

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONMUŞ  
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE  
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

Dr. Tuğba CAMCIOĞLU  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

2009

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONMUŞ  
ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE  
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

Dr. Tuğba CAMCIOĞLU

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Özlem YILDIZ ÖÇ

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Belma AĞAOĞLU

2009

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Tarih: 23.06.2009

Sayı: İAEK 13/42

Proje No: 2009/7

## TEŞEKKÜR

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince, yetişmemde büyük katkıları olan, desteğini her zaman yanımda hissettiğim Prof. Dr. Belma Ağaoğlu'na;

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim boyunca, özveri ve içtenlikle bana yol gösterip, yanımda olan Yrd. Doç. Dr. Özlem Yıldız Öc'e;

Tıp Fakültesine başladığım ilk günden bugüne dek, eğitim ve özel hayatıma olan katkılarına minnet duyduğum, değerli hocalarım Prof. Dr. Ayşen Coşkun ve Prof. Dr. Bülent Coşkun'a;

Uzmanlık tezimin hazırlanmasına katkıda bulunan, ihtiyacım olan her anda yanımda bulduğum ağabeyim Yrd. Doç. Dr. Cavit Işık Yavuz'a;

Yıllardır birlikte olduğum, çocuk psikiyatrisi eğitimi ve hayata dair kendilerinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Işık Karakaya, Yrd. Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar ve Yrd. Doç. Dr. Nursu Çakm Memik'e;

Her zaman samimiyet ve dostlukla yanımda olan asistan arkadaşlarım ve bölüm çalışanlarına;

Beni bu hayata getiren, büyüten ve varlıklarıyla beni mutlu eden annem Şükran Kosova, babam Salih Kosova'ya, askerlik görevini yaptığı tez sürecimde telefonla da olsa bana desteğini sürdüren kardeşim Onur Kosova'ya;

Tez sürecim boyunca babalığı, dedeliği, dostluğu ve müziğiyle yanımda olan, eşimin babası Sabahattin Camcıoğlu'na;

Bu süreçte büyük bir sabır ve olgunlukla kapımda bekleyen oğlum Altuğ Camcıoğlu'na;

En değerli varlığım ve saygıdeğer eşim Alev Camcıoğlu'na sonsuz teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No.</b>
1. Amaç ve Kapsam	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	5
2.1.4. Klinik Özellikler ve Tanı	8
2.1.5. Eşlik Eden Tanılar	11
2.1.6. Ayırıcı Tanı	13
2.1.7. Değerlendirme Yöntemleri	15
2.1.8. Gidiş ve Sonlanım	16
2.1.9. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	16
3. Gereç ve Yöntem	21
4. Bulgular	26
5. Tartışma	53
6. Sonuçlar ve Öneriler	57
7. Özet	58
8. İngilizce Özet	60
9. Kaynaklar	62

10. Ekler	Sayfa No.
10.1. Aydınlatılmış Onam Formu	73
10.2. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	74
10.3. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri	77
10.4. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği- Çocuk Formu	79
10.5. Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği	82
10.6. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama Değerlendirme Ölçeği	84
10.7. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği	90
10.8. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği	92

## KISALTMALAR

DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
DB	Davranım Bozukluğu
DA	Dopamin
NA	Noradrenalin
HVA	Homovalinik Asit
MDB	Majör Depresif Bozukluk
EEG	Elektroensefalografi
BBT	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
SPECT	Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
ÇDŞG-ŞY-T	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması
ÇDÖ	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇDSKE	Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
BSÖ	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği
WUDÖ	Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği
ÇEDBÖ	Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği
DEHÖ-E	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği
CADÖ-48	Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

<b>Tablo 1:</b>	DEHB grubundaki ek tanı dağılımları	26
<b>Tablo 2:</b>	Kontrol grubundaki tanı dağılımları	27
<b>Tablo 3:</b>	Cinsiyet dağılımı	28
<b>Tablo 4:</b>	Yaş ortalamaları	28
<b>Tablo 5:</b>	Anne ve babaların eğitim durumları	29
<b>Tablo 6:</b>	Ebeveynlerin meslek durumları	30
<b>Tablo 7:</b>	Gruplar arası ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE, BSÖ puan ortalamaları	31
<b>Tablo 8:</b>	Anne ve babaların doldurduğu CADÖ-48 puan ortalamaları	32
<b>Tablo 9:</b>	Annelerin doldurduğu ÇEDBÖ puan ortalamaları	33
<b>Tablo 10:</b>	Babaların doldurduğu ÇEDBÖ puan ortalamaları	34
<b>Tablo 11:</b>	WUDÖ puan ortalamaları	35
<b>Tablo 12:</b>	Annelerin DEHÖ-E puan ortalamaları	35
<b>Tablo 13:</b>	Babaların DEHÖ-E puan ortalamaları	36
<b>Tablo 14:</b>	Annelerin DEHÖ-E'ne göre belirti düzeyleri	37
<b>Tablo 15:</b>	Babaların DEHÖ-E'ne göre belirti düzeyleri	38
<b>Tablo 16:</b>	WUDÖ ve ÇEDBÖ puan korelasyonları	39
<b>Tablo 17:</b>	WUDÖ'ne göre ÇEDBÖ puan ortalamaları	40
<b>Tablo 18:</b>	DEHÖ-E ve ÇEDBÖ puan korelasyonları	41
<b>Tablo 19:</b>	DEHÖ-E'ne göre ÇEDBÖ puan ortalamaları	42
<b>Tablo 20:</b>	WUDÖ ve CADÖ-48 puan korelasyonları	43
<b>Tablo 21:</b>	WUDÖ'ne göre CADÖ-48 puan ortalamaları	44
<b>Tablo 22:</b>	DEHÖ-E ve CADÖ-48 puan korelasyonları	45
<b>Tablo 23:</b>	DEHÖ-E'ne göre CADÖ-48 puan ortalamaları	46
<b>Tablo 24:</b>	WUDÖ pozitifliğine göre çocuklardaki ek tanı oranları	47
<b>Tablo 25:</b>	Annelerin DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki ek tanı oranları	48
<b>Tablo 26:</b>	Babaların DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki ek tanı oranları	49
<b>Tablo 27:</b>	WUDÖ pozitifliğine göre çocuklardaki YDB ek tanı oranları	50
<b>Tablo 28:</b>	Annelerin DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki YDB ek tanı oranları	51
<b>Tablo 29:</b>	Babaların DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki YDB ek tanı oranları	52

## 1. AMAÇ VE KAPSAM

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) 7 yaşından önce başlayan ve kendini dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (1). Okul çağı çocuklarının yaklaşık %3-9'unu etkileyen bozukluğun temelinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir (2,3). DEHB %30–70 oranında erişkinlik döneminde de devam ederek, psikososyal ve eğitimsel/mesleki alanlarda işlev kaybına neden olmaktadır (4,5,6).

Yazında genetik, nörokimyasal, anatomik ve psikososyal etkenlerin araştırıldığı etiyolojik çalışmalar bulunmaktadır (7,8,9,10). DEHB seyrinde çocukluktan geç ergenlik-erişkinlik dönemine kadar ortaya çıkan değişikliklerin bireyin genetik özellikleri ve bu dönem aralığındaki çevresel etkenler tarafından etkilendiği bildirilmektedir (11). Ailesel öykünün varlığı DEHB için süreklilik riskinin göstergelerinden biridir. Özellikle hastalığın erişkin formunun çocuklardaki formundan daha güçlü ailesel etiyolojik risk taşıdığı öne sürülmektedir (12,13). DEHB'nun epidemiyolojik ve etiyolojik özellikleri incelendiğinde özellikle bozukluğun ileri dönem seyrinde ailesel yapılanmanın önemi dikkat çekmektedir. Psychogiou ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada DEHB olan annelerin çocuklarında DEHB belirtilerinin daha şiddetli seyrettiğini destekleyen bulgular elde edilmiştir (14). Ayrıca ebeveynlerdeki dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerinin yetersiz disiplin uygulama ve tutarsız ebeveynlik işlevleriyle ilişkili olduğu, babadaki dürtüsellik varlığının, baba-çocuk arasında daha sık tartışmaya yol açtığı da vurgulanmıştır (15,16). Ebeveyn psikopatolojilerinin hem genetik geçiş hem de doğurdıkları çevresel etkiler nedeni ile bozukluğun seyrini etkiledikleri düşüncesi çeşitli çalışmalarda kabul görmektedir (17).

Ailesel yüklülük çalışmaları incelendiğinde, DEHB olan çocukların birinci derece yakınlarında DEHB riskinin kontrol grubuna oranla 4,6–7,6 kat arttığı, DEHB olan olguların birinci dereceden biyolojik akrabalarındaki DEHB bulunma olasılığının %13-18 oranlarında bulunduğu gösterilmiştir (18,19,20). DEHB olan çocukların ebeveynlerinin DEHB olma riskinin ise 2–8 kat arttığı vurgulanmakta olup, DEHB olan çocukların kardeşlerinde de DEHB görülme sıklığı yüksek bulunmuştur (21,22,23,24,25).



Eşhastalanım tım psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB'nda da sık olarak gözlenmektedir. DEHB ile eşzamanlı görülen ve üzerinde en çok çalışılan bozukluklar karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğudur (DB) (26). Ayrıca duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı gibi bozukluklar da DEHB'na sıklıkla eşlik etmektedir (27). Yaş, cinsiyet, sosyodemografik özellikler, anne-babalarda saptanan psikiyatrik bozukluklar gibi birçok değişkenin, eşhastalanımın ortaya çıkmasında rolü olduğu vurgulanmaktadır (28). Mash ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin aile ilişkilerinde belirgin bozukluk olduğu, bu durumun da hastalığın seyrinde KOKGB ve DB gelişimi açısından önemli rol oynayabileceği ileri sürülmüştür (7,29,30).

Ancak yazın incelendiğinde DEHB tanısı almış ebeveynlere sahip DEHB olan çocukların belirti şiddetinde farklılık ve bu çocuklardaki psikiyatrik eşhastalanım varlığı hakkında yapılan çalışma sayısının oldukça az olduğu dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada 7–16 yaş aralığındaki DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde DEHB belirti sıklığının araştırılması, ebeveynlerinde DEHB belirtileri olan çocuk ve ergenlerde bozukluğun belirti şiddeti ve eşhastalanım düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

DEHB erken çocukluk döneminde başlayan, temel belirtileri dikkat eksikliği, hareketlilik, dürtüsellik olan süregelen, gelişimsel nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Bozukluğun bu temel özelliklerinin erişkinlik döneminde de devamlılık gösterebildiği bilinmektedir (1). Genetik geçişli olduğu gösterilmiş olan bu bozukluk, hastalarda çocukluk çağında olduğu gibi erişkinlik dönemlerinde de eğitim ve meslek alanlarında işlev kaybına ve çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (5,31,32).

#### **2.1.1. Tarihçe**

Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde, yıllar boyunca bu klinik durumun değişik nedenlerine ya da en belirgin görülüş biçimlerine göre tanımlandığı görülmektedir. 19. yüzyıl sonlarında, “çılgın aptallar” (mad idiots), “dürtüsel delilik” (impulsive insanity) ve “yetersiz engellenme” (defective inhibition) gibi terimler kullanılmıştır (33).

Günümüzde kullanılabilecek, göreceli olarak kolay anlaşılır bir tanımlama ilk kez 1902’de Dr. George Still tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre, bozukluğu gösterenler ileri derecede hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak bildirilmiştir. Still, erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuş ve tüm tabloyu organik zeminde gelişen “ahlaki kurallara uymada güçlük” (moral deficiency) diye adlandırmıştır (Aktaran 34).

Birinci Dünya Savaşı’nı izleyen yıllarda görülen influenza pandemisinde hayatta kalan çocuklarda sıklıkla “ensefalitis letarjika” gelişmesi ve şiddetli davranış bozukluğunun ortaya çıkması organik açıklamalara eğilimi arttırmıştır. İnfluenza pandemisinden etkilenen çocuk ve yetişkinlerde, laboratuvar hayvanlarında olduğu gibi, şiddetli beyin hasarı ile aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışlar arasında yakın bir ilişki olabileceği bildirilmiştir. Strauss ve arkadaşları 1947 yılında aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel

yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmişler ve bu durumu “minimal beyin zedelenmesi sendromu” olarak adlandırmışlardır (35).

1960’lı yıllarda koordinasyonu zayıf, öğrenme güçlüğü olan ve duygusal dengesizlik gösteren ancak belirlenmiş nörolojik bozukluğu olmayan bir grup çocuk için “minimal beyin disfonksiyonu” tanımı kullanılmıştır (36).

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD–9 (36) ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II’de (37) bu bozukluğu “çocuklukta ki hiperkinetik sendrom” olarak tanımlamasıyla başlamıştır. DSM-II’de tanı hiperaktivite, dikkat kısısalığı, kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir. DSM-III’de (38) dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış ve temel belirtiler dikkatsizlik, ataklık (dürtüsellik) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. Ancak bu tanı DSM-III-R’de Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak belirlenerek 14 belirti sıralanmış ve tanı için 8 belirtinin olması şarta bağlanmışır. Bozukluk ICD–10 (39) ve DSM-IV’de (40) bir önceki sınıflandırmalarda belirtilen şekilleri ile tanımlanmış ve 3 alt gruba ayrılmıştır:

1. DEHB/ karışık tip
2. DEHB/ dikkat bozukluğunun önde olduğu tip
3. DEHB/ hiperaktivitenin önde olduğu tip

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

DEHB’nun yaygınlığı ile ilgili araştırmaların sonuçları, özellikle olguların farklı yöntem ve tanı ölçütleri kullanılarak tanımlanması sonucu farklılıklar göstermektedir. Okul çağı çocuklarındaki sıklığının yaklaşık %3–7 olduğu bildirilmekle birlikte (2,3), 8–13 yaşları arasındaki DEHB tanılı çocuklarla yapılan bir uzunlamasına ikiz çalışmasında bu oran %3–9 olarak bildirilmiş (11), bir başka epidemiyolojik çalışmada ise sıklığın % 5–10 aralığında olduğu bulunmuştur (41).

Yapılan bir alan çalışmasında 10–13 yaşları arasındaki erkek çocukların %17,1’inin, kız çocuklarının ise %8,5’inin DEHB olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada 14–16 yaşları arasındaki erkek çocukların %11,4’ünün, kız çocukların ise %6,5’inin DEHB olduğu gösterilmiştir (42). Hem klinik hem de toplum kaynaklı epidemiyolojik çalışmalarda,

erkeklerde bu bozukluğun daha sık olduğu gösterilmiş olup, erkek/kız oranı 3/1 ile 5/1 arasında bildirilmektedir (43).

### **2.1.3. Etiyoloji**

DEHB, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluk olup, etiolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar, genetik, nörokimyasal, beyin görüntüleme, kurşun etkisi, diyet ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik olarak sürdürülmekte olup, bu çalışmalar bozukluğun monoamin düzenekler ve frontostriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan kalıtsal bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (10).

#### **2.1.3.1 Genetik Etkenler**

Genetik araştırmaların temel dayanakları ikiz çalışmaları, evlat edinme ve aile araştırmalarıdır. Genetik geçiş ve olası özgül genetik bozukluklarla ilgili kesin sonuçlara henüz ulaşılamamıştır. Ancak yazında birinci derece kan bağı olanlarda bozukluğun sık görüldüğü, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre anlamlı derecede uyumluluk saptandığı, DEHB olan çocukların kardeşlerinde bozukluğa genel topluma göre iki kat fazla rastlandığı bildirilmektedir (1,10).

İkiz çalışmaları DEHB'nun kalıtsallığın %80 oranında olabileceğini göstermektedir (10). Bu çalışmalarda DEHB'nun kalıtsal özelliği desteklenmiş; tek yumurta ikizlerinde DEHB uyumluluğu %50–84, çift yumurta ikizlerinde ise %30–40 dolayında bulunmuştur. İkiz çalışmalarında hiperaktivitenin kalıtsallığı %64–77 oranında, dikkat eksikliğinin kalıtsallığı %76–98 oranında hesaplanmıştır. Evlat edinme çalışmaları da ailesel geçişi desteklemektedir (3).

Bozukluktan sorumlu tutulan tek bir gen saptanamasa da genetik araştırmalar günümüzde sürmektedir (44,45). Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB'nin oluşumunda birden fazla genin bozukluğun ortaya çıkışına katkısı olduğu düşünülmektedir (46). DEHB'nda moleküler genetik çalışmalarla incelenen genlerden en çok üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler dopamin D4 reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcı protein genidir (DAT1) (43). DRD2 geni de genetik polimorfizm ile davranışsal

özelliklerin bağlantılandırılmasını amaçlayan geniş araştırmaların odağı olmuş; özellikle Taq1 polimorfizmi DEHB ile ilişkili bulunmuştur (47). Aynı zamanda 3. kromozomdaki tiroid reseptör  $\beta$  genindeki mutasyonla DEHB arasında da bir ilişki saptanmış olup otozomal dominant geçiş gösteren bu mutasyon sonucu bedende tiroid hormonuna genel bir direnç geliştiği vurgulanmıştır (48). DEHB ile ilişkilendirilen DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, serotonin taşıyıcı protein geni (SLC6A4), norepinefrin taşıyıcı protein geni günümüze kadar çalışılan diğer genlerdir (10,49,50,51).

Ailesel yüklülük çalışmaları, DEHB'nun ailesel geçişini ortaya koyduğu gibi (52,53) davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi DEHB ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların da ailesel geçişini göstermiş (54,55) ve kalıtımsallığın 0,6- 0,9 oranında olduğunu işaret etmiştir (52,53). Bununla birlikte kalıcı DEHB'nun (erişkinlik dönemine uzanan) kalıcı olmayan DEHB'ndan daha güçlü ailesel geçiş gösterdiği öne sürülmüştür (56).

### **2.1.3.2. Nörokimyasal Etkenler**

Tedavide kullanılan ilaçların etkilerinden yola çıkılarak DEHB olan çocuklarda özellikle dopamin (DA) ve norepinefrin (NA) başta olmak üzere nörokimyasal değişikliklere yönelik araştırmalar artmıştır (7). DA, NA ve bunların metabolitlerinin DEHB'daki rolü konusunda bilgiler halen kısıtlı olmakla birlikte yazında genel olarak DA ve NA metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir (10).

Psikostimülanların sinaptik aralıkta DA ve NA'nin etkilerini güçlendirdiği, trisiklik antidepressanların norepinefrin geri alımını inhibe ederek DEHB belirtilerini iyileştirdiği, özellikle prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttırarak etki eden atomoksetinin DEHB belirtilerini azalttığı farmakolojik çalışmalarla gösterilmiştir (57).

Hayvanlar ve insanlarda yapılan çok sayıda çalışmada DEHB'da idrar, kan ve beyin omurilik sıvısı gibi farklı beden sıvılarında katekolamin dengesinde bozukluğa işaret eden bulgular elde edilmiştir. DEHB olan çocuklarda beyin-omurilik sıvısındaki homovalinik asit (HVA) ile aşırı hareketlilik arasında pozitif uyumluluk bulunmuş ve yüksek HVA'e sahip çocuklarda psikostimülana yanıt oranı da yüksek bildirilmiştir (58).

### **2.1.3.3. Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

DEHB'nun santral sinir sistemi hasarı sonucu geliştiğine yönelik düşünceler bozukluğun tanımlanmasından bu yana öne sürülmekte olup, yapılan çalışmalar sonucunda bozukluğun nöroanatomik kökenleri konusunda pek çok ön bulgu elde edilmiştir (8). Silik nörolojik belirtiler ve özgün olmayan EEG bozukluklarının tabloya eşlik etmesi, epilepsi gelişme olasılığının normalden yüksek olması bu görüşü destekler niteliktedir (59).

Bugüne kadar yapılan nöroanatomik çalışmalar, DEHB etiolojisinde prefrontal-striatal-kortikal döngünün rolü üzerinde görüş birliğine varma yolunda olup, ayrıca sağ prefrontal-striatal-talama-kortikal döngünün sola göre daha önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu bulgular herhangi bir beyin yapısında bozukluk bulunduğunu göstermemekte, bazı beyin bölgelerinin sağlıklı kontrollerden farklı büyüklük veya simetride olduğunu bildirmektedir (60).

DEHB'daki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yolların, dikkat eksikliği belirtilerinden sorumlu yollardan farklı olduğu düşünülmektedir. Motor aktiviteyi kontrol eden nigrostriatal dopamin yolağın DEHB'daki aşırı hareketliliği ve dürtüsellığı açıklamaya aday olduğu; mezokortikal dopamin yolağı ve lokus sereleustan prefrontal bölgeye uzanan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu öne sürülmektedir (10).

### **2.1.3.4. Psikososyal Etkenler**

DEHB etiolojisinde biyolojik etkenlerin temel bir rol oynadığı bilindiğinden; psikososyal etkenlerin, daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı etkilediğinden söz edilebilir. Yani çevresel etkenler bozukluğun kalıcılığını, eşhastalanım varlığını, hastalık seyrini etkileyebilir (10).

Bugüne kadar anne-baba-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişinde var olan sorunların DEHB etiolojisinde rol oynadığı öne sürülmüşken, yapılan çok sayıda çalışmanın sonuçları,

bu etkenlerin DEHB oluşumunda birincil etken olmadıklarını ancak KOKGB ve DB etiolojisinde çok önemli bir yere sahip olduklarını göstermektedir (8,61).

DEHB olan çocuklarda hamilelik ve doğumla ilgili sorunlar, düşük doğum ağırlığı, travmatik beyin hasarı ve hamilelikte annenin madde kullanımı DEHB etiolojisinde rol oynadığı düşünülen diğer etkenlerdir (50,62).

#### **2.1.4. Klinik Özellikler ve Tanı**

DEHB'nun temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli aşırı hareketlilik-dürtüsellik olmasıdır. Bozukluğu ait bu belirtiler nedeniyle DEHB olan çocukların okul başarıları ve arkadaş ilişkileri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu çocuklar bireysel katılım gerektiren etkinlikleri sürdürmekte güçlük çeker ve bir işi tamamlamadan diğerine geçme eğiliminde olurlar. Dikkat eksikliği belirtileri, başladığı işi bitirememesi ve görevleri erken bırakma şeklinde ortaya çıkarken; aşırı hareketlilik sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuz olma, duruma bağlı olarak çevrede koşma-atlama, oturması gerektiği yerden sıkça kalkma, kıpır kıpır olma, çok konuşma ve gürültücülük gibi bir tabloya yol açmaktadır. Bu çocuklar atak olmaları nedeniyle riskli davranışlar sergilemeye ve kazalara yatkın olurlar; kurallara uymadaki zorlukları nedeniyle disiplin sorunları çok olur. Tüm bu özellikler erişkin ve yaşıt ilişkilerini etkileyerek dışlanmalarına yol açabilmektedir (35).

Ergenlik dönemiyle birlikte motor etkinlikteki artış yerini huzursuzluk hissine bırakırken, dikkat ile ilgili zorluklar büyük oranda devam etmektedir. Dürtüsellik ise kendini kural dışı yaşantılara yönelme ile gösterir. Daha ileri yaşlar ve erişkinlerde dikkat eksikliği belirtileri planlarını tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum şeklinde ortaya çıkmaktadır (35).

Tanı için bozukluğu oluşturan aşırı hareketlilik-dürtüsellik veya dikkatsizlik belirtilerinin en azından bazıları 7 yaşından önce de bulunmalıdır. Belirtiler ve yol açtıkları aksaklıklar en az iki ortamda (örneğin ev ve okulda ya da işte) ortaya çıkmalıdır (35).

DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri (40);

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

#### Dikkatsizlik

(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.

(a) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.

(b) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

(d) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

(e) Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(f) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).

(g) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlara kolaylıkla dağılır.

(h) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı ( ya da daha fazlası) en az altı ay süre ile uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

#### Hiperaktivite

(a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.



(c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

#### Dürtüsellik

(g) Çoğu zaman sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabını verir.

(h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

B. Bozulmaya yol açan bazı hiperaktif-impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri yedi yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda ya da işte ve evde).

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

E. Bu belirtiler 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 bir Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız

Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik tip: Son altı ay boyunca hem A1, hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmışsa

Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin önde geldiği tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamışsa

Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-dürtüsellikğin önde geldiği tip: Son 6 ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamışsa

Kayıt notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan bireyler (özellikle ergen ve erişkinler) “kısmi remisyonda” olarak belirtilmelidirler.

### **2.1.5. Eşlik Eden Tanılar**

Eşhastalanım tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB’nda da sık olarak saptanmakta olup bozukluğa eşlik eden psikopatolojilerin, bozukluğun seyrini olumsuz yönde etkilediği ve tedavi planında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir. DEHB ve onunla ilişkili eşhastalanımın yaygınlığı kullanılan tanı ölçütlerine, çalışma desenine ve bilgi kaynaklarına göre değişmekle birlikte (35), DEHB’na eşlik eden tanıların oranı %46–68 arasında bildirilmektedir (10).

DEHB olan çocuklarla yapılan bir araştırmada ağır evlilik sorunları, sosyal sınıf düşüklüğü, geniş aile, babada suça yönelik davranışlar, annede ruhsal bozukluk ve koruyucu aile yanına yerleştirilme gibi risk belirleyicilerinin DEHB ile ilişkili eşhastalanım riski ve psikososyal işlev bozukluğu için yordayıcı olduğu saptanmıştır (63).

DEHB ile eşzamanlı görünümü açısından üzerinde en çok çalışılmış ve en yaygın olarak kabul edilmekte olan bozukluklar KOKGB ve DB’dur. KOKGB ve DB, DEHB ile birlikte Yıkıcı Davranış Bozuklukları tanı grubunu oluşturmaktadır. KOKGB tanısı sık sık hiddetlenen, büyükleriyle tartışmaya giren, büyüklerin istekleri ve kurallarına uymayı reddeden, özellikle başkalarını kızdıran davranışlarda bulunan, kendi hataları için başkalarını suçlayan, alıngan, kızgın, gücenik çocuk ve ergenleri tanımlamak için kullanılmaktadır. DB ise durdurulamayan, yıkıcı, başka insanların haklarına yönelik saldırganca tutum sergileyen, yaşa uygun toplumsal değerleri hiçe sayan çocuk ve ergenler için kullanılan bir tanıdır (10).

DEHB ile KOKGB ve DB arasında klinik örnekleme %32,5, klinik dışı örnekleme %6,8 oranlarında birliktelik olduğu saptanmıştır (10). 6–17 yaş aralığındaki DEHB olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir araştırmada eşhastalanım oranı KOKGB için çocuklarda % 46, ergenlerde % 33; DB için çocuklarda %23, ergenlerde %42 gibi yüksek oranda saptanmıştır (27).

DEHB'na eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilgili yazın bilgilerinin gözden geçirildiği bir çalışmada gelişimsel koordinasyon bozukluğunun %50'nin üzerinde, iletişim bozukluklarının %15–75, anksiyete bozukluğunun %10–40, tik bozukluklarının %3–34, majör depresyonun %0–45 ve bipolar bozukluğun %0–27 arasında değişen oranlarda tabloya eşlik edebileceği vurgulanmıştır (64).

Duygudurum bozuklukları içinde hem majör depresif bozukluk (MDB) hem de distimik bozukluk DEHB ile en sık birliktelik gösteren bozukluklardır. Çocuk ve ergende değersizlik düşüncesi, yorgunluk, ölüm düşüncesi, dikkat ve konsantrasyonda düşme, beklenti kaybı, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon varlığında MDB tanısı düşünülmektedir. İki aydan uzun, belirtisiz bir dönemin olmadığı, en az 1 yıllık süreç içerisinde iştah kaybı, enerji azlığı, benlik saygısında düşme, uyku değişikliği, ümitsizlik gibi yakınmaları devam eden çocuk ve ergenlerde ise distimik bozukluk tanısı akla gelmektedir (34). MDB sıklığı DEHB olan çocuk ve gençlerde DEHB olmayanlara göre 5,5 kat daha fazla bulunmuş olup (66), sıklığın %12–50 oranında olduğu gösterilmiştir (66).

DEHB ile ilişkili sorunların yol açtığı olumsuz çevresel etkenlerin, DEHB olan çocuk ve ergenlerde MDB gelişmesine yol açabileceği düşünülmektedir. Bu görüş temelinde yapılan çalışmaların sonuçları, bu iki tablonun birlikteliği ile ilgili çeşitli yorumları ortaya koymuştur (67,68,69,70). DEHB belirtilerinin akademik işlevsellik, sosyal ilişkiler ve aile içi etkileşim alanlarında sorunlara yol açacağı ve bu durumun dolaylı ya da dolaysız olarak DEHB olan bireylerde MDB'nun tabloya eşlik etmesine katkıda bulunabileceği vurgulanmıştır (69,70).

DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki ilişki açık olmamakla birlikte DEHB ve bipolar bozukluk birlikteliği oranı %16'dır (71). DEHB ile bipolar bozukluk belirtilerindeki binişiklik tanısal karışıklığa neden olabilmektedir. Dikkatin çelinebilirliği, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve duygusal değişkenliğin bipolar bozukluk ve DEHB için karakteristik oluşu, her iki bozukluk arasındaki ilişkinin daha iyi aydınlatılması gerekliliğine işaret etmektedir (72).

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda DEHB-anksiyete bozukluğu birlikteliğinin %25 oranında olduğu gösterilmiştir (73). Bu eşhastalanımın ortaya çıkışı ile ilgili etkenler gözden geçirildiğinde birbirinden bağımsız bir genetik geçişin var olduğu (10); anksiyete bozukluklarının etiolojisinde önemi vurgulanan aşırı koruyup kollayıcı tutum ve/veya reddedici tutumların, DEHB-anksiyete bozukluğu birlikteliğinde de rol oynayabileceği öne sürülmüştür (73).

Zekâ düzeyi normal ya da normalin üstünde olan bireylerin, standart zeka testlerinde yaş, zeka düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, yazılı anlatım ve matematik seviyesinin beklenenin önemli derecede altında olmasıyla tanı konulan Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) da sıklıkla DEHB ile birlikte görülmekte olup eşhastalanım oranının %10–60 arasında değiştiği bildirilmektedir (74).

Hastalık sırasında çoğul motor ve sesli tiklerin, eş zamanlı olarak ortaya çıkmasalar da, en az 1 yıl süreyle var olması şeklinde tanımlanan Tourette bozukluğu'na sahip olan çocukların %50-90'ında DEHB birlikteliği olduğu bildirilmiştir. Bu birlikteliğin Tourette bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranışlarda artış, okul başarısı ve kişiler arası ilişkilerde işlevsel bozulmalara yol açtığı bulunmuştur (75).

Dışa atım bozuklukları ile DEHB ilişkisine bakıldığında, enkoprezisi olan çocuklarda %23,4 oranında DEHB olduğu gösterilmiştir (10). KOKGB birlikteliğinde enürezis sıklığında da artış olduğu vurgulanmaktadır (76).

#### **2.1.6. Ayırıcı Tanı**

Üç yaşından küçük çocuklarda aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gibi temel belirtilerin DEHB'nda sıklıkla gözlenen görsel-motor ve algı ile ilgili yetersizliğe mi, yoksa normalde tam olarak gelişmemiş sinir sisteminin klinik görünümüne mi bağlı olduğunun ayrımı oldukça güçtür. Ayırıcı tanıda gelişim dönemine göre bu aşırı hareketliliğin göz önüne alınması önerilmektedir (35). Bazı anne babalar normal bir çocukta, özellikle erkek çocuklarda, yaşa uygun hareketliliği, yoğunlaşma süresinin kısalığını ve kurallara uyma becerisinin azlığını bir yakınma olarak getirebilmektedirler. Gerçek DEHB olanlarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmaya neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte, karşı gelme davranışları izlenmektedir (10).

Dikkat eksikliği dışında okuma ya da matematik beceriksizliğine bağlı olarak ortaya çıkabilen değişik tipteki öğrenme bozuklukları da DEHB'ndan ayırt edilmelidir. Öğrenme yetersizliği olan bu çocuklar okulda sıkılmakta ve isteksiz olabilmektedirler. Yeterli yardımı alamadıkları okul ortamında huzursuzluk ve dikkatsizlik ortaya çıkmaktadır. DEHB olan çocuklarda, öğrenme ve okul başarısındaki bozukluk özgül bir alanda olmaktan çok, genel bir etkilenme söz konusudur (10).

Özgül Öğrenme Güçlüğü'ne benzer bir durum zihinsel özrü olan çocuklar için de geçerlidir. Zihinsel özürü olan çocuklarda DEHB tanısı, ancak dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtileri zeka yaşına göre beklenenden çok daha fazla ise konmalıdır (10).

DEHB'ndan ayrılması gereken önemli bir tanı da uyum bozukluğudur. Uyum bozukluğunda süre genellikle 6 aydan kısadır ve ortaya çıkışı yaşamın daha geç dönemlerindedir. DEHB olan çoğu çocukta ise yaşamın ilk yıllarında sorunlar başlamaktadır (10).

Çocuklardaki anksiyete bozukluğunun da ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekmektedir. DEHB'na ikincil olarak anksiyete bozukluğu gelişebileceği gibi, anksiyete bozukluğu da aşırı hareketlilik ve dikkatin kolay dağılmasına neden olabilmektedir (10).

DEHB olan çocukların ders çalışma ve öğrenme ile ilgili güçlükleri nedeniyle anne-baba ile çocuk arasında sürekli bir çatışma yaşanabilmektedir. Bu durum çocuğun örselenmesi ve aşağılanmasına neden olarak benlik saygısında düşmeye yol açabilmektedir. Bunun sonucunda, bu çocuklarda klinik duruma sıklıkla MDB eşlik etmektedir (10).

DEHB'nun sıklıkla okul öncesi, bipolar bozukluğun ise ergenlik öncesi dönemde başlaması; belirtilerin DEHB'da kronik seyirli, bipolar bozuklukta dönemsel ya da ataklar şeklinde olması bu iki hastalığın ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken önemli noktalar. Aşırı hareketliliğin bipolar bozuklukta zararlı sonuçlara yol açabilecek zevkli etkinliklerle ilişkili, DEHB 'da ise daha yaygın olması; mani atağında cinsel konularla aşırı, yaşla uyumlu olmayan ilgi ve davranışların varlığı; benlik saygısında DEHB'da azalma varken, manide dönemsel artışların varlığı; bipolar bozuklukta büyüklük sanrılarının ve psikotik özelliklerin izlenmesi ayırıcı tanıda yol gösterici diğer özellikler olarak sayılabilmektedir (72).

Ayırıcı tanıda diğer psikiyatrik, gelişimsel, tıbbi ve nörolojik bozuklukların da düşünülmesi gerekmektedir. Absans nöbetler DEHB'na eşlik edebildiğinden ya da benzer belirtiler sergileyebildiğinden ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır (10).

Dikkat eksikliğinin önde geldiği tip için ayırıcı tanıda başta Asperger bozukluğu olmak üzere yaygın gelişimsel bozukluklar, iletişim bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ayrıca çeşitli tıbbi durumlarda kullanılan semptomimetikler, steroidler, teofilin, antihistaminikler ve fenobarbital gibi ilaçların, madde kötüye kullanımının, hipertiroidizm, kurşun ve çinko gibi çevresel toksinlerin de bozukluğun ayırıcı tanısında önemli olduğu bildirilmektedir (10).

## **2.1.7. Değerlendirme Yöntemleri**

### **2.1.7.1. Öykü Alma**

DEHB'nun değerlendirmesi, diğer tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, başvuru sebebi, çocuğun gelişimsel işlevleri, davranışsal zorluklarının boyutu ve bu soruna yol açan bireysel, ailevi veya çevresel etkenlerin tespiti ile tanı ve ayırıcı tanının netleştirilmesi, bu doğrultuda tedavi programının geliştirilip ebeveyn, çocuk-ergen ve öğretmenin bu programa katılımının sağlanmasını içerir (35). DEHB'nun tanı aşamasında ayrıntılı klinik öykünün alınmasının yanısıra, çocuğun kişilik özelliklerinin, gelişim ya da zihinsel yönden kapasitesinin değerlendirildiği bazı testler ve çocuğun değişik ortamlardaki davranışlarının sorgulandığı değerlendirme formları tanı koymada yardımcı olabilmektedir (8,77).

### **2.1.7.2 Psikometrik Değerlendirme**

Çocuğun kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde Goodenough-İnsan Resmi Çizme Testi, Cümle Tamamlama Testi, Çocuk Davranış Sorunlarını Değerlendirme Ölçeği, Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği ve Conner's Öğretmen Değerlendirme Ölçeği, Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği bu alanda sıkça kullanılan testler arasında yer almaktadır (77).

Bender Gestalt Görsel-Motor Algılama Testi uygulandığında, DEHB olan çocukların parçaları eksik bıraktıkları, çizdikleri şekilleri tamamlamada zorlandıkları görülmekte, bütünleştirmeye ilişkin hata yaptıkları belirtilmektedir (77).

Çocukların zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesinde kullanılan Wechsler Çocuklar İçin Zeka Testi'nde DEHB olan çocuklarda, dikkatlerini verememeye bağlı olarak performans alt testlerinde düşük puanlar elde edildiği, özellikle parça birleştirme alt testinde ayrıntılara dikkat edemedikleri, resim düzenleme ve tamamlamada zorlukları olduğu bildirilmektedir (77).

### **2.1.7.3 Tıbbi Durum Değerlendirmesi**

DEHB için değerlendirilmeye alınan olguların, boy-kilo, kan basıncı ve nabız ölçümlerini içeren genel fizik muayenelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. DEHB'nun rutin değerlendirmesinde yer almayan EEG, BBT, MRI ve SPECT gibi nörolojik incelemeler klinik şüphe varlığında ya da çocuk nörolojisi konsültasyonu sonucunda istenebilir. DEHB olan çocuk ya da ergenin genel sağlık durumunun değerlendirilmesi DEHB'na bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının incelenmesi ve DEHB tedavisine kontrendikasyon oluşturabilecek tıbbi durumların araştırılması amacıyla yapılmaktadır (78).

### **2.1.8. Gidiş ve Sonlanım**

DEHB gidişi ile ilgili izlem çalışmalarında 3 tür gidişten söz edilmektedir. Olguların %30'unu oluşturan, genç erişkinlikte belirtilerin kaybolduğu grup "developmental delay", %40'ını oluşturan, belirtilerin çeşitli duygusal ve sosyal güçlüklerle erişkinlik döneminde devam ettiği grup "continual display" ve %30'unu oluşturan, DEHB belirtilerinin yanı sıra alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin de olduğu grup "developmental decay" olarak adlandırılmıştır. DEHB'nda kötü gidişin en güçlü belirleyicisi çocukluk döneminde DEHB'na eşlik eden DB'nun olmasıdır. Bozukluğun süregelenliğinde, aile içi güçlükler ve eşhastalanımın belirleyici olduğu ileri sürülmüştür (10).

İzleme çalışmaları DEHB olan çocukların %70-85'inde bozukluğun ergenlik döneminde ve %5-66'sında erişkinlik döneminde sürdüğünü göstermektedir (79). Olguların %90'ında akademik başarısızlık gözlenebileceği, %30-40'ının eğitimlerini yarıda bıraktıkları bildirilmektedir. Genç erişkinlik dönemine geldiklerinde akademik başarıları, yıllık gelirleri, yüksek öğrenime girebilme ve bitirebilme oranları da kontrollere göre daha düşük saptanmıştır. Daha sık iş değiştirdikleri, işten çıkarılma oranlarının daha yüksek olduğu, sürücülük becerilerinin daha düşük olduğu ve daha fazla kaza yaptıkları bildirilmektedir. Kontrollere oranla cinsel yaşamın daha erken başladığı, daha sık ve fazla eş değiştirdikleri, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ve erken hamilelik risklerinin arttığı belirtilmektedir (10,80).

### **2.1.9. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu**

DEHB %50'nin üzerinde bir oranda erişkinlikte de etkinliğini sürdürüp, bireysel gelişim ve sosyal ilişkiler açısından, toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından

biri olmaktadır (8,82). Erişkin DEHB büyük bir çoğunluk tarafından onaylansa da, bazı klinisyen ve araştırmacılar bu bozukluğun varlığını halen sorgulamaktadır. En temel itirazlar DEHB belirtilerinin zamanla kaybolduğu, değerlendirmenin zor olduğu, bozukluğun çoğu zaman başka bozukluklarla ya da var olan başka bir patoloji ile karıştırıldığı, hastanın güncel bir tanı almak için yanlış bildirimde bulunabileceği yönündedir (43,83). Ancak tüm bu itirazlara rağmen çocukluk döneminde DEHB tanısı alan kişilerin izleme çalışmalarının yürütülmesi ile erişkin DEHB'nun geçerli bir tanı olduğu düşünülmektedir (84). Erişkin ve çocuk DEHB olgularının demografik, bilişsel, psikiyatrik özellikler açısından birbiriyle ilişkili olduğu ve benzer belirtiler gösterdiği bildirilmektedir. Ayrıca DEHB tanısı alan erişkinlerin stimulan tedavisine ve stimulan dışı tedavilere benzer yanıtlar verdiğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (85,86).

DSM-II' de ve DSM-III' de DEHB çocukluk dönemi bozukluğu olarak ele alınmıştır, ancak erişkinlik döneminde halen DEHB belirtileri olan vakalar DSM-III'de "DEHB, tortu tipi" olarak adlandırılmıştır. DSM-III-R'da çocukluk döneminde DEHB tanısı alan vakaların %30'nun erişkinlik döneminde belirtilerinin sürdüğü belirtilmiştir. DSM-IV erişkinlerde tanı konmasına olanak sağlamaktadır (40).

Yapılan araştırmalar DEHB belirtilerinin, çocukluğunda DEHB tanısı almış erişkinlerin %40-60'ında erişkinlik döneminde de sürdüğünü göstermektedir (88). Bozukluğun geç ergenlik, genç erişkinlik dönemine kadar sürmesini belirleyen etkenlerin, çocukluk döneminde DEHB'nun şiddetli seyretmesi, bu bozukluğa eşlik eden başka psikiyatrik bozuklukların olması, çocukluk çağında travma öyküsünün bulunması ve tedaviye başlama yaşı olduğu öne sürülmüştür (88,29,90). Bir başka çalışmada ise babanın hapse girmesi, babanın ruhsal hastalığı, maddi nedenlerden dolayı meydana gelen stres, evlat edinilme ve çocuk istismarının DEHB'nu erişkinlik dönemine taşıyan risk etkenleri arasında yer aldığı belirtilmiştir (43).

Erişkin DEHB Amerika'da son 20 yılda yapılan psikiyatrik epidemiyolojik araştırmalarda göz ardı edilen bir bozukluktur (91,92). DEHB olan çocukların erişkinlik dönemine kadar izlenmesi ve ebeveynlerinde DEHB yaygınlığının araştırılması şeklinde yürütülen çalışmalar incelendiğinde, bozukluğun erişkinlik dönemindeki yaygınlığı %4,4 bulunmuştur. DEHB olan erişkinlerde erkek kadın oranı ise 3:2 civarındadır (91,93,94).



Erişkin DEHB tanısının konması birçok sebepten ötürü oldukça karmaşıktır. DEHB tanısı konulan birçok erişkinin DEHB ile birlikte başka psikiyatrik bozuklukları da vardır ve bu bozukluklar klinik görünümü karmaşık hale getirebilir. Bu nedenle klinisyenler belirtilerin DEHB ile mi, başka bir psikiyatrik bozuklukla mı ya da ikisi ile birlikte mi daha iyi açıklanabileceğine karar vermelidirler. DSM-IV’de belirtilerin en az iki alanda işlevsellikte bozulmaya yol açması gerektiğinden bahsedilmektedir. Ancak bu göreceli bir kavramdır ve klinisyenin değerlendirmesine bağlıdır. Erişkin DEHB tanısı konabilmesi için belirtilerin çocukluk döneminde başlaması gerekmektedir, ancak erken döneme ait kayıtların elde edilmesi ve hasta tarafından çocukluk dönemi belirtilerinin hatırlanması zor olabilmektedir (96).

Tanıda Wender tarafından geliştirilen Utah ölçütleri ya da DSM ölçütleri kullanılmaktadır. DSM-IV’deki DEHB ölçütleri hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde karşılanıyorsa erişkin DEHB tanısı konmaktadır. Destekleyici bilgi mümkünse ebeveynlerden, kardeşlerden, okul raporlarından, iş değerlendirme raporlarından alınabilir (96).

Wender geniş klinik deneyime dayanarak erişkinlere tanı konulabilmesini sağlayacak ölçütler geliştirmiştir. Bu ölçütlerden ilki çocukluk dönemi DEHB tanısının konulmasıdır. Yapılan görüşme, çocukluk çağı DEHB belirtilerini sorgulayan Wender Utah Ölçeği tarafından desteklenir (96). Ölçütlerden ikincisi ise dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik ile ilgili devam eden güçlükleri içerir. Ve aşağıdaki belirtilerden en az üçünün bulunması gerekmektedir.

- A. Dikkat Eksikliği
- B. Aşırı hareketlilik
- C. Duygudurumda görülen oynamalar
- D. Huzursuzluk ve çabuk parlama
- E. Stres toleransında düşüklük
- F. Dağınıklık, planlama/organizasyon problemleri
- G. Dürtüsellik

DEHB, tanısı klinik değerlendirmeyle konulan bir bozukluk olduğu için bu amaçla geliştirilen ölçekler bulunmaktadır. Erişkin DEHB Değerlendirme/Derecelendirme Ölçekleri;

- Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (96)
- Brown Dikkat Eksikliği Bozukluğu Ölçeği(97)
- A. Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği(98)
- Conners Erişkin DEHB Tanısal Görüşme Formu(99)
- Erişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği (99)
- Young DEHB Özbildirim Ölçeği' dir (100).

Erişkinlerde de tıpkı çocuklarda olduğu gibi DEHB'na ait belirtiler bozukluğa ait eksikliklerle tanımlanır. Erişkinlik döneminde aşırı hareketlilik azalır ve amaçsız hareket yerini daha amaçlı hareketlere bırakır (101). Aşırı hareketlilik belirtileri erişkinlik döneminde işkoliklik, toplantılarda oturmakta, sıra beklemekte zorluk çekme, hız yapmayı sevme şeklinde ortaya çıkabilir (102).

Çok konuşma, sırasını beklemeden konuşma, uygun olmayan ortamlarda konuşma ya da uygunsuz şeyler söyleme de sıkça rastlanılan belirtiler arasındadır. Ancak erişkinler çocuklardan farklı olarak bu yakınmalarla çoğunlukla baş etmeyi öğrenirler. Örneğin yerinde oturmakta zorluk çeken bir erişkin emlakçılık yaparak bu zorluğu beceriye dönüştürebilir ya da çok konuşan bir erişkin spikerlik gibi bir meslekte çok başarılı olabilir (102).

Dikkatsizlik belirtileri zamanla daha belirgin hale gelir. Görmezden gelme, zamanı ayarlamakta güçlük, motivasyon eksiklikleri ve konsantrasyon güçlüğü şeklinde kendini gösterebilir. Unutkanlık, çelinebilir dikkat, eşyaları kaybetme ve yazı işlerinde çok fazla yanlış yapma sık yakınmalar arasındadır (102).

Dürtüsel belirtiler erişkinlik döneminde de sürer ve daha ciddi sonuçlara yol açabilir (104). Örneğin trafik kazaları, iş değiştirme, insanlarla ilişkilerde sorunlar, sigara, alkol ya da madde kullanımı oldukça sık görülür (104).

Çoğu kez erişkinlere DEHB tanısı koymada ilk ipucu eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar olabilir. Anksiyete bozuklukları, madde kullanımı, bipolar bozukluk, majör

depresif bozukluk en sık eşlik eden bozukluklardır. Yaşam boyu DEHB'nun bipolar bozukluk için sık bir eşhastalanım olduğu, bipolar bozukluğun daha kötüye gidişine sebep olduğu ve diğer psikiyatrik eşhastalanımlar için daha fazla risk oluşturduğu belirtilmiştir (105).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem**

Çalışma ve kontrol grupları Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran çocuk ve ergenler arasından seçilmiştir. Araştırma Aralık 2008- Mayıs 2009 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Çalışma grubu, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) (109) ve DSM-IV'e dayalı görüşmelerle DEHB tanısı konan, 7-16 yaşları arasında, zekâ bölümü 80'nin üzerinde olan, eş zamanlı olarak yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni, epilepsi tanısı almayan çocuk ve ebeveynlerinden seçilmiştir. Kontrol grubu olarak yıkıcı davranış bozukluğu tanısı almayan, yaş, cinsiyet, zekâ düzeyi açısından benzer özelliklere sahip olan çocuklar ve ebeveynleri çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya katılan toplam 141 çocuğun 81'i çalışma, 60'ı kontrol grubu olup, her iki gruptaki çocuklar ve ebeveynlerine çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiş ve onam formları imzalatılmıştır.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)**

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme ölçeklerinden biri olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi'nin iki farklı şekli bulunmaktadır. ÇDŞG-Ş (şimdiki dönem şekli), Erişkin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (106) kullanılarak geliştirilmiştir. ÇDŞG-E (epidemiolojik Şekli) (107) ise şimdi ve yaşam boyu ruhsal bozukluk episodlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. ÇDŞG'nin bütün şekilleri DSM-III, DSM-III-R ile uyum içinde güncelleştirilmiştir. DSM-IV 1994 yılında yayımlandıktan sonra ÇDŞG-ŞY, ÇDŞG-Ş'den uyarlanmıştır (107).

ÇDŞG-ŞY-T'nin geçerlik ve güvenilirliği 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (109).

### **3.2.2. Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48)**

Connors (110) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (111). Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Dikkat eksikliğini tarayan 5, aşırı hareketlilik belirtilerini tarayan 4, KOKGB belirtilerini tarayan 5, DB belirtilerini tarayan 11 madde bulunmaktadır. Ölçekte sorular anne babalar tarafından 4'lü likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırayla “0”, “1”, “2” ve “3” olarak puanlanmaktadır. Bu çalışmada önerilen kesme değerlerine göre dikkat eksikliği alt ölçeği için 5, aşırı hareketlilik alt ölçeği için 6, KOKGB alt ölçeği için 7, DB alt ölçeği için 18 puan ve üstünü alan çocukların sorunlu alanda yer aldıkları kabul edilmektedir.

### **3.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)**

Bu ölçek Turgay (112) tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak geliştirilmiştir. 9'u dikkat eksikliğini, 9'u aşırı hareketlilik ve dürtüselliği, 8'i KOKGB'nu, 15'i DB'nu sorgulayan 41 sorudan oluşmuştur. Her madde 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla biçiminde puanlanmaktadır. DEHB tanısı için 9 dikkat eksikliğini sorgulayan maddenin en az 6'sının 2 ya da 3, 9 aşırı hareketlilik ya da dürtüselliği sorgulayan maddenin en az 6'sının 2 ya da 3 olarak karşılanması gerekmektedir. KOKGB için 8 maddenin en az 4'ünün 2 ya da 3 olarak karşılanması; DB tanısı için ise 25 maddenin en az 2'sinin 6 ay ya da 1 yıl süreyle karşılanması gerekmektedir. Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (113).

### **3.2.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)**

Kovacks (114) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilen, 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerde uygulanabilen 27 maddelik bir ölçektir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesme değeri 19 olarak önerilmektedir. ÇDÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışması ülkemizde Öy tarafından yapılmıştır. (115).

### **3.2.5. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)**

Spielberger tarafından geliştirilen durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (116). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır (117). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 9–12 yaş çocuklarında yapılmasına rağmen, 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılabilceği düşünülmüştür (118).

### **3.2.6. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ)**

Coopersmith (119) tarafından geliştirilen, 57 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Önce 8–10 yaşlarındaki çocuklar için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldıysa da, daha sonra onikinci sınıfa kadar geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (82). Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Gürçay tarafından yapılmıştır (120).

### **3.2.7. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)**

WUDÖ, çocuklukta DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (96). Erişkinlerde DEHB tanısı konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek geliştirme çalışması sırasında ilk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek, daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği saptanan 25 maddeden oluşan şekline kısaltılmıştır. Bu maddelerden elde edilen 0-100 arası puanlar WUDÖ puanını vermektedir. Kesme noktası olarak 46 puan alındığında DEHB olan hastaların % 86'sını, sağlıklı kontrollerin % 99'unu ve depresyonu olan hastaların % 81'ini ayırt edebildiği bildirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği yapılmış olup, kesme değeri 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 saptanmıştır (121). Bu ölçeğe göre kesme değeri 36 ve üzeri olan ebeveynlerin, çocuklukta DEHB tanısı aldığı kabul edilmektedir.

### 3.2.8. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (DEHÖ-E)

Bu ölçek 1995 yılında Turgay tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Günay tarafından yapılmıştır (98,122). Ölçek beşli likert tipi derecelendirme ölçeği olup 9'u dikkat eksikliğini, 9'u aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, 30'u DEHB ile ilgili özellikleri ve sorunları sorgulayan 58 maddeden oluşmuştur.

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerinden 3'ten düşük puan alanların düşük düzeyde, 3,01 ile 10,99 arasında puan alanların orta düzeyde ve 11'in üstünde puan alanların yüksek düzeyde dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerine sahip oldukları kabul edilmektedir.

Sorun (S) bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır.

Genel toplamda ise 20'nin altında puan alanlar düşük, 20 ile 59 arasında puan alanlar orta, 59'un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir.

### 3.3. İşlem

Çalışmaya alınan tüm hastalar DSM-IV'e dayalı klinik görüşme ve ÇDŞG-ŞY-T- ile tanı ve eşlik eden ruhsal bozukluklar açısından değerlendirilmiştir.

DEHB tanılı çocukların belirtilerinin şiddeti ve yaygınlığını değerlendirebilmek için ebeveynlerine CADÖ ve ÇEDBÖ verilmiştir.

Eşhastalanımın değerlendirilmesinde yardımcı olması amacıyla 9 yaş ve üzerindeki tüm çocuklara ÇDÖ, ÇDSKE, BSÖ uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerinin, çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak amacıyla WUDÖ, halen devam etmekte olan DEHB belirtileri ve şiddetini değerlendirmek amacıyla DEHÖ-E kullanılmıştır.

### 3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri Windows için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0 bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Niteliksel değişkenler Ki Kare testi ile karşılaştırılmıştır. WUDÖ ve

DEHÖ-E ile CADÖ-48 ve ÇEDBÖ arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenmesi amacıyla Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Genel Bulgular

Çalışmaya DEHB grubunda 81, kontrol grubunda 60 olmak üzere toplam 141 çocuk ve 282 biyolojik ebeveyn katılmıştır. DEHB grubundaki çocukların alt grup dağılımına bakıldığında %93,8'i (n:76) bileşik tip, % 6,2'si (n:5) dikkat eksikliğinin önde geldiği tip olarak bulunmuştur.

DEHB grubundaki eş tanı dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

*Tablo 1. DEHB grubundaki eşhastalanım dağılımı*

<b>Ek Tanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>KOKGB</b>	21	26,0
<b>DB</b>	1	1,2
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	5	6,2
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	5	6,2
<b>ÖÖG</b>	3	3,7
<b>Artikülasyon Bozukluğu</b>	2	2,5
<b>Tik Bozukluğu</b>	2	2,5
<b>Dışa Atım Bozukluğu</b>	1	1,2
<b>Toplam</b>	42	51,9

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü

Kontrol grubundaki deneklerin tanı dağılımları Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo2. Kontrol grubundaki tanı dağılımı**

<b>Tanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dışa Atım Bozukluğu</b>	26	43,3
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>	13	21,6
<b>Tik Bozukluğu</b>	7	11,7
<b>Artikülasyon Bozukluğu</b>	6	10,0
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>	5	8,3
<b>ÖÖG</b>	2	3,3
<b>Gece Terörü</b>	1	1,7
<b>Toplam</b>	60	100

ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü

## 4.2. Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 3. Cinsiyet dağılımı**

Grup	DEHB		Kontrol		Toplam		İstatiksel test*
	n	%	N	%	n	%	
Kız	15	18,5	16	26,7	31	22,0	$\chi^2:1,334$ p:0,248
Erkek	66	81,5	44	73,3	110	78,0	
Toplam	81	100	60	100	141	100	

\*Ki Kare testi

Deneklerin gruplara göre cinsiyet dağılımı Tablo 3’de görülmektedir. Gruplar arası cinsiyet dağılımında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

**Tablo 4. Yaş ortalamaları**

Yaş	DEHB	Kontrol	İstatiksel test*
Çocuk	9,96 ± 2,12	10,42 ± 2,06	t:-1,272; p:0,205
Anne	34,68 ± 4,68	33,97 ± 3,9	t: -0,957; p:0,340
Baba	38,78 ± 5,25	37,17 ± 4,31	t:1,941; p:0,054

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Gruplar arasında çocuklar, anneler ve babaların yaş ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 4).

**Tablo 5. Ebeveynlerin eğitim durumları**

Eğitim		DEHB		Kontrol		İstatistiksel test*
		n	%	n	%	
Anne	İlköğretim Mezunu	45	55,6	29	48,3	$\chi^2:0,721$ p:0,396
	Lise ve Yüksekokul Mezunu	36	44,4	31	51,7	
Baba	İlköğretim Mezunu	31	38,3	20	33,3	$\chi^2:0,364$ p:0,546
	Lise ve Yüksekokul Mezunu	50	61,7	40	66,7	

\*Ki Kare testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Ebeveynlerin eğitim durumları açısından, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Ebeveynlerin meslek durumları Tablo 6’da özetlenmiştir.

**Tablo 6. Ebeveynlerin meslek durumları**

Meslek		DEHB		Kontrol		İstatistiksel test*
		n	%	n	%	
Anne	Çalışıyor	17	21,0	21	35,0	$\chi^2:3,438$ p:0,064
	Çalışmıyor	64	79,0	39	65,0	
Baba	Çalışıyor	79	97,5	59	98,3	$\chi^2:0,107$ p:0,744
	Çalışmıyor	2	2,5	1	1,7	

\*Ki Kare testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

### 4.3. Çocuklar İçin Doldurulan Psikometrik Testler

**Tablo 7. Gruplar arası ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE, BSÖ puan ortalamaları**

<b>Psikometrik Test</b>	<b>DEHB</b>	<b>Kontrol</b>	<b>İstatiksel test*</b>
<b>ÇDÖ</b>	10,11 ± 6,58	11,34 ± 6,33	t:-0,951; p:0,344
<b>ÇDKE</b>	29,88 ± 10,10	34,82 ± 9,65	<b>t:-2,484; p:0,015</b>
<b>ÇSKE</b>	34,05 ± 10,89	35,61 ± 7,89	t:-0,801; p:0,425
<b>BSÖ</b>	32,21 ± 11,73	30,20 ± 11,73	t:0,971; p:0,334

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇDKE: Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri, ÇSKE: Çocuklar için Sürekli Kaygı Envanteri

DEHB grubundaki hastaların ÇDKE puan ortalaması kontrol grubundan düşük bulunmuştur (Tablo 7).

**Tablo 8. Anne ve babaların doldurduğu CADÖ-48 puan ortalamaları**

	<b>CADÖ-48</b>	<b>DEHB</b>	<b>Kontrol</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Anne</b>	<b>CADÖ-DE</b>	7,28 ± 3,187	2,57 ± 1,332	<b>t:10,781; p:0,000</b>
	<b>CADÖ-HI</b>	6,70 ± 2,369	1,60 ± 1,028	<b>t:15,623; p:0,000</b>
	<b>CADÖ-KOKGB</b>	2,98 ± 2,393	2,13 ± 1,200	<b>t:2,501; p:0,014</b>
	<b>CADÖ-DB</b>	2,02 ± 2,850	0,48 ± 0,930	<b>t:4,030; p:0,000</b>
	<b>CADÖ-Toplam</b>	18,95 ± 6,86	6,78 ± 3,168	<b>t:32,88; p:0,000</b>
<b>Baba</b>	<b>CADÖ-DE</b>	7,01 ± 3,284	2,33 ± 1,244	<b>t:10,484; p:0,000</b>
	<b>CADÖ-HI</b>	6,41 ± 2,078	1,68 ± 1,269	<b>t:15,579; p:0,000</b>
	<b>CADÖ-KOKGB</b>	2,99 ± 2,507	2,05 ± 1,455	<b>t:2,590; p:0,011</b>
	<b>CADÖ-DB</b>	1,85 ± 2,780	0,77 ± 1,031	<b>t:2,878; p:0,005</b>
	<b>CADÖ-Toplam</b>	18,26 ± 7,17	6,83 ± 3,351	<b>t:23,67; p:0,000</b>

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, CADÖ-48: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, DE: Dikkat eksikliği, HI: Hiperaktivite, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu

DEHB grubundaki çocukların anne ve babalarının doldurduğu CADÖ-48 toplam puan ve alt bölüm puan ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

**Tablo 9. Annelerin doldurduğu ÇEDBÖ puan ortalamaları**

<b>ÇEDBÖ</b>	<b>DEHB Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	14,95 ± 5,403	4,83 ± 2,918	<b>t:13,145; p:0,000</b>
<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	14,74 ± 6,403	2,75 ± 1,874	<b>t:14,056; p:0,000</b>
<b>KOKGB Alt Bölümü</b>	9,54 ± 5,727	2,93 ± 2,642	<b>t:8,304; p:0,000</b>
<b>DB Alt Bölümü</b>	2,58 ± 3,708	0,53 ± 0,911	<b>t:4,180; p:0,000</b>
<b>Genel Toplam</b>	41,91 ± 15,207	10,95 ± 5,531	<b>t:15,041; p:0,000</b>

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, ÇEDBÖ:

ÇEDBÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DEHB grubundaki çocukların annelerinin doldurduğu ÇEDBÖ'nin toplam puan ve tüm alt bölüm puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Tablo 9).



**Tablo 10. Babaların doldurduğu ÇEDBÖ puan ortalamaları**

<b>ÇEDBÖ</b>	<b>DEHB Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	14,17 ± 5,406	4,50 ± 2,783	<b>t:12,665; p:0,000</b>
<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	13,89 ± 2,783	2,75 ± 2,252	<b>t:12,060; p:0,000</b>
<b>KOKGB Alt Bölümü</b>	8,96 ± 5,575	2,90 ± 2,653	<b>t:7,790; p:0,000</b>
<b>DB Alt Bölümü</b>	2,05 ± 2,403	0,52 ± 0,854	<b>t:4,772; p:0,000</b>
<b>Genel Toplam</b>	38,86 ± 16,302	10,67 ± 6,147	<b>t:12,734; p:0,000</b>

\* *t testi*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, ÇEDBÖ:

ÇEDBÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DEHB grubundaki çocukların babalarının doldurduğu ÇEDBÖ'nin toplam puan ve tüm alt bölüm puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

#### 4.4. Ebeveynlerin Kendileri İçin Doldurdıkları Psikometrik Testler

**Tablo 11. WUDÖ puan ortalamaları**

<b>WUDÖ</b>	<b>DEHB</b>	<b>Kontrol</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Anne</b>	22,69 ± 13,944	13,75 ± 8,245	<b>t:4,424; p:0,000</b>
<b>Baba</b>	22,32 ± 14,674	16,83 ± 10,299	<b>t:2,479; p:0,000</b>

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

DEHB grubunda hem anne hem babaların doldurduğu WUDÖ puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

**Tablo 12. Annelerin DEHÖ-E puan ortalamaları**

<b>DEHÖ-E</b>	<b>DEHB Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	7,64 ± 4,998	4,12 ± 2,591	<b>t:4,986 ; p:0,000</b>
<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	7,64 ± 5,789	3,73 ± 3,449	<b>t:4,652 ; p:0,000</b>
<b>Sorun Bölümü</b>	19,46 ± 11,319	7,47 ± 3,712	<b>t:7,890 ; p:0,000</b>
<b>Genel Toplam</b>	34,74 ± 18,336	15,30 ± 8,815	<b>t:7,584 ; p:0,000</b>

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHB grubundaki annelerin doldurduğu DEHÖ-E toplam puan ve alt bölüm puan ortalamaları kontrol grubundan yüksektir (Tablo 12).

**Tablo 13. Babaların DEHÖ-E puan ortalamaları**

<b>DEHÖ-E</b>	<b>DEHB Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	8,10 ± 5,419	5,47 ± 4,172	<b>t:3,136; p:0,002</b>
<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	8,02 ± 6,148	5,25 ± 4,402	<b>t:2,975; p: 0,003</b>
<b>Sorun Bölümü</b>	20,81 ± 9,32	9,32 ± 6,231	<b>t:6,359; p: 0,000</b>
<b>Genel Toplam</b>	36,88 ± 21,575	19,87 ± 13,383	<b>t:5,385; p: 0,000</b>

\* t testi

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHB grubundaki babaların doldurduğu DEHÖ-E toplam puan ve alt bölüm puan ortalamaları kontrol grubundan yüksektir (Tablo 13).

#### 4.5. Ebeveynlerdeki DEHB Belirti Düzeyleri

WUDÖ kesme değeri 36 ve üzeri olan ebeveynler çocukluk döneminde DEHB tanısı açısından pozitif kabul edildiğinde, DEHB grubundaki deneklerin annelerinin %19,8'i (n:16) ve babalarının %19,8'i (n:16) ve kontrol grubundaki annelerin %5,0'ı (n:3) ve babaların %8,3'ü (n:5) kesme değerinin üzerinde puan almıştır.

Bu verilere göre çalışmaya alınan annelerin çocukluk dönemi DEHB tanısı alma oranları arasındaki fark iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak aynı değerlendirmede DEHB ve kontrol gruplarındaki babaların çocukluk çağı DEHB tanısı alma oranları açısından farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

**Tablo 14. Annelerin DEHÖ-E'ne göre belirti düzeyleri**

DEHÖ-E	DEHB				Kontrol				<i>*İstatistiksel test</i>
	Düşük Düzey		Orta-Yüksek Düzey		Düşük Düzey		Orta-Yüksek Düzey		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	14	17,3	67	82,7	28	46,7	32	53,3	$\chi^2:14,228$ $p:0,000$
<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	24	29,6	57	70,4	40	66,7	20	33,3	$\chi^2:19,075$ $p:0,000$
<b>Sorun Bölümü</b>	27	33,3	54	66,7	57	95,0	3	5,0	$\chi^2:54,425$ $p:0,000$
<b>Genel Toplam</b>	21	25,9	60	74,1	49	81,7	11	18,3	$\chi^2:42,840$ $p:0,000$

*\*Ki Kare testi*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHB grubundaki annelerin, hem genel toplam puanı hem de alt bölüm puan ortalamalarına göre belirlenen belirti düzeyleri kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 14).

**Tablo 15. Babaların DEHÖ-E'ne göre belirti düzeyleri**

DEHÖ-E	DEHB				Kontrol				<i>*İstatistiksel test</i>
	Düşük Düzey		Orta-Yüksek Düzey		Düşük Düzey		Orta-Yüksek Düzey		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	16	19,8	65	80,2	31	51,7	29	48,3	$\chi^2:15,797$ $p:0,000$
<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	22	27,2	59	72,8	28	46,7	32	53,3	$\chi^2:5,730$ $p:0,017$
<b>Sorun Bölümü</b>	25	30,9	56	69,1	49	81,7	11	18,3	$\chi^2:35,671$ $p:0,000$
<b>Genel Toplam</b>	24	29,6	57	70,4	37	61,7	23	38,3	$\chi^2:14,413$ $p:0,000$

*\*Ki Kare testi*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHB grubundaki babaların, hem genel toplam puan hem de alt bölüm puan ortalamalarına göre belirlenen belirti düzeyleri kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

#### 4.6. DEHB Grubunda Ebeveynlerin Kendileri İçin Doldurdıkları WUDÖ İle Çocukları İçin Doldurdıkları ÇEDBÖ'nin Karşılaştırılması

Tablo 16. WUDÖ ve ÇEDBÖ puan korelasyonları

WUDÖ-ÇEDBÖ		r*
Anne	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	0,301**
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	0,377**
	KOKGB Alt Bölümü	0,385**
	DB Alt Bölümü	0,340**
	Genel Toplam	0,438**
Baba	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	0,299**
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	0,374**
	KOKGB Alt Bölümü	0,280**
	DB Alt Bölümü	0,049
	Genel Toplam	0,390**

\* Pearson korelasyon testi

\*\*  $p < 0,05$

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği; ÇEDBÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği; KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; DB: Davranım Bozukluğu

DEHB grubundaki annelerin doldurduğu WUDÖ ve ÇEDBÖ'nin genel toplam puan ve alt bölüm puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Babaların doldurduğu WUDÖ ve ÇEDBÖ'nin DB alt bölüm puan ortalaması dışında, diğer alt bölüm ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

**Tablo 17. WUDÖ'ne göre ÇEDBÖ puan ortalamaları**

	<b>ÇEDBÖ</b>	<b>WUDÖ + (n:16)</b>	<b>WUDÖ - (n:65)</b>	<b>İstatistiksel test*</b>
<b>Anne</b>	<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	18,63 ± 5,920	14,05 ± 4,907	<b>t:3,208;p:0,002</b>
	<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	18,56 ± 3,898	13,80 ± 6,567	<b>t:2,775;p:0,007</b>
	<b>KOKGB Alt Bölümü</b>	13,00 ± 5,633	8,69 ± 5,463	<b>t:2,809;p:0,0006,</b>
	<b>DB Alt Bölümü</b>	3,38 ± 2,896	2,38 ± 3,876	t:0,957;p:0,342
	<b>Genel Toplam</b>	53,56 ± 12,601	39,05 ± 14,477	<b>t:3,679;p:0,000</b>
<b>Baba</b>	<b>Dikkat Eksikliği Alt Bölümü</b>	16,31 ± 4,827	13,65 ± 5,444	t:1,792;p:0,077
	<b>Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü</b>	17,31 ± 5,770	13,05 ± 6,909	<b>t:2,279;p:0,025</b>
	<b>KOKGB Alt Bölümü</b>	11,00 ± 5,060	8,46 ± 5,618	t:-1,649;p0,103
	<b>DB Alt Bölümü</b>	3,38 ± 3,096	1,72 ± 2,103	<b>t:2,547;p:0,013</b>
	<b>Genel Toplam</b>	47,56 ± 12,543	36,72 ± 16,485	<b>t:2,456;p:0,016</b>

\* t testi

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği; ÇEDBÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği; KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; DB: Davranım Bozukluğu

DEHB grubunda WUDÖ puanı kesme değerinin üstünde olan anneler ile altında olan annelerin çocukları için doldurdıkları ÇEDBÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, DB alt bölüm puan ortalaması dışındaki alt bölüm ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. WUDÖ puanı kesme değerinin üstünde olan babalar ile altında olan babaların çocukları için doldurdıkları ÇEDBÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise

hiperaktivite ve dürtüsellik alt bölümü, DB alt bölümü ve genel toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (Tablo 17).

#### 4.7. DEHB Grubunda Ebeveynlerin Kendileri İçin Doldurdukları DEHÖ-E İle Çocukları İçin Doldurduğu ÇEDBÖ'nin Karşılaştırılması

*Tablo 18. DEHÖ-E ve ÇEDBÖ puan korelasyonları*

DEHÖ-E-ÇEDBÖ		r*
Anne	Genel Toplam	0,406**
Baba	Genel Toplam	0,437**

\* Pearson korelasyon testi

\*\*  $p < 0,05$

DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği; ÇEDBÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DEHB grubunda hem anne hem babaların doldurduğu DEHÖ-E ve ÇEDBÖ puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 18).



**Tablo 19. DEHÖ-E'ne göre ÇEDBÖ puan ortalamaları**

ÇEDBÖ		DEHÖ-E	DEHÖ-E	İstatistiksel test*
		Düşük Düzey	Orta-Yüksek Düzey	
Anne	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	12,33 ± 5,00	15,87 ± 5,27	<b>t:2,677; p:0,009</b>
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	11,29 ± 7,08	15,95 ± 5,73	<b>t:3,015; p:0,003</b>
	KOKGB Alt Bölümü	7,24 ± 6,08	10,35 ± 5,42	t:2,193; p:0,31
	DB Alt Bölümü	1,43 ± 1,88	2,98 ± 4,09	t:1,672; p:0,09
	Genel Toplam	32,52 ± 14,35	45,20 ± 14,19	<b>t:3,513; p:0,001</b>
Baba	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	11,88 ± 5,48	15,14 ± 5,12	<b>t:2,568; p:0,012</b>
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	10,58 ± 5,82	15,28 ± 6,86	<b>t:2,936; p:0,004</b>
	KOKGB Alt Bölümü	6,13 ± 4,41	10,16 ± 5,61	<b>t:3,132; p:0,002</b>
	DB Alt Bölümü	1,58 ± 1,88	2,25 ± 2,57	t:1,135; p:0,260
	Genel Toplam	30,17 ± 12,93	42,53 ± 16,27	<b>t:3,303; p:0,001</b>

\* t testi

DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği; ÇEDBÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği; KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; DB: Davranım Bozukluğu

DEHÖ-E belirti düzeyi orta-yüksek olan annelerin çocuklarında, düşük olanlara göre ÇEDBÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, genel toplam puan ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Babaların belirti düzeylerine göre değerlendirme yapıldığında ise, genel

toplam puan ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik, KOKGB alt bölüm puan ortalamaları arasında anlamlı oranda fark bulunmuştur (Tablo 19).

#### 4.8. DEHB Grubunda Ebeveynlerin Kendileri İçin Doldurdıkları WUDÖ İle Çocukları İçin Doldurdıkları CADÖ-48'nin Değerlendirilmesi

*Tablo 20. WUDÖ ve CADÖ-48 puan korelasyonları*

WUDÖ-CADÖ-48		r*
Anne	Genel Toplam	0,289**
Baba	Genel Toplam	0,313**

\* Pearson korelasyon testi

\*\*  $p < 0,05$

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği; CADÖ-48: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

DEHB grubunda hem anne hem babaların doldurduğu WUDÖ ve CADÖ-48 puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 20).

**Tablo 21. WUDÖ'ne göre CADÖ-48 puan ortalamaları**

CADÖ-48		WUDÖ + (n:16)	WUDÖ - (n:65)	İstatistiksel test*
Anne	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	9,19 ± 4,28	6,82 ± 2,69	t:2,777;p:0,007
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	8,13 ± 1,93	6,35 ± 2,35	t:2,791;p:0,007
	KOKGB Alt Bölümü	3,63 ± 2,63	2,82 ± 2,32	t:1,216; p:0,228
	DB Alt Bölümü	1,88 ± 2,06	2,06 ± 3,03	t:0,233; p:0,816
	Genel Toplam	22,87 ± 7,14	17,98 ± 6,49	t:2,645;p:0,010
Baba	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	7,88 ± 3,52	6,80 ± 3,22	t:1,176; p:0,243
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	7,38 ± 1,59	6,17 ± 2,13	t:2,124;p:0,037
	KOKGB Alt Bölümü	3,88 ± 2,68	2,77 ± 2,43	t:1,595; p:0,115
	DB Alt Bölümü	2,63 ± 3,72	1,66 ± 2,49	t:1,246; p:0,216
	Genel Toplam	21,75 ± 7,52	17,4 ± 6,87	t:2,226;p:0,029

\* t testi

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği; CADÖ-48: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; DB: Davranım Bozukluğu

DEHB grubunda WUDÖ puanı kesme değerinin üstünde olan anneler ile altında olan annelerin çocukları için doldurdıkları CADÖ-48 puan ortalamaları değerlendirildiğinde, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik alt bölümleri ve genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. WUDÖ puanı kesme değerinin üstünde olan babalar ile altında olan babaların çocukları için doldurdıkları CADÖ-48 puan

ortalamları değerlendirildiğinde ise hiperaktivite ve dürtüsellik alt bölümü ve genel toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 21).

#### 4.9. DEHB Grubunda Ebeveynlerin Kendileri İçin Doldurdıkları DEHÖ-E İle Çocukları İçin Doldurdıkları CADÖ-48'nin Karşılaştırılması

*Tablo 22. DEHÖ-E ve CADÖ-48 puan korelasyonları*

DEHÖ-E -CADÖ-48		r*
Anne	Genel Toplam	0,243**
Baba	Genel Toplam	0,369**

\* Pearson korelasyon testi

\*\*  $p < 0,05$

DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, CADÖ-48: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

DEHB grubunda hem anne hem babaların doldurduğu DEHÖ-E ve CADÖ-48 puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tablo 22).

**Tablo 23. DEHÖ-E'ne göre CADÖ-48 puan ortalamaları**

CADÖ-48		DEHÖ-E	DEHÖ-E	İstatistiksel test*
		Düşük Düzey	Orta-Yüksek Düzey	
Anne	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	6,81 ± 2,822	7,45 ± 3,311	t:0,791;p:0,431
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	5,62 ± 2,61	7,08 ± 2,173	t:2,518;p:0,014
	KOKGB Alt Bölümü	2,00 ± 1,975	3,32 ± 2,446	t:2,223;p:0,029
	DB Alt Bölümü	1,86 ± 2,007	2,08 ± 3,104	t:0,311; p:0,756
	Genel Toplam	16,1 ± 5,606	19,9 ± 7,037	t:2,230;p:0,029
Baba	Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	5,50 ± 2,828	7,65 ± 3,276	t:2,802;p:0,006
	Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	5,46 ± 1,933	6,81 ± 2,022	t:2,776;p:0,007
	KOKGB Alt Bölümü	2,21 ± 2,303	3,32 ± 2,537	t:-1,842;p0,069
	DB Alt Bölümü	1,04 ± 0,690	2,19 ± 3,232	t:1,723; p:0,089
	Genel Toplam	14,20 ± 4,727	19,96 ± 7,372	t:3,525;p:0,001

\* t testi

DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği; CADÖ-48: Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği; KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; DB: Davranım Bozukluğu

DEHÖ-E belirti düzeyi orta-yüksek olan annelerin çocuklarında, düşük olanlara göre ÇEDBÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, genel toplam puan ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik, KOKGB alt bölüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Babaların belirti düzeylerine göre değerlendirme yapıldığında ise,

genel toplam puan ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik alt bölüm puan ortalamaları arasında anlamlı oranda fark bulunmuştur (Tablo 23).

#### 4.10. DEHB Grubunda Ebeveynlerin Kendileri İçin Doldurdıkları Psikometrik Testlere Göre Çocuklardaki Eşhastalanım Sıklığının Değerlendirilmesi

Tablo 24. WUDÖ pozitifliğine göre çocuklardaki eşhastalanım oranları

WUDÖ		Eşhastalanımı Olanlar (n:42)		Eşhastalanımı Olmayanlar (n:39)		İstatistiksel test*
		n	%	n	%	
Anne	WUDÖ +	13	81,3	3	18,8	$\chi^2:6,902$ p:0,009
	WUDÖ -	29	44,6	36	55,4	
Baba	WUDÖ +	13	81,2	3	18,8	$\chi^2:6,902$ p:0,009
	WUDÖ -	29	44,6	36	55,4	

\*Ki Kare testi

WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

WUDÖ puanı kesme değerinin üzerinde olan ebeveynlerin çocuklarında ek tanı sıklığı istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksektir (Tablo 24).

**Tablo 25. Annelerin DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki eşhastalanım oranları**

DEHÖ-E		Eşhastalanımı Olanlar (n:42)		Eşhastalanımı Olmayanlar (n:39)		İstatistiksel test*
		n	%	n	%	
Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	Düşük Düzey	7	50,0	7	50,0	$\chi^2:0,023$ p:0,879
	Orta-Yüksek Düzey	35	52,2	32	47,8	
Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	Düşük Düzey	12	50,0	12	50,0	$\chi^2:0,047$ p:0,829
	Orta-Yüksek Düzey	30	52,6	27	47,4	
Sorun Bölümü	Düşük Düzey	13	48,1	14	51,9	$\chi^2:0,223$ p:0,637
	Orta-Yüksek Düzey	29	53,7	25	46,3	
Genel Toplam	Düşük Düzey	9	42,9	12	47,1	$\chi^2:0,919$ p:0,338
	Orta-Yüksek Düzey	33	55,0	27	45,0	

\*Ki Kare testi

DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHÖ-E belirti düzeyi orta-yüksek olan anneler ile belirti düzeyi düşük olan annelerin çocukları arasında ek tanı sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 25).

**Tablo 26. Babaların DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki eşhastalanım oranları**

DEHÖ-E		Eşhastalanımı Olanlar (n:42)		Eşhastalanımı Olmayanlar (n:39)		İstatistiksel test*
		n	%	N	%	
Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	Düşük Düzey	6	37,5	10	62,5	$\chi^2:1,645$ p:0,200
	Orta-Yüksek Düzey	36	55,4	29	44,6	
Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	Düşük Düzey	9	40,9	13	59,1	$\chi^2:1,449$ p:0,229
	Orta-Yüksek Düzey	33	55,9	26	44,1	
Sorun Bölümü	Düşük Düzey	9	36,0	16	64,0	$\chi^2:3,640$ p:0,056
	Orta-Yüksek Düzey	33	85,9	23	41,1	
Genel Toplam	Düşük Düzey	9	37,5	15	62,5	$\chi^2:2,814$ p:0,093
	Orta-Yüksek Düzey	33	57,9	24	42,1	

\*Ki Kare testi

DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHÖ-E belirti düzeyi düzeyi orta-yüksek olan babalar ile belirti düzeyi düşük olan babaların çocukları arasında ek tanı sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 26).



**Tablo 27. WUDÖ pozitifliğine göre çocuklardaki diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları oranları**

WUDÖ		YDB Olan (n:22)		YDB Olmayan (n:59)		İstatistiksel test*
		n	%	n	%	
Anne	WUDÖ +	6	37,5	10	52,5	$\chi^2:1,077$ p:0,299
	WUDÖ -	16	24,6	49	75,4	
Baba	WUDÖ +	8	50,0	8	50,0	$\chi^2:5,257$ p:0,022
	WUDÖ -	14	21,5	51	78,5	

\*Ki Kare testi

YDB: Yıkıcı Davranış Bozukluğu; WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

WUDÖ kesme puanının üzerinde puan alan annelerin çocukları ile kesme puanının altında puan alan annelerin çocukları arasında diğer YDB oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. WUDÖ kesme değerinin üzerinde puan alan babaların çocuklarında ise daha yüksek oranda YDB eşhastalanımına rastlanmıştır (Tablo 27 ).

**Tablo 28. Annelerin DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları oranları**

DEHÖ-E		YDB Olan (n:22)		YDB Olmayan (n:59)		İstatistiksel test*
		n	%	n	%	
Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	Düşük Düzey	3	21,4	11	78,6	$\chi^2:0,281$ p:0,596
	Orta-Yüksek Düzey	19	28,4	48	71,6	
Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	Düşük Düzey	4	16,7	20	83,3	$\chi^2:1,898$ p:0,168
	Orta-Yüksek Düzey	18	31,6	39	68,4	
Sorun Bölümü	Düşük Düzey	7	25,9	20	74,1	$\chi^2:0,031$ p:0,860
	Orta-Yüksek Düzey	15	27,8	39	72,2	
Genel Toplam	Düşük Düzey	4	19,0	17	81,0	$\chi^2:0,943$ p:0,331
	Orta-Yüksek Düzey	18	30,0	42	70,0	

\*Ki Kare testi

YDB: Yıkıcı Davranış Bozukluğu, DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHÖ-E genel toplam ve alt bölüm puanlarına göre belirti düzeyi orta-yüksek olan babaların çocukları ile belirti düzeyi düşük olan babaların çocuklarında YDB eşhastalanımı sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 28).

**Tablo 29. Babaların DEHÖ-E belirti düzeylerine göre çocuklardaki diğer Yıkıcı Davranış Bozuklukları eşhastalanımı oranları**

DEHÖ-E		YDB Olan (n:22)		YDB Olmayan (n:59)		İstatistiksel test*
		n	%	N	%	
Dikkat Eksikliği Alt Bölümü	Düşük Düzey	1	6,3	15	93,7	$\chi^2:4,407$ p:0,036
	Orta-Yüksek Düzey	21	32,3	44	67,7	
Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Bölümü	Düşük Düzey	3	13,6	19	32,2	$\chi^2:2,792$ p:0,095
	Orta-Yüksek Düzey	19	86,4	40	67,8	
Sorun Bölümü	Düşük Düzey	5	20,0	20	80,0	$\chi^2:0,937$ p:0,333
	Orta-Yüksek Düzey	17	30,4	39	69,9	
Genel Toplam	Düşük Düzey	3	12,5	21	87,5	$\chi^2:0,937$ p:0,333
	Orta-Yüksek Düzey	19	33,3	38	66,7	

\*Ki Kare testi

YDB: Yıkıcı Davranış Bozukluğu; DEHÖ-E: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

DEHÖ-E dikkat eksikliği alt bölüm puanına göre belirti düzeyi orta-yüksek olan babaların çocuklarında YDB eşhastalanımı oranları, belirti düzeyi düşük olan babaların çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksektir (Tablo 29).

## 5. TARTIŞMA

DEHB bireyin kendi yaşı ve gelişim düzeyi için beklenen dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik düzeylerinde, bireyin işlevselliğini etkileyecek ölçüde sapma ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (123). DEHB'nun nörokimyası, beyin görüntülemesi, yaygınlığı, risk etmenleri ve genetiği üzerine yapılan çalışmalar bozukluğun monoamin düzenekler ve frontalstriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan ailesel bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (43). Etiyolojide pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, biyopsikososyal nedenlerin ortak bir biçimde yer aldığı düşünülmektedir (3,61).

DEHB ruhsal bozukluklar içinde toplumda göreceli olarak sık görülmesi ve birden çok alanda, işlevsellikte bozulmaya yol açması nedeni ile önem taşıyan bir tablodur. Asıl olarak çocukluk çağına ait olmasına karşın, bozukluğun erişkin yaşama etkileri ve bu etkilerin psikososyal sonuçları tabloyu güncel bir tanı haline getirmektedir.

Okul çağı çocuklarının yaklaşık %3-9'unu etkileyen bozukluğun, %30-70 oranında erişkinlik dönemine etkide bulunduğu bilinmektedir (2,3,4,5,6,11). Ancak özellikle ülkemizde, bozukluk üzerinde yapılan çalışmaların çocukluk çağında belirli bir ağırlık kazanması, erişkin DEHB ile ilgili çalışma sahasını açık tutmaktadır (122).

Ailesel yükünlük çalışmalarına göre DEHB'nun ailesel geçişinin ortaya konmasının yanı sıra, etyolojiye yönelik yapılan çalışmalarda DEHB olan çocukların birinci derece yakınlarında DEHB riskinin daha yüksek olduğu, kalıcı DEHB'nun (erişkinlik dönemine uzanan) kalıcı olmayan DEHB'ndan daha güçlü ailesel geçiş gösterdiği vurgulanmaktadır (18,19,20,56). Biz bu çalışmada, DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde çocukluk çağı ve şimdiki DEHB belirtilerini tarayan WUDÖ ve DEHÖ-E ölçeklerini kullanarak, bu ebeveynlerde DEHB belirti sıklığı ve şiddetini değerlendirmeyi amaçladık.

Erişkin DEHB'nun özellikle ebeveynlik işlevlerine olan etkileri üzerine yapılmış çalışmalar oldukça azdır. DEHB'nun etiyojisinde, ebeveynlik işlevleri, evlilik sorunları ve ebeveynlerdeki ruhsal bozuklukların tek başına rolü olmadığı ancak bozukluğun seyri ve başta KOKGB ve DB olmak üzere, diğer ruhsal bozuklukların tabloya eklenmesinde önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır (7,26,29,30,44,124). DEHB belirtileri olan ebeveynlerin çocuklarında belirti şiddeti ve eşhastalanım oranlarını belirlemek çalışmamızın ikinci amacı olmuş, elde ettiğimiz bulgular bu çerçevede değerlendirme ve tartışmaya alınmıştır.

Çalışmaya alınan DEHB grubundaki deneklerin yaş ortalaması  $9,96 \pm 2,12$  olup, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç, DEHB'nun okul çağı çocuklarının %3-5'inde görüldüğü ve

prevalansın 10 yaş civarında pik yaptığını gösteren çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (1,2,3, 125).

Cinsiyet dağılımı ele alındığında gruplar arası istatistiksel fark bulunamamıştır. DEHB grubundaki deneklerin %81,5'i (n=66) erkek, %18,5'i kız çocuklardan oluşmuştur. Bu sonucun, denek seçiminin cinsiyet farkı bakılmaksızın rastgele yapıldığı göz önüne alındığında, yazındaki DEHB sıklığının erkek çocuklarda daha fazla görüldüğü bilgisi ile örtüştüğü düşünülmüştür (42, 126).

Elde ettiğimiz verilere göre DEHB'li çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri ve meslek durumlarının gruplar arasında istatistiksel bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Çalışmamıza alınan çocukların ebeveynleri, sadece DEHB belirtileri açısından değerlendirilmiş, sonuçları etkileyebilecek sosyoekonomik düzey, yaşadıkları çevre, ebeveynlerde DEHB dışı diğer ruhsal bozuklukların varlığı gibi değişkenler ele alınmamıştır. Gelecekteki çalışmalarda, ebeveynlerdeki DEHB belirtilerinin meslek ve eğitim düzeyi üzerindeki etkilerinin, diğer değişkenler de ele alınarak incelenmesi daha kesin sonuçlara varılmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızın bulguları incelendiğinde, DEHB grubundaki deneklerin ebeveynlerinin WUDÖ ve DEHÖ-E puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç DEHB'nin ailesel yüklülüğü olduğunu vurgulayan çalışmaları ve bizim hipotezimizi desteklemektedir. DEHB olan çocukların birinci derece yakınlarında DEHB görülme oranının 4,6–7,6 kat kadar daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra DEHB olan olguların birinci dereceden biyolojik akrabalarında DEHB bulunma olasılığının %13 ve %18 oranlarında olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (18,09,20,56). Çalışmamızda DEHB tanısı ile izlenen çocukların ebeveynlerinin kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerine göre çocukluk döneminde ve şimdi, daha fazla DEHB belirtileri sergilediği söylenebilir. Ancak sadece ebeveynlerin ölçek puan ortalamalarına göre DEHB tanılı çocukların birinci derece akrabalarında DEHB görülme sıklığı genellenemeyeceğinden, ileriki çalışmalarda hem kardeş hem de ebeveynlerin klinik değerlendirme ile ele alınması daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

WUDÖ'ye göre kesme değerinin üzerinde puan alan ebeveynler, çocukluk döneminde DEHB tanısı açısından pozitif kabul edildiğinde, DEHB grubundaki deneklerin annelerinin %19,8'inin, babalarının %19,8'inin ve kontrol grubundaki annelerin %5'inin, babaların %8,3'ünün çocukluk çağında, ölçeğe göre DEHB tanısı aldıkları saptanmıştır. Bu verilere göre çalışmaya alınan annelerin çocukluk dönemi DEHB tanısı alma oranlarındaki fark iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak aynı değerlendirmede, DEHB

grubundaki çocukların babalarının çocukluk çağı DEHB tanısı alma oranlarının, kontrol gruplarındaki babalara göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan farklılık göstermediği saptanmıştır. Ebeveynlerle klinik görüşme yapılmaksızın, sadece çocukluk çağı DEHB belirtilerini sorgulayan WUDÖ ölçeğinin kullanılması, çocukluk dönemine ait verilerin geriye dönük olarak farklı kaynaklardan elde edilememesi, WUDÖ'nün kesme puanlarının farklı çalışmalarda değişkenlik göstermesi ve WUDÖ değerlendirmesinin kesin tanı koydurucu olmaması nedeniyle çalışmamızın sonuçları benzer çalışmalardaki bulgulara göre farklı çıkmış olabilir.

Çalışmamızda, deneklerin ebeveynlerinde DEHB belirti sıklığı ve şiddetini araştırmak üzere kullandığımız ve şimdiki DEHB belirtilerini sorgulayan DEHÖ-E'nin tüm alt bölüm ve toplam puan ortalamaları, DEHB grubundaki ebeveynlerde kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. DEHÖ-E toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB grubundaki annelerin %74,1'ünün (n:60) ve babaların %70,4'ünün (n:57) orta-yüksek düzeyde DEHB belirtisi gösterdiği, kontrol grubunda bu oranların sırasıyla %18,3 (n:11) ve %38,3 (n:23) olduğu saptanmıştır. DEHÖ-E ile ilgili tüm bu sonuçlar toplu olarak değerlendirildiğinde, bizim çalışmamızda da DEHB olan çocukların ebeveynlerinde, olmayan çocukların ebeveynlerine göre DEHB belirti sıklığı ve şiddetinin daha fazla olduğu görüşünün desteklendiği görülmektedir (44). Ebeveynlerle tanıya yönelik klinik görüşme yapılmamış olması önemli bir kısıtlılık olsa da, DEHÖ-E'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin hasta olanları ayırt etme duyarlılığının yüksek ve hasta olmayanları hasta gibi gösterme yanılığının çok düşük olarak saptanmış olması; erişkinlerde DEHB'nun genel toplumla ve değişik klinik durumlarda ayırt edilmesinde yararlı bir araç olduğu sonucuna varılması; tanı, tedavi ve araştırmalarda kullanılabilir bir ölçek olarak kullanımının önerilmesi, bizim çalışmamızın sonuçlarının gücünü arttırmaktadır (122).

Çalışmamızda ebeveynlerin WUDÖ ve DEHÖ-E puanları ile çocukların ÇEDBÖ ve CADÖ-48 puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre çocukluk döneminde ve şimdi DEHB belirtilerini belirgin olarak sergileyen ebeveynlerin çocuklarında, ÇEDBÖ ve CADÖ-48'e göre DEHB belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Yazın bilgileri incelendiğinde, ebeveynlerdeki ruhsal bozuklukların, çocuktaki DEHB seyrini ve belirti şiddetini arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (7,26,29,30,44,124). Aynı zamanda ebeveynlerdeki DEHB belirti şiddeti ve sıklığının, ebeveyn-çocuk ilişkisini etkileyerek, bozukluğun seyrine olumsuz etki yapabileceği de öne sürülmüştür (127). Bu sonuçlardan yola çıkarak ebeveynlerde DEHB ve diğer ruhsal bozuklukların varlığının incelenmesi, gerekli görüldüğünde tedavilerinin sağlanması, DEHB

tanısıyla izlenen çocukların izlem ve tedavi yaklaşımına olumlu katkısının olacağı söylenebilir.

Çalışmamızda WUDÖ puanına göre, çocukluk döneminde DEHB tanısı alan ebeveynlerin çocuklarında ek tanı sıklığı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olduğu saptanan, DEHB olan çocuklarda eşhastalanım oranının daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur (10,26,27,105,127,128). DEHÖ-E puanlarına göre ise çocuklardaki ek tanı sıklığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı şekilde DEHB belirtilerini çocuklukta ve şimdi gösteren ebeveynlerin çocuklarında, DEHB belirtisi göstermeyen ebeveynlerin çocuklarına göre yıkıcı davranış bozuklukları (KOKG ve DB) ek tanı sıklığında da farklılık bulunmamıştır. Yazın gözden geçirildiğinde, çocuklarda davranış sorunlarının ortaya çıkmasında, özellikle ebeveynlerdeki dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerinin yetersiz disiplin uygulama ve tutarsız ebeveynlik işlevleriyle ilişkili olmasının önemi vurgulanmıştır (15,16,128). Örneğin dürtü kontrol eksikliği, disiplin uygulamaları sırasında olumsuz duygu ve düşüncelerin dışavurumunda ebeveynlerin kendilerini frenlemesine engel olabilmekte ya da sorunu kısa sürede çözme isteği ile hareket edip aşırı hoşgörülü bir yaklaşım sergilemelerine yol açabilmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerdeki dikkatsizlik belirtisinin, çocuğun davranış örüntülerini tutarlı bir şekilde gözlemlene ve yorumlamada güçlüklerle sonuçlanabileceği belirtilmektedir (127). Diğer yandan ebeveyn-çocuk ilişki ve etkileşimini belirleyen en önemli etmenlerden birinin anne-babanın empati düzeyi olduğunu ve DEHB tanılı ebeveynlerin, DEHB olan çocuklarıyla benzer duygusal ve bilişsel işlevleri kullanmalarından dolayı çocuklarına karşı daha toleranslı olabileceklerini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (14,129). Ebeveynlerdeki ruhsal bozuklukların, çocuklardaki DEHB belirtilerini ve ek tanı sıklığını etkilediğini vurgulayan çalışmalar olmasına rağmen, DEHB tanılı ebeveynlerle yapılmış, farklı sonuçları olan az sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir. DEHB'ye eşlik eden diğer yıkıcı davranış bozukluklarının ortaya çıkmasında rol oynayan etkenlerin gelecekteki çalışmalarda ele alınmasına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları DEHB olan çocukların ebeveynlerinde kontrol grubuna göre çocukluk çağı ve şimdiki DEHB belirti düzeyinin daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir.

Ayrıca bu çalışma ile çocukluk çağında DEHB olduğu kabul edilen ve erişkinlik dönemde DEHB belirtileri fazla olan ebeveynlerin çocuklarında, DEHB belirti şiddetinin arttığı görülmüştür.

Bununla birlikte DEHB grubunda, çocukluk çağında DEHB olduğu kabul edilen ebeveynlerin çocuklarında, DEHB eşhastalanım oranının da arttığı ancak erişkinlik dönemi DEHB belirtileri fazla olan ebeveynlerin çocuklarında başta yıkıcı davranış bozuklukları olmak üzere eşhastalanım oranının daha fazla bulunmadığı saptanmıştır.

Ebeveynlerde DEHB tanısının doğrulanması için klinik görüşme yapılmamış olması, çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biridir. Ayrıca, DEHB olan çocuklarda eşhastalanımın değerlendirilmesinde, ebeveynlerdeki diğer ruhsal bozuklukların da irdelenmesi ve çocuk-ebeveyn ilişkisinin incelenmesi bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların gücünü arttıracaktır.

Bu çalışmanın sonuçları, DEHB tanısıyla izlenen çocukların izlem ve tedavi yaklaşımında, ebeveynlerde DEHB ve diğer ruhsal bozuklukların varlığının incelenmesi ve ebeveynlik işlevleri ve tutumların aydınlatılmasına yönelik değerlendirme yapılmasının; bununla birlikte gerekli görüldüğünde tedavilerinin sağlanmasının, çocuğun DEHB belirtilerinin seyri ve tedavisine olumlu katkı sağlayabileceğini düşündürmüştür.

Bulgularımız, birçok dile çevrilmiş ve uluslararası epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmış olan WUDÖ ve DEHÖ-E'nin Türkçe formlarının da geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olduklarını desteklemektedir. Bu ölçeklerin ülkemizde hem geniş toplum taramalarında, hem de klinik çalışmalarda kullanılabileceğini düşündürmüştür. Ancak ölçeklerin yalnız bir tarama aracı oldukları, tek başına tanı koymada kullanılamayacakları akılda tutulmalıdır. Epidemiyolojik araştırmaların ikinci aşamalarında, tanının yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmış klinik görüşme ölçekleri ile desteklenmesi önemlidir.



## 7. ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada 7–16 yaş aralığındaki DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde DEHB belirti sıklığının araştırılması, ebeveynlerinde DEHB belirtileri olan çocuk ve ergenlerde bozukluğun belirti şiddeti ve eşhastalanım düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** KOÜTF Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, 7-16 yaşları arasındaki DEHB tanısı almış 81 çocuk ve kontrol grubu olarak Yıkıcı Davranış Bozukluğu tanısı almayan, yaş, cinsiyet, zeka düzeyi açısından benzer özelliklere sahip 60 çocuk çalışmaya alınmıştır. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ve DSM-IV'e dayalı görüşmelerle (135) DEHB tanısı konan çocuklara Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) verilmiştir. DEHB tanılı çocukların belirtilerinin şiddeti ve yaygınlığını değerlendirebilmek için ebeveynlerinin Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (CADÖ-48) ve Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ) doldurmaları sağlanmıştır. Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerinin, çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak amacıyla Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), halen devam etmekte olan DEHB belirtileri ve şiddetini değerlendirmek amacıyla Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (DEHÖ-E) kullanılmıştır.

**Bulgular:** DEHB grubundaki deneklerin ebeveynlerinin WUDÖ ve DEHÖ-E puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek olduğu bulunmuştur. WUDÖ değerlendirildiğinde, DEHB grubundaki deneklerin annelerinin %19,8'inin, babalarının %19,8'inin ve kontrol grubundaki annelerin %5'inin, babaların %8,3'ünün çocukluk çağında, ölçeğe göre DEHB tanısı aldıkları saptanmıştır. Annelerin çocukluk dönemi DEHB tanısı alma oranlarındaki fark iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak DEHB grubundaki çocukların babalarının çocukluk çağı DEHB tanısı alma oranlarının, kontrol gruplarındaki babalara göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan farklılık göstermediği saptanmıştır. Şimdiki DEHB belirtilerini sorgulayan DEHÖ-E'nin tüm alt bölüm ve toplam puan ortalamaları, DEHB grubundaki ebeveynlerde kontrol grubundan anlamlı oranda yüksektir. Ayrıca WUDÖ ve DEHÖ-E puanları ile çocukların ÇEDBÖ ve CADÖ-48 puanları arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. WUDÖ puanına göre,

çocukluk döneminde DEHB tanısı alan ebeveynlerin çocuklarında ek tanı sıklığı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. DEHÖ-E puanlarına göre ise çocuklardaki ek tanı sıklığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı şekilde DEHB belirtilerini çocuklukta ve şimdi gösteren ebeveynlerin çocuklarında, DEHB belirtisi göstermeyen ebeveynlerin çocuklarına göre yıkıcı davranış bozuklukları (KOKG ve DB) ek tanı sıklığında da farklılık yoktur.

**Tartışma:** Bu çalışmada DEHB'nun ailevi geçiş özelliği desteklenerek, ebeveynlerde DEHB bulunması halinde çocuklarda DEHB belirti sıklığı ve şiddetinin arttığı, ayrıca çocuklardaki DEHB eşhastalanımının ebeveynlerin DEHB tanısından bağımsız olduğu bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** DEHB, Erişkin DEHB, ailesel geçiş, eşhastalanım

## 8. ABSTRACT

**Objective:** The purpose of this study was to investigate the rates of ADHD symptoms of the parents of children and adolescents with ADHD, and the severity of symptoms and comorbidity in children and adolescents with parental ADHD.

**Method:** 81 children between 7–16 years of age with diagnosis of ADHD who were referred to the outpatient clinic of Kocaeli University School of Medicine Child and Adolescent Psychiatry Department and 60 children who did not have a diagnosis of disruptive behaviour disorder and with similar features such as age, sex and mental status with the patient group were enrolled as control group. Children who had the diagnosis of ADHD based on interviews by using Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T) and DSM-IV, completed the Children's Depression Inventory (CDI), the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) and the Coopersmith Self-Esteem Scale-Child form. To determine the severity and prevalence of symptoms of the children with ADHD, parents were asked to fill the Conners Rating Scale for Parents and the Turgay DSM-IV-Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S). Parents of children with ADHD are assessed for their childhood ADHD symptomatology by using the Wender-Utah Rating Scale (WURS) and they filled Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale (ADHS-A) for the purpose of evaluating their present and ongoing status of severity of the symptoms of ADHD.

**Results:** The parents of the ADHD group had statistically higher scores of WURS and ADHS-A compared with the control group. In the ADHD group %19.8 of the mothers and %19.8 of the fathers were diagnosed as childhood ADHD using WURS, for the control group rates were %5 for the mothers and %8.3 for the fathers who had scores above the cut-off value. The rate of being diagnosed as childhood ADHD for the mothers between two groups showed statistically difference. Even though scores were higher, the rate of childhood ADHD diagnosis of the fathers of the ADHD group had no statistical difference compared with the control group. The scores of ADHS-A of parents of children with ADHD were statistically higher than the control group in all sections. A positive correlation is found between WURS and ADHS-A scores and T-DSM-IV-S and CPRS scores of children. Prevalence of comorbidity in children with parental childhood ADHD was also statistically higher according to the WURS assessment. In the other hand, children showed no statistical difference of comorbidity rate with the ADHS-A scores. A similar result is found comparing the rate of disruptive behavioral disorders (ODD ve CD) comorbidity between the children

with parents having childhood and ongoing ADHD symptoms and the children with no symptomatic parents, data showed no statistical difference.

**Discussion:** In this study, results showed increased rate and severity for symptoms of ADHD in children with parental ADHD, supporting the familial inheritance of ADHD; the comorbidity of children with ADHD is found to be independent from the parental ADHD diagnosis.

**Key words:** ADHD, Adult ADHD, familial inheritance, comorbidity

## 9. KAYNAKLAR

- 1- Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı*, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-R). E Köroğlu, ed. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000
- 2- Turgay A. Gençlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB): sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1997; **2(3)**: 413–452
- 3- Ercan ES, Aydın C. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri*. Ercan ES, ed. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*, üçüncü baskı. İstanbul, Gendaş, 2000
- 4- Spencer T, Biederman J, Wilens T, “v.d.” Is attention deficit hyperactivity disorder in adults a valid disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1994; **1**: 326–335
- 5- Wender PH. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Adults*. New York, Oxford University Pres.,1995
- 6- Mick E, Biederman J, Santangelo S. The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression. *J Nerv Ment Dis* 2003; **191**:699–705
- 7- Cantwell DP. Attention deficit disorder a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; **35**: 978–987
- 8- Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ekşi A, ed. Ben Hasta Değilim, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: 270–284
- 9- Faraone S.V. Genetics of Childhood Disorders: XX. ADHD, Part:4 Is ADHD Genetically Heterogenous? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; **39(11)**: 1455–1457
- 10- Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu F, ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008; **(3)**: 3293–311
- 11- Larrison JO, Larrison HMA, Lichtenstein P. Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: A longitudinal twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; **43(10)**: 1267–1275

- 12- Biederman J, Faraone SV, Milberger S, “v.d.”. Predictors of persistence and remission of ADHD: results from a four year prospective follow-up study of ADHD children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; **35**: 343–351
- 13- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, “v.d.”. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview, *Biol Psychiatry* 2000; **48**: 9–20
- 14- Psychogiou L, Daley DM, Thompson MJ, “v.d.”. Do maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms exacerbate or ameliorate the negative effect of child attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on parenting? *Dev Psychopathol* 2008; **20(1)**:121–37
- 15- Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, “v.d.”. Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord.* 2003; **7(1)**: 31–42
- 16- Arnold EH, O’Leary SG, Edwards GH. Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1997; **65(2)**: 337–42
- 17- Johnston, Charlotte. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1996; **24(1)**: 85- 105
- 18- Pliszka SR. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 1998; **59**: 50–58
- 19- Sprich S, Biederman J, Crawford MH, “v.d.”. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Am J Child Adolesc Psychiatry* 2000; **39(11)**:1432–1437
- 20- Adler AL. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; **65(3)**: 8–11
- 21- Frick PJ, Lahey BB, Christ MG, Green S. History of childhood behavior problems in biological relatives of boys with attention deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *J Clin Child Psychol* 1991; **20**: 445–51.
- 22- Schachar R, Wachsmuth R. Hyperactivity and parental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; **31**: 381–92
- 23- Faraone S, Biederman J, Chen WJ, “v.d.”. Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder: evidence for single gene transmission. *Psychiatr Genet* 1992; **2**: 257–75.

- 24- Welner Z, Welner A, Stewart M, “v.d.”. A controlled study of siblings of hyperactive children. *J Nerv Ment Dis* 1977; **165**: 110–151.
- 25- Pauls DL, Shaywitz SE, Kramer PL, “v.d.”. Demonstration of vertical transmission of attention deficit disorder. *Ann Neurol* 1983; **14**: 363
- 26- Reeves JC, Werry JS, Elkind GS, “v.d.”. Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children: II. Clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; **26**: 144-155
- 27- Biederman J, Faraone SV, Taylor A, “v.d.”. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; **37**: 305-313
- 28- Faraone SV, Biederman J. The neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS, ed. *Neurobiology of Mental Illness*, first edition. *Oxford University Press*, 1998; 788-801
- 29- Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983; **51**: 86-99
- 30- Schachar, R. J., & Wachsmuth, R. Family dysfunction and psychosocial adversity: Comparison of attention deficit disorder, conduct disorder, normal and clinical controls. *Can J Behav Science* 1991; **23**: 332-348
- 31- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, “v.d.”. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; **49(9)**: 728–38
- 32- Faraone SV, Biederman J, Milberger S. An exploratory study of ADHD among second-degree relatives of ADHD children. *Biol Psychiatry* 1994; **35**: 398–402
- 33- Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood: Clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 1984; **144**: 16–34
- 34- Şenol S, Şener Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Köroğlu E, Güleç C, ed. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 1119–1130
- 35- Weiss G, Weiss M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, third edition. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2003: 645–670

- 36- World Health Organization Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases, *World Health Organization*, Geneva, 1978
- 37- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Second Edition. USA: American Psychiatric Association, Washington DC, 1968
- 38- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. USA: American Psychiatric Association, Washington DC, 1980
- 39- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. *World Health Organization*, Geneva, 1993
- 40- Amerikan Psikiyatri Birliği: *Mental Bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı*, 4. Baskı, Çev.E. Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994
- 41- Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; **9**: 541–555
- 42- Montiel- Nava C. Epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. *Child Psychol Psychiatry* 1993; **34**: 851–867
- 43- Mc Cracken JT. Attention Deficit Disorder. Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eighth edition. Philadelphia, Lipincott: Williams&Wilkins, 2005; **2**: 3183-3204
- 44- Barkley, R. A. Fischer, M. Edelbrock, “v.d”. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; **29**: 546–557.
- 45- Levy F, Hay DA, McStephen M, “v.d.”. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; **36**: 737-744
- 46- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, “v.d.”. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 ; **29(4)**:526-33
- 47- Grady DK, Zhang Y, Civelli O. PCR detection of the TaqA RFLP at the DRD2 locus. *Hum Mol Genet* 1993; **2**: 2197
- 48- Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinician's to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, California, USA 2002



- 49- Aaron J, Addington M, Sidransky E. Support for Association Between ADHD and Two Candidate Genes: NET1 and DRD1. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; **134**: 67–72
- 50- Kelly YJ. Birthwight and behavioural problems in children: a modifiable effect? *Int J Epidemiol* 2001; **30**: 88-93
- 51- Barr CL, Kroft J, Feng Y. The norepinephrine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Gen* 2002; **114**: 255–259
- 52- Thapar A, Holmes J, Poulton K, “v.d.”. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *Br J Psychiatry* 1999; **174**: 105–111
- 53- Todd RD. Genetics of attention deficit/hyperactivity disorder: Are we ready for molecular genetic studies? *Am J Med Genet* 2000; **96(3)**: 241–243
- 54- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, “v.d.”. Links Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; **29(4)**: 526-33
- 55- Faraone SV. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1994; **3**: 285–298
- 56- Wendew P, Wolf L. & Wassertein J. Adults with ADHD: An overview. In J. Wasserstein, L.Wolf,& F.F.LeFever (Ed.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. New York Academy of Science Annals 2001; **931**: 1-16.
- 57- Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future* 2004; **29(12)**: 1235-1244.
- 58- Castellanos FX. Cerebrospinal fluid homovalinic acid predicts behavioral response to stimulants in 45 boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuro Pharmacology* 1996; **14(2)**: 125-136
- 59- Senol S, İseri E, Kockar A. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005
- 60- Castellanos FX. Neuroimaging of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1997; **6(2)**: 383-410
- 61- Goldenstein S. *Continuity of ADHD In Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty*. Goldstein S, Ellison AT, ed. *Adult ADHD Assesment and Intervention*. California, Academic Pres, 2002
- 62- Kotimaa AJ. Maternal smoking and hyperactivity in 8 year old Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; **42**: 826-834

- 63- Biederman J, Milberger S, Faraone SV, “v.d.”. Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: a test of Rutter’s indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; **52**: 464-470
- 64- Barkley RA. History. Barkley RA, ed. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, third edition. Guilford Pres, New York, 2006: 3-75
- 65- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Co-morbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; **40** : 57–87
- 66- Biederman J, Faraone S, Mick E, “v.d.”. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; **34**: 579–590
- 67- Waxmonsky J. Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with co-morbid psychiatric illness. *Curr Opin Pediatr* 2003; **15**: 476–482
- 68- Blackman GL, Ostrander R, Herman KC: Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *J Atten Disord* 2005; **8**:195–207
- 69- Ostrander R, Crystal DS, August G. Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *J Abnorm Child Psychol* 2006; **34**: 773–787
- 70- Herman KC, Lambert SF, Ialongo NS, “v.d.”. Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. *J Abnorm Child Psychol* 2007; **35**: 265–274
- 71- Plizka SR. Psychiatric comorbidities in Children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Pediatr Drugs* 2003; **5(11)**: 741–749
- 72- Wilens TE, Biederman J, Prince J, “v.d.”. Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1996; **153(9)**: 1147-1153.
- 73- Tannock, R. Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. Brown TE, ed. *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington DC, American Psychiatric Pres., 2000
- 74- Beitchman JH, Young AR. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; **36**: 1020-1032.

- 75- Sukhodolsky DG. Disruptive behaviour in Children with Tourette's Syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity and functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; **42(1)**: 98-104
- 76- Ghanizadeh A. Comorbidity of enuresis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: *J Atten Disord.* 2009; **20**: Epub ahead of print
- 77- Soykan Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Değerlendirilmesi ve Tanı Koyma. Soykan Aysev A, ed. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 2001:1-6
- 78- Ercan ES, Avcı A, Mukaddes NM. "çevirimiçi". [www.turkiyedehebkilavuzu.com](http://www.turkiyedehebkilavuzu.com), 15.06.2009
- 79- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, "v.d.". Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; **150**: 1792-1798
- 80- Barkley RA. Driving related risk and outcome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adolescents and Young adults. A 3-5 year follow-up survey. *Pediatrics* 1993; **92**: 212-217
- 81- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, "v.d.". Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; **50**: 565-576
- 82- Weiss G, Hechtman L. Hyperactive Children Grown Up: *ADHD in Children, Adolescents, and Adults*. New York, Guilford Press, 1993
- 83- Faraone, S.V, Biederman, J, Feighner J, "v.d.". Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? *J Consult Clin Psychol* 2000; **68**: 830-842
- 84- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, "v.d.". The persistence of attentiondeficit/ hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of the disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; **111**: 279-289
- 85- Spencer T, Wilens T, Biederman J, "v.d.". A doubleblind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood -onset attention- deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; **52**: 434-443
- 86- Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J, "v.d.". A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 2001; **158**: 282-288

- 87- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder : impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*. 2000; **157**: 816-818 3.
- 88- Biederman J, Faraone S, Milberger S, “v.d.”. Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence.results from a four year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; **35**: 343-351.
- 89- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, “v.d.”. Young adult follow up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; **45**: 195-211
- 90- Kessler RC, Adler LA, Barkley R, “v.d.”. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: Results from the National Comorbidity Survey Replication *Biol Psychiatry* 2005; **57**: 1442–1451
- 91- Kessler RC, Adler L, Barkley R, “v.d.”. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psych* 2006; **163**: 716-723
- 92- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, “v.d.”. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; **51**:8-19)
- 93- Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of Adult ADHD? Results of a population screen of 966 Adults. *J Attention Disorders* 2005; **9**: 384–391
- 94- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, “v.d.”. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004; **55**: 692-700
- 95- Murphy KR, Adler LA: Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in adults: focus on rating scales. *J Clin Psychiatry*. 2004; **65(3)**: 12-17
- 96- 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* 1993; **150**: 885-890
- 97- Brown TE. Brown Attention-Deficit Disorder Scales. San Antonio; Tex; The Psychological Corporation, 1996
- 98- Turgay A. Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale, Ontario, Canada,1995
- 99- Adler LA, Kessler RC, Spencer T. Adult ADHD Self report scale-v 1.1 (ASRSv1.1) Symptom Checklist. New York, NY; World health organization; 2003

- 100- Young S. The YAQ-S and YAQ-I: Development of self and informant questionnaires reporting on current adult ADHD symptomatology, comorbidity and associated problems. *Personality and Individual Differences* 2004; **36**: 1211-1223
- 101- Weiss MD, Weiss JR. A guide to the treatment of adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2004; **65 (3)**
- 102- Weiss M, Hechtman LT, Weiss G. ADHD in adulthood: A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment. Baltimore, Md: John Hopkins University Press; 1999
- 103- Montano B. Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J Clin Psychiatry* 2004; **65 (3)**
- 104- Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with comorbid disorders: Clinical Assessment and Management. New York, NY: Guilford Press; 1999
- 105- Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer M, “v.d.”. Clinical and Diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; **57(11)**: 1467-73
- 106- Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; **35**: 837-844
- 107- Orvaschel H, Puig-Antich J, Chambers W, “v.d.”. Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982; **21**: 392-397.
- 108- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, “v.d.”. Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; **36**: 980-988
- 109- Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; **11(3)**: 109-116
- 110- Conners CK. Clinical use of Rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; **46**: 857-870
- 111- Dereboy Ç. Conners anababa derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara

- 112- Turgay A. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (yayınlanmamış ölçek) Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada,1995
- 113- Ercan ES. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; **8(3)**: 132-142
- 114- Kovasc M. Rating scales to asses depression in School age Children. *Acta Pedopsychiat* 1981; **46**: 305-313
- 115- Öy, B. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; **2**: 132-136
- 116- Spielberger CD, Gorsuchrl LE, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. *Palo Alto Consulting Psychologist Pres.*1970
- 117- Özusta, H. Ş. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; **10**: 32-44
- 118- Öy B. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin ilkokul ve ortaokul öğrencilerine uygulanması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995; **2(2)**: 76-80
- 119- Coopersmith S. The Antecedents of Self-esteem. San Francisco: WH Freeman, 1967
- 120- Güçray S. Çocuk yuvasında ve ailesi yanında kalan 9-11 yaş çocukların özsaygı gelişimini etkileyen bazı faktörler. Basılmamış Doktora Tezi. HÜSBE PDR Anabilim Dalı, Ankara,1989
- 121- Öncü B, Ölmez Ş. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; **16(4)**: 252-259
- 122- Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, "v.d.". Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlik ve Norm Çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; **8(2)**: 98-104
- 123- Samuel VJ, Biederman J, Farone SV, "v.d.". Clinical characteristics ofADHD in African American children. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 696-698
- 124- Loeber RL, Burke JD, Lahey BB, "v.d.". Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; **39**: 1468-1484
- 125- Burd L, Klug MG. Children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: Prevalence and cost of care. *J Child Neurol* 2003; **18(8)**: 555-561

- 126- Klassen AF, Miller A, Fi S. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; **114**: 541–547
- 127- Harvey E, Danforth JS, Eberhardt T. Parenting of children with Attention-Defecit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders* 2003; **7(1)**: 31-42
- 128- Kendziora KT, O’Leary SG. Dysfunctional parenting as a focus for prevention and treatment of child behavior problems. *Advance Child Clin Psychol* 1993; **15**: 175–206.
- 129- Özcan C, Oflaz F, Türkbay T. Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşıt olma-karşı gelme bozukluğu olan çocukların anne-babalarının empati düzeylerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003; **10(3)**: 108-114

## 10. EKLER

### 10.1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**ARAŞTIRMANIN ADI: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE ERİŞKİN DEHB SIKLIĞI**

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:



## 10.2. ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

### DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**Adı Soyadı** : **Tarih** :  
**Cinsiyeti** : **Okul** :  
**Doğum Tarihi (Ay ve Yılı)** : **Sınıf** :  
:

Aşağıda guruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.  
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.  
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.  
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.  
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.  
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.  
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Bir çok şeyden hoşlanırım.  
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.  
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.  
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.  
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.  
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.  
3- Başıma kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.  
2- Kendimi beğenmem.  
3- Kendimi beğenirim.

- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.  
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.  
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.  
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.  
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.  
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.  
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Her şey her gün beni sıkır.  
2- Her şey sık sık beni sıkır.  
3- Her şey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.  
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.  
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.  
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.  
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel, yakışıklı sayılırım.  
2- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.  
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.  
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.  
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.  
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.  
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.  
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.  
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.  
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.  
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.  
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.  
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.  
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.  
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.  
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.  
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.  
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.  
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlı iyi.  
2- Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.  
3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olmuyorum.  
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.  
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.  
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.  
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.  
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.  
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.  
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.  
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

### 10.3. ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLUK SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
- Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “Hemen hemen hiç” mi, “Bazen” mi yoksa “Sık sık” mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Genellikle nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.
1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  2. Ağlayacak gibi olurum ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  3. Kendimi mutsuz hissederim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  4. Karar vermekte güçlük çekerim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  6. Çok fazla endişelenirim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  7. Evde sinirlerim bozulur ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  8. Utangacım ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  9. Sıkıntılıyım ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  11. Okul beni endişelendirir ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  14. Nedenini bilmediğim korkularım var ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  15. Annem – Babam için endişelenirim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  16. Ellerim terler ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  17. Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**
  19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim ( ) **Hemen hemen hiç** ( ) **Bazen** ( ) **Sık sık**

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve ŞU ANDA nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi ( ) çok sakin hissediyorum ( ) sakin hissediyorum ( ) sakin hissetmiyorum
2. Kendimi ( ) çok öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissediyorum ( ) öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi ( ) çok huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissediyorum ( ) huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi ( ) çok sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissediyorum ( ) sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi ( ) çok huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissediyorum ( ) huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi ( ) çok dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissediyorum ( ) dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi ( ) çok ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissediyorum ( ) ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi ( ) çok rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissediyorum ( ) rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi ( ) çok endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissediyorum ( ) endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi ( ) çok hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissediyorum ( ) hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi ( ) çok korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissediyorum ( ) korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi ( ) çok mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissediyorum ( ) mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden ( ) çok eminim ( ) eminim ( ) emin değilim
14. Kendimi ( ) çok iyi hissediyorum ( ) iyi hissediyorum ( ) iyi hissetmiyorum
15. Kendimi ( ) çok başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissediyorum ( ) başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni ( ) çok rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissediyorum ( ) rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi ( ) çok keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissediyorum ( ) keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi ( ) çok dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissediyorum ( ) dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kendimi ( ) çok karmakarışık hissediyorum ( ) her şeyi karmakarışık hissediyorum ( ) her şeyi karmakarışık hissetmiyorum
20. Kendimi ( ) çok neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissediyorum ( ) neşeli hissetmiyorum

#### 10.4. COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ-ÇOCUK FORMU

Aşağıda bazı cümleler göreceksiniz. Bu cümlelerin bazılarını kendinize uygun bulacaksınız. Bazılarını ise uygun bulmayacaksınız. Kendinize uygun bulduğunuz cümleler için BANA UYGUN seçeneğine, kendinize uygun bulmadığınız cümleler için BANA UYGUN DEĞİL seçeneğine X işareti koyunuz.

BANA BANA UYGUN  
UYGUN DEĞİL

1.	Hayal kurmakla çok vakit geçiririm		
2.	Kendime güvenirim.		
3.	Sık sık kendimden başka birisi olmak isterim.		
4.	Cana yakın bir insanım.		
5.	Küçükken annem babamla birlikte çok iyi vakit geçirirdim.		
6.	Şuna buna canımı sıkmam.		
7.	Başkalarının önünde konuşmak bana çok zor gelir.		
8.	Daha küçük bir yaşta olmak isterdim.		
9.	Elimde olsaydı pek çok yanımlı değiştirdim.		
10.	Fazla zorluk çekmeden karar verebilirim.		
11.	Başkaları benimle olmaktan hoşlanır.		
12.	Evde kolayca üzülür, kırılıyorum.		
13.	Her zaman doğru olanı yaparım.		
14.	Okuldaki çalışmalarımın gurur duyarım.		
15.	Her zaman birisinin bana ne yapacağını söylemesi gerekir.		
16.	Yeni bir şeye alışmak benim için uzun sürer.		

43.	Başkalarıyla kendi şeyden daha güzelliği duyarım.		
44.	Söylenecek bir sözüm varsa genellikle söylerim.		
18.	Arkadaşlarım arasında sevilirim.		
45.	Etrafımdakiler sık sık bana takılıp kızdırırlar.		
19.	Küçükken annem babam ne hissettiğime önem verirlerdi.		
20.	Hiçbir zaman mutsuz değilim.		
21.	Elimden gelenin en iyisini yaparım.		
22.	Fikrimden kolayca cayıp başkalarına uyarım.		
23.	Genellikle kendi başımın çaresine bakabilirim.		
24.	Genellikle mutluyumdur.		
25.	Kendimden yaşça küçük olanlarla beraber olmayı tercih ederim.		
26.	Annem babam hep benden çok fazla şey beklediler.		
27.	Tanıdığım herkesten çok hoşlanırım.		
28.	Okulda derse kaldırılmaktan hoşlanırım.		
29.	Kendimi iyi tanırım.		
30.	Hayatımda her şey karma karışıktır.		
31.	Arkadaşlarım genellikle benim fikrime uyar.		
32.	Evde kimse benimle fazla ilgilenmez.		
33.	Hiç azarlanmam.		
34.	Okulda istediğim kadar başarılı değilim.		
35.	Karalı bir insanım.		
36.	Kendimi beğenmem.		
37.	Aslında kız/erkek olmaktan hoşlanmıyorum.		
38.	Başkaları ile birlikte olmaktan hoşlanmam.		
39.	Küçükken evden ayrılmak istediğim çok olmuştur.		
40.	Utangaç değilimdir.		
41.	Okulda sık sık kendimi huzursuz ve üzgün hissederim.		
42.	Sık sık mahcup hissederim.		

46.	Annem babam beni anlarlar.		
47.	Her zaman doğruyu söylerim.		
48.	Öğretmenlerim bana yetersiz olduğumu hissettirirler.		
49.	Başıma gelenler umurumda değildir.		
50.	Ben başarısız bir kişiyim.		
51.	Azarlandığım zaman kolayca üzülürüm.		
52.	Çoğu kimse benden daha çok sevilir.		
53.	Küçükken çoğu zaman annemle babamın beni zorladıklarını hissedirdim.		
54.	Başkaları ile kolayca konuşabilirim.		
55.	Sık sık umudum kırılır.		
56.	Genellikle olup bitenlere sıkılmam.		
57.	Bana pek güvenilmez.		



## 10.5. CONNERS ANABABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Tarih: .... /...../.....

Dosya no :

Olgu no: .....

Ailenizin gelir düzeyi:

(Ailenizin yıllık toplam gelirini günümüz şartlarına göre değerlendiriniz.)

1.Düşük ( ) 2.Orta ( ) 3.Yüksek ( )

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her Zaman
1. Eli boş durmaz, sürekli bir şeylerle oynar (tırnak, parmak gibi).	( )	( )	( )	( )
2. Büyüklere arsız ve küstah davranır.	( )	( )	( )	( )
3. Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede zorlanır.	( )	( )	( )	( )
4. Çabuk heyecanlanır, ataktır.	( )	( )	( )	( )
5. Her şeye karışır ve yönetmek ister.	( )	( )	( )	( )
6. Bir şeyler çiğner veya emer (parmak, giysi gibi).	( )	( )	( )	( )
7. Sık sık ve kolay ağlar.	( )	( )	( )	( )
8. Her an sataşmaya hazırdır.	( )	( )	( )	( )
9. Hayallere dalar.	( )	( )	( )	( )
10. Zor öğrenir.	( )	( )	( )	( )
11. Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.	( )	( )	( )	( )
12. Ürkektir (yeni durum, insan ve yerlerden).	( )	( )	( )	( )
13. Yerinde duramaz, her an harekete hazırdır.	( )	( )	( )	( )
14. Zarar verir.	( )	( )	( )	( )
15. Yalan söyler, masallar anlatır.	( )	( )	( )	( )
16. Utangaçtır.	( )	( )	( )	( )
17. Yaşlılarından daha sık başını derde sokar.	( )	( )	( )	( )
18. Yaşlılarından farklı konuşur (çocuksu konuşma, kekeleme, zor anlaşılma gibi).	( )	( )	( )	( )
19. Hatalarını kabullenmez, başkalarını suçlar.	( )	( )	( )	( )
20. Kavgacıdır.	( )	( )	( )	( )
21. Somurtkan ve asık suratlıdır.	( )	( )	( )	( )
22. Çalma huyu vardır.	( )	( )	( )	( )
23. Söz dinlemez.	( )	( )	( )	( )
24. Başkalarına göre endişelidir (yalnız kalma, hastalanma, ölüm konusunda).	( )	( )	( )	( )
25. Başladığı işin sonunu getiremez.	( )	( )	( )	( )
26. Hassastır, kolay incinir.	( )	( )	( )	( )
27. Kabadayılık taslar, başkalarını rahatsız eder.	( )	( )	( )	( )
28. Tekrarlayıcı, durduramadığı hareketleri vardır.	( )	( )	( )	( )
29. Kaba ve acımasızdır.	( )	( )	( )	( )
30. Yaşına göre çocuksudur.	( )	( )	( )	( )
31. Dikkati kolay dağılır ya da uzun süre dikkatini toplayamaz.	( )	( )	( )	( )
32. Baş ağrıları olur.	( )	( )	( )	( )

33.	Ruh halinde ani ve göze batan değişiklikler olur.	( )	( )	( )	( )
34.	Kurallar ve kısıtlamalardan hoşlanmaz ve uymaz.	( )	( )	( )	( )
35.	Sürekli kavga eder.	( )	( )	( )	( )
36.	Kardeşleri ile iyi geçinemez.	( )	( )	( )	( )
37.	Zora gelemez.	( )	( )	( )	( )
38.	Diğer çocukları rahatsız eder.	( )	( )	( )	( )
39.	Genelde hoşnutsuz bir çocuktur.	( )	( )	( )	( )
40.	Yeme sorunları vardır (iştahsızdır, yemek sırasında sofradan sık kalkar).	( )	( )	( )	( )
41.	Karın ağrıları olur.	( )	( )	( )	( )
42.	Uyku sorunları vardır (uykuya kolay dalamaz, geceleri kalkar).	( )	( )	( )	( )
43.	Çeşitli ağrı ve sancıları olur.	( )	( )	( )	( )
44.	Bulantı kusmaları olur.	( )	( )	( )	( )
45.	Aile içinde daha az kayırıldığını düşünür.	( )	( )	( )	( )
46.	Övünür, böbürlenir.	( )	( )	( )	( )
47.	İtilip kakılmaya müsaittir.	( )	( )	( )	( )
48.	Dışkılama sorunları vardır (sık ishaller, kabızlık ve düzensiz tuvalet alışkanlığı gibi).	( )	( )	( )	( )

## **10.6. ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça çok rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği Amerikan Psikiyatri Birliği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Aşağıdaki sorular şu an değerlendirilmesini yaptığınız çocuğun/gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

**SOYADI :**

**ADI :**

**YAŞ :**

**CİNSİYET :**

**BUGÜNÜN TARİHİ :**

**FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUĞA/ GENÇE OLAN YAKINLIĞI :**

Telif hakkı Integrative Therapy Institute'a aittir. Dr. Atilla Turgay'ın izni ile kullanılmaktadır. Atilla Turgay M.D., Clinical Director, Scarborough General Hospital, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Division.

## 1. BÖLÜM

### A. DİKKATSİZLİK

SORUN	SORUNUN DERECESESİ			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanır.	0	1	2	3

---

1A bölümünde karşılanan **Ölçüt Sayısı**

...../ 9

1A bölümünden alınan **Toplam Puan**

...../ 27

---

## B. AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK

### • AŞIRI HAREKETLİLİK

	SORUN	SORUN DERECESESİ			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10.	Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11.	Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12.	Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir).	0	1	2	3
13.	Sokakta oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14.	Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15.	Çok konuşur.	0	1	2	3

### • DÜRTÜSELLİK

	SORUN	SORUN DERECESESİ			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16.	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17.	Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18.	Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3

---

1B bölümünde karşılanan **Ölçüt Sayısı** ...../ 9  
1B bölümünden alınan **Toplam Puan** ...../ 27

---

1A ve 1B bölümlerinde karşılanan toplam **Ölçüt Sayısı** ...../ 18

Bölüm 1A ve 1B'nin **Toplam Puanı**  
54

...../

## II. BÖLÜM

SORUN	SORUN DERECESESİ			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19. Kontrolü kaybeder.	0	1	2	3
20. Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25. Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

---

II. bölümde karşılanan **Ölçüt Sayısı**  
II. bölümden alınan **Toplam Puan**

...../ 8  
...../ 24

### III. BÖLÜM

SORUN	SORUN DERECESESİ			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
<b>A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık</b>				
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak vb.) kullanır.	0	1	2	3
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
<b>B. Mala zarar verme</b>				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında).	0	1	2	3
<b>C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık</b>				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık).	0	1	2	3

**Kuralları ciddi biçimde bozma**

**D.**

<b>39.</b>	13 yaş öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
<b>40.</b>	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
<b>41.</b>	13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır.	0	1	2	3

---

III. bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı	...../ 15
III. bölümde alınan toplam puan	...../ 45

---

<b>Toplam Ölçüt Sayısı</b>	...../ 41
<b>Toplam Puan</b>	...../ 123



## 10.7. WENDER-UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUKKEN	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta Derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarına pişman olurdu.					

18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
<b>BEN ÇOCUKKEN OKULDA;</b>					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

## 10.8. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİ

### DSM-IV' E DAYALI ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (Turgay, Kasım 1995)

---

**Adınız, Soyadınız:**

**Tarih:**

**Yaşınız:**

**Cinsiyetiniz:**

**Halen kullandığınız ilaçlar:**

**Daha önce aldığınız tanılar:**

---

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve **şu anki durumunuzu** en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz.

Anlamadığınız sorular olursa size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

Bu soru formu aynı zamanda tedavinin sonuçları ve gidişi hakkında nesnel karşılaştırma yapma olanağı sunacaktır. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

---

Bu formun kullanım hakları Entegratif Terapi Enstitüsü (ITI)' ne aittir. Yazarın ya da enstitünün yazılı izni olmadan kullanılamaz.

Kullanım izni için : Dr. Atilla Turgay, Clinical Director, Scarborough General Hospital ADHD Clinic, Department of Mental Health Services, 3040 Lawrence East, Scarborough, Ontario, Kanada M1P 2V5.

## 1.BÖLÜM

### Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

#### Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1.bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

## 2. BÖLÜM

### Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik Bölümü

#### a) Aşırı hareketlilik

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3

#### b) Dürtüsellik

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

#### Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2.bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2.bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

### 3. BÖLÜM

#### DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Yüksek uyarılmışlık düzeylerini arama	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Önceden belirlenmiş yolları izlemekte zorluk, "uygun" prosedürü izleyememe	0	1	2	3
8. Sabırsızlık: engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik: düşünmeden hareket etme	0	1	2	3
10. Güvensizlik hissi	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Sinirlilik	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, intolerans	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3

21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süren mutsuzluk hali	0	1	2	3
30. Potansiyelinize ulaşamama	0	1	2	3

**Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:**

3.bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2.bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı:





