında, depresyon bakımından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu( $p<.05$ ) (Tablo 13). Erişkinde DE / HB tanısı alanlar içinde 6 kişi (% 75), kontrol grubunda 10 kişi (% 37) depresyon tanısı( Major Depresyon öyküsü dahil ) aldı.

Depresyon, Çocukluk DE / HB ( + ) olanlarda, olmayanlara göre yüksek saptandı. Erişkin DE / HB ( + ) olan grupta ise depresyon değerleri tüm gruplar içinde en yüksekti( % 75 ). Bunda yıllarca süren belirtiler ve onların getirdiği sonuçlar etkili olabilir.

DE / HB ve mani konusunda tartışmalar olmakla birlikte, West ve ark.( 1995), az sayıdaki Bipolar ergen hastada(  $n= 14$  ) yaptıkları çalışmada % 57 (  $n= 8$  ) hasta DE/HB ölçütlerini karşıladı.<sup>51</sup> Sınırlı olan bu çalışma, DE / HB ile mani arasında bir bağ olduğuna işaret etmektedir.

Çocuklukta DE / HB tanısı alanlar, almayanlar ve kontrol gruplarında ruhsal tanılar karşılaştırıldığında, mani açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu( $p<.05$ ) (Tablo 11 ve 12). Çocukluk DE/HB( + ) olan grupta 3 kişi (%25 ) mani ( hipomani ) tanısı aldı.

Sınırlı olan bu sonuçlar arada bir bağ olduğuna işaret etmekle birlikte daha fazla araştırma gereklidir.

Gruplar arasında distimi, psikoz, alkol kötüye kullanımı, madde bağımlılığı, panik ve fobik bozukluklar bakımından istatistik olarak farklılık saptanmadı (  $p>.05$ ) (Tablo 11, 12 ve 13).

Alkol ve / veya psikoaktif madde kullanlarda yapılan araştırmalarda vurgulanan DE / HB açısından artmış bir risk olduğu ya da bu örneklem gruplarında DE / HB'ye sık rastlandığı şeklindedir. Carrol ve ark. (1993), kokain kullanıcılarında yaptıkları

çalışmalarında, tedavi arayışı içinde olan kullanıcıların % 34.6'sı Çocukluk DE / HB ölçütlerini karşılamışlardır.<sup>47</sup> Bu, tedavi arayışı içinde olmayan gruba göre çok farklı bir sonuçtur. Çocukluk DE / HB ( + ) olan gruptakilerin kokain kullanımı davranışları DE/HB rezidüel bulgularını kendi çabalarıyla tedavi etme girişimi(self medication) olarak değerlendirilebilir.

Erişkin DE / HB tanısı alanlarla, kontrol grubunun karşılaştırılmasında OKB açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu( $p < .05$ ) ( Tablo 13). Erişkin DE / HB tanısı alanlardan 4 kişi (% 50 ) OKB tanısını da aldılar. Yayınlar gözden geçirildiğinde yüksek OKB bildirimine rastlanmadı.

DE / HB olanların ailelerinde yüksek anksiyete bozukluğu oranları bildirilmektedir.<sup>48</sup> Shekim ve ark (1990) çalışmalarında, erişkinde DE / HB ile birlikte görülen en sık tanının % 53 ile "Yaygın Anksiyete Bozukluğu" olduğunu saptadılar.<sup>29</sup> İlginç olan bir diğer nokta, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile birlikte DE / HB olanlardaki belirtilerin (konsantrasyon güçlüğü, huzursuzluk, rahat duramama, kas gerginliği, uyku güçlüğü) , sadece DE / HB olanlarda da yaygın görülen belirtiler olmasıdır.<sup>29</sup> Biederman ve ark. (1993), yaptıkları çalışmada, bu tanıyı % 43 olarak bulmuşlardır.<sup>34</sup>

Yaygın Anksiyete Bozukluğu açısından Çocukluk DE / HB ( + ), DE / HB ( - ) ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark saptayamadık. Çocukluk DE / HB ( + ) olan grupta % 58.3 oranında Yaygın Anksiyete Bozukluğu saptandı (Tablo 11 ve 12).

Erişkinde DE / HB tanısı alanlarla, kontrol grubunun karşılaştırılmasında, Yaygın Anksiyete Bozukluğu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulundu( $p<.05$ ). Erişkinde DE / HB olan grupta 7 kişi (% 87.5), kontrol grubunda 8 kişi (%28.6). Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı aldı (Tablo 13).

Erişkinde ve diğer gruplarda oldukça yüksek oranlarda Yaygın Anksiyete Bozukluğu saptanması DE / HB'nin bu tanıyla birlikteliğinin dikkat çekici olduğuna işaret etmektedir.

Çocukta DE / HB Davranım Bozukluğu ile birlikte ise; ailede antisosyal kişilik bozukluğu, psikoaktif madde kullanımı ve somatizasyon bozukluğuna sık rastlanılmaktadır.<sup>6,44</sup>

Bu çalışmamızda somatizasyon bakımından gruplar arasında istatistiksel bir farklılık saptanmadı.

DE / HB ile birarada en sık bulunan bozukluk "Karşıt Olma - Karşıt Gelme" ve "Davranım Bozukluğu" olduğunu belirten yayınlar vardır.<sup>6, 16 - 19</sup> Ancak çocuklukta en sık rastlanan ek tanının davranım bozukluğu değilde duygudurum bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.<sup>33</sup> Klein ve Mannuzza (1993) 'nın yaptıkları çalışmaya göre, DE / HB bulgularının sürüp sürmemesine göre antisosyal davranış ve madde kullanımı sıklığı arasında bir ilişki olabilir.<sup>21</sup> Ergenlerde bildirilen yüksek oranlar bukanı desteklemektedir. Biederman ve ark.(1992), yaptıkları çalışmada antisosyal bozukluğu (Karşıt Olma - Karşıt Gelme ve Davranım Bozukluğu) % 20 olarak bildirmişlerdir.<sup>33</sup> DE / HB'yi içermeyen bir çalışmada fiziksel kötüye kullanım öyküsü olanların daha agresif ve antisosyal davranışlar sergiledikleri bildirilmiştir.<sup>52</sup>

Biederman ve ark. DE / HB olan çocukların akrabalarında % 25 antisosyal kişilik bozukluğu saptadılar Eğer DE / HB olan çocukların akrabalarında DE / HB saptanırsa antisosyal kişilik bozukluğu riski % 61'e çıkmaktadır.<sup>32</sup>



Antisosyal kişilik bozukluğu açısından Çocukluk DE / HB ( + ) , Çocukluk DE / HB ( - ) ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark saptayamadık. Çocukluk DE / HB ( + ) olan grupta % 25( n=3) oranında, çocukluk DE / HB ( - )olan grupta % 14.3 (n=3) antisosyal kişilik bozukluğu saptanırken, kontrol grubunda saptanmadı (Tablo 11 ve 12).

Erişkin DE / HB tanısı alanlarla, kontrol grubunun karşılaştırılmasında, antisosyal kişilik bozukluğu açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu( $p<.05$ ). Antisosyal Kişilik Bozukluğu, erişkinde DE / HB olan grupta 2 kişide (% 25 ) saptanırken, kontrol grubunda saptanmadı ( Tablo 13).

Antisosyal kişilik bozukluğunun belirtildiğinden daha az oranda saptanması, Biederman ve ark. (1992)'nin çocuklukta en sık rastlanan ek tanının davranım bozukluğu değilde duygudurum bozukluğu ya da anksiyete bozukluğu olduğunu bildiren çalışma sonuçlarının, erişkinlerdeki durum açısından da geçerli olabileceğini akla getirmektedir.

## SONUÇ

DE / HB tanısı alan çocukların babalarında geriye dönük olarak "Çocukluk DE / HB" kontrol grubuna göre yüksek oranda saptandı. Çocukluk DE / HB ( + ) olanlarda, grubun yarısından fazlasında, DE / HB belirtileri erişkinlikte de sürmekteydi.

Çocukluk DE / HB ( + ) olanlarda hem kendi evliliklerinde hemde anababalarının evliliklerinde sorunların olması ve ayrıca yasal sorunlarla karşılaşmaları sık bulundu. DE / HB bulguları varlığı ile ruhsal tanı birlikteliği gözden geçirildiğinde depresyon, mani, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğuna sık rastlandı. Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının, antisosyal kişilik bozukluğuna oranla daha fazla görülmesi dikkat çekici bulunmuştur. Erişkinde ve çocuklukta DE / HB ve beraberinde olan tanıların saptanması düzenlenecek tedavinde yönünü belirleyecektir.

Bu konudaki bilgilerin artırılabilmesi için çocukluğunda DE / HB tanısı almış kişilerin daha sonra yeniden değerlendirildiği çalışmalara gereksinim vardır.

## ÖZET

DE / HB tanısı alan çocukların babalarında, geriye dönük olarak, çocukluk DE/HB, erişkin DE / HB ve birlikte görülen ruhsal tanılar gözden geçirilmiştir.

Bunları değerlendirmek amacıyla :

- a) Sosyodemografik bilgilere yönelik form
- b) Utah ölçütleri
- c) DSM - IV'e göre DE / HB bulguları
- d) SCID - NP klinik görüşme formu

uygulanmıştır.

Bu bireylerde, evlilik ile ilgili sorunlara sık rastlandığı, antisosyal kişilik bozukluğundan daha fazla duygudurum ve anksiyete bozuklukları görüldüğü saptanmıştır.

## **KAYNAKLAR**

- 1- American Psychiatric Association. DSM - III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition. Washington DC, 1980.
- 2- Cantwell DP, Baker L. Attention deficit disorder with and without overactivity: A review and comparison of matched group. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 31-3, 432-438, 1992.
- 3- Taylor E. Syndroms of attention deficit and overactivity. In : Child and Adolescent Psychiatry, third edition. Ed. Rutter M, Taylor E and Hersov L. Blackwell Science Ltd, 1995, 285-308.
- 4- Greenhill LL. Attention deficit - hyperactivity disorder in children. In: Psychiatric Disorders in Children and Adolescents. Ed. Garfinkel BD. WB Saunders Company, Philadelphia, 1990, 149-193.

- 5- Sylvester C, Nageotte CA. Disorders in children. In: Current Psychiatric Therapy. Ed. Dunner DL. Saunders Company WB , Philadelphia ,1993, 421-426.
- 6- Cantwell DP, Hanna GL. Attention deficit-hyperactivity disorder. In : Review of Psychiatry. Volume 8, 1989,134 - 161.
- 7- Öktem F, Sonuvar B. Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 4: ( 4 ) 1993.
- 8- Motavallı N. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemlerinde yeri. Nöropsikiyatri Arşivi 30 (1), 1993.
- 9- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV). Köroğlu E (çev.) : Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- 10- Öztürk MO , Uluğ B : ICD - 10 Tanı Kılavuzu çevirisi , 1'inci baskı. Medikomat, Ankara, 1992.
- 11-Cebiroğlu R.Çocuk ve Genç'de Davranış Bozuklukları, İstanbul,1995,66-68.
- 12- Öztürk M. Çocukluk çağı ruhsal sorunları ve bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları içinde. Ed. Öztürk MO. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994, 421 - 451.
- 13- Biederman J, Faraone SV, Knee D, Munir K. An assessment of DSM - III attention deficit disorder in nonreferred individuals. J Clin Psychiatry. 51:102 - 106, March 1990.
- 14- Kutcher SP. Assessing and treating attention deficit disorder in adolescents. Brit J Psychiat. 149: 710 - 715, 1986.
- 15- Cantwell DP, Baker L. Association between attention deficit - hyperactivity disorder and learning disorder. Journal of Learning Disabilities. Volume 24, Number 2, February 1991.

16- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*. 148: 564 - 577, 1991.

17- Klein RG, Mannuzza S. Long term outcome of hyperactive children: A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 30:3 , May 1991.

18- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS et al. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8- year prospective follow - up study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 29:4, July 1990

19- Turgay A. Uyarıcı ilaçların erişkin psikiyatrik bozukluklarında yeri ve kullanımı. *Psikiyatride İlaç Tedavisi içinde*. Ed. Birsöz S, Turgay A. Ankara, Medikomat, 1994, 349 - 357.

20- Buchsbaum MS, Haier RJ, Sostek AJ et al. Attention dysfunction and psychopathology in college men. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 42, 354-360, April 1985.

21- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al. Adult outcome of hyperactive boys. *Arch Gen Psychiatry*. 50: 565 - 576, 1993.

22- Faraone SV, Biederman J, Lehman BK et al. Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: Results from a family genetic study . *Am J Psychiatry*. 150:891 - 895, 1993.

23- Özden A, Canat S. Davranım bozukluğunda tanı ve etiyoloji: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. Cilt:1, Sayı:1, 1994.

24- Grice DE, Rasmussen AM, Leckman JF. Childhood psychiatric disorders. In : *Review of Psychiatry*. Volume 13, 1994, 303- 305.

25- Garfinkel BD. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, first edition. WB Saunders Company, Philadelphia, 1990, 149-192.

26- Reimherr FW, Wender PH, Ebert MH et al. Cerebrospinal fluid homovanillic acid and 5-hydroxyindoleacetic acid in adults with attention deficit disorder, residual type. Psychiatr Res. 11:71-78, 1984.

27- Bekaroğlu M, Arslan Y, Değer O ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu okul çocuklarında serum bakır ve çinko düzeyleri. Düşünen Adam. Cilt:6, Sayı: 3, 1993.

28- Zemetkin AJ, Nordahl TE, Gross M et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. N Engl J Med. 323:1361-1366, 1990.

29- Shekim WO, Asarnow RF, Hess E et al. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit - hyperactivity disorder, residual state. Comprehensive Psychiatry. Vol. 31, No. 5 ( September / October ), 416-425, 1990.

30- Öktem F, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Türk Psikiyatri Dergisi 4: (2) 1993.

31- Wender PH, Reimherr FW, Wood D, Ward M. A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. Am J Psychiatry. 142: 547 - 552, 1985.

32- Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al. Family, genetic and psychological risk factor in DSM-III attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 29 ( 4 ): 526 - 533, 1990

33- Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al. Further evidence for family - genetic risk factors in attention deficit - hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. Vol 49, September 1992.

34- Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 150: 1792 - 1798, 1993.

35- Wender PH, Garfinkel BD. Attention - deficit hyperactivity disorder: Adult manifestations. Kaplan HI, Sadock BJ. ( Ed ): *Comprehensive Textbook Of Psychiatry / Volume 2, fifth Edition, Williams&Wilkins, Maryland, 1989. 1837 - 1842.*

36-Cantwell DP. Pharmacotherapy of ADD in adolescence:what do we know,where should we go,how should we do it? *Psychopharmacol Bull*. 21:251-257, 1985.

37- Mannuzza S, Gittelman R. The adolescent outcome of hyperactive girls. *Psychiatric Res*. 13:19-29,1984.

38- Wender PH,Reimherr FW,Wood D : Attention deficit disorder ( minimal brain dysfunction) in adult.*Arch Gen Psychiatry*. 38:449-456,1981.

39- Wender PH. The diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. In: *Current Psychiatric Therapy, first edition*. Ed. Dunner DL Saunders Company WB , Philadelphia ,1993. 489-493.

40- Tuğlu C, Ayas M, Abay E. Erişkinlerde dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Bülteni*. Cilt 3, Sayı 3, 1995.

41- Mandoki MW, Sumner GS, Matthews-Ferrari K. Subcategories of attention deficit - hyperactivity disorder. *Southern Medical Journal*. Vol. 84, No.6, June 1991.

42- Barkley RA. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit - hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *J Dev Behav Pediatr*. Vol. 11, No. 6, December 1990.



43- August GJ, Stewart MA. Is there a syndrome of pure hyperactivity? *Brit J Psychiat.* 140: 305 - 311, 1982.

44- - Wood D, Wender PH, Reimherr FW. The prevalence of attention deficit disorder, residual type, or minimal brain dysfunction, in a population of male alcoholic patients. *Am J Psychiatry.* 140: 95 - 98, 1983.

45- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry.* 150.6, 1993.

46- Spitzer RL, Willams JBW, Gibbon M. SCID ( Structured Clinical Interview for DSM - III - R ). Çev. : Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark.Ege Üniversitesi - Bornova - 1988.

47- Carroll KM, Rounsaville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment - seeking cocaine abusers. *Comprehensive Psychiatry.* Vol.34, No.2, 75 - 82, 1993.

48- Biederman J, Faraone SV, Keenan K et al. Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 148: 251 - 256, 1991.

49- Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N et al. Hyperactive boys almost grown up. *Arch Gen Psychiatry.* 45:13 - 18, 1988.

50- Gittelman R, Mannuzza S. Diagnosing ADD-H in adolescents. *Psychopharmacol Bull.* Vol.21, No. 2, 237 - 242, 1985.

51- West SA, McElroy SL, Strakowski SM et al. Attention deficit-hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am J Psychiatry.* 152:2, 1995.

52- Pollock VE, Briere J, Schneder L et al. Childhood antecedents of antisocial behavior parental alcoholism and physical abusiveness. *Am J Psychiatry.* 147:10, 1990.

## EKLER

ADI SOYADI :

YAŞ :

PROTOKOL NO :

ÖĞRENİM DURUMU 1) 5Yıl 2) 5-8 Yıl 3) 8-11 Yıl 4) 11 Yılden fazla

AKADEMİK BAŞARI 1) Hiç sınıfta kalmamış başarılı 2) Hiç sınıfta kalmamış orta  
3) Bir kez sınıfta kalmış orta 4) Birçok kez kalmış zayıf  
5) Diğer.....

MEDENİ DURUM 1) Evli 2) Birden fazla evlilik 3) Ayrı yaşıyor  
4) Boşanmış 5) Evlilik dışı beraberlik 6) Diğer.....

SOSYOEKONOMİK DURUMU 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

OTURDUĞU YERDE 1) Yalnız 2) Arkadaşlarıyla 3) Anababasıyla  
4) Ailesiyle 5) (3 + 4)

MESLEK 1) İşsiz 2) Öğrenci 3) Memur  
4) İşçi 5) Ticaret - esnaf 6) Emekli  
7) Günlük geçici işler 8) Yasa dışı işler

MESLEKİ FAALİYET 1) Çalışıyor 2) Son altı aydır çalışmadı  
3) Son iki yıldır çalışmadı 4) Hiç çalışmadı  
5) İş buldukça çalışıyor 6) Sık sık iş değiştiriyor

ANABABANIN BERABERLİK DURUMU

MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ 1) Kullanmıyor 2) Arasıra alkol 3) Her akşam alkol  
BABA ( ) ANNE ( ) 4) Devamlı alkol 5) Alkol dışı tek bir madde  
KARDEŞ ( ) 6) Karışık psikoaktif madde  
YAKIN AKRABA ( )

AİLEDE RUHSAL HASTALIK ANNE ( ) BABA ( ) KARDEŞ ( ) YAKIN AKRABA ( )

BABANIN HAPİS HAYATI VAR ( ) YOK ( )

ALKOL KULLANIMI

PSİKOAKTİF MADDE ( ) İLAÇ ( )

15 YAŞINDAN SONRA HAPİS DENEYİMİ 1- VAR 2- YOK 3- CEZA ALMIŞ (Tecilli)

NEDENİ

ÖNCEKİ PSİKİYATRİK TEDAVİ YADA YARDIM

HİPERAKTİVİTE ÖYKÜSÜ VAR ( ) YOK ( )

## DSM - IV DE / HB TANI ÖLÇÜTLERİ

- 1- Dikkatinizi ayrıntulara veremediğiniz veya okul ödevlerinizde, işlerinizde ya da diğer etkinliklerinizde dikkatsizce hatalar yaparmısınız?  
Nasıl Ne sıklıkla
- 2- Üzerinize aldığınız görevlerde ya da etkinliklerde dikkatiniz dağılır mı?  
Nasıl
- 3- Doğrudan sizinle konuşulduğu halde, dinlemiyor gibi görüldüğünüz söylenir mi?  
Nasıl Örn.
- 4- Talimatları izleyemediğiniz ve okul ödevlerinizi ya da iş yerindeki görevlerinizi tamamlayamadığınız olurmu? (karşıt olmaya bağlı ya da talimatları anlamamaya bağlı değildir)  
Nasıl
- 5- Üzerinize aldığınız işleri veya etkinlikleri düzenlemekte zorluk çekermisiniz?  
Nasıl
- 6- Sürekli zihinsel çabayı gerektiren işlerden kaçınırmısınız? Bu görevlerde yer almaya karşı isteksizliğiniz olurmu? Nasıl
- 7- Çoğu zaman işinize gerekli olan eşyaları kaybedermisiniz?(kalem, kitap, gözlük)  
Nasıl
- 8- Dikkatiniz dış uyaranlarla kolayca dağılır mı?(araba kornası, geri plandaki konuşmalar)  
Nasıl
- 9- Gündelik işlerinizde unutkandır mısınız?  
Nasıl
- 10- Genellikle elleriniz, ayaklarınız kıpır kıpırmıdır?  
Nasıl
- 11- Genellikle oturmanız gereken yerlerde(ör. sınıfta vs) oturduğunuz yerden kalkarmısınız?  
Nasıl
- 12- Çoğu zaman içinizde huzursuzluk hissedermisiniz?  
Nasıl
- 13- Genellikle boş zamanlarınızı sakın bir şekilde değerlendirmede zorlanırmısınız?  
Nasıl
- 14- Çoğu zaman hareket halinde mi olursunuz ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranırsınız? Nasıl
- 15- Genellikle çok konuşur musunuz?  
Nasıl
- 16- Çoğu zaman sorulan sorular henüz tamamlanmadan yanıtı yapıpırmısınız?  
Nasıl
- 17- Çoğu zaman sıranızı beklemeniz gereken durumlarda güçlük çekermisiniz?  
Nasıl
- 18- Genellikle başkalarının sözünü keser veya yaptıklarının arasına girermisiniz?  
Nasıl

## UTAH ÖLÇÜTLERİ

BEN ÇOCUKKEN	Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
1-Bir sorun (konu) üzerinde yoğunlaşmakta güçlük çekerdim. Dikkatim kolay dağılırdı.					
2-Kaygılı ve dertliydim					
3-Sinirli , sabırsız ve huysuzdum					
4-Hiçbirşey dikkatimi çekmezdi.Sadece düşünürdüm					
5-Çabuk öfkelenen, hemen parlayıveren biriydim.					
6-Öfke patlamalarım olurdu, öfkeden gözüm dönerdi					
7-Eline aldığı bir işi bitiremeyen , sebatsız biriydim					
8-Dik başlıydım , bildiğimi okurdum.					
9-Hüzünlü, çökmüş, mutsuz biriydim.					
10-Anababamın dediklerini yapmazdım. İsyankardım. Arsız bir çocuktum.					
11-Kendime değer vermezdim.					
12-Huzursuz ve tedirgindim.					
13-Görünür bir neden olmaksızın duygularım kolayca yön değiştirirdi.					
14-İçim öfke doluydu.					
15-Düşünmeden , kısa süreli ve çok güçlü duyguların etkisiyle hareket ederdim.					
16-Yaşımın gerektirdiğinden daha çocuksu davranmaya eğilimliydim.					
17-Suçluluk ve pişmanlık duygularım vardı.					
18-Kendimi kontrol edemezdim.					
19-Aklı başında birinin yapmayacağı şeyleri yapmaya eğilimliydim.					
20-Başka çocuklar beni sevmezdi.Uzun süreli arkadaşlıklarım olmazdı.Çocuklarla geçinemezdim					
21-Olayları başkalarının bakış açısından göremezdim					
22-İdarecilerle ve okul yöneticileriyle sorunlarım olurdu. Müdür beni odasına çekerdi ( çağırırdı ).					
23-Genelde kötü bir öğrenciydim. Zor öğrenirdim.					
24-Matematikle ve sayılarla uğraşırken zorluk çekerdim.					
25-Kapasitemin tümünü kullanamazdım					