

T.C.  
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI PSİKOLOJİ İNSAN BİLİMLERİ  
ve  
FELSEFE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**8-10 YAŞ ÇOCUKLARINDA DE/HB OLGUSUNUN ZEKA,  
KOGNİTİF ve KİŞİLİK DİNAMİKLERİ AÇILARINDAN  
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GONCA AKTAŞ**

031104117

**İSTANBUL  
2006**

## TEŞEKKÜR

Özverili bir ekip çalıőması gerektiren yüksek lisans tezimin her aşamasında, titiz ve yapıcı eleőtirileriyle, desteğini esirgemeyen sevgili hocam Prof. Dr. Mücella Uluğ başta olmak üzere, Yrd. Doç. Dr. Bayhan Üge ve Dr. Bülent Madi'ye, WZÖ-R ve .A.T uygulamalarında katkıda bulunan Psikolog Füsun Aygölu'ne, uzun ve zahmetli psikolojik testlerin uygulanması sırasında, sabırla benimle iőbirlięi içerisine giren sınıf öğretmeni arkadaşlarıma, araőtirmamın örneklemini oluşturan öğrencilerimize ve öğrencilerimizin annelerine teőekkürü bir borç bilirim.

Gonca Aktaş

27.6.2006

# İÇİNDEKİLER

Teşekkür	i
İçindekiler	ii
Tablolar Listesi	vii
Şekiller Listesi	ix
Ekler Listesi	x
Kısaltmalar	xi

## BÖLÜM I

<b>GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Araştırmanın Hipotezleri</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Araştırmanın Önemi</b>	<b>5</b>
<b>1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Araştırmanın Varsayımları</b>	<b>8</b>

## BÖLÜM II

### KURAMSAL TEMEL

<b>2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozuklukları DSM IV</b>	<b>14</b>
<b>2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Belirtileri Nelerdir?</b>	<b>18</b>
<b>2.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı</b>	<b>18</b>
<b>2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Klinik Karakteristiği</b>	<b>21</b>
<b>2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Oluşumuna İlişkin Görüşler</b>	<b>22</b>
2.7.1. Genetik Geçiş	22
2.7.2. Çevresel Nedenler	25
2.7.3. Merkezi Sinir Sisteminin Yapısal ve İşlevsel Bozuklukları	26
<b>2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Ayırıcı Tanısı</b>	<b>29</b>
2.8.1. Anne Baba ile Görüşme	30
2.8.2. Öğretmenle Görüşme	31

<b>2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi</b>	<b>32</b>
<b>2.9.1. Farmakoterapi</b>	<b>32</b>
2.9.1.1. Santral Sinir Sistemi Stimulanları	32
2.9.1.2. Antidepresanlar	35
2.9.1.3. Antihipertansifler	36
2.9.1.4. Atomoxetine	36
2.9.2. Psikoterapi	36
2.9.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Şekilleri	37
<b>2.10. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Yaşam Boyu Seyri</b>	<b>38</b>

## **BÖLÜM III**

### **YÖNTEM**

<b>3.1. Araştırmanın Modeli</b>	<b>40</b>
<b>3.2. Yöntem ve Metod Araştırma Uygulamasının Tanıtımı</b>	<b>40</b>
3.2.1. Deney Grubuna Seçilme Ölçütleri	41
3.2.2. Kontrol Grubuna Seçilme Ölçütleri	42
<b>3.3. Evren ve Örneklem</b>	<b>44</b>
<b>3.4. Veri Toplama Araçları</b>	<b>45</b>
3.4.1. WÇZÖ-R, Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği ( Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised WISC-R )	45
3.4.2. BGGA, Bender-Gestalt Görsel-Motor Algılama Testi (Visual Motor Gestalt Test)	50

3.4.3. Ç.A.T Çocuklar İçin Algı Testi ( CAT, Children's Apperception Test )	53
3.4.4. DE/HB DSM IV Tam Kriterleri Ölçeği	54
3.4.5. Eysenck Kişilik Envanteri ( Eysenck Personality Questionnaire )	54
3.4.6. Çocuk Bilgi Formu	55
3.5. Uygulanan İstatistik Yöntemleri	56

## **BÖLÜM IV**

<b>BULGULAR ve YORUMLAR</b>	<b>57</b>
-----------------------------	-----------

## **BÖLÜM V**

<b>TARTIŞMA</b>	<b>83</b>
<b>SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>97</b>
<b>ÖZET</b>	<b>107</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>109</b>
<b>EKLER</b>	<b>112</b>
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>118</b>

## Tablolar Listesi

- Tablo 1: Çocuklara yönelik ölçümlerin gruplara göre değerlendirmesi
- Tablo 2: Çocukların enürezis durumuna göre değerlendirmesi
- Tablo 3: Çocuklara yönelik ölçümlerden kardeş geçiminin gruplara göre değerlendirmesi
- Tablo 4: Disiplin yöntemlerine göre grupların değerlendirmesi
- Tablo 5: Disiplin yöntemleri konusunda gruplara göre değerlendirmeler
- Tablo 6: Ç.A.T Savunma mekanizmalarının gruplara göre dağılımı
- Tablo 7: Ç.A.T özelliklerinin gruplara göre dağılımı
- Tablo 8: Anne özelliklerine göre grupları değerlendirmesi
- Tablo 9: Anne Eysenck Kişilik Envanteri puanlarına göre grupları değerlendirmesi
- Tablo 10: Deney ve kontrol grubunda annelerin Eysenck kişilik envanteri puanlarının Eysenck kişilik envanteri puanlama anahtarına göre değerlendirmesi
- Tablo 11: WÇZÖ-R sınıflamasının puanlara göre gruplardaki değerlendirmesi
- Tablo 12: WÇZÖ-R profil analizleri paternlerinin deney ve kontroldeki dağılımı
- Tablo 13: Kaufman WÇZÖ-R ACID puanlarının gruplara göre değerlendirmesi
- Tablo 14: ACID sınıflamasına göre deney ve kontroldeki dağılımı
- Tablo 15: Kaufman WÇZÖ-R sınıflamasına göre grupların değerlendirmesi
- Tablo 16: Dikkatin dağılıbilirliği sınıflamasına göre deney ve kontroldeki dağılımı
- Tablo 17: Bannatyne WÇZÖ-R sınıflandırmasının gruplara göre değerlendirmesi
- Tablo 18: Hinselwood WÇZÖ-R sınıflamasının gruplara göre değerlendirmesi
- Tablo 19: BGGGA parametrelerinin gruplara göre değerlendirmesi
- Tablo 20: Deney ve kontrol grubunda BGGGA toplam skor puanlarının kişilik envanteri puanlama anahtarına göre değerlendirmesi
- Tablo 21: Ders başarısına göre deney ve kontrol grubu değerlendirmesi

## Şekiller Listesi

- Şekil 1: Grupların yaş ortalamalarına göre dağılımı
- Şekil 2: Grupların cinsiyetlere göre dağılımı
- Şekil 3: Grupların enürezis durumuna göre dağılımı
- Şekil 4: Grupların kardeş geçimi durumuna göre dağılımı
- Şekil 5: Disiplin yöntemlerine göre grupların dağılımı
- Şekil 6: Grupların disiplin konusunda eşle uyum durumuna göre dağılımı
- Şekil 7: Grupların şefkatli anne ve pasif baba puanlarının ortalamalarına göre dağılımı
- Şekil 8: Grupların endişe yapısı puanlarının ortalamalarına göre dağılımı
- Şekil 9: Grupların dış dünya konsepti puanlarının ortalamalarına göre dağılımı
- Şekil 10: Grupların otorite puanlarının ortalamalarına göre dağılımı
- Şekil 11: Grupların egonun bütünleşmesi puanlarının ortalamalarına göre dağılımı
- Şekil 12: Grupların BGGGA parametrelerine göre dağılımı
- Şekil 13: Ders başarısı puanlarına göre grupların dağılımı



## Ekler Listesi

Ek 1: ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİ FORMU

Ek 2: DİKKAT EKSİKLİĞİ AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU  
DEĞERLENDİRME LİSTESİ (DSM IV)

Ek 3: ÇOCUKLAR İÇİN ALGI TESTİ YORUMLAMA FORMU

## Kısaltmalar

DE/HB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği

BGGA: Bender- Gestalt Görsel Motor Algılama Testi

Ç.A.T: Çocuklar için Algı Testi

ACID: Aritmetik + Şifre + Resim Düzenleme + Sözcük Dağarcığı = 40'dan düşükse, genetik disleksiya ya da hiperaktiviteden şüphelenilebilir.

DSM IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

ICD 10: Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması

ZB: Zeka bölümü

ZBS: Zeka bölümü sözel

ZBP: Zeka bölümü performans

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Sosyal yapıda ortaya çıkan gelişmeler, sosyal ilişkileri değiştirerek, eğitim alanında da öğrenci merkezli yaklaşımları ve uygulamaları gündeme getirmiştir. Eğitim öğretim ortamlarının ve imkanlarının çocukların kişisel özellikleri dikkate alınarak yapılandırılması önem kazanmıştır. Bu bağlamda da özür veya özelliği olan çocukların eğitim öğretim etkinliklerinden en üst düzeyde yararlanarak sosyal yapıyla bütünleşmeleri gerekmektedir. DE/HB belirtileri olan çocukların da eğitim öğretim imkanlarından en üst düzeyde yararlanabilmesi, eğitim öğretim ortamından dışlanmaması ve sosyalleşebilmeleri için, diğer çocuklardan farklı olan yönlerini daha iyi anlayabilmek üzere bu çalışma planlanmıştır.

Çocukların genel davranış özelliklerini anlamak, onların ruh dünyalarına inmek gerçekten her anne babanın yapabildiği bir şey olamamaktadır. Bazı anne babalar çocuklarının sadece fiziksel bakımlarına yönelik beslenme, barınma ve sağlık problemlerini gözetip onların düşüncelerini, tepkilerini, üzüntülerini ve sevinçlerini hesaba katmamaktadırlar.

Her bir çocuğu ayrı bir dünya olarak kabul edip, onların ruhsal sorunlarını anlayabilmek, ancak eğitim ve anne baba bilinçlendirilmesi ile olacaktır. Ayrıca çocukların yaşadıkları ortamların ve devletin sağlayacağı imkanların kalitesi ve çeşitliliği, bu sorunların oluşumu ve gidişinde etkili olabilecektir.

Bu araştırmada kontrollü koşullar altında, DE/HB belirtileri gösteren ancak tanısı konulmamış ve ilaç kullanmamış 8-10 yaş aralığındaki 30 çocuk ile DE/HB belirtileri göstermeyen 8-10 yaş aralığındaki 31 çocuk, bilişsel, sosyodemografik özellikler ve kişilik dinamikleri açılarından karşılaştırılmıştır.

## **1.1. Araştırmanın Hipotezleri**

- 1- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, bu çocukların WÇZÖ-R puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.
- 2- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden yüksek puan alan çocukların WÇZÖ-R sözel puanlarıyla, WÇZÖ-R performans puanları arasında anlamlı düzeyde fark vardır.
- 3- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, deneklerin ACID puanları arasında anlamlı ilişki vardır.
- 4- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, deneklerin BGGGA puanları arasında anlamlı ilişki vardır.

5- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla okul başarısı arasında anlamlı ilişki vardır.

6- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, deneklerin annelerinin nörotik olmaları arasında anlamlı ilişki vardır.

7- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, anne-babanın disiplin yöntemleri konusundaki uyumsuzluğu ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

8- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, anne babanın disiplin yöntemi olarak dayığı kullanması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

9- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, enürezis ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

10- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, kardeş geçimi ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

11- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, “ kardeş rekabeti” ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

12- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, anne figürünün “şefkatli” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

13- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, baba figürünün “pasif” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

14- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, “onaylanmama” endişesi ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

15- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, “sevgi eksikliği” endişesi ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

16- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, otoritenin “güçlü” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

17- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, otoritenin “sevecen” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

18- 8-10 yaşları arasındaki çocuklarda, ego bütünleşmesinin “yeterli” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.

## **1.2. Araştırmanın Önemi**

DE/HB, üzerinde yoğun tartışmaların sürdüğü bir bozukluk niteliğindedir. DE/HB konusuna artan ilgi ve gerek tanısının konulması gerekse de tedavisi konusunda fikir birliğine varılamamış olması, bu bozukluğu her yönüyle araştırma ihtiyacını doğurmuştur ( Semrud-Clikeman, Biederman, 1992 ).

DE/HB'nin, sıklığının DSM IV ( Köroğlu, 1994 ) verilerine göre toplumda %3-5 arasında, erkek çocuklarda kızlara oranla 2-6 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. DE/HB'nin nedenleri tam olarak bilinmese de psikososyal ve biyolojik

faktörlerin etkili olduğu tespit edilmiştir. Ancak, şimdiye kadar yapılmış olan tüm çalışmalar bu bozukluğun çevresel etkenlerden değil, biyolojik nedenlerden kaynaklandığını tam olarak ortaya çıkarabilmiş değildir ( Weiss, 1996, Labey-Pelham, 1988, Biederman-Faraones, 1990, Biederman-Wolznial, 1995, Reeve-Werry-Elkind, 1987, Gilger-Pennington, 1992, Gjone-Stevenson, 1996, Faraone, 1996, Elia-Gulatto, 1994, Yitzchak, 1996, DSM IV, 1994 ).

Buna rağmen tüm dünyada ve ülkemizde DE/HB'nin tedavisinde ilaç yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ilaçlar hastalığı tedavi etmemekte yalnızca geçici olarak semptomları kontrol etmektedirler. Söz konusu uyarıcı ilaçların, iştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk, çabuk sinirlenme, tiklerde artış ve baş ağrısı gibi yan etkilerinin olduğu da bilinmektedir ( Brandon, Marinelli, Baker and White, 2001, Breggin, 1998, Diller, 1998, Dreher, 2001, Fitzgerald, 2001, Greenhill, Halperin and Abikoff, 1999, Lambert&Hartsough, 1998, Pelham, 1999, Rappley, Eneli, Mullan, Alvarez, Wang, Luo and Gardiner, 2002, Vastag, 2001 ).

DE/HB, temel olarak dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ( hiperaktivite ) ve dürtüsellik gibi üç ana davranış biçimiyle birlikte anılmaktadır. Bu davranış biçimleri kişide bir arada bulunabileceği gibi ayrı ayrı da görülebilmektedir ( APA, 1994 ).

Barkley ve Latey&Carlson'a ( 1990, 1991 ) göre DE/HB'yi etkileyen psikososyal etkenler ailede geçimsizlik, parçalanmış aile aile tutumlarındaki bozukluk veya tutarsızlık, tek ya da ilk çocuk olma ve yetiştirme yurdunda yetişen çocuklarda duygusal yoksunluk olarak özetlenebilmektedir.

Bu davranışlar kimi zaman birçoğumuzda, özellikle de çocuklarda görülebilmektedir. Bu durumda her dikkatsiz, aceleci ya da aşırı hareketli kişinin bir rahatsızlığı olduğunu söylemek doğru olmamaktadır.

Aslında birçok etken bu davranışlara yol açabilmektedir. Çocuğun ailesinden birini kaybetmesi, fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kalması, ailesinden birinin tutarsız davranışları, yine ailesinden birinin alkol ya da madde bağımlısı olması gibi faktörlerin çocukta yaratacağı duygusal etkinin sonucunda aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ya da dürtüsellik görülebilmektedir ( Yitzchak, 1996, Zemetkin, Rappaport, 1987 ).

Gelişimin çeşitli evrelerinde çocukların büyük bir çoğunluğunda dikkatsiz, aşırı hareketli ya da dürtüsel davranma eğilimi görülebilmektedir. Okul öncesi dönemde çocuklar çok hareketli olmakta ve enerjilerini harcamak istemektedirler. Ergenlik döneminde ise düzensiz, dağınık ve otoriteye karşı gelme eğilimi göstermeleri normal karşılanmaktadır.

DE/HB tanı ve tedavisinde karşılaşılan güçlüklerden biri de, bu bozukluğa genellikle başka bozuklukların da eşlik ediyor olmasıdır. Uzmanlar, DE/HB tanısı konulan kişilerin yaklaşık 2/3'ünün başka bir psikolojik bozukluk daha gösterdiğini söylemektedirler ( Greene, Biederman, 1996 ). Bu nedenle hem tanı koymakta güçlük yaşanmakta hem de DE/HB tanısı konulan çocukların tedavisinde izlenecek yol konusunda farklılıklar olmaktadır.

DE/HB belirtileri gösteren çocukların aileleri, öğretmenleri ve çevresindekiler tarafından problem olarak algılanmaları, ya ağır bir biçimde



cezalandırılmaları ya da ağır bir biçimde ihmal edilmeleri gibi bir sonuç ortaya çıkarmaktadır.

Bu çalışmada çocuk ruh sağlığı alanında sıklıkla karşılaşılan DE/HB'nin altında yatan bilişsel, sosyodemografik özelliklerin ortaya konulması ve kişilik dinamiklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- 1- Deney grubu için, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinde en düşük puanı alan ilk 30 çocuğun arasına girmesi. Söz konusu ölçekteki, dikkatsizlik semptomlarından altısının ( ya da daha fazlası ) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüş olması ve hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısının ( ya da daha fazlası ) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüş olması.
- 2- Kontrol grubu için, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinde en düşük puanı alan ilk 30 çocuğun arasına girmesi.
- 3- 8-10 yaşları arasında ve en az ilkokul ikinci sınıf öğrencisi olması.
- 4- Genel IQ puanlarının 85 ve üzerinde olması ( WÇZÖ-R ile belirlenen ).
- 5- Belirli bir fiziksel ya da nörolojik bozukluğunun olmaması.
- 6- İşitme ve görme konusunda belirgin duyuusal özrünün olmaması.

7- Anne-babalarının en az ilkokul mezunu olması.

8- 2005 – 2006 yılları ile sınırlı olması.

#### **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

1- Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının belirlenen bilişsel işlevleri ölçmede

geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

2- Kişilerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan anket formunu

doğru olarak cevaplandığı kabul edilmiştir.

3- Deneklerin annelerinin ve sınıf öğretmenlerinin DE/HB düzeyini belirlemek

amacıyla verilen, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğini doğru olarak

cevaplandığı kabul edilmiştir.

4- Bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili olarak annelerinin verdiği bilgilerin doğru

olduğu kabul edilmiştir.

## **BÖLÜM II**

### **KURAMSAL TEMEL**

#### **2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi**

1902 yılında George Still isimli bir doktor tarafından ilk olarak sistemli bir biçimde incelenmeye başlanan DE/HB, 19. yüzyılın sonlarından itibaren tıbbi literatürde yer almaktadır.

Bilim adamları, uzunca bir dönem bu bozukluğun oluşumunda, beyindeki bir gelişim bozukluğunun ya da beyin zedelenmesinin etkili olduğu görüşlerini savunmuşlardır ( Cantwell, 1989 ). Ancak 1940'lı yıllarda bu çocuklarda beyin hasarına ilişkin bir saptama yapılamadığından, hastalığın adı “Minimal ( hafif ) Beyin Disfonksiyonu” olarak tarif edilmiştir. Bu ilk yaklaşımlar deskriptif olmaktan çok etyolojiktir, çünkü bir tür beyin veya merkezi sinir sistemi hasarının davranışsal semptomlara neden olduğu varsayılmıştır ( Centwell, Baker, 1991 ).

Daha sonraki yaklaşımlarda etyolojiye dayalı terminolojiden uzaklaşmış, davranışsal tanımlamalara ağırlık verilmiştir. Aşırı motor hareketlilik bozukluğun birincil semptomu olarak görüldüğünden, daha önce 1854'te Henrich Hoffman'ın tanımladığı "Hiperkinezi" veya "Hiperaktivite" gibi terimler popülerleşmiştir ( ICD 10, 1993, Livingston, 1990 ).

1950'li yıllarda beynin bazı alanlarının ( frontal lob ) uyarması ile bu bozukluğun tedavisi yönünde bir takım ilaçların kullanımı başlamış, 1960'lı yıllarda hastalığın genetik geçişliliği konusundaki çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. 1970'li yıllara gelindiğinde ise bu bozukluğun sırf hareketlilikle sınırlı olmadığı, dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi yönlerinin de bulunduğu ortaya çıkmıştır.

Günümüz de ise DE/HB'de araştırmacılar tarafından genetik yatkınlık konusunda görüş birliğine varılmıştır ( Weiss, 1996, Labey-Pelham, 1988, Biederman-Faraones, 1990, Biederman-Wolznial, 1995, Reeve-Werry-Elkind, 1987, Gilger-Pennington, 1992, Gjone-Stevenson, 1996, Faraone, 1996, Elia-Gulatto, 1994, Yitzchak, 1996, DSM IV, 1994 ).

Genetik alanında yapılan çalışmalara bakıldığında; DE/HB'ye yol açan tek bir gen tespit edilememiştir. Birçok çalışmada dopamin genlerinde (DRD2, DBH, DRD4, DRD5, DAT1) varyasyonlar saptanmıştır. ( Hechtman, 2002, Malhorta, Virkkunen, Rooney, 1996, Benjamin, Patterson, Greenberg, 1996 ). 1999'da, DE/HB ile androjen reseptör geni arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir ( Comings, Chen, Wu, 1999 ). Bunun yanı sıra 5-HT aktivitesinde azalmanın insan ve hayvan deneylerinde impulsif, agresif ve disinhibe davranışlara yol açtığı gösterilmiştir ( Heffner, Seiden, 1982, Spivak, Vered, Yoran-Hegesh, Averbuch,

Mester, 1999 ). HTTLPR polimorfizminde S/S varyantının olması ya da VNTR polimorfizminde ST'nin 2.12/12 varyantının olmaması DE/HB'de artmış risk ile orantılı olduğu düşünülmüştür ( Zoroglu, Erdal, Alasehirli, Erdal, Sivasli, Tutkun, 2002 ). Yapılan başka bir çalışmada ise SNAP 25 geninin 3 bölgesinde iki tane polimorfizm ile DE/HB ilişkili bulunmuştur ( Kustanovich, Merriman, McGough, McCracken, Smalley, Nelson, 2003 ).

Hamilelik dönemlerinde yaşanan travmalar, alkol ve/veya sigara kullanımı, kurşun zehirlenmesi gibi, enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen merkezi sinir sistemi hasarının DE/HB'de etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Boya maddeleri ve koruyucular gibi gıda katkılarının ( Boris ve Mandel, 1994 ), şekerlerin, vitaminlerin, kurşun ve bazı toksinlerin DE/HB'ye neden olabileceği öne sürülmekle birlikte bunlara ilişkin yeterli kanıt gösterilememektedir ( Arnold ve Jensen, 1995, Weiss, 1996 ).

Bu güne kadar DE/HB olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çok çalışmada toplam beyin ve serebellum hacminde azalma olduğu gösterilmiştir ( Berquin ve ark., 1998, Castellanos ve ark., 2002 ). MR ile beynin yapısal görüntülenmesinde beyin yarım kürelerinde özellikle frontal bölgede olmak üzere temporal, pariyetal ve oksipital bölgelerde anormallikler saptanmıştır. ( Casey ve ark., 1997, Mostofsky ve ark., 2002, Sowell ve ark., 2003 ). fMR çalışmaları ile DE/HB olan çocuk ve ergenlerde prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve striatum aktivasyonunda normal kontrol grubundan farklılıklar gözlenmiştir ( Tamm ve ark., 2004, Durston ve ark., 2003, Schulz ve ark., 2005 ).

Bölgesel beyin kan akımının değerlendirildiği SPECT çalışmalarında ise dorsolateral prefrontal, orbitofrontal, temporal ve serebellar kan akımında azalma; pariyeto-oksipital, subkortikal ve talamik bölge kan akımında ise artış olduğu gösterilmiştir ( Gustafsson ve ark., 2000, Kim ve ark., 2002 ).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-II'de "çocukluktaki hiperkinetik sendrom " olarak belirtilmesiyle başlamıştır ( APA, 1968 ). Bu tanılamada tek bir semptom olarak motor aktivitedeki artış kriter olarak alınırken, DSM- III'te dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz ayırımına gidilerek, temel belirtilerin dikkatsizlik, impulsivite ( dürtüsellik ) ve huzursuzluk olduğu belirtilmiştir ( APA, 1980 ).

Daha sonra DSM-III-R'de ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanan bu bozukluk, hiperaktivite olmadan görülen dikkat eksikliği alt tipinden ayrılmıştır. Dikkat eksikliği alt tipi "Özgül Gelişim Bozuklukları" grubunda yer almıştır.

Son olarak DSM-IV'te bozukluk, Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanmış ve üç belirti kümesinde sınıflandırılmıştır ( APA, 1994 ).

314. 01 DEHB, Birleşik tip.

314. 00 DEHB, Dikkatsizliğin önde geldiği tip.

314. 01 DEHB, Hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği tip.

## 2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı

DE/HB'nin içinde olunan koşullara ve yaşa göre şekli ve ağırlığı değişen, zamandan ve çevresel etkenlerden önemli ölçüde etkilenen, çeşitli psikolojik/psikiyatrik süreçlerin "son ürünü" ya da "yan ürünü" olarak ortaya çıkabilen ve genetik temelli bir nörobiyolojik özellik ile "uygun" koşulların bir araya gelmesi durumunda bozukluk olarak kendini gösteren bir "hal"dir ( Yazgan, 1999 ).

DE/HB'nin ne olduğunu, çok çeşitli ve kompleks süreçleri içinde barındırıyor olmasından dolayı eksiksiz bir şekilde ifade edebilmek güçtür. DE/HB aşırı hareketlilik, dikkat problemleri ve istekleri erteleyememe gibi belirgin şikayetlerle kendini gösteren bir hastalıktır. Bir çocukta, gençte veya erişkinde DE/HB var denilebilmesi için, bu belirtilerin yedi yaşından önceden beri bulunması, normal bir kişide olandan çok daha şiddetli düzeyde görülmesi gerekmektedir ( Ercan ve Aydın, 1999 ).

DSM-III'de "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" adı altında iki alt tip, hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz şeklinde tanımlanmaktadır.

DSM-III-R'de ise "DE/HB" olarak tanımlanan bu bozukluk, hiperaktivite olmadan görülen dikkat eksikliği alt tipi, "Özgül Gelişim Bozuklukları" grubunda değerlendirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 sınıflandırmasında ise hiperaktivite özellikleri ağır bastığından "Hiperkinetik Bozukluklar" olarak tanımlanmıştır. ICD-10 ölçütlerinin DSM ölçütlerinden en önemli farkı, bu davranış sorunlarının okulda, evde ve diğer ortamlarda görülmesi koşulunu getirmesidir ( Yazgan, 1999 ).

DSM-IV'te ise, "DE/HB" genel başlığı altında, "Birleşik Tip", "Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip"ve "Hiperaktivite - İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip" şeklinde bir ayrıma gidilmiştir ve hastalığın tanımı ve sınıflandırılması son şeklini almıştır ( APA, 1994 ).

### **2.3. Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozuklukları DSM IV**

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu

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

( 1 ) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından 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.



(b) oğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.

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

(d) oğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz ( karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir ).

(e) oğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk eker.

(f) oğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(g) oğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder ( rn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler ).

(h) oğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı ( ya da daha fazlası ) en az 6 ay süreyle 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.

### **İmpulsivite**

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

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

( örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar ).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

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

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

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ( örn. Duygu durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu ).

314.01 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Birleşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1, hem de A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa.

314.00 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu. Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa.

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu. Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa.

Kodlama notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler, özellikle ergenler ve erişkinler "Kısmi Remisyonda" olarak belirtilmelidirler.

## **2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Belirtileri Nelerdir?**

Bu bozukluğun temel belirtileri olan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve impulsivite gibi davranış özellikleri, erken çocukluk dönemlerinde başlar. Uluslararası düzeyde kabul edilen sınıflandırmaya göre ( DSM-IV ) bu davranış özelliklerinin, 7 yaşından önce de gözlenebiliyor olması gerekmektedir. Bunun için de klinik teşhis sürecinde dikkatli ve detaylı bir bilgi toplama çalışmasının yapılması gerekmektedir.

Bu çocukların akademik başarıları düşük olmaktadır. Okul performanslarının düşük oluşunun sebebi, her zaman gelişim ve/veya zeka problemlerinden değil, bu tür bir başarıyı ortaya koyabilmeyi sağlayan birçok bilişsel yan ürünün ( dikkati yoğunlaştırma, işlemden geçirme, algılama ve yorumlama gibi ) biraraya getirilememesidir.

## **2.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı**

DEHB'nin prevalansı % 0.1 ile % 20 arasında değişkenlik göstermektedir ( Weiss, 1996, DSM IV, 1994, Costello, 1988, Anderson-McGee, 1987, Rutter, 1988, Duare-Kushch, 1991 ). Bu farklı sonuçların kullanılan tanı sınıflandırması, tanı araçları, bilgi alınan kaynak ve seçilen popülasyondaki değişkenlikten kaynaklandığı düşünülebilir.

Amerika ve Kanada'da görülme sıklığı %10 gibi bir rakama ulaşabilirken, özellikle İngiliz araştırmacılar impulsiviteyi "Davranış Bozukluğu" içinde ele aldıklarından İngiltere'de bozukluğun prevalansı çok daha küçük olmaktadır.

Wolraich ( 1996 ), geniş prevalans çalışmasında DSM-III-R'ye göre DE/HB % 7.3 iken; dikkat eksikliğinin önde geldiği tip % 5.4, hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği tip % 2.4, birleşik tip ise % 3,6 olarak toplam prevalansı % 11.4 bulmuştur. DSM-IV prevalansı daha fazla göstermekle beraber, alt tiplerin daha iyi sınıflanmasını sağlamaktadır ( Taylor, 1995, Morgan-Hynd, 1996, Wolraich- Hannah, 1996 ).

İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi bilim dalında Aydoğmuş ve Motavallı'nın çalışmalarına göre Türkiye'de prevalansın % 6,5 olduğu düşünölmektedir ( Motavallı, 1994 ).

Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine 22 aylık bir periyotta başvuran 1556 hastanın DSM-VI tanı kriterlerine göre değerlendirilmeleri sonucunda DE/HB prevalansının %8,6 olduğu tespit edilmiştir ( şenol, şener, 1998 ).

Kentsel kesimde ilkokul çocuklarına yönelik bir yaygınlık çalışmasında DEHB'nin %6.5 oranında bulunduğu bildirilmiştir ( Motavallı, 1994 ). Gecekondu kesiminde yapılan bir araştırmada anne-baba değerlendirmesine göre çocukların %25.9'unda, öğretmen değerlendirmesi göre de %21.4'ünde kıpır kıpır olma saptanmıştır ( Erol, 1990 ).

Ölkemizde DE/HB oranının belirlenmesine yönelik olarak başka çalışmalar da yapılmıştır. AÖTF Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuru nedenleri arasında

hiperkinetik sendrom yedinci sırada belirtilirken ( Kürşad, 1979 ), 1988 yılında hiperaktivite, başvuruların %2.78'ini oluşturarak, başvuru nedenleri arasında onbeşinci sırada yer almıştır ( Erol, 1988 ).

Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı bölümünün DE/HB'nin yaygınlığını belirlemeye yönelik geniş ölçekli alan araştırmasında, 1979 yılında başvuran çocukların %0.8'inde, 1983 yılında başvuruların ise %1.16'sında DE/HB bulunmuştur ( Öktem ve Baysal, 1995 ).

Erkeklerde kızların 3-5 veya 4-9 katı sıklıkla bulunmaktadır ( Kaplan & Sadock, 1994, DSM IV, 1994 ). Erkeklerde sıklığı kızlardan daha fazla olup, klinik örnekleme erkek/kız oranı 9/1, alan örnekleminde ise 4/1 olarak verilmektedir.

Erkek çocukların daha fazla etkilenmesi konusunda çeşitli araştırmalar yapılmış ve farklı görüşler öne sürülmüştür. Bazı araştırmacılar kızlarda daha çok dikkatsizlik ve bilişsel güçlüklerin görüldüğünü bildirerek, bunun gözden kaçabileceğini ya da önemsenmeyebileceğini, oysa erkeklerin saldırganlık, ataklık ve davranış bozuklukları nedeniyle kliniklere daha erken getirildiklerini öne sürmüşlerdir ( Wolraich ve ark., 1996 ). Bir diğer görüşe göre, erişkinler, kız çocuklarının aşırı hareketliliğine en azından okul öncesi dönemde, erkeklerinkinden daha hoşgörülüdürler. Bu da hastalığın kızlarda daha az tanınmasına neden olabilmektedir ( Şenol, 1997 ).

## **2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Klinik Karakteristiği**

DE/HB'nin klinik karakteristiği; hiperaktivite, dikkat bozukluğu ( kısa dikkat süresi, dikkatin çabuk çelinebilmesi, perseverasyon, dikkatsizlik, zayıf konsantrasyon gibi ), algısal-motor yetersizlik, duygusal oynaklık, yaygın koordinasyon bozukluğu, impulsivite ( düşünmeden hareket etme, sınıfta dolaşma, sırasını bekleyememe gibi ), hafıza ve düşünce bozuklukları, özel öğrenme bozukluğu, konuşma ve duyma bozuklukları, silik nörolojik bulgular ve düzensiz EEG ölçümleridir ( Kaplan, Sadock, 1994 ).

DE/HB, bebeklikte; uyku ve beslenme düzensizliği, huzursuzlukla kendini gösterirken, okul öncesi dönemde; motor huzursuzluk, kaotik hareketlilik ön plandadır. Okula başlamayla, kuralları olan organize bir yerde belirtiler daha fark edilir hale gelir. Sınıfta oturması, dinleyebilmesi, ödevlerini yapabilmesi, söz alarak konuşması ve arkadaşlarına uyum sağlaması son derece zordur. Evde televizyon izlerken, yemek yerken, ev ödevlerini yaparken sürekli hareket halindedir. Dış ortamda arkadaşları ile oyun oynaması zordur, sıklıkla kazaya maruz kalır ve ortama uyum sağlayamaz. Çocuğun yaşı ile ilgili olarak, çevresinin ve ailesinin beklentilerini karşılayamaması; sosyal içe çekilmeyi, depresif ve anksiyeteli duygu durumu, negativist tutumu, karşıt gelmeyi, saldırgan davranışı ve düşük özgüveni beraberinde getirebilir. Ergenlik dönemine gelindiğinde ise; iç huzursuzluk, sürekli heyecanlı hissetme, yerinde duramama şeklinde kendisini gösterebilir. Aile kurallarını, kişiler arası ve eğitimsel ilişkileri bozacak şekilde impulsif davranışlar

sergilemeye de oldukça sık rastlanabilmektedir ( Teicher, 1996, Sandberg, 1996, DSM IV, 1994, ICD 10, 1994 ).

## **2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Oluşumuna İlişkin Görüşler**

Genel olarak DE/HB'nin tek bir nedenden çok, fizyolojik ve psikososyal etmenlerin etkileşimi ile ortaya çıktığı kabul gören bir görüştür ( Weiss, 1996, Cantwell, 1996 ).

DE/HB'nin nedenleri; genetik geçiş, çevresel nedenler, merkezi sinir sisteminin yapısal ve işlevsel bozuklukları şeklinde gruplandırılabilir.

### **2.7.1. Genetik Geçiş**

DE/HB etyopatogenezi, çocuk psikiyatrisinin en çok araştırılan konusu olmasına rağmen, bu konuda henüz kesin bir sonuca varılamamıştır ( Weiss, 1996, Taylor, 1995 ).

Aile çalışmalarında, birinci derece akrabalarda ve ikizlerde daha sık olduğu, bu sendromun olduğu ailelerde; ayrıca duygu durum ya da anksiyete bozukluğu, Tourette sendromu, madde kullanımı ile ilgili bozukluklarla, antisosyal kişilik bozukluğuna sık rastlandığı bulunmuştur. İmpulsivite ve davranış bozukluğu olan olguların ailelerinde daha bariz psikopatoloji saptanmıştır ( Goodman, Stevenson, 1989 ). Elia ( 1994 ), nadir bir otosomal hastalık olan tiroid hormonuna yaygın



direnç bozukluğunun ilgisini araştırdığı çalışmasında, % 61 sıklıkta bu hastalığı olanlarda DE/HB bulmuştur.

Sonuç olarak, araştırmacılar tarafından genetik yatkınlık konusunda görüş birliğine varılmıştır ( Weiss, 1996, Labey-Pelham,1988, Biederman-Faraones, 1990, Biederman-Wolznial, 1995, Reeve-Werry-Elkind, 1987, Gilger-Pennington, 1992, Gjone-Stevenson, 1996, Faraone, 1996, Elia-Gulatto, 1994, Yitzchak, 1996, DSM IV, 1994 ). Ancak geçişin doğası tam olarak anlaşılammıştır. Kalıtımın 0.55-0.92 oranlarında etkili olduğu bildirilmektedir ( Cantwell, 1996 ).

Evlad edinme çalışmaları kalıtsal etmenlerin çevresel etmenlere göre daha etkili olduğunu göstermektedir. Morrison ve Stewart 1973'te, Cantwell 1975'te yaptıkları çalışmalarda DE/HB olan çocukların biyolojik anne babalarının, evlat edinen anne babalara nazaran daha yüksek oranda DE/HB problemlerine sahip olduklarını rapor etmişlerdir ( Barkley, 1998 ). Çok çarpıcı olan bir başka bulgu ise Biederman ve arkadaşlarının 1995'te yapmış oldukları çalışmada, ebeveynlerden birinde DE/HB olması durumunda çocuklarında da bu bozukluğun görülme riskinin %57 olmasıdır ( Barkley, 1998 ).

DE/HB'ye yol açan tek bir gen tespit edilememiştir. Birçok çalışmada dopamin genlerinde (DRD2, DBH, DRD4, DRD5, DAT1) varyasyonlar saptanmıştır. Ancak en sık tekrarlayan pozitif ilişki DRD4, 7 repeat alleli ve DAT1 arasında bulunmuş ( Hechtman, 2002 ). Bir çok çalışma DRD4'ün kodlanmasından sorumlu olan 48 bp zincirinin 7 repeat aleli ile DE/HB arasında ilişki olduğunu göstermiştir ( Malhorta, Virkkunen, Rooney, 1996, Benjamin, Patterson, Greenberg, 1996 ).

1999'da, DE/HB, davranış bozukluğu ve karşıt olma/gelme bozukluğunun sınıflandırıldığı yıkıcı davranış bozukluğu olan ve externalizing davranışlar sergileyen kişilerle yapılmış olan bir çalışmada, bu davranışlar ile androjen reseptör geni arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir ( Comings, Chen, Wu, 1999 ).

Biyokimyasal çalışmalar sonucu DE/HB'de platelet 5-HT düzeyi rölâtif olarak düşük bulunmuştur ( Rappaport, Quinn, Scribanu, Murphy, 1974 ). Ek olarak 5-HT metabolitinin konsantrasyon düzeyinin azalması ile impulsif aktivitede artışın olması arasında ilişkili bulunmuştur ( Linnolia, Virkkunen, Scheinin, Nuutila, Rimon, Goodwin, 1983 ). Bunun yanı sıra 5-HT aktivitesinde azalmanın insan ve hayvan deneylerinde impulsif, agresif ve disinhibe davranışlara yol açtığı gösterilmiştir ( Heffner, Seiden, 1982, Spivak, Vered, Yoran-Hegesh, Averbuch, Mester, 1999 ).

Bu bilgiden yola çıkarak serotonin sistemi ile DE/HB arasında bir ilişkinin olabileceği düşünülerek 5HTT geni incelenmiştir. 5HTT geninde VNTR bölgesi ve 5-HTTLPR bölgeleri incelenmiştir. Sonuçta 5-HTTLPR S/S genotipi, DE/HB olan grupta kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. DE/HB olan grupta homozigot ve heterozigot L variantının predomine halde olduğu görülmüştür. Yine DE/HB olan grupta 2.12/12 genotipinde VNTR ST anlamlı derecede düşük bulunmuştur. S, L, 10, 12 alelleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuçta HTTLPR polimorfizminde S/S varyantının olmasının ya da VNTR polimorfizminde ST'nin 2.12/12 varyantının olmamasının, DE/HB'de artmış risk ile orantılı olduğu düşünülmüştür ( Zoroglu, Erdal, Alasehirli, Erdal, Sivasli, Tutkun, 2002 ).

Coloboma farelerinde SNAP 25 geni hiperaktiviteye neden olan proteinin kodlanmasını sağlamaktadır ( Kustanovich, Merriman, McGough, McCracken, Smalley, Nelson, 2003, Steffensen, Wilson, Henriksen, 1996 ). Bu bilgiden yola çıkarak yapılan bir çalışmada SNAP 25 geninin 3 bölgesinde iki tane polimorfizm ile DE/HB ilişkili bulunmuştur ( Kustanovich, Merriman, McGough, McCracken, Smalley, Nelson, 2003 ).

### **2.7.2. Çevresel Nedenler**

Bozukluğun nedenlerine yönelik çalışmalarda bazı çevresel etmenler üzerinde de çok durulmaktadır. Doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasındaki dönemlere ilişkin metabolik, dolaşımsal, toksik olaylar, travma ve enfeksiyonlara bağlı olarak gelişen merkezi sinir sistemi hasarlarının DE/HB'nin hazırlayıcısı olabilecekleri düşünülmektedir. Boya maddeleri ve koruyucular gibi gıda katkılarının ( Boris ve Mandel, 1994 ), şekerlerin, vitaminlerin, kurşun ve bazı toksinlerin DE/HB'ye neden olabilecekleri öne sürülmekle birlikte bunlara ilişkin yeterli kanıt gösterilememektedir ( Arnold ve Jensen, 1995, Weiss, 1996 ). Wolraich ve arkadaşları ( 1986 ), çocuklara değişik miktarlarda şeker bulunan diyetler vermiş ve DE/HB ile kontroller arasında fark bulmadıklarını bildirmişlerdir.

DE/HB'nin oluşumuna sebep teşkil etmemekle birlikte, katkıda bulunan ya da tetikleyici faktörlerden de söz edilmektedir. Hamilelik dönemlerinde yaşanan travmalar, alkol ve/veya sigara kullanımı, kurşun zehirlenmesi gibi çevresel etkenler bunların başlıcalarıdır. Bunların dışında, doğum esnasında yaşanan problemler, erken doğumun da riski arttırabileceği düşünülmektedir.

Tüm dünyada katkı maddeli ürünlerin kullanımının artmasıyla DE/HB arasında bağlantı olup olmadığına dair de bazı araştırmalar yapılmış ancak net sonuçlar elde edilememiştir ( Yitzchak, 1996, Weiss, 1996, Taylor, 1995 ).

Uzun süreli takip çalışmalarında, hastalığın belirtilerinin % 40 hatta % 80 oranında adolesan ve erişkin yaşlara kadar devam ettiği gösterilmiştir ( Manuzza-Bessler-Klein, 1993, Barkley-Du Paul, 1990, Bakker, 1984 ). Adolesan dönemde akademik başarısızlık, sosyalizasyonun yetersizliği, uyuma yönelik yetenekte düşüklük, özgüven eksikliği sıklıkla tabloya eşlik etmektedir ( Wilson-Marcotte, 1996 ).

DE/HB'nin yaygınlığını ve ciddiliğini; aile özelliklerinin olumsuzluğu, IQ yetersizliği, früstürasyon toleransının düşüklüğü, davranış bozukluğu, duygu durum ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik tabloların, DE/HB'ye eşlik etmesi direkt olarak etkilemektedir. DE/HB'ye genetik yatkınlığı olan çocuklarda, okul ve ailedeki yoğun früstürasyonların belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olup, tablonun şiddeti ile süresine etki ettiği düşünülmektedir ( Yitzchak, 1996, Zametkin-Rapaport, 1987 ).

### **2.7.3. Merkezi Sinir Sisteminin Yapısal ve İşlevsel Bozuklukları**

Bugüne kadar DE/HB olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir çok çalışmada toplam beyin ( cerebrum ) ve beyincik ( cerebellum ) hacminde azalma olduğu gösterilmiştir ( Berquin ve ark., 1998; Castellanos ve ark., 2002 ). MR ile beynin yapısal görüntülenmesinde beyin yarım kürelerinde özellikle frontal bölgede olmak üzere temporal, pariyetal ve oksipital bölgelerde anormallikler saptanmıştır. Filipek ve arkadaşları 1997'de, 15 erkek DE/HB olan, çocuk ve ergende normal kontrollere

göre toplam beyin hacminin aynı olmasına karşın sağ frontal ve iki taraflı retrokallozal ( paryetal-okspital ) bölge hacimlerinin daha küçük olduğunu bildirmişlerdir. Bir çalışmada 27 DE/HB olan çocuk ve ergen 46 normal kontrol ile karşılaştırılmış ve DE/HB olanlarda iki taraflı inferior dorsal prefrontal ve anterior temporal korteks hacimlerinin azaldığı, posterior temporal ve inferior pariyetal korteks hacimlerinin ise arttığı belirtilmiştir ( Sowell ve ark., 2003 ). DE/HB’de beyin yapısal görüntülenmesi ile frontal bölge anormalliklerinin daha çok prefrontal ve premotor kortekste yoğunlaştığı anlaşılmaktadır ( Casey ve ark., 1997, Mostofsky ve ark., 2002, Sowell ve ark., 2003 ). fMR çalışmaları ile uygunsuz düşünce ve davranışları engellemeyi ( response inhibition ) değerlendiren nöropsikolojik testler sırasında DE/HB olan çocuk ve ergenlerde prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve striatum aktivasyonunda normal kontrol grubundan farklılıklar gözlenmiştir ( Tamm ve ark., 2004, Durston ve ark., 2003, Schulz ve ark., 2005 ).

Bölgesel beyin kan akımının değerlendirildiği SPECT çalışmalarında ise dorsolateral prefrontal, orbitofrontal, temporal ve serebellar kan akımında azalma; pariyeto-okspital, subkortikal ve talamik bölge kan akımında ise artış olduğu gösterilmiştir ( Gustafsson ve ark., 2000, Kim ve ark., 2002 ).

Ülkemizde DE/HB tanısı alan 11 erkek çocuk ile yapılan bir çalışmada, üç aylık metilfenidat tedavisi sonrasında sağ ön pariyetal bölge kan akımında azalma ve sol temporal bölge kan akımında artış olduğu bildirilmiştir ( Öner ve ark., 2000 ). Bir başka çalışmada ( Öç, 2004 ), 8-14 yaşlarında DE/HB tanısı konan 21 çocuğu kontrol grubu ile karşılaştırmış ve hasta grubunda tedavi öncesinde azalan sağ frontal bölge kan akımının üç aylık metilfenidat tedavisi sonrasında düzeldiğini belirtmiştir.

Farklı çalışmalarda bazal ganglia özellikle de kaudat çekirdek hacminde değişiklikler ( Hynd ve ark., 1993, Castellanos ve ark., 1994, Filipek ve ark., 1997 ) ve kaudat çekirdek asimetrisi ile dikkat ve davranış problemlerinin şiddeti arasında ilişki olduğu belirtilmektedir ( Mataro ve ark., 1997, Schrimsher ve ark., 2002 ).

DE/HB'ye özel öğrenme güçlüğü olan ergenlerde dikkati değerlendiren bir nöropsikolojik test uygulaması sırasında fMR ile ventral bazal ganglia aktivasyonunda sağlıklı kontrollere göre azalma olduğu ve metilfenidat tedavisi ile bu bölgede aktivasyonun arttığı gösterilmiştir ( Shafritz ve ark., 2004 ). SPECT çalışmaları ile de bazal gangliada dopamin taşıyıcı yoğunluğunun arttığı ( Cheon ve ark., 2003 ) ve metilfenidat tedavisi ile post sinaptik dopamin reseptör sayısı ve dopamin taşıyıcı yoğunluğunda azalma olduğu bulunmuştur ( Vles ve ark., 2003 ).

DE/HB olan çocuk ve ergenlerde korpus kallozum hacminde azalma da bildirilmektedir ( Giedd ve ark., 1994, Semrud-Clikeman ve ark., 1994 ). Bu çalışmalar DE/HB'nin oluş sürecinde frontal-striatal-talamokortikal devrenin ve serebellumun önemli rolünün bulunduğunu, dopaminerjik nörotransmitter sisteminde bozulmanın olduğunu göstermektedir. Bu durumda bazal ganglia işlevinde bozulmanın DE/HB'de görülen dürtüsellik ve hareketlilik ile frontal bölge işlevinde bozulmanın ise dikkat eksikliği, yürütücü işlevlerdeki bozulma ve öğrenme güçlüğü ile daha fazla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bu bozuklukta beyin görüntüleme yöntemleri ile eşzamanlı olarak nöropsikolojik değerlendirme araçlarının kullanılması hem beynin yapı ve işlevi arasındaki ilişkilerin ortaya konulmasında hem de DE/HB'nin oluş mekanizmasının aydınlatılmasında oldukça önemlidir. DE/HB olan çocuk ve ergenlerin tekrarlayan beyin MR çalışmaları ile toplam beyin ve serebellum

hacmindeki değişikliklerin yaşla birlikte kontrol grubunda gözlenenenden farklılık göstermediği, ilerleyici olmadığı ve ilaç tedavisinden bağımsız olduğu belirtilmektedir ( Rapoport ve ark., 2001, Castellanos ve ark., 2002 ). Bu da bizi DE/HB etyolojisini araştırmada daha çok doğum öncesi ve erken doğum sonrası döneme yönlendirmektedir.

## **2.8. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Ayırıcı Tanısı**

DE/HB'nin tanısı birçok kaynaktan alınan bilgilerle mümkün olmakla beraber, tüm dünyaca kabul edilen klasifikasyon sistemleri baz alınarak yapılabilmektedir. Günümüzde ise en yaygın olarak kabul edilen sistem DSM-IV'tür.

DE/HB'nin başlıca komorbitide gösterdiği durumlar; öğrenme bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, davranış bozukluğu, major depresyon, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve Tourette bozukluğudur ( Semrud-Clikeman, Biederman, 1992, Rutter, 1988, Fergusson-Harmoodl, 1992, Latey-Carlson, 1991, Mc Clellan-Rubert, 1990, Pliszka, 1992, Milberger-Biederman, 1995, Schachav-Tonnock, 1995 ).

Ayırıcı tanıya girdiği durumlar; yaşa uygun hiperaktivite, DE/HB'nin eşlik etmediği öğrenme bozuklukları, sadece davranış bozukluğu, uyum bozukluğu, konuşma ve dil bozuklukları, mental retardasyon, Tourette sendromu, duygulanım

bozuklukları ve anksiyete bozukluklarıdır. Diğer ayırıcı tanıya girdiği medikal bozukluklar; hipertroidi, fenilketonüri, perinatal asfiksi, ensefalitler, kafa travmaları, dejeneratif merkezi sinir sistemi hastalıkları ve epilepsidir.

Tanı DSM-IV kriterlerinin kullanımı, klinik muayene, aileye ve öğretmene gelişimsel öykü formu ve “Achenbach Çocuk Davranış Skalası” verilerek konulabilir.

Tanı aşamasında çocukla yapılan görüşmelere ona en yakın kişilerin de katılması büyük önem taşır. Bunlar başta anne baba olmakla birlikte, yakın akrabalar, öğretmen ve rehberlik servisi çalışanlarıdır. Çocuğa ilişkin ne denli geniş davranış örneklemleri toplanabilirse doğru tanıya ulaşmakta o ölçüde kolaylaşmaktadır. Son yıllarda ise tanı koyma aşamalarında nöropsikolojik testler önem taşımakla beraber güç katıcı olarak kabul edilen “Öğretmen Bilgi Formları” ve “Anne Baba Değerlendirme Ölçekleri” oldukça yaygınlaşmaya başlamıştır. Bunun sebebi ise; geniş bir davranış yelpazesini içeren bu ölçeklerin, çocukla en uzun zamanı geçiren kişilerce, çok kolay doldurulabiliyor olmasıdır.

Bütün problem alanlarında olduğu gibi, gelişimsel bozukluklarda da detaylı bir öykü alınması gerekmektedir. Bunu yapabilmek için anne, baba ya da çocuğa en yakın akrabayla, çocuğun kendisiyle ve öğretmeniyle mümkün olan en çok bilgiyi toplamaya yönelik görüşmelerin yapılması gerekmektedir.



### **2.8.1. Anne Babayla Görüşme**

Her yönüyle tam olarak doğruyu yansıtmasa da, anne, babanın sorunlara yönelik görüşleri, en aydınlatıcı bilgi kaynağıdır. Bunu sağlayabilmek için özellikle ilk görüşmelere anne babanın her ikisinin de gelmesi büyük önem taşımaktadır. Bu mümkün olamıyorsa her koşulda doldurulması gereken ebeveyn formlarının doldurulmasına daha da özen gösterilmesi gerekmektedir.

### **2.8.2. Öğretmenle Görüşme**

Çoğu zaman çocukla, anne babadan bile daha çok zaman geçiren öğretmenle yapılan görüşme büyük önem taşır. Bu genelde pratik sebeplerden dolayı yapılamasa da, kendisine gönderilen yapılandırılmış testlerden elde edilen bilgilerle bu durum telafi edilmeye çalışılır. Bu etkileşimin önemi, okulda geçirilen zamanın uzunluğundan daha çok okulda yaşanan sürecin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Çünkü DE/HB olan çocuklar hem akademik başarılarındaki düşüklükleriyle hem de okulun oluşturmuş olduğu kurallarla yapılanmış olan atmosferine uyumsuzluklarıyla akranlarından kolayca ayırt edilebilmektedirler.

Ancak bu kimi zaman olumsuz sonuçlara da sebep olabilmektedir. Farklılıklarıyla ayırt edilen çocuk, arkadaşlarının da etkisiyle öğretmen tarafından yaramaz damgasını yiyip sınıftan soyutlanabilmektedir. Öğretmenle yüz yüze görüşmeler yapılarak, bu süreçte yaşanan sorunlara daha uygun çözüm yolları ve gerekiyorsa daha uygun ceza yöntemleri üzerinde anlaşmaya varılması gerekmektedir.

## **2.9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavisi**

### **2.9.1. Farmakoterapi**

Erişkin DE/HB'nin tedavisinde çocuklarda kullanılan ilaçlar kullanılmaktadır ( Wender, 1995, Wilens, Biederman, Spencer, Prince, 1995 ). Ancak çoğunlukla ilaçların çocuklardaki etkinlikleri daha fazla olduğundan erişkinlerde aynı etkiyi sağlayabilmek için çocuklarda kullanılan dozdan daha yüksek dozlarda kullanılması gerekmektedir ( Searight, Burke, Rottnek, 2000 ).

#### **2.9.1.1. Santral Sinir Sistemi Stimulanları**

DE/HB'de en yaygın kullanılan ilaçlar stimulanlardır ( Metilfenidat, D-Metilfenidat, dekstroamfetamin, amfetamin tuzu, magnesium pemolin, modafinil ). Bugüne kadar erişkin DE/HB'de stimulan tedavisi ile ilgili 9 adet kontrollü çalışma literatürde yer almaktadır ( Wender, Wolf, Wasserstein, 2001, Mattes, Boswell, Oliver, 1984, Spencer, Biederman, Wilens, 2001 ). Bu çalışmalar stimulan ilaçların DE/HB'de %78 oranında yararlı olduklarını göstermektedir ( Spencer, Wilens, Biederman, Faraone, Ablon, Lapey, 1995 ). Stimulanlar, katekolaminlerin ventriküllerden salınımına yol açar ve sinaps aralığından katekolaminlerin geri alınımını inhibe ederler. Bu etkileri yanısıra MAO enzimini de inhibe ederek dopamin ve norepinefrin düzeyini artırır ( Wilens, Biederman, Prince, Spencer, Faraone, Warburton, 1996, Wilen, Spencer, Biederman, 1998 ). Stimulanlar MSS'de pseudonörotransmitter olarak ta etki gösterirler ( Mattes, Boswell, Oliver, 1984 ).

Gösterdikleri bu etkiler ile stimülanlar dikkat ve konsantrasyon düzeyini arttırırken, impulsivite ve hiperaktiviteyi azaltırlar ( Wilen, Spencer, Biederman, 1998 ). DE/HB olmayan kişilerde de aynı etkileri gösterdikleri için, stimülan tedavisi DE/HB tanısını doğrulama ve dışlamada kullanılmamalıdır ( Steffensen, Wilson, Henriksen, 1996 ).

Stimülanlar genelde iyi tolere edilebilen ve hafif yan etkileri olan ilaçlardır. Stimülanlar ile görülen yan etkiler, uykuya dalmakta güçlük ( insomnia ), iştahta azalma, kilo kaybı, hafif düzeyde kalp hızında ve basıncında artıştır. Kan basıncındaki artış çocuklara oranla erişkinlerde biraz daha fazla görülür. O nedenle hipertansif hastaya stimülan tedavisi başlanırken monitörize edilmeli, sonra kan basıncı takip edilmelidir ( Wilen, Spencer, Biederman, 1998 ). Madde kötüye kullanımı ya da öyküsü olan hastalarda stimülan ilaç tedavisi yerine tedavide yer alan diğer ilaçlar tercih edilmelidir ( Searight, Burke, Rottnek, 2000 ). Ancak kullanımları kontrendike değildir ( Wender, 1998, Schubiner, Tzelepis, Isaacson, Warbasse, Zacharek, Musial, 1995 ). Yavaş salımlı dextroamfetamin ve amfetamin-metilfenidat gibi preparatların yavaş salınım mekanizmalarından dolayı kötü kullanımları daha az olmaktadır. Bu nedenle riskli gruplarda kullanılması uygundur ( Anders, 2003 ). Uzun etkili ilaçlarda uyumsuzluk riski ve rebound etki diğerlerine oranla daha azdır ( Adler, Cohen, 2004 ). Stimülanlarla yapılan tedavi zannedilenin aksine DE/HB olan erişkinlerde madde kullanımını arttırmaktan çok riski azaltmaktadır ( Weiss, Pope, 1985, Levin, Evans, McDowell, Kleber, 1998 ). DE/HB tedavi edilmediğinde madde kullanım riski daha da artmaktadır ( Dulcan, Dunne,

Ayres, Arnold, Benson, Bernet, 1997 ). Yapılmış olan bir çalışmada tedavinin bu riski %85 oranında azalttığı saptanmıştır ( Weiss, Pope, 1985 ).

Metilfenidat, DE/HB’de ilk seçim olarak kullanılmaktadır ( Grabowski, Roache, Schmitz, Rhodes, Creson, Korszum, 1997, Greenhill, Plitszka, Dulcan, Bernet, Arnold, Beitchman, 2002 ). Türkiye’de bulunan metilfenidat preparatı ritalindir. Ritalin 10 mg'lık tabletler halinde bulunmaktadır. Yarı ömrü 2-2.5 saattir. En yüksek serum düzeyine ulaşması 0.3-4.4 saatte olmaktadır. Etki süresi 2-4 saattir. Tedaviye 5-10 mg ile başlanır, hedef doz 40-90 mg’dır.

Shafritz ve ark. ( 1990 ), çocukluk çağı DE/HB’inde metilfenidat ile ilgili araştırmaları gözden geçirerek yaptıkları çalışmada, bu ilacın etkili olduğunu göstermişlerdir. Ancak erişkin DE/HB’inde yapılan metilfenidat çalışmalarının 6 plasebo kontrollü çift kör çalışma ile sınırlı olduğu görülmüştür ( Mattes, Boswell, Oliver, 1984, Dulcan, Bergman, Weller, 1998, Spencer, Biederman, 2002 ).

DE/HB tedavisinde dekstroamfetamin, pemolin, focalin, adderall gibi stimulan ilaçlarla da etkili sonuçların alındığı literatürde yer almaktadır ( Faraone, Spencer, Aleradi, Pagano, Biederman, 2004, Pelham, Gnagy, Burrows-Maclean, 2001, Pelham, Aronoff, Midlam, 1999, Pelham, Gnagy, Chronis, 1999 ).

Metilfenidatın uzun etkili formu ( concerta ) ile ilgili yapılan bir çalışmada günde üç kez metilfenidat verilen hastalar ile günde tek doz concerta alan hastalardaki etkinlik eşit bulunmuştur ( Faraone, Spencer, Aleradi, Pagano, Biederman, 2004 ).

Narkolepsi tedavisinde kullanılan stimulan bir ilaç olan ( modafinil ) modiodal yapısal olarak diğer stimulan ilaçlardan farklılık göstermektedir ( Rugino, Copley, 2001 ). Etki mekanizması tam olarak bilinmemesine rağmen GABA ve glutamat üzerinden etki ettiği düşünülmektedir. Yarı ömrü 12-17 saat arasında değişen modafinilin DE/HB tedavisinde düzeltici etkisinin gözlemlendiği belirtilmektedir ( Rugino, Copley, 2001, Wilens, Biederman, Spencer, 1995 ).

### **2.9.1.2. Antidepresanlar**

Çocuk ve adölesanlarda yapılan bir çalışmada, ortalama 60 mg/gün kullanılan venlafaksinın kognitif belirtiler üzerinde olumlu bir etkisi gözlenemezken, davranış üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir ( Olvera, Pliszka, Luh, Taum, 1996 ). Yetişkinlerle yapılan başka bir çalışmada, venlafaksinın etkili olabileceği fakat ilacın etkinliğinin kontrollü çalışmalarla değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir ( Findling, Schwartz, Sannery, Manos, 1997 ).

Noradrenalin geri inhibitörü olan reboksetinin olgu bildirimlerinde yararlı olduğu bulunmuştur ( Hedges, Reimherr, Rogers, Strong, Wender, 1995, Wilens, Biederman, Spencer, 1995 ).

Diğer Antidepresanlardan bupropionun, TCAD ile karşılaştırıldığında daha fazla stimulan özelliğinin olduğu bildirilmektedir. Noradrenalin ve dopamin üzerinden etki göstermektedir. Yapılan bir çalışmada % 75 oranında yararlı olduğu bulunmuştur ( Wender, Reimherr, 1990 ). Erişkin DE/HB'de yararlı olduğu da gösterilmiştir ( Wilens, Spencer, Biederman, Girard, Doyle, Prince, 2001, Riggs, Leon, Mikulich, 1998 ). MAOI ile yapılan çalışma sonuçları çelişkili olduğundan

dolayı diğer ilaçlara yanıt vermeyen DE/HB'li hastalarda kullanılması önerilmektedir.

SSRI'ların belirgin etkinliklerinin olmadığı ( Wilen, Spencer, Biederman, 1998, Spencer, Biederman, Wilen, 1998 ), ancak depresyonun eşlik ettiği hastalarda yararlı olabileceği bildirilmiştir ( Adler, Resnick, Kunz, Devinsky, 1995, Mannuzza, Klein, Addalli, 1991, Wilens, Biederman, Spencer, Prince, 1995 ).

### **2.9.1.3. Antihipertansifler**

DE/HB'de son yıllarda yapılan araştırmalarda antihipertansiflerin de yararlı olduğu gösterilmiştir ( Silver, 1999 ). Bunlardan alfa 2 agonisti olan klonidin ve guanfazın üzerinde en çok çalışılan ilaçlardır. Klonidin ve guanfazın, çocukluk ağı DE/HB'sinde kullanılmaktadır. Erişkin DE/HB'sinde etkinlikleri açık değildir.

### **2.9.1.4. Atomoksetine**

DE/HB tedavisinde FDA onayı olan atomoksetin presinaptik norepinefrin transporterlerin potent bir inhibitörüdür. Minimal düzeyde seratonin, asetilkolin ve GABA reseptörlerine de bağlanmaktadır. 10, 18, 25, 40, 60 mglık kapsüller halinde bulunmaktadır ( Wimett, Laustsen, 2003 ).

## **2.9.2. Psikoterapi**

Wender, psikoterapinin farmakoterapi olmadan yararlı olmadığı görüşünü savunmaktadır ( Wender, 1995 ). Ancak bunun tersini düşünen araştırmacılar da vardır ( Hallowell, Ratey, 1994 ). Bazı araştırmacılar da uygun medikasyon olmadan

psikoterapinin zararlı olabileceğini söylemektedir ( Ratey, Greenberg, Bemporad, Lindem, 1992 ). Evlilik ve bireysel danışmanlık, öz yardım grupları, özellikle benlik saygısı azalmış bireyler için bireysel psikoterapi, tüm aileye DE/HB eğitimi, öz tedavi stratejilerinin öğretilmesi ( Searight, Burke, Rottnek, 2000 ), doğrudan öğretmeyi içeren bilişsel iyileştirme, zaman yönetimi, organizasyon ve öfke kontrol metodlarının öğretilmesi yararlı olabilir ( Daly, Fritsch, 1995, Connors, Wells, Erhardt, 1994 ). Birçok çalışmada ilaç tedavisi ve davranış yönetiminin göreceli etkililikleri incelenmiştir. Bu konudaki literatür tutarlı sonuçlar vermemektedir. Gittelman ( 1983 ), hiçbir işlevsellik alanında ( bilişsel, akademik ya da sosyal) davranışçı tedavilerin ilaç tedavilerine üstünlüğü olmadığını belirtirken, Gadow ( 1985 ), akademik performansta davranışçı yöntemlerin üstünlüğünü göstermiştir. Her iki tedavinin birlikte kullanımının tek başına kullanımdan daha etkili olup olmadığı konusunda da görüş birliği yoktur.

### **2.9.3. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Şekilleri**

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan kişilerin % 40'ı bitkisel tedaviyi tercih etmektedir. Papatya, kava kava ve kedi otunun huzursuzluğu ve hareketliliği azalttığı, konsantrasyonu arttırdığı bildirilmiştir. Ginko bilobanın hafıza ve bilişsel alanlarda olumlu etkiler gösterdiği bildirilmiştir ( Kibry, Rutman, Bernstein, 2002 ). DE/HB belirtilerinin vitamin C ve çinko eksikliği olduğunda arttığı gösterilmiştir ( Kibry, Rutman, Bernstein, 2002 ). Buna rağmen vitamin tedavisinin DE/HB üzerinde etkili olduğu gösterilememiştir ( Kibry, Rutman, Bernstein, 2002 ). Yapılmış olan bir çalışmada DE/HB olan çocuklara megavitamin kombinasyonu

verilmiş ve sonuçta %25 çocukta yıkıcı davranışların arttığı, %40 çocukta ise serum transamilaz seviyelerinde artışın olduğu saptanmıştır.

Beyin ve beden terapisi, stres karşısında istem dışı davranışları azaltmaktadır. Bu tedavi çeşidinde ilerleyici kas gevşetme, meditasyon, derin nefes alıp verme, hipnoz, biofeedback gibi gevşeme teknikleri kullanılmaktadır. Yapılmış olan bir çalışmada gevşeme terapisi ile masaj karşılaştırılmış. 10 okul günü uygulanan bu çalışma sonucunda masaj uygulanan çocuklarda kavgacı tutumun azaldığı, görev tamamlamalarında artışın olduğu, sınıftaki aşırı hareketliliklerinde azalmanın olduğu saptanmıştır ( Field, Quintino, Hernandez-Reif, 1998 ).

## **2.10. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Yaşam Boyu Seyri**

Erişkin çağdaki DE/HB, DSM-III-R'de residual DE/HB olarak isimlendirilirken, DSM-IV'te parsiyel-residual DE/HB olarak adlandırılmakta olup, prevalansı bilinmemektedir. Motor hiperaktivite, verilen işleri bitirememek ( dikkat eksikliği ), sosyal olarak dinleyememek ( dikkatin çelinmesi ), patlayıcı davranış, sık iş değiştirme ( impulsivite ) şeklinde semptomlar görülebilir. Organizasyon bozukluğu, iş sorunları, plan yapma yetersizliği, öncelik sırasını bilememek, aynı anda birden fazla aktiviteye girişmekle kendini belli eder. Ayrıca duygusal oynaklık, insan ilişkilerinde bozukluk ve stresle başedememe bulunur ( Yitzchak, 1996, Wilson-Marcotte, 1996, Wender, 1990 ).



DE/HB belirtileri, bazı değişikliklere uğrayarak da olsa, hastaların birçoğunda ergenlik ve yetişkinlik döneminde de sürmektedir. Öyle ki Barkley ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir izleme çalışmasında çocukların % 70'inin bu rahatsızlığı ergenlik döneminde, %66'sının yetişkinlik döneminde de yaşadıkları görülmüştür ( Barkley, 1998 ).

Bir başka görüşe göre ise bozukluğun üç tür gidişinden söz edilebilir:

- (1) "Developmental delay" olguların %30'unda görülür. Genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtilerin kaybolduğu gruptur.
- (2) "Continual display" olguların %40'ında görülür. Belirtiler çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de sürer.
- (3) "Developmental delay" olguların %30'unda görülür. DE/HB belirtilerinin yanı sıra alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin de bulunduğu durumlardır ( Şenol ve Şener, 1998 ).

# BÖLÜM III

## ARAŞTIRMANIN YÖNTEM BİLİMİ

### 3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma belirlenen gruba dair verilerin değerlendirildiği bir tarama türüdür.

### 3.2. Yöntem ve Araştırma Uygulamasının Tanıtımı

Araştırma aşağıda belirtilen ilköğretim okulunda, öğrencilere, velilere ve öğretmenlere aşağıda belirtilen ölçekler uygulanmıştır.

Araştırmada DSM IV tanı kriterlerine göre hazırlanan DE/HB tarama formu, İstanbul ili Kartal ilçesi Saffet Simavi İlköğretim okulunun 2-3-4-5. sınıflarında öğrenim gören 8-10 yaş aralığındaki 500 öğrencinin öğretmen ve annelerine doldurtularak öncelikle söz konusu okulun 2,3,4,5. sınıflarında öğrenim gören öğrencilerden DE/HB belirtilerini en fazla ve az gösteren 61 çocuk ( 25 kız, 36 erkek öğrenci ) tespit edilmiştir.

Bu ilk taramanın ardından DE/HB belirtilerini en fazla gösteren çocuklardan 10'u kız, 20'si erkek olmak üzere 30 çocuk deney grubunu, DE/HB belirtilerini en az gösteren çocuklardan ise, 15'i kız, 16'sı erkek olmak üzere 31 çocuk kontrol grubunu oluşturmuşlardır.

### **3.2.1. Deney Grubuna Seçilme Ölçütleri**

- Deney grubu için, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinde en düşük puanı alan ilk 30 çocuğun arasına girmesi. Söz konusu ölçekteki, dikkatsizlik semptomlarından altısı ( ya da daha fazlası ) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüş olması ve hiperaktivite, impulsivite semptomlarından altısı ( ya da daha fazlası ) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüş olması.
- 8-10 yaşlar arasında ve en az ilkokul ikinci sınıf öğrencisi olması.
- Genel IQ puanlarının 85 ve üzerinde olması ( WÇZÖ-R ile belirlenen ).
- Belirli bir fiziksel ya da nörolojik bozukluğunun olmaması.
- İşitme ve görme konusunda belirgin duyuşal özrünün olmaması.
- Anne-babalarının en az ilkokul mezunu olması.
- Gerekli bilgilendirmeden sonra anne-babalarından çalışmaya katılmak üzere onay alınmış olması.

### 3.2.2. Kontrol Grubuna Seçilme Ölçütleri

- Kontrol grubu için, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinde en düşük puanı alan ilk 31 çocuğun arasına girmesi.
- 8-10 yaşlar arasında ve en az ilkokul ikinci sınıf öğrencisi olması.
- Genel IQ puanlarının 85 ve üzerinde olması ( WÇZÖ-R ile belirlenen ).
- Belirli bir fiziksel ya da nörolojik bozukluğunun olmaması.
- İşitme ve görme konusunda belirgin duyuşal özünlün olmaması.
- Anne-babalarının en az ilkokul mezunu olması.
- Gerekli bilgilendirmeden sonra anne-babalarından çalışmaya katılmak üzere onay alınmış olması.

Araştırmaya katılacak çocukların seçimi, DSM IV tanı kriterlerine göre hazırlanan DE/HB ölçeği, 2,3,4,5. sınıflarında öğrenim gören öğrencilerin öğretmen ve ailelerine uygulanması suretiyle yapılmıştır. Bu tarama sonucunda, araştırmaya katılacak olan, 2,3,4,5. sınıflarda öğrenim gören, DE/HB belirtilerini en fazla ve az gösteren 61 çocuk tespit edilmiştir. Söz konusu ölçekteki, dikkatsizlik semptomlarından altısı ya da daha fazlasının en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüş olması veya hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı ya da daha fazlasının en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüş olması deneklerin deney grubuna seçilmesinde etkili olmuştur.

DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinde, dikkatsizlikle ilgili 9 semptomdan veya hiperaktivite-impulsivite ile ilgili 9 semptomdan, annesi ve sınıf öğretmeni tarafından en az 6 madde her zaman görülüyor şeklinde işaretlenen 30 çocuk ( 10 kız, 20 erkek ) deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise yine ölçekten en az puanı alan 31 çocuk ( 15 kız, 16 erkek ) oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan çocukların ilk görüşmeleri ve rutin testleri, araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmacı bu çocuklarla ve çocukların aileleri ile araştırma hakkında bilgilendirme ve onay alma görüşmesi yapmıştır. Daha sonraki değerlendirmeler çocuklarla ve ailelerle 3 aşamada yapılmış ve deney ve kontrol grubu için ortak olarak gerçekleştirilmiştir:

- 1- Annelere, sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Çocuk Bilgi Formu” ( Olguların gelişimsel, sosyodemografik ve akademik özellikleri ile ilgili bilgilerin yer aldığı, araştırmacı tarafından bilgilerin eksiksiz olarak alınabilmesi amacıyla oluşturulmuş 25 maddelik bir formdur ) 20’şer kişilik gruplar halinde uygulanmıştır.
- 2- Daha sonra ise yine annelere “EYSENCK Kişilik Envanteri” 20’şer kişilik gruplar halinde uygulanmıştır.
- 3- .Çocuklara bireysel olarak araştırmacı tarafından WÇZÖ-R, BGGA, Ç.A.T uygulanmıştır.

Haziran 2005 - Haziran 2006 tarihleri arasında, ilköğretim okulu 2-3-4-5. sınıflarına devam eden, DE/HB tanısı almamış 8-10 yaşlar arasındaki 61 ( 36 erkek, 25 kız ) çocuk çalışmaya alınmıştır.

Deney ve kontrol grubunu oluşturan deneklerin annelerine araştırmacı tarafından geliştirilen 'Çocuklar için Bilgi Formu' adı verilen bir ölçek uygulanmıştır ( ölçek ekler bölümünde bulunabilir ).

Deney ve kontrol grubunu oluşturan deneklerin annelerine kişilik özelliklerine dair bilgi edinebilmek amacıyla EYSENCK Kişilik envanteri uygulanmıştır.

Araştırma 12 ayda tamamlanmıştır. Bu sürenin ilk 3 ayı literatür incelemesine, geri kalan 9 ay ise eşzamanlı olarak, literatür incelemesi, veri toplama, bulgular, değerlendirme, tartışma ve sonuç bölümlerine ayrılmıştır.

### **3.3. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni İstanbul'da ilköğretim okulu 2, 3, 4, 5. sınıflarında okuyan DE/HB semptomları gösteren ve göstermeyen öğrenciler ve bu öğrencilerin anneleridir. Araştırmada deney kontrol grubu olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinde, dikkatsizlikle ilgili 9 semptomdan ve ya hiperaktivite-impulsivite ile ilgili 9 semptomdan, annesi ya da sınıf öğretmeni tarafından en az 6 madde her zaman görülüyor şeklinde işaretlenen 30 çocuk ( 10 kız, 20 erkek ) deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise yine ölçekten en az puanı alan 31 çocuk ( 15 kız, 16 erkek ) oluşturmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, çocuklara, annelere ve öğretmenlere aşağıda belirtilen ölçekler uygulanmıştır.

#### **3.4.1. WÇZÖ-R, Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği ( Wechsler Intelligence Scale for Children-revised WISC-R )**

WÇZÖ-R çocukların mental gelişim düzeylerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu test, 1949 yılında Wechsler tarafından 6-16 yaşlar arasındaki bireylere uygulanmak üzere geliştirilip, 1974'te yine aynı araştırmacı tarafından tekrar düzenlemiştir ( Wechsler, 1974 ). Test 1978'de Şemin tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, 1978–1988 yıllarında ise testin Türkçe standardizasyonu ve geçerlik, güvenirlik çalışmaları yapılmıştır ( Savaşır ve Şahin, 1988 ).

Bireysel olarak uygulanan bu test için gerekli süre 90–100 dakikadır. WÇZÖ-R, değişik zihinsel işlevleri ölçen ve kolaydan zora doğru giden soruları içeren 10 alt ve 2 yardımcı testten oluşur. Sözel ve performans olmak üzere iki ana bölüme ayrılır.

#### **Sözel Testler**

Genel Bilgi ( GB ): Bu alt test, bireyin doğal zihinsel gücü ile orantılı olarak yakın çevresinden okuldan ne kadar bilgi aldığını ölçer.

Yargılama ( Y ): Süper ego, akıl yürütme yeteneği, usa vurma ve gerçeğe uygun davranmayı, bireyin eriştiği ruhsal ve mantıksal olgunluğu ölçer. Yargılama ve genel bilgi birbiriyle ilişkilidir. Akıl yürütebilme becerisi, bazı bilgileri edinebilme ve bunları kullanabilme becerisini gerektirir.

Aritmetik ( A ): Muhakeme, problem çözme, işitsel görsel dikkat, sayısal düşünme, kısa süreli işitsel hafıza yeteneği ve zihinsel işlem yeteneğini ölçer.

Benzerlikler ( B ): Soyutlama ve kavram oluşturma yeteneğini ölçer. İki şey arasındaki benzerlik ilişkisini kurarken, bireyin gereksiz detaylara saplanmadan soyutlama ve genelleme yapıp yapamadığını ve bunu iyi ifade edip edemediğini değerlendirir.

Sözcük Dağarcığı ( Sz. D. ): Genel kültür, kavram bilgisi, kişinin bildiği sözcük sayısını ve bunları tanımlama biçimini ölçer. Bu alt test, bireyin eğitim öğretim düzeyi hakkında, yanıtların içeriği de bireyin kişilik yapısı hakkında bilgi verir.

Sayı Dizisi ( Sy. D. ): Kısa süreli hafıza, anlık işitsel dikkat, sıralama, sözlü işitsel uyarıların anımsama gücü, işitsel hafıza ve işitsel malzeme üzerinde konsantre olabilme yeteneklerini ölçer. Organik vakalarda, dikkat bozukluklarında, yorgunluk ve endişe hallerinde sayı dizisi alt testlerinde başarı düşer.

### **Performans Testleri**

Resim Tamamlama ( RT ): Görsel dikkat, ayrıntıları görebilme, dikkat, görsel ayırtma, görsel detayları ayırt etme, görsel konsantrasyon, görsel dikkat



algılama, tanıma ayırmaştırma, yeteneklerini değerlendirir. Bu yetenek dikkati görsel uyarıcıya yoğunlaştırabilmeyi gerektirir.

Resim Düzenleme ( RD ): Yanlış sırada verilen resimlerin akla uygun bir öykü oluşturacak şekilde düzenlenmesi istenir. Muhakeme, sıralama, olaylar dizisini algılayabilme, neden sonuç ilişkisini kurabilme ve görsel dikkatini verebilme yeteneğini ölçer.

Küplerle Desen ( KD ): Bireyin renkli tahta küplerle resimdeki geometrik şekli kopya etmesi beklenir. Bu alt testte bireyin görsel dikkat, el-göz koordinasyonu, uzaysal, mekansal koordinasyonu ve görsel ayırmaştırma yeteneği değerlendirilir.

Parça Birleştirme ( PB ): Parça bütün ilişkisi, görsel hareketsel koordinasyonu, görsel mekansal ilişkileri algılayabilme yeteneği ölçülür. Organik vakalarda parça birleştirme alt puanı, ortalamaların altındadır.

Şifre ( Ş ): El-göz koordinasyonu, dikkat, çalışma hızı, görsel hareketsel koordinasyon ve görsel uyarıcıları sıraya koyma yeteneği değerlendirilir. Kısa süreli görsel hafıza, psikomotor hız, konsantrasyon yeteneği ölçülür. Zaman önemlidir. Anksiyete ve yorgunluk bu alt test için negatif etkenlerdir.

Labirent ( L ): El göz koordinasyonu, çalışma süresi ve hızı, prediksyon yeteneğini ölçer. Figür zemin algısı önemlidir.

Korkmazlar ( 1992 ) çalışmasında WÇZÖ-R'ın profil analizlerinin çeşitli öğrenme güçlüklerinin tanılanmasında değerli olduğunu saptamış ve 3 paternden söz etmiştir:

- 1-  $SIQ > PIQ$  15-40: Sözel IQ'nun Performans IQ'dan 15-40 puan yüksek olduğu durumdur. Bu paterne uyan çocuklarda algısal motor alanlarda güçlük olup bunlar dil alanlarında güçlü olabilmektedirler.
- 2-  $SIQ < PIQ$  10-30: Sözel IQ'nun Performans IQ'dan 10-30 puan düşük olduğu durumdur. Bu paterne giren çocukların genellikle dislektik olduğu ve sözlü ifadede zorlandıkları ileri sürülmektedir.
- 3-  $SIQ = PIQ$  7-12: Sözel IQ ile Performans IQ'nun birbirine yakın olup aradaki farkın 10'dan az olduğu durumdur. Sözel ya da performans bölümlerine ait alt test sonuçları birbirinden 7-12 puan farklıdır.

### **WÇZÖ-R Kategorileri**

#### **Kaufman 83**

Sözel Kavrama: Gen bilgi + Benzerlik + Sözcük dağarcığı +Yargılama / 4: $x=10,3$ 'ün altındaysa, sözel performansın düşüklüğünden söz edilebilir.

Algısal Organizasyon: Resim Tamamlama + Resim Düzenleme + Küplerle Desen + Parça Birleştirme / 4:  $x=10,3$ 'ün altındaysa algısal organizasyonda problem olabilir.

Dikkatin Dağılıbilirliği: Aritmetik + Şifre + Sayı Dizisi / 3: $x=10,3$ 'ün altındaysa dikkat dağınıklığından şüphelenilir.

## **Hinselwood**

Sözel anlama: Genel Bilgi + Sözcük Dağarcığı + Yargılama + Sayı Dizisi = 40'ın altında olmayacak.

Görsel algı: Resim Düzenleme + Küplerle Desen + Şifre = 30'un altında olmayacak.

## **Bannatyne**

Bannatyne, belirli alt testleri gruplandırarak WÇZÖ-R sonuçlarını yorumlamıştır. Bannatyne, aşağıda belirtilen dört alandaki puanları karşılaştırarak bireyin kuvvetli ve zayıf yönleri hakkında bilgi edinilebileceğini iddia etmiştir ( Lerner, 1976, s.92 ).

1- Mekansal ( Spatial ) yetenekler: Resim Tamamlama + Küplerle Desen + Parça Birleştirme = 30'un altındaysa,

2- Kavramsal yetenekler: Yargılama + Benzerlik + Parça Birleştirme + Sözcük Dağarcığı = 30'un altındaysa,

3- Sıralama yeteneği: Sayı Dizisi + Resim Düzenleme + Şifre = 30'un altındaysa,

4- Kazanılmış bilgi kategorisi: Genel Bilgi+ Aritmetik + Sözcük Dağarcığı = 30'un altındaysa, söz konusu alanlarda problem olduğu düşünülür.

ACID = Aritmetik + Şifre + Resim Düzenleme + Sözcük Dağarcığı = 40'tan düşükse, genetik disleksiya ya da hiperaktiviteden şüphelenilebilir.

### **3.4.2. Bender-Gestalt Görsel-Motor Algılama Testi ( Visual Motor Gestalt Test )**

Görsel-hareketsel koordinasyonu, görsel uyarının algılanması ve motor fonksiyonla yorumlanmasını ölçer. Test şekilleri 1923'te Wertheimer tarafından geliştirilmiş, Bender tarafından 1938'de görsel algı testi olarak kullanılmıştır. Testin normatif verileri Koppitz'in 1963 ve 1964'te yaptığı iki ayrı çalışmadan elde edilmiştir ( Öner, 1996 ).

- 1- Amerika'nın orta batı ve doğu eyaletlerinde bulunan köy, kasaba ve kentlerde oturan, farklı sosyoekonomik kesimlerden 5-10 ile 11-0 yaşlar arasında, %98'i beyaz ve %2'si beyaz olmayan, 1104 çocuk üzerinden elde edilen puan ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır.
- 2- 5-11 ile 11-0 yaşları arasında Meksikalı, Amerikalı ve Porto Rikolu'lardan oluşan 975 çocuk üzerinden elde edilen puan ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca yüzdelerlik puan tabloları geliştirilmiştir.

**Test-Tekrartest güvenilirliği:**

Koppitz, testi anaokulu ve ilkokul 1. sınıf öğrencilerine, 4 ay ara ile iki kez uygulamıştır. Test, tekrar test korelasyonlarının saptanması ile elde edilen güvenilirlik katsayıları anaokulu öğrencileri için .60, ilkokul 1. sınıf öğrencileri için .65 olarak bulunmuştur.

Mc Carthy, ( 1975, Somer, 1988'de verildiği gibi ) Bender testini 50, birinci ve 50 ikinci sınıf öğrencisine 2 hafta ara ile iki kez uygulamıştır. Elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 1.sınıf için .88, 2. sınıf için .56 olarak saptanmıştır.

Puanlayıcılar-arası güvenilirlik: Koppitz'in gelişimsel puanlama sisteminin güvenilirliğini saptamak için çok sayıda araştırma yapılmıştır ( Somer, 1988 ). İki puanlayıcı arasındaki güvenilirlik katsayıları .90 ile .98; 5 farklı puanlayıcı arasındaki güvenilirlik katsayılarının .83 ile .96 arasında değiştiiği saptanmıştır.

**Yapı Geçerliği:**

Koppitz, Bender Gestalt Testi ile zeka arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla yaşları 5 ile 10 arasında değişen 239 çocuğu denek olarak ele almıştır. Yedi yaşındaki normal zekalı çocuklar ile zeka yaşı 7 olan geri zekalı çocuklara Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği'ni; 7 yaşın altındaki normal çocuklar ile zeka yaşı 7'nin altındaki çocuklara ise Stanford Binet Zeka Testi'nin L formu uygulanmıştır. Bender Testi ile zeka testleri arasındaki korelasyonlar normal çocuklar için .48 ile -.79 arasında; zeka geriliği olan çocuklar için -.44 olarak bulunmuştur ( Somer, 1988 ).

Parsons, Mc Leroy ve Wright, ( 1971, Somer 1988'de verildiği gibi ) 30 beyin özürlü ve 30 normal çocuğun test puanlarını karşılaştırmış ve aralarında .005 düzeyinde anlamlı farklılık bulmuştur. Koppitz, testin beyin özürlü olan ve olmayan çocukları ayırt edip etmediğini incelemek üzere yaşları 5 ile 10 arasında değişen 384 ilkokul öğrencisini kullanmıştır. Her yaş grubu Bender puanlarının 'kikare' testi sonucuna göre .001 düzeyinde anlamlı farklılık gösterdiğini saptamıştır.

#### **Ölçüt-bağımlı geçerlik:**

Mc Carthy, ( 1975, Somer 1988'de verildiği gibi ) Bender Testi'ni anaokulu ve ilkokul çağındaki çocukların (N=144) okula hazırlık ve olası başarı güçlüklerini tarama amacıyla incelemiştir. Okul başarısı ile Bender puanları arasındaki korelasyonların .50 ile .87 arasında değiştiğini görmüştür.

#### **Türkçe Formun Normları, Güvenirliği ve Geçerliği:**

Yaşları 5 yıl 6 ay ile 10 yıl 11 ay arasında değişen 361 kent çocuğu ile yaşları 7 yıl 0 ay ile 10 yıl 11 ay arasında değişen 129 kırsal kesim çocuğundan elde edilen puan ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir ( Yalın, 1980 ). Ayrıca İzmir'de yaşayan 5 yıl 6 ay ile 10 yıl 11ay yaş çocukları üzerinden (N=709) yüzdelerlik puan tabloları geliştirilmiştir ( Somer, 1988 ).

Testin Türkiye'deki güvenilirliği ilkokul 1-3. sınıf öğrencileriyle, Somer tarafından, yapı geçerliliği ise Yalın tarafından, 7-9 yaşlar arasındaki epileptik, uyum sorunlu ve normal çocuklarda sınanmış, gruplar ve yaşlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca aynı araştırmacı Bender ve WISC-R arasında da -0.45 düzeyinde negatif ilişki belirlemiştir ( Öner, 1996 ).

### **3.4.3. Ç.A.T Çocuklar için Algı Testi ( CAT, Children's Apperception Test )**

İngilizce asıl form 1949 yılında L. Bellak ve S. Souya tarafından geliştirilmiştir. Testi Türkçe'ye, Yani Anastasiadis 1984'te çevirmiştir. Bireysel olarak 3-10 yaş çocuklarına uygulanan hayvanlarla ilgili düzenlenmiş 10 resimden oluşan projektif kişilik testidir ( Öner, 1996 ).

Ç.A.T çocuğun, kendisi için önemli görülen figürlerle olan ilişkilerinin anlaşılmasını kolaylaştırmak için geliştirilmiştir. Resimler özellikle yeme problemine, kardeşler arası rekabet problemine, ebeveyne ve bunların yerine koyduğu kişilere karşı davranışlarını aydınlatmaya, çocukla, anne babanın ilişkilerini öğrenmeye yaramaktadır.

Ç.A.T çocuğun grup içerisindeki, okuldaki, evdeki tepkilerini etkileyen faktörlerin saptanmasında çok kullanışlıdır.

#### **3.4.4. DE/HB DSM IV Tanı Kriterleri Ölçeği**

DSM-IV'ten alınan DE/HB tanı kriterlerine dayanan "DE/HB DSM IV tanı kriterleri Ölçeği" olguların annelerinden ve sınıf öğretmenleri tarafından doldurmaları istendi. Ölçeğin ilk 1-9 maddesi dikkat eksikliğini, son 9-18 maddesi de hiperaktivite ve impulsiviteyi ölçmektedir. Olguların toplam, dikkat eksikliği ve hiperaktivite+impulsiviteyi yansıtan puanları annelerinin ve sınıf öğretmenlerinin doldurdıkları formlar dikkate alınarak hesaplanmıştır. Ve bu puanlara göre deney ve kontrol grubuna seçilmişlerdir.

Son olarak DSM-IV'te bozukluk, Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanmış ve üç belirti kümesinde sınıflandırılmıştır ( APA, 1994 ).

314. 01 DEHB, Birleşik tip.

314. 00 DEHB, Dikkatsizliğin önde geldiği tip.

314. 01 DEHB, Hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği tip.

#### **3.4.5. Eysenck Kişilik Evanteri, ( Eysenck Personality Questionnaire )**

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin kişilik özellikleri hakkında bilgi edinmek amacıyla annelere uygulanmıştır.

Asıl form, H.J. Eysenck ve S.B. Eysenck tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. 1983 yılında Bayar P. tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.



Grup olarak 16 yaş ve üstü bireylere uygulanabilen bir kişilik testidir. Envanter psikotik, dışa dönük, nörotik ve yalan boyutlarını ölçen 100 maddeden oluşur.

	ERKEK		KADIN	
	ORT.	SD.	ORT.	S.D.
PSİKOTİK	3,95	3,23	2,77	2,54
DIŞADÖNÜK	13,12	4,95	12,95	4,67
NÖROTİK	9,69	5,1	12,73	5,07
YALAN	7,22	4,24	8,06	4,14

### 3.4.6. Çocuk Bilgi Formu

4- Araştırmaya katılan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Çocuk Bilgi Formu “ ( Olguların gelişimsel, sosyodemografik ve akademik özellikleri ile ilgili soruların yer aldığı, araştırmacı tarafından bilgilerin eksiksiz olarak alınabilmesi amacıyla oluşturulmuş 25 maddelik bir formdur ) 20’şer kişilik gruplar halinde uygulanmıştır ( form ekte sunulmuştur ).

### 3.5. Uygulanan İstatistik Yöntemleri

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS ( Statistical Package for Social Sciences ) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında student t test ve Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

# BÖLÜM IV

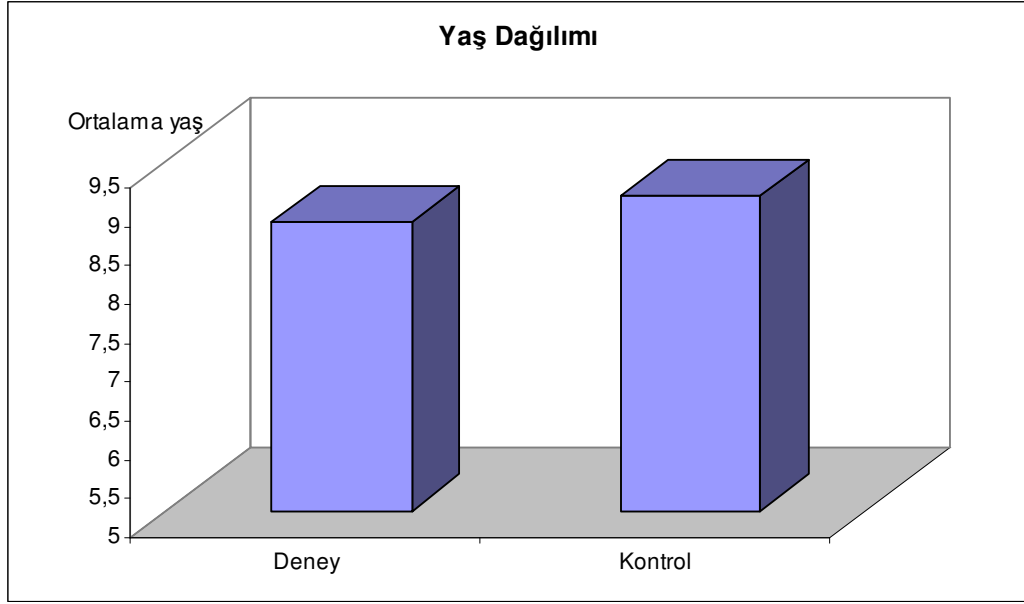
## BULGULAR

Çalışma Mayıs 2005 – Haziran 2006 tarihleri arasında 8-10 yaş aralığında ilköğretim 2,3,4,5. sınıflarında öğrenim gören 61 olgu üzerinde yapılmıştır. Deney grubu 30 olgu, kontrol grubu ise 31 olgudan oluşmaktadır. Olguların yaşları 8 yaş ile 9.90 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $8.89 \pm 0.60$ 'dır.

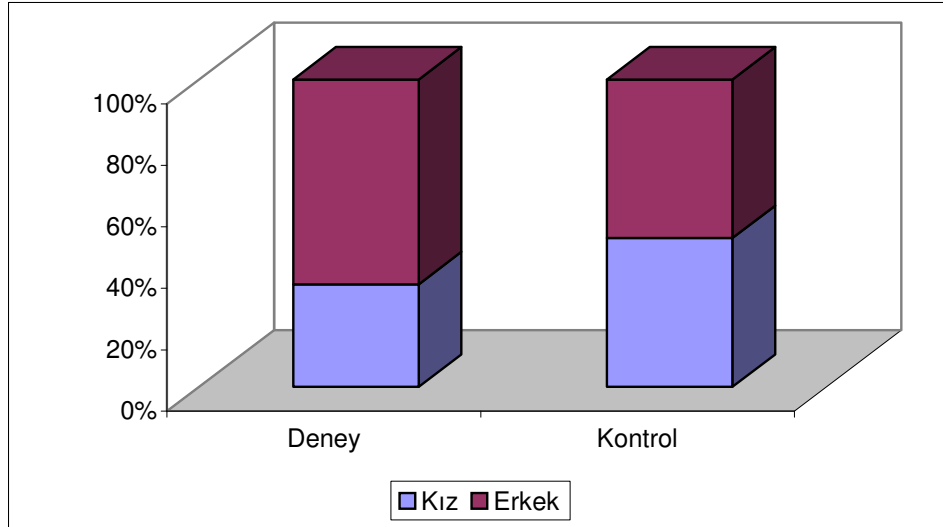
**Tablo 1: Çocuklara yönelik ölçümlerin gruplara göre değerlendirilmesi**

		GRUP		
		Deney	Kontrol	Toplam
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş		8,71±0,61	9,06±0,53	<b>8,89±0,60</b>
		n (%)	n (%)	n (%)
Cinsiyet	Kız	<b>10 (33,3)</b>	15 (48,4)	<b>25 (41,0)</b>
	Erkek	20 (66,7)	16 (51,6)	<b>36 (59,0)</b>

Çocukların cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0.05$ ).



*Şekil 1: Grupların yaş ortalamalarına göre dağılımı*



*Şekil 2: Grupların cinsiyetlere göre dağılımı*

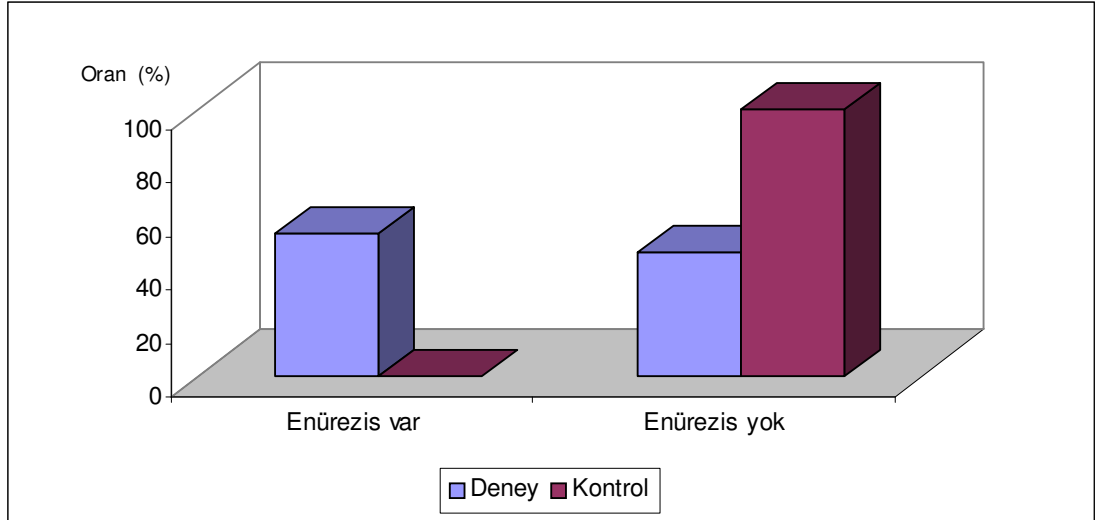
**Tablo 2: Çocukların enürezis durumuna göre değerlendirilmesi**

		GRUP			Test
		Deney	Kontrol	Toplam	Değeri;p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Enürezis	Evet	16 (53,3)	-	16 (26,2)	$\chi^2:22,412;$ $p:0,001^{**}$
	Hayır	14 (46,7)	31 (100,0)	45 (73,8)	

\*\* p<0.01

$\chi^2$ :Ki-kare test

Enürezis görülen olguların tümü deney grubundadır ve enürezis durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0.01).



**Şekil 3: Grupların enürezis durumuna göre dağılımı**

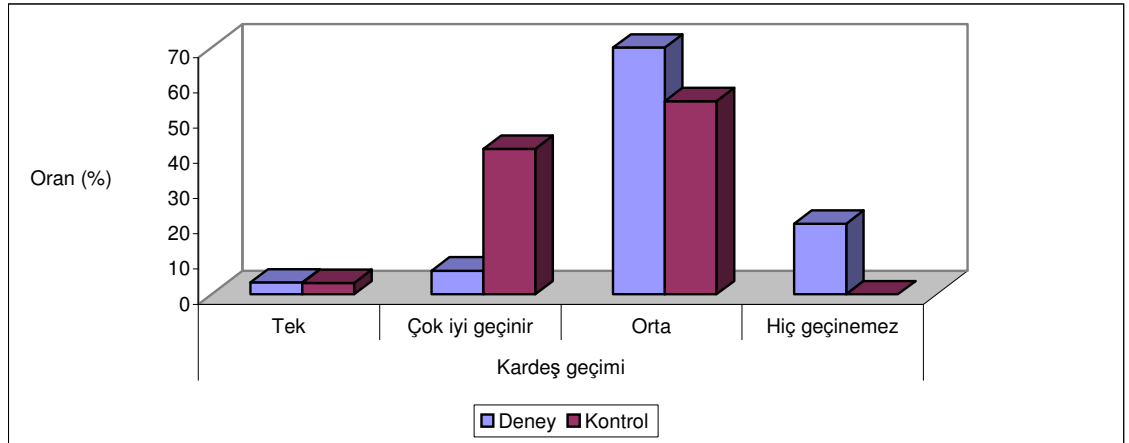
**Tablo 3: Çocuklara yönelik ölçümlerden kardeş geçimi gruplara göre değerlendirilmesi**

		<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
		<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>Değeri:p</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Kardeş geçimi	Tek	1 (3,3)	1 (3,2)	2 (3,3)	$\chi^2:14,475;$ $p:0,002^{**}$
	Çok iyi geçinir	2 (6,7)	13 (41,9)	15 (24,6)	
	Orta	21 (70,0)	17 (54,8)	38 (62,3)	
	Hiç geçinemez	6 (20,0)	-	6 (9,8)	

\*\*p<0.01

$\chi^2$ :Ki-kare test

Kardeş geçimine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0.01). Orta düzeyde geçinme ve hiç geçinememe oranları deney grubu olgularında anlamlı düzeyde yüksektir.



**Şekil 4: Grupların kardeş geçimi durumuna göre dağılımı**

**Tablo 4: Disiplin yöntemlerine göre grupların değerlendirilmesi**

	<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
	<b>Deney</b> <b>n (%)</b>	<b>Kontrol</b> <b>n (%)</b>	<b>Toplam</b> <b>n (%)</b>	<b>Değeri;p</b>
Sözlü uyarı	<b>26 (86.7)</b>	26 (83.9)	<b>52(85.2)</b>	<b><math>F.\chi^2</math></b> <b><math>p:1.000</math></b>
Hakların kısıtlanması	11 (36.7)	14(45.2)	<b>25 (41.0)</b>	<b><math>\chi^2:0.455;</math></b> <b><math>p:0,500</math></b>
Ödül	14 (46.7)	29 (64.5)	<b>34 (55.7)</b>	<b><math>\chi^2:1,969;</math></b> <b><math>p:0,161</math></b>
Dayak	22 (73.3)	4 (12.9)	<b>26 (42.6)</b>	<b><math>\chi^2:22.766;</math></b> <b><math>p:0,001**</math></b>

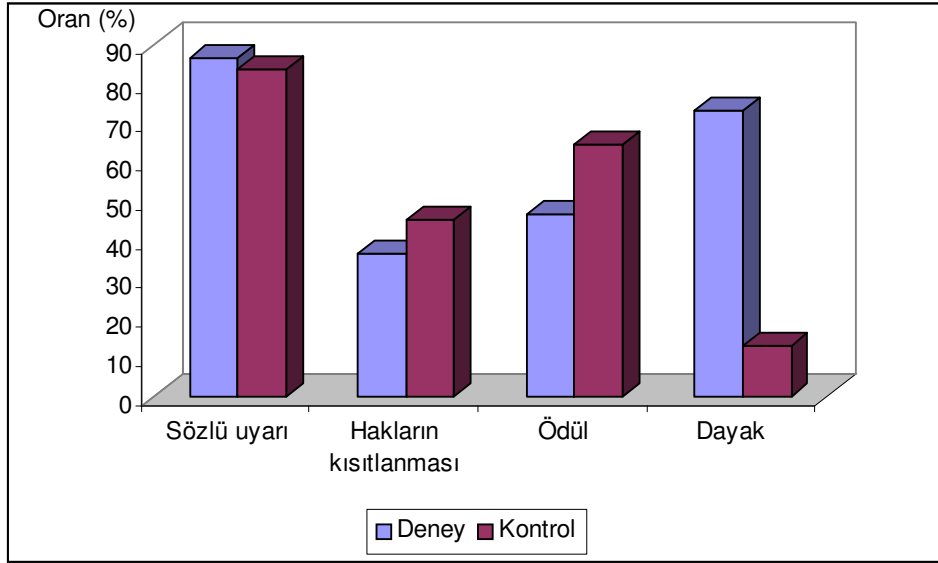
\*  $p<0.05$

$\chi^2$ :Ki-kare test

$F\chi^2$ :Fisher's exact ki kare test

Disiplin yöntemlerinden; sözlü uyarı uygulaması gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Hakların kısıtlanması uygulaması ve ödül uygulaması oranları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Dayak uygulaması oranı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ).



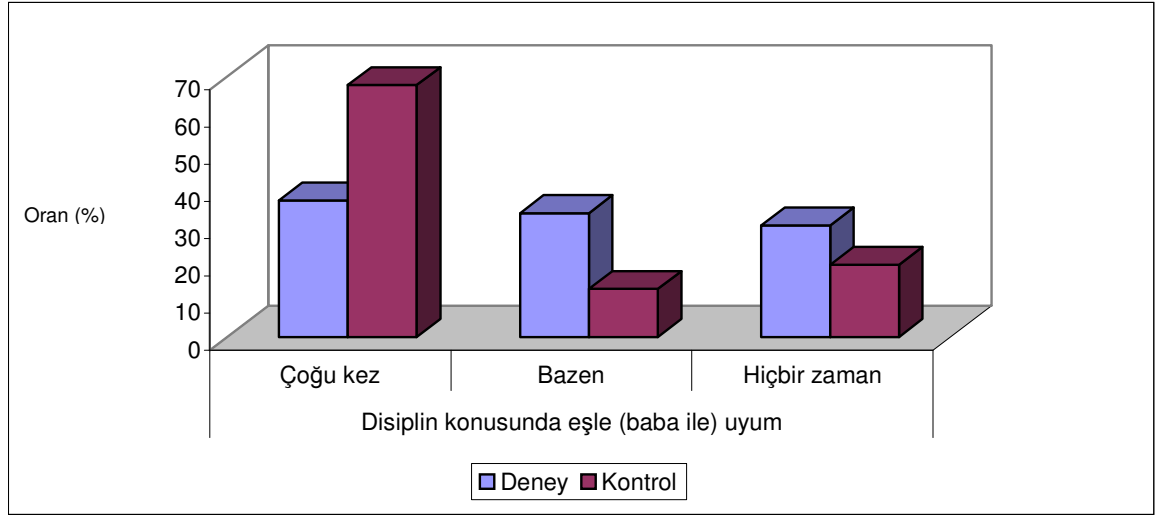
**Şekil 5: Disiplin yöntemlerine göre grupların dağılımı**

**Tablo 5: Disiplin yöntemleri konusunda gruplara göre değerlendirmeler**

		<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
		<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>Değeri;p</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Disiplin konusunda eşle (baba ile) uyum	Çoğu kez	11 (36,7)	21 (67,7)	32 (52,5)	$\chi^2:6,282;$ $p:0,043*$
	Bazen	10 (33,3)	4 (12,9)	14 (23,0)	
	Hiçbir zaman	9 (30,0)	6 (19,4)	15 (24,6)	

Disiplin yöntemleri konusunda eşle uyum durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ ). Eşle bazen uyum var ve hiçbir zaman uyum yok diyenlerin oranları deney grubu olgularında yüksek bulunmuştur.





**Şekil 6: Grupların disiplin konusunda eşle uyum durumuna göre dağılımı**

**Tablo 6: ÇAT Savunma mekanizmalarının gruplara göre dağılımı**

		GRUP			Test
		Deney	Kontrol	Toplam	Değeri;p
		Ort. ± SD	Ort. ± SD	Ort. ± SD	
		(Median)	(Median)	(Median)	
Savunma Mekanizmaları	Bastırma	2,25±1,39 (2.00)	2,60±1,94 (2.00)	2,44±1,71 (2.00)	Z: <u>0.181</u> p:0.856
	İzolasyon	5,73±3,38 (5.50)	5,25±3,72 (5.00)	5,48±3,53 (5.00)	Z: <u>0.469</u> p:0.639

Z: Mann Whitney U test

Savunma mekanizmalarından bastırma puanları deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Savunma mekanizmalarından izolasyon puanları da deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7: Çocuklar için Algı Testi özelliklerinin gruplara göre dağılımı**

		GRUP			Test Değeri;p
		Deney Ort. $\pm$ SD (Median)	Kontrol Ort. $\pm$ SD (Median)	Toplam Ort. $\pm$ SD (Median)	
<b>Kardeş Rekabeti</b>		0,44 $\pm$ 0,20 (33.00)	0,46 $\pm$ 0,22 (33.00)	<b>0,45<math>\pm</math>0,21</b> (33.00)	$\frac{Z:}{0.233}$ $p:0.816$
<b>Anne figürü</b>	<b>Şevkatli</b>	0,19 $\pm$ 0,14 (0.10)	0,28 $\pm$ 0,14 (0.20)	<b>0,24<math>\pm</math>0,15</b> (0.20)	$\frac{Z:}{2.822}$ $p:0.005^{**}$
<b>Baba figürü</b>	<b>Pasif</b>	0,31 $\pm$ 0,18 (0.20)	0,23 $\pm$ 0,13 (0.20)	<b>0,28<math>\pm</math>0,16</b> (0.20)	$\frac{Z:}{1.342}$ $p:0.180$
<b>Endişenin yapısı</b>	<b>Onaylanmama</b>	0,25 $\pm$ 0,18 (0.20)	0,45 $\pm$ 0,21 (0.50)	<b>0,36<math>\pm</math>0,22</b> (0.30)	$\frac{Z:}{3.629}$ $p:0.001^{**}$
	<b>Sevgi eksikliği</b>	0,56 $\pm$ 0,27 (0.60)	0,33 $\pm$ 0,16 (0.30)	<b>0,45<math>\pm</math>0,25</b> (0.40)	$\frac{Z:}{3.102}$ $p:0.002^{**}$

	<b>İzole edilme</b>	0,27±0,20 (0.20)	0,21±0,10 (0.20)	<b>0,24±0,16</b> (0.20)	<u>Z:</u> 0.423 <i>p:0.672</i>
<b>Dış dünya konsepti</b>	<b>Korkutucu</b>	0,30±0,21 (0.30)	0,24±0,15 (0.20)	<b>0,27±0,18</b> (0.20)	<u>Z:</u> 0.791 <i>p:0.429</i>
	<b>Güvenli</b>	0,17±0,09 (0.10)	0,29±0,13 (0.30)	<b>0,25±0,13</b> (0.20)	<u>Z:</u> 3.139 <i>p:0.002**</i>
<b>Otorite</b>	<b>Güçlü</b>	0,15±0,08 (0.10)	0,51±0,24 (0.50)	<b>0,38±0,26</b> (0.30)	<u>Z:</u> 4.733 <i>p:0.001**</i>
	<b>Sevecen</b>	0,24±0,19 (0.20)	0,41±0,16 (0.40)	<b>0,34±0,19</b> (0.30)	<u>Z:</u> 3.438 <i>p:0.001**</i>
	<b>Aciz, güçsüz</b>	0,41±0,25 (0.35)	0,30±0,15 (0.30)	<b>0,36±0,21</b> (0.30)	<u>Z:</u> 1.302 <i>p:0.193</i>
<b>Egonun bütünleşmesi</b>	<b>Yeterli</b>	0,32±0,23 (0.25)	0,60±0,18 (0.60)	<b>0,46±0,25</b> (0.50)	<u>Z:</u> 4.232 <i>p:0.001**</i>

	<b>Yetersiz</b>	0,68±0,23 (0.75)	0,40±0,18 (0.40)	<b>0,54±0,25</b> (0.50)	<u>Z:</u> <u>0.672</u> <b>p:0.502</b>
<b>Özdeşim</b>	<b>Kendi</b>	0,33±0,21 (0.30)	0,36±0,22 (0.30)	<b>0,35±0,21</b> (0.30)	<u>Z:</u> <u>0.840</u> <b>p:0.401</b>
	<b>Karşı</b>	0,19±0,13 (0.15)	0,23±0,15 (0.20)	<b>0,22±0,14</b> (0.20)	<u>Z:</u> <u>1.309</u> <b>p:0.190</b>
	<b>Belirsiz</b>	0,64±0,31 (0.70)	0,53±0,28 (0.60)	<b>0,59±0,30</b> (0.70)	<u>Z:</u> <u>1.609</u> <b>p:0.180</b>

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

Z: Mann Whitney U test

Kardeş rekabeti gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

Anne figüründen şefkatli puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Baba figüründen pasif puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

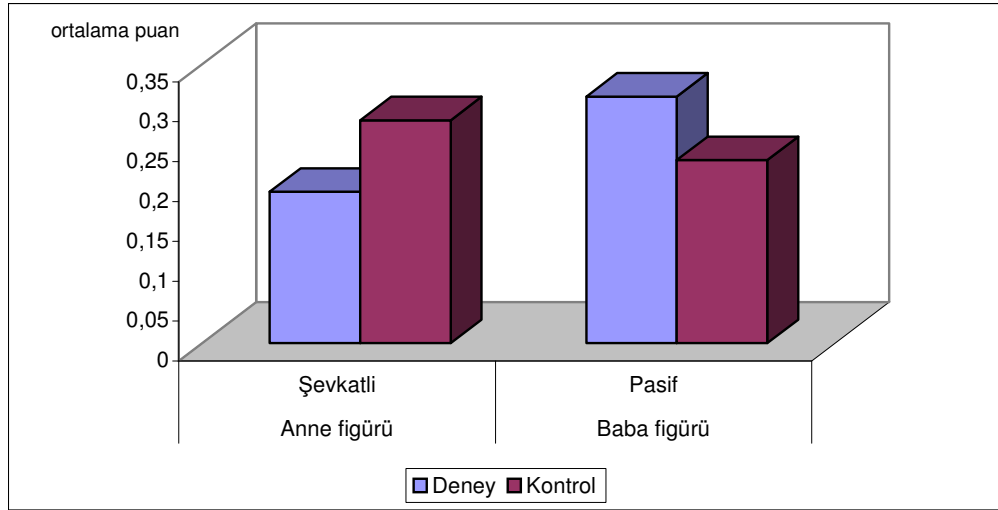
Endişe yapılarından onaylanmama puanı deney grubu olgularda kontrole göre ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Sevgi eksikliği puanı deney grubu olgularda kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). İzole edileme puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).

Dış dünya konsepti konularından korkutucu puanı gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ( $p > 0.05$ ); güvenli puanı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).

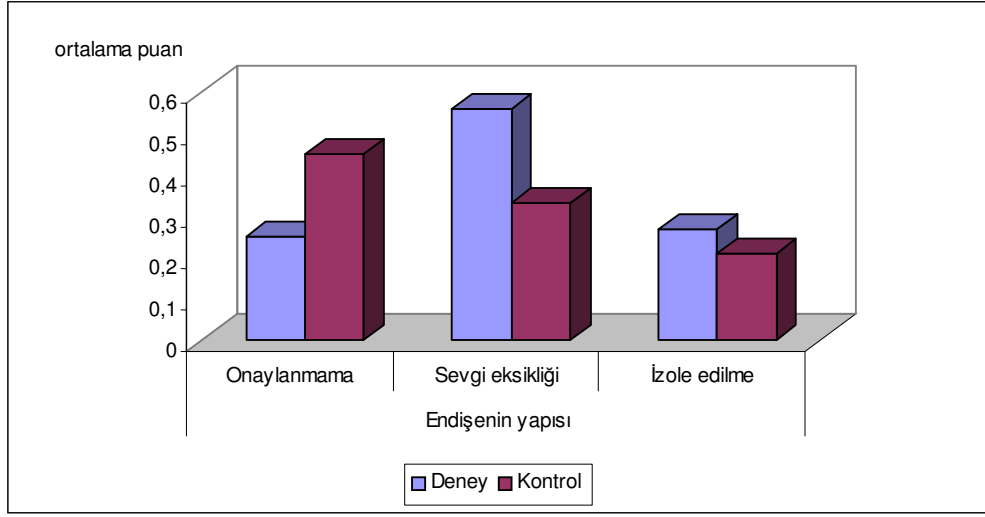
Otorite puanlarından güçlü figürü puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Sevecen puanları da yine deney grubu olgularında anlamlı düzeyde düşüktür ( $p<0.01$ ). Aciz ve güçsüz puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Egonun bütünleşmesi puanlarından yeterli puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Yetersiz puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

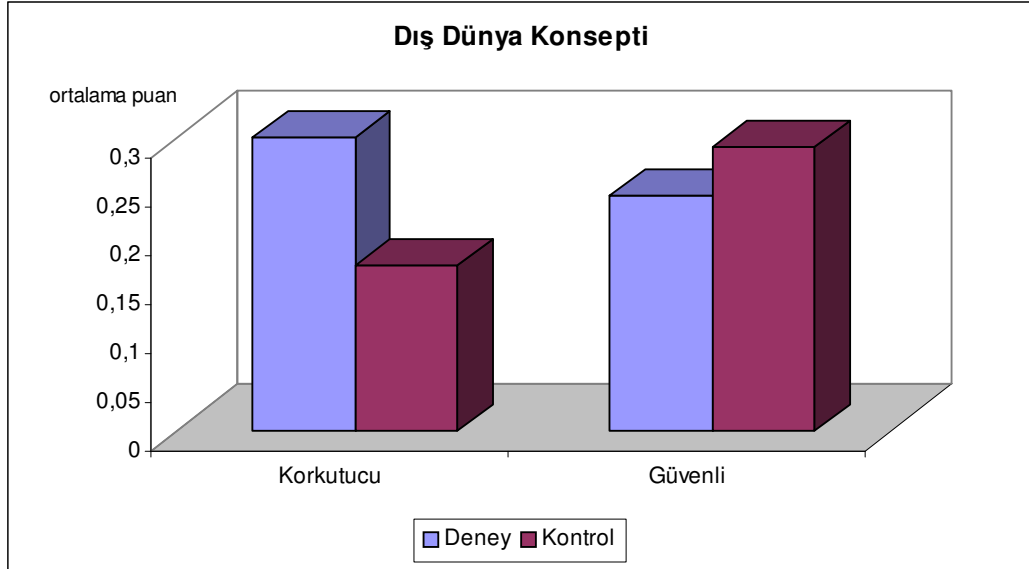
Özdeşim sınıflamasında kendi maddesinden alınan puanlar deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Karşı ve belirsiz puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).



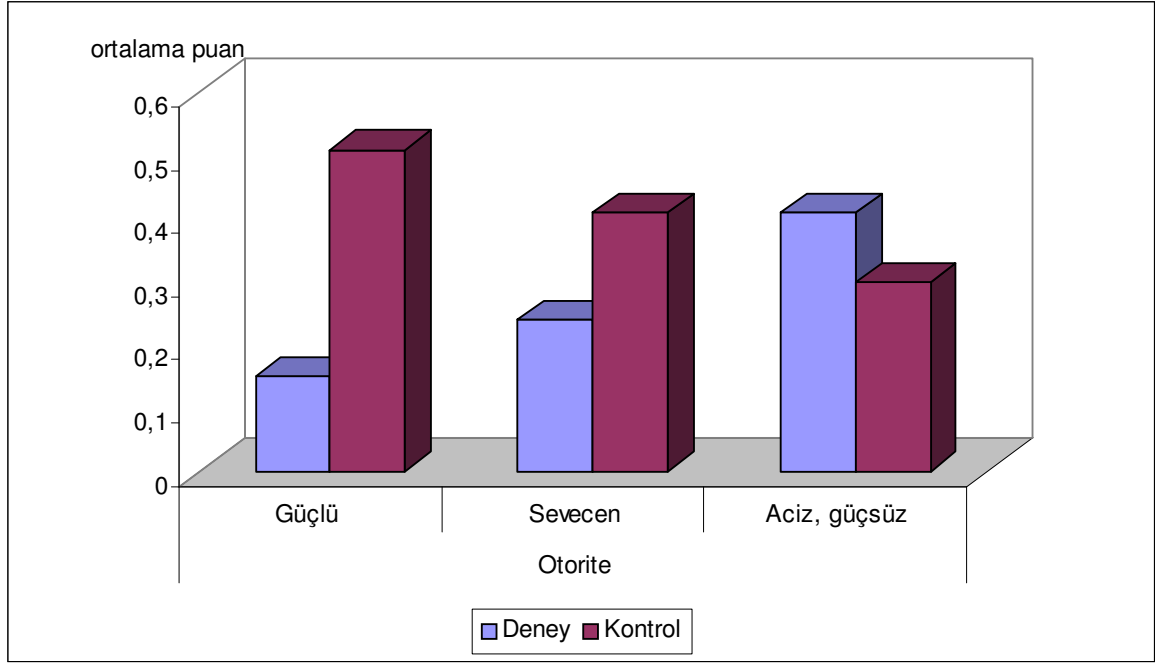
**Şekil 7: Grupların şevkatli anne ve pasif baba puanlarının ortalamalarına göre dağılımı**



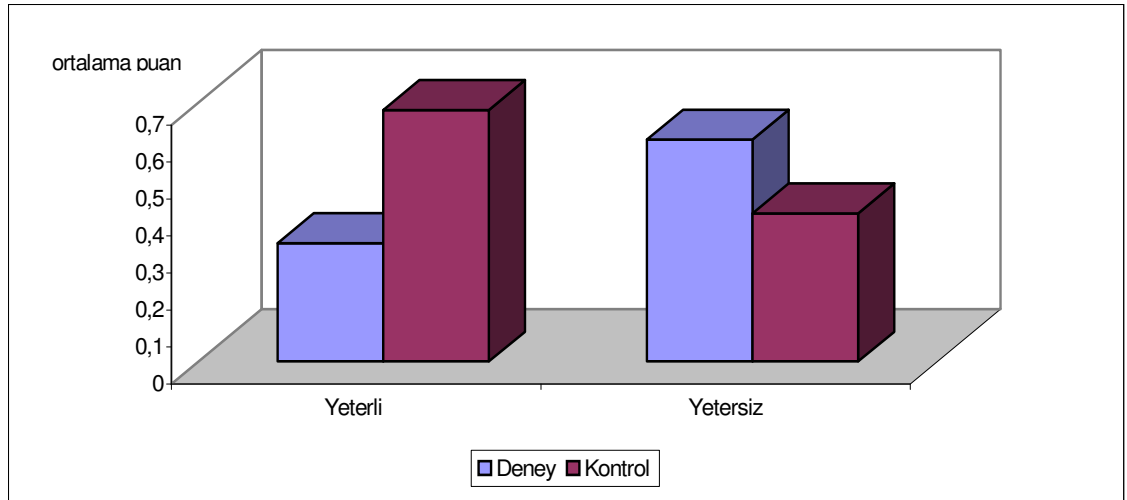
**Şekil 8: Grupların endişe yapısı puanlarının ortalamalarına göre dağılımı**



**Şekil 9: Grupların dış dünya konsepti puanlarının ortalamalarına göre dağılımı**



*Şekil 10: Grupların otorite puanlarının ortalamalarına göre dağılımı*



*Şekil 11: Grupların egonun bütünleşmesi puanlarının ortalamalarına göre dağılımı*

**Tablo 8: Anne özelliklerine göre grupların değerlendirilmesi**

ANNE		GRUP			Test Değeri;p
		Deney	Kontrol	Toplam	
		Ort. ± SD	Ort. ± SD	Ort. ± SD	
Yaş		32,60±5,56	34,61±4,80	33,62±5,24	t:1.515 p:0.135
		n (%)	n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu	Okur-yazar	1 (3.8)	-	1 (1.8)	$\chi^2$ :4,068; p:0,397
	İlkokul	23 (88,5)	23 (76,7)	46 (82,1)	
	Ortaokul	1 (3.8)	3 (10,0)	4 (7,1)	
	Lise	1 (3.8)	2 (6,7)	3 (5,4)	
	Üniversite	-	2 (6,7)	2 (3.6)	
Meslek	Ev hanımı	26 (86,7)	28 (90,3)	54 (88,5)	F $\chi^2$ :0,201; p:0,707
	Çalışıyor	4 (13,3)	3 (9,7)	7 (11,5)	

\* p<0.05

t:student t test

$\chi^2$ :Ki-kare test

F $\chi^2$ :Fisher's exact ki kare test

Annelerin yaş dağılımları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Annelerin meslek durumuna göre dağılımları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).



**Tablo 9: Anne Eysenck Kişilik Envanteri puanlarına göre grupların değerlendirilmesi**

		GRUP			Test
		Deney	Kontrol	Toplam	Değeri;p
		Ort. ± SD	Ort. ± SD	Ort. ± SD	
<b>Anne Kişilik Envanteri</b>	<b>Psikotik</b>	3,53±2,33 (3.00)	2,74±2,06 (3.00)	<b>3,13±2,22</b> (3.00)	<u>Z:1.390</u> <b>p:0.190</b>
	<b>D.Dönük</b>	10,67±3,49 (11.50)	11,22±3,83 (12.00)	<b>10,95±3,65</b> (12.00)	<u>Z:0.697</u> <b>p:0.486</b>
	<b>Nörotik</b>	15,07±4,25 (15.50)	13,22±3,68 (14.00)	<b>14,13±4,04</b> (14.00)	<u>Z:1.999</u> <b>p:0.046*</b>

\*  $p < 0.05$

Z: Mann Whitney U test

Anne kişilik envanteri puanlarından psikotik ve dışa dönüklük puanı gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ( $p > 0.05$ ); nörotik puan deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 10: Deney ve kontrol grubunda annelerin Eysenck kişilik envanteri puanlarının Eysenck kişilik envanteri puanlama normlarına göre değerlendirilmesi**

		Psikotik	D.Dönük	Nörotik
<b>Deney grubu</b>	<b>Çalışma sonuçlarımız</b>	3,53±2,33	10,67±3,49	15,07±4,25
	Anne Kişilik Envanteri norm	2,77±2,54	12,95±4,67	12,73±5,07
	Test değ; p	<i>t:1,365; p&gt;0,05</i>	<i>t: 2,487</i> <i>p&lt;0,05*</i>	<i>t: 2,216</i> <i>p&lt;0,05*</i>
<b>Kontrol grubu</b>	<b>Çalışma sonuçlarımız</b>	2,74±2,06	11,22±3,83	13,22±3,68
	Anne Kişilik Envanteri norm	2,77±2,54	12,95±4,67	12,73±5,07
	Test değ; p	<i>t:0,057; p&gt;0,05</i>	<i>t:1,798;</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t:0,498;</i> <i>p&gt;0,05</i>

\*  $p<0.05$

*t:student t test*

**Deney grubu olgularında;** psikotik puanlar açısından çalışma sonuçlarımızı anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Dışa dönüklük puanı ise çalışma sonuçlarımızda anne kişilik envanteri normlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Nörotik puanı çalışma sonuçlarımızda anne kişilik envanteri normlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Kontrol grubu olgularında;** psikotik puanlar açısından çalışma sonuçlarımızı anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Dışa dönük puanlar açısından çalışma sonuçlarımızı anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Nörotik puanlar açısından çalışma sonuçlarımızı anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11: WÇZÖ-R sınıflamasının puanlara göre gruptaki değerlendirilmesi**

		<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
		<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>Değeri;p</b>
		<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	
<b>WÇZÖ-R</b>	<b>ZBS</b>	99,10±13,55	103,13±12,73	<b>101,15±13,19</b>	<b>t:1.197</b> <b>p:0.236</b>
	<b>ZBP</b>	101,57±14,01	104,45±11,61	<b>103,03±12,82</b>	<b>t:0.877</b> <b>p:0.384</b>
	<b>ZB</b>	100,67±13,83	104,06±11,95	<b>102,39±12,92</b>	<b>t:1.028</b> <b>p:0.308</b>

\*  $p<0.05$

t:student t test

WÇZÖ-R skoru ölçümlerinde ZBS, ZBP ve ZB ölçümleri gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 12: WÇZÖ-R profil analizleri paternlerinin deney ve kontroldeki dağılımı**

	<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
	<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>Değeri;p</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
ZBS>ZBP (15-40)	19 (52,8)	17 (47,2)	<b>36 (100)</b>	<b><math>\chi^2</math>:3,183</b> <b>p:0,204</b>
ZBS<ZBP (10-30)	<b>9 (39,1)</b>	14 (60,9)	<b>23 (100)</b>	
ZBS=ZBP (7-12)	2 (100)		<b>2 (100,0)</b>	

$\chi^2$ :Ki-kare test

WÇZÖ-R profil analizleri patenlerine göre deney ve kontrol grubu olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). ZBS>ZBP durumu deney grubunda %52,8 olguda; kontrol grubunda ise %47,2; ZBS<ZBP durumu deney grubunda %39,1 olguda; kontrol grubunda ise %60,9; ZBS=ZBP durumunda ise sadece deney grubunda %100 bulunmuştur.

**Tablo 13: Kaufman WÇZÖ-R ACID puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi**

	<b>ACID</b>	<b>Test</b>
	<b>Ort. <math>\pm</math> SD</b>	<b>Değeri;p</b>
<b>Deney</b>	37,93 $\pm$ 7,70	<b>t:1.141</b> <b>p:0.258</b>
<b>Kontrol</b>	40,22 $\pm$ 7,98	
<b>Toplam</b>	<b>39,10<math>\pm</math>7,86</b>	

t:student t test

ACID puanları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 14: ACID sınıflamasına göre deney ve kontroldeki dağılımı**

ACİD	<u>GRUP</u>			<u>Test</u>
	Deney	Kontrol	Toplam	<u>Değeri;p</u>
	n (%)	n (%)	n (%)	
DE/HB şüphesi var	20(57,1)	15 (42,9)	35 (100)	$\chi^2:2,083$
DE/HB şüphesi yok	10 (38,5)	16 (61,5)	26 (100)	p:0,149

$\chi^2$ :Ki-kare test

ACID hiperaktivite varlığına göre deney ve kontrol grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

**Tablo 15: Kaufman WÇZÖ-R sınıflamasına göre grupların dağılımı**

		<u>GRUP</u>			<u>Test</u>
		Deney	Kontrol	Toplam	<u>Değeri;p</u>
		Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	
Kaufman WÇZÖ-R	Sözel kavrama	9,85 $\pm$ 2,54	10,53 $\pm$ 2,12	10,20 $\pm$ 2,34	t:1.140 p:0.259
	Algısal organizasyon	9,84 $\pm$ 2,78	10,48 $\pm$ 1,89	10,17 $\pm$ 2,38	t:1.056 p:0.295
	Dikkatin dağılıbilirliği	10,00 $\pm$ 2,12	10.80 $\pm$ 1.80	10.40 $\pm$ 1.99	t:1.595 p:0.116

t:student t test

Kaufman WÇZÖ-R sözel kavrama puanı gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Algısal organizasyon ve dikkatin dağılılırlığı puanları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 16: Dikkatin dağılılırlığı sınıflamasına göre deney ve kontroldeki dağılımı**

<b>Dikkat Dağılılırlığı</b>	<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
	<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>Değeri:p</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
Var	15 (57,7)	11 (42,3)	<b>26 (100)</b>	$\chi^2:1,314$
Yok	<b>15 (42,9)</b>	20 (57,1)	<b>35 (100)</b>	$p:0,252$

$\chi^2$ :Ki-kare test

Dikkat dağılılırlığı durumu deney ve kontrol grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17: Bannatyne WÇZÖ-R sınıflandırmasının gruplara göre değerlendirilmesi**

		<b><u>GRUP</u></b>			<b><u>Test</u></b>
		<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b><u>Değeri;p</u></b>
		<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	
<b>WÇZÖ-R Bannatyne</b>	<b>Spatial yetenek</b>	32,33±5,82	31,35±6,32	<b>31,84±6,05</b>	<b>t:0.629 p:0.532</b>
	<b>Kavramsal yetenek</b>	31,20±7,06	31,45±7,47	<b>31,33±7,21</b>	<b>t:0.135 p:0.893</b>
	<b>Sıralama yetenek</b>	30,60±7,02	31,16±5,98	<b>30,88±6,46</b>	<b>t:0.336 p:0.738</b>
	<b>Kazanılmış bilgi kategorisi</b>	26,79±5,68	29,10±6,24	<b>27,98±6,04</b>	<b>t:1.492 p:0.141</b>

*t:student t test*

Bannatyne'nin spatial yetenek ve kavramsal yetenek puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Sıralama yetenek ve kazanılmış bilgi kategorisi puanları da gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

*Tablo 18: Hinselwood WÇZÖ-R sınıflamasının gruplara göre değerlendirilmesi*

		<b><u>GRUP</u></b>			<b><u>Test</u></b>
		<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b><u>Değeri;p</u></b>
		<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	
<b>HINSELWOOD WÇZÖ-R</b>	<b>Sözel anlama</b>	41,17±9,74	43,19±10,12	<b>42,20±9,90</b>	<b>t:0.796 p:0.429</b>
	<b>Görsel algı</b>	28,50±7,65	31,26±6,04	<b>29,90±6,96</b>	<b>t:1.565 p:0.123</b>

*t:student t test*

HINSELWOOD-WÇZÖ-R sözel anlama ve görsel algı puanları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 19: BGGA parametrelerinin gruplara göre değerlendirilmesi**

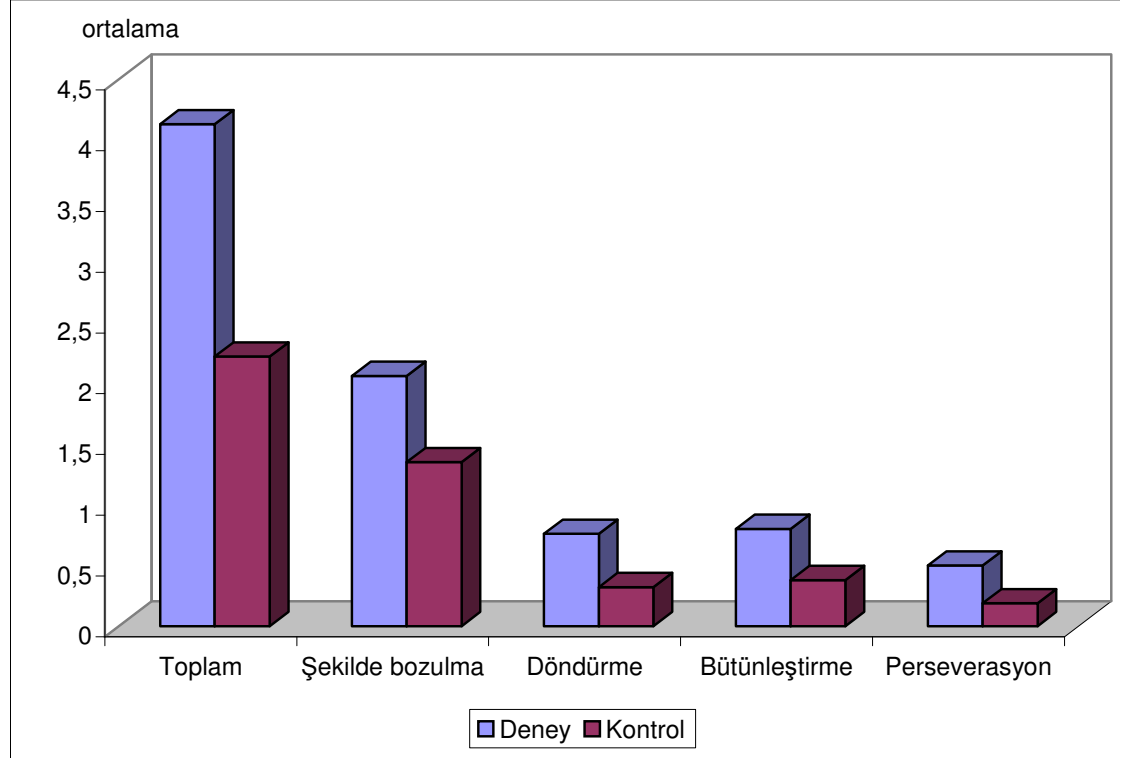
BGGA	<b>GRUP</b>			<b>Test</b>
	<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>Değeri;p</b>
	<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	<b>Ort. ± SD</b>	
Toplam	4.13±3.07 (4.00)	2.22±2.57 (1.00)	<b>3.16±2.96</b> (3.00)	<b>Z:2.551</b> <b>p:0.011*</b>
Şekilde bozulma	2.06±2.57 (1.00)	1.35±1.78 (0.00)	<b>1.70±1.75</b> (2.00)	<b>Z:1.799</b> <b>p:0.072</b>
Döndürme	0.76±1.10 (0.00)	0.32±0.65 (0.00)	<b>0.54±0.92</b> (0.00)	<b>Z:1.683</b> <b>p:0.092</b>
Bütünleştirme	0.80±0.92 (1.00)	0.38±0.66 (0.00)	<b>0.59±0.82</b> (0.00)	<b>Z:1.927</b> <b>p:0.054</b>
Perseverasyon	0.50±0.57 (0.00)	0.19±0.47 (0.00)	<b>0.34±0.54</b> (0.00)	<b>Z:2.456</b> <b>p:0.014</b>

\*  $p < 0.05$

Z: Mann Whitney U test

BGGA ölçümlerinden toplam puan ölçümü deney grubu olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Şekilde bozulma, döndürme, bütünleştirme puanları da deney grubu olgularda yüksek görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

BGGA ölçümlerinden perseverasyon ölçümü deney grubu olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



**Şekil 12: Grupların BGGA parametrelerine göre dağılımı**

**Tablo 20: Deney ve kontrol grubunda BGGGA toplam skor puanlarının BGGGA normlarına göre değerlendirilmesi**

		BGGGA toplam skor			
		8.0-8,5 yaş	8.6-8.11 yaş	9.0-9.5 yaş	9.6-9.11 yaş
<b>Deney grubu</b>	<b>Çalışma sonuçlarımız</b>	4,93±3,23	3,25±2,21	4,00±3,16	2,25±2,87
	BGGGA norm	3,70±3,60	2,50±3,03	1,70±1,76	1,60±1,69
	<i>Test değ; p</i>	<i>t:1,211;</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t: 0,635</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t:1,895;</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t: 0,808</i> <i>p&gt;0,05</i>
<b>Kontrol grubu</b>	<b>Çalışma sonuçlarımız</b>	3,28±3,09	3,00±2,54	1,42±2,13	2,20±3,03
	BGGGA norm	3,70±3,60	2,50±3,03	1,70±1,76	1,60±1,69
	<i>Test değ, p</i>	<i>t:0,991;</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t:0,416;</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t:0,459;</i> <i>p&gt;0,05</i>	<i>t:0,435;</i> <i>p&gt;0,05</i>

\*  $p < 0.05$

*t*:student t test

**Deney grubu olgularında;** 8.0-8.5 yaş grubunda BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı BGGGA normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). 8.6-8.11 yaş grubu olgularında BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı BGGGA normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p > 0,05$ ). 9.1-9.5 yaş grubu ve 9.6-9.11 yaş grubu olgularında BGGGA toplam

skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı BGGGA normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

**Kontrol grubu olgularında;** 8.0-8.5 yaş grubu ve 6-8.11 yaş grubu olgularında BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı BGGGA normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). 9.1-9.5 yaş grubu ve 9.6-9.11 yaş grubu olgularında BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı BGGGA normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

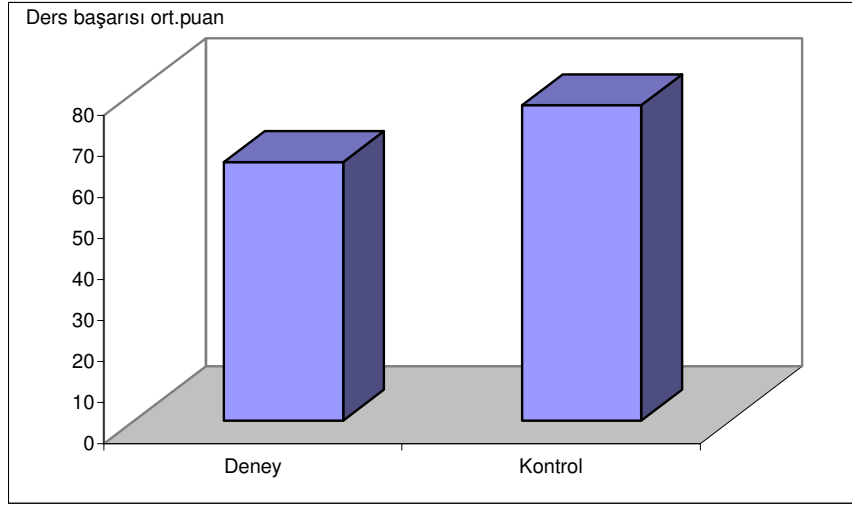
**Tablo 21 : Ders başarısına göre deney ve kontrol grubu değerlendirilmesi**

	Ders başarısı	<u>Test</u>
	Ort. $\pm$ SD	<u>Değeri;p</u>
<b>Deney</b>	63,02 $\pm$ 22,94	<b>t:2.278</b> <b>p:0.026*</b>
<b>Kontrol</b>	76,91 $\pm$ 24,62	
<b>Toplam</b>	<b>70,08<math>\pm</math>24,62</b>	

t: student t test

\* $p<0,05$

Ders başarısı puanları deney grubu olgularda kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



***Şekil 13: Ders başarısı puanlarına göre grupların dağılımı***

# BÖLÜM V

## TARTIŞMA

DE/HB, çocuk ruh sağlığı alanında sıklıkla karşılaşılan önemli sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tanısı konulmaz ve uygun biçimde tedavi edilmezse, ruhsal sorunlar, davranış bozuklukları, aile ve çevreyle ilişkilerin bozulması ve eğitimin yarıda bırakılması gibi pek çok ikincil soruna yol açarak, çocukların tüm yaşamlarını etkileyebilmektedir.

Çocuk nüfusunun oldukça büyük yer tuttuğu ülkemizde, klinikte sıklıkla karşılaştığımız DE/HB'nin bilişsel, davranışsal ve organik özelliklerinin belirlenmesine katkıda bulunacağı düşünülerek planlanan bu çalışmaya 8-10 yaşlarında 30 DE/HB belirtileri gösteren ve 31 DE/HB belirtileri göstermeyen toplam 61 çocuk ve onların anneleriyle, öğretmenleri alınmıştır. Yaklaşık 1 yıllık sürede tamamlanan çalışma, çocuklara, çocukların annelerine ve öğretmenlerine uygulanan ölçekleri içermektedir.

DE/HB'nin prevalansı % 0.1 ile % 20 arasında değişkenlik göstermektedir ( Weiss, 1996, DSM IV, 1994, Castello, 1988, Anderson-McGee, 1987, Rutter, 1988, Duare-Kushch, 1991 ). Bu farklı sonuçların kullanılan tanı sınıflandırması,

tanı araçları, bilgi alınan kaynak ve seçilen popülasyondaki değişkenlikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, deney ve kontrol grubunun oluşturulması aşamasında 500, 8-10 yaş aralığındaki çocuğun anne ve sınıf öğretmeni DSM IV tanı kriterlerine göre hazırlanan DE/HB tarama formunu doldurmuştur. Formlar değerlendirildiğinde, 30 çocuğun DE/HB DSM IV tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Çalışmadaki olgular göz önüne alındığında %6'lık bir prevalans ortaya çıkmıştır.

Bu araştırmada deney grubunu oluşturan 30 çocuğun 10'u kız, 20'si de erkek olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre, erkeklerde DE/HB belirtilerinin kızlara oranla katı sıklıkla bulunduğu görülmektedir. Erkeklerde kızların 3-5 veya 4-9 katı sıklıkla bulunmaktadır ( Kaplan&Sadock, 1994, DSM IV, 1994 ).

Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine 22 aylık bir periyotta başvuran 1556 hastanın DSM-VI tanı kriterlerine göre değerlendirilmeleri sonucunda DE/HB prevalansının %8,6 olduğu tespit edilmiştir ( Şenol, Şener, 1998 ).

İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi bilim dalında Aydoğmuş ve Motavallı'nın çalışmalarına göre Türkiye'de prevalansın % 6,5 olduğu düşünülmektedir ( Motavallı, 1994 ).

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalamaları; deney grubu olgularının 8,71, kontrol grubu olgularının 9,06, ve tüm olguların 8,89 olarak bulunmuştur.

10'u kız, 20'si erkek olmak üzere 30 çocuk deney grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise 15'i kız, 16'sı erkek olmak üzere 31 çocuk oluşturmuştur.

Çocukların cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p:0,232$ ).

Annelere uygulanan Çocuk Bilgi Formu verilerine göre "Enürezis" görülen olguların tümü deney grubundadır ve enürezis durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ( $p:0.001$ ).

"Kardeş geçimine" göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görülmektedir ( $p:0.002$ ). Orta düzeyde geçinme ve hiç geçinememe oranları deney grubu olgularında anlamlı düzeyde yüksektir.

Disiplin yöntemlerinden; sözlü uyarı uygulaması gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p:1,000$ ). Hakların kısıtlanması uygulaması ve ödül uygulaması oranları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=0.500$ ,  $p:0,161$ ). Dayak uygulaması oranı deney grubu olgularında kontrole göre ileri düzeyde anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p:0.001$ ).

Çocuğa uygulanacak disiplin yöntemleri konusunda eşle (baba ile) uyum durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p:0,043$ ). Eşle bazen uyum var ve hiçbir zaman uyum yok diyenlerin oranları deney grubu olgularında yüksek bulunmuştur.

DE/HB'de etkili olduğu düşünülen önemli faktörlerden biri de, aile içi ilişkiler ve anne babaların çocuklarına göstermiş oldukları tutumlardır. DE/HB olan çocukların ebeveynlerinin tutumları incelendiğinde tutarsız, ilgisiz oldukları ya da



sürekli uyarı ve cezalandırmalara başvurdukları gözlenmiştir. Hatta çözüm yolu olarak düşünülen birçok yaklaşımın kendisinin, problemin devamında birincil rolü üstlenmiş oldukları görülmüştür. Ayrıca bu çocukların ailelerinde, DE/HB başta olmak üzere birçok farklı problem alanlarının görülme riskinin fazla olması ( anti sosyal kişilik bozukluğu, alkol bağımlılığı, depresyon gibi ), aile içi sorunların yaşanabilirliğine yatkınlığı da arttırmaktadır.

Ç.A.T hikayelerinde; savunma mekanizmalarından “bastırmanın” kullanımı deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,856).

Yine savunma mekanizmalarından “izolasyonun” kullanımı da deney ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.639).

Diğer savunma mekanizmalarının kullanımı çalışmaya katılan çocukların hikayelerinde, Ç.A.T kriterlerine göre söz konusu savunma mekanizmasını kullandığına kanaat getirebilmemiz için gerekli olan sayılara ulaşmadığı için değerlendirilmeye alınmamıştır.

Kardeş rekabeti gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,816). Araştırmaya katılan çocukların Ç.A.T hikayelerindeki anne figürünün “şefkatli” olması durumunun puanları ise yine deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.005). Kontrol grubundaki çocuklar hikayelerinde anlamlı düzeyde fark yaratacak şekilde şefkatli anne figürlerine yer vermişlerdir.

Hikayelerdeki baba figürlerine bakıldığında ise baba figürünün “pasif “olması durumu puanları deney ve kontrol grubunda karşılaştırılmış ve gruplara göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p:0,180).

Olguların Ç.A.T hikayelerindeki “endişe yapısı” bölümünde, “onaylanmama” puanı deney grubu olgularında kontrole göre ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur (p:0,001). “Sevgi eksikliği” puanı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,002). “İzole edileme” puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.672). Sonuç olarak kontrol grubundaki denekler onaylanmama endişesi duyarken, deney grubundaki denekler sevgi eksikliği hissetmektedirler.

Ç.A.T hikayelerindeki “dış dünya konsepti” konularından “korkutucu” puanı gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken (p:0,429); “güvenli” puanı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulunmuştur (p:0,002).

Otorite puanlarından “güçlü” figürü puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.001). “Sevecen” puanları da yine deney grubu olgularında anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.001). Deney grubundaki olguların otorite tanımakta güçlük çektikleri düşülürse bu sonuç aşırı hareketli ve impulsif olmalarını açıklamakta bize yardımcı olabilmektedir. “Aciz ve güçsüz” puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.193).

Deney ve kontrol grubu olgularının dış dünyayı “korkutucu” olarak algılama düzeyleri arasında anlamlı fark çıkmazken, kontrol grubunun dış dünyayı deney grubuna nazaran daha güvenli bulduğu görülmüştür. Deney grubundakilerin impulsif

davranışa daha yatkın olmalarının beklendiği göz önünde bulundurulunca bu sonucun şaşırtıcı olmadığını belirtmek gerekmektedir. Deney grubundaki olgular dış dünyayı güvenli bulmadıkları halde düşünmeden hareket edebilmektedirler. Bu durum deney grubundaki çocukların anne ve babasının uygulanacak disiplin yöntemleri hakkında hem fikir olamamalarıyla bir başka deyişle tutarlı olmamalarıyla açıklanabilir. Çocuk yeterli düzeyde nerede nasıl davranacağı konusunda eğitilmediği, kural verilmediği ve otoriteyi güçlü bulmadığı için istenmeyen davranışları kolaylıkla sergileyebilmektedir. Dayak uygulaması oranının deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu dikkate alınır, dikkatsiz, aşırı hareketli ve impulsif çocuğun, hata yaptığı da doğru davranışın nasıl olması gerektiği konusunda bilgilendirilmeyip dayakla cezalandırıldığı görülmektedir.

Egonun bütünleşmesi puanlarından “yeterli” puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0,001). Deney grubundaki çocuklarda ego bütünleşmesinin kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde “yetersiz” bulunması dikkatsiz, aşırı hareketli ve impulsif belirtiler gösteren çocukların kişilik dinamikleri hakkında fikir vermektedir.

DE/HB'ye genetik yatkınlığı olan çocuklarda, okul ve ailedeki yoğun früstürasyonlar belirtilerin ortaya çıkmasına neden olup, tablonun şiddeti ile süresine etki ettiği düşünülmektedir ( Yitzchak, 1996, Zamettin-Rapaport, 1987 ).

Adolesan dönemde akademik başarısızlık, sosyalizasyonun yetersizliği, uyuma yönelik yetenekte düşüklük, özgüven eksikliği sıklıkla tabloya eşlik etmektedir ( Wilson, Marcotte, 1996 ).

DE/HB'nin bir alt tipi olan aşırı hareketlilik olan gruptaki kendini kontrol etmedeki yetersizlik ve impulsivite, içe yönelik ve dışa yönelik davranış bozukluğunda artışa neden olmaktadır ( Barkley R.A., Du Paul G.,1990 ). Labey ve ark., ( 1988 ), sadece dikkat eksikliği olan ve sadece hiperaktif ve impulsif olan alt gruplarda da davranış bozukluklarını önemli düzeylerde bulmuş, fakat davranış örüntülerinin farklı olduğunu belirtmiştir. Aşırı hareketlilik grubu daha sorumsuz, düşünmeden konuşurken, dikkat eksikliği grubundakiler daha sık yalan söylemekte oldukları bulunmuştur ( Labey, Pelham, 1988 ). Barkley ( 1990 ) ve Latey ( 1991 ), genel olarak, dikkat eksikliği DE/HB çocukların, hiperaktifiteli DE/HB çocuklarına kıyasla daha az davranış bozukluğu gösteren, daha az dürtüsel ve agresif, arkadaşlarınca daha çok kabul edilen, sosyal içe çekinikliği olan, depresif ve anksiyeteli duygu durum gösteren çocuklar olduklarını belirtmişlerdir. DE/HB grubunun heterojen bir yapıda olması ve diğer komorbidite bozukluklar ile sıklıkla örtüşmesi, öğrenme bozukluğu ile ilişkisini incelemekte zorluklar oluşturmaktadır ( Semrud-Clikeman, Biederman, 1992 ). McClellan ve ark. ( 1990 ), dikkatsiz ve yıkıcı davranışlarından yakınılan çocukların, anksiyete ve depresyon açısından da değerlendirilerek aile öyküsünün dikkatlice incelenmesini önermişlerdir ( McClellan, Rupert, 1990 ). Livingstone ( 1990 ), DE/HB olgularının % 40'ında davranış ve anksiyete bozuklukları saptamıştır. Pliszka ( 1989 ) 79 DE/HB olgusunda % 28 anksiyete bozukluğu bulmuş ve bu grubun tepki sürelerinin daha uzun, dikkatlerinin donuk, impulsivitenin daha az ve ağır davranış bozukluğunun daha nadir olduğunu belirtmiştir.

Greene DE/HB olgularında ileri yaşlarda % 22 sosyal yetersizlik görüldüğünü ve bu olguların öykülerinde; akademik yetersizlik, psikopatoloji, yüksek Çocuk Depresyon Ölçeği puanları ve daha sık hastaneye yatırılma ve ilaç kullanımı görüldüğünü belirtmiştir ( Greene, Biederman, 1996 ).

DE/HB ile ilgili literatür incelendiğinde karşıt gelme ve davranış bozukluğunun çok sıklıkla DE/HB'ye eşlik ettiği görülmektedir. Araştırmaya katılan deney grubu olgularının annelerinin, eşleriyle çocuklarının terbiyesi konusunda çatıştıklarını, disiplin yöntemi olarak sıklıkla dayağa başvurduklarını, deney grubu olgularının Ç.A.T. sonuçlarına göre sevgi eksikliği duydukları, otoriteyi güçlü bulmadıkları, ego bütünleşmelerinin yetersiz düzeyde olduğu verileri birleştirilince, deney grubunun dikkatsiz, aşırı hareketli ve impulsif olmasının ailelerin davranışlarının bir sonucu mu olduğu yoksa ailelerin çocuklarındaki bu bozukluk sebebiyle mi tutarsız ve şiddetle davranmaya yönelmekte oldukları ikilemi soru işareti olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özdeşim sınıflamasında kendi maddesinden alınan puanlar deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.401). Karşı ve belirsiz puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,190, p:0,180).

Araştırmaya katılan olguların annelerin yaş dağılımları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.135).

Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.397).

Annelerin meslek durumuna göre dağılımları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p:0,707$ ). Literatürde de bu sonuca uygun olarak annenin çalışıp çalışmamasının kliniği etkilemediği düşünülmektedir ( Korkmazlar, 1992 ).

Anne kişilik envanteri puanlarından “psikotik” ve “dışa dönüklük” puanı gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ( $p:0,190$ ,  $p:0,486$ ); “nörotik” puanı deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p:0,046$ ).

Deney grubu olgularının annelerinin; “psikotik” puanlarını Eysenck kişilik envanteri sonuçları normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). “Dışa dönüklük” puanı ise anne kişilik envanteri normlarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). “Nörotik” puanı çalışma sonuçlarımızda anne kişilik envanteri normlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kontrol grubu olgularının annelerinin; “psikotik” puanlarını anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). “Dışa dönük” puanlar açısından çalışma sonuçlarımızı anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). “Nörotik” puanlar açısından çalışma sonuçlarımızı anne kişilik envanteri normları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

DE/HB'nin yaygınlığını ve ciddiliğini; aile özelliklerinin olumsuzluğu, IQ yetersizliği, früstürasyon toleransının düşüklüğü, davranış bozukluğu, duygu durum

ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik tabloların eşlik etmesinin direkt olarak etkilediği belirtilmektedir ( Barkley, 1990, Latey&Carlson, 1991 ).

Bu çalışmada, olguların zihinsel fonksiyonlarını değerlendirmek için WÇZÖ-R testi kullanılmış ve çalışmaya alınan olgularda IQ 85 ve üstü olma şartı aranmıştır.

Olguların WÇZÖ-R skoru ölçümlerinde ZBS, ZBP ve ZB ölçümleri gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

WÇZÖ-R profil analizleri patenlerine göre deney ve kontrol grubu olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p:0,204). ZBS>ZBP durumu deney grubunda %52,8 olguda; kontrol grubunda ise %47,2; ZBS<ZBP durumu deney grubunda %39,1 olguda; kontrol grubunda ise %60,9; ZBS=ZBP durumunda ise sadece deney grubunda %100 bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında DE/HB olgularında Wisc-III ve WÇZÖ-R uygulamaları sonuçları şu şekilde özetlenebilir. Mealer ( 1996 ), Wisc-III ile dikkat ve hafızayı ölçen testler kullandığı, ortalama SIQ=104 > PIQ=100 olan DEHB olgularında, dikkat eksikliğiyle hafızanın ilk dönemindeki yetersizliğin sorun olduğunu, uzun süreli hafızaya aktarılabildiğinde ise, bilgiyi kullanma ve saklamada normallerden farklılık göstermediğini bulmuştur ( Mealer, Morgan, Luscomb, 1996 ). Aygözü DEHB olgularında Wçzö-r incelemesinde SIQ>PIQ=% 60 bulurken, PIQ>SIQ= % 30 ve SIQ=PIQ % 15 bulmuştur ( Aygözü, Motavallı, Polvan, 1993 ).

Performans IQ'nun sözel IQ'dan düşük olduğu bu paternin özellikle okuma güçlüğü olan çocuklarda ve öğrenme bozukluğunun eşlik ettiği DE/HB olgularında gözlemlendiği bildirilmektedir ( Aygözü, 1993, Alkaş, 1996 ).

Bu çalışmada, Kaufman WÇZÖ-R sınıflamasına göre hiperaktivite tanısı konulmasında kullanılan ACID puanları da deney ve kontrol gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,258).

ACID hiperaktivite varlığına göre deney ve kontrol grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,419). Ancak denek gruplarının sayısı yükseltildiğinde iki grup arasında anlamlı farklılık çıkacağı düşünülmektedir.

Kaufman WÇZÖ-R sınıflamasına göre, sözel kavrama puanı gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,259). Algısal organizasyon ve dikkatin dağılıbilirliği puanları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,259). Dikkat dağınıklığı durumu deney ve kontrol grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,116). Kaufman sınıflamasına göre deney ve kontrol grupları arasında sözel kavrama ve algısal organizasyon puanları arasında anlamlı fark çıkmaması, iki grubun bu alanlarda homojen olduğunu düşündürmektedir.

Hinselwood'un WÇZÖ-R sınıflamasına göre ise sözel anlama ve görsel algı puanlarında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir (p:0,429, p:0,123).

Daha çok öğrenme bozukluğu tanısı konulurken faydalanılan bir diğer WÇZÖ-R sınıflaması olan Bannatyne'nin spatial yetenek ve kavramsal yetenek puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,532, p:0,839).



Sıralama yeteneği ve kazanılmış bilgi kategorisi puanları da gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p: 0,738, p:0,141).

Bu alışmada, Bender-Gestalt Görsel-Motor Algılama testi organik bozukluk ve görsel algıyı değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır ( ner, 1994, Korkmazlar, 1992 ). Bender testindeki hata puanları "döndürme ( rotasyon )", "şekilde bozulma", "bütünleştirme ( entegrasyon )" ve "tekrarlama ( perseverasyon )" hataları olmak üzere dört kategoride değerlendirilmiştir.

BGGA, ölçümlerinden toplam puan ölçümü deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,011). şekilde bozulma, döndürme, bütünleştirme puanları da deney grubu olgularında yüksek görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Deney ve kontrol gruplarının sayısının yükseltilmesinin bu alanlarda iki grup arasındaki farkların daha net olarak görülmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

BGGA ölçümlerinden perseverasyon ölçümü deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,014).

Araştırmaya katılan deneklerin BGGA puanlarını, Koppitz'in oluşturduğu BGGA normlarıyla karşılaştırdığımızda ise Deney grubu olgularında; 8.0-8.5 yaş grubunda BGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı normlar ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). 8.6-8.11 yaş grubu olgularında BGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı normlar ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). 9.1-9.5 yaş grubu ve 9.6-9.11 yaş grubu

olgularında BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı normlar ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre deney ve kontrol gruplarımız arasında BGGGA puanları açısından toplam hata ve perseverasyon hatalarında anlamlı fark bulunurken, şekilde bozulma, döndürme ve bütünleştirme hatalarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Kontrol grubu olgularında; 8.0-8.5 yaş grubu ve 6-8.11 yaş grubu olgularında BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı norm sonuçları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). 9.1-9.5 yaş grubu ve 9.6-9.11 yaş grubu olgularında BGGGA toplam skor puanları açısından çalışma sonuçlarımızı norm sonuçları ile karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

DE/HB literatüründe BGGGA sonuçlarına bakıldığında ise; DE/HB'nin klinik karakteristiği; hiperaktivite, dikkat bozukluğu ( kısa dikkat süresi, dikkatin çabuk çelinebilmesi, perseverasyon, dikkatsizlik, zayıf konsantrasyon ), algısal-motor yetersizlik, duygusal oynaklık, yaygın koordinasyon bozukluğu, impulsivite ( düşünmeden hareket etme, sınıfta dolaşma, sırasını bekleyememe ), hafıza ve düşünce bozuklukları, özel öğrenme bozukluğu, konuşma ve duyma bozuklukları, silik nörolojik bulgular ve düzensiz EEG bozukluğudur ( Kaplan&Sadock, 1994 ).

Bu çalışmada deney grubunun toplam hata puanlarının ve perseverasyon hata puanlarının anlamlı düzeyde fazla çıkması literatürle uyumlu görülmektedir.

Ülkemizde DE/HB olan olgularla normal çocukların Bender-Gestalt. puanları açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda DE/HB olgularının anlamlı derecede fazla hata puanı aldıkları bildirilmiştir ( Soykan 1991, Öktem ve Sonuvar 1993, Şenol 1997 ). Resta ve Eliot, hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz dikkat eksikliği olan erkek çocukları karşılaştırmışlar, hiperaktiviteli grubun Bender-Gestalt testinde anlamlı derecede fazla hata yaptıklarını bulmuşlardır ( Resta ve Eliot, 1994 ).

Döndürme ( rotasyon ) ve tekrarlama ( perseverasyon ) hatalarının belirgin nörolojik bozukluklarda daha fazla ortaya çıktığı bildirilmektedir. Bu çalışmada ise epilepsi gibi nörolojik açıdan belirgin bozukluğu olanlar araştırmaya alınmadıklarından bu hataların gözlenmemesi beklenen bir durumdur.

Ders başarısı puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0,026).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Son yıllarda DE/HB farklı alanlarda çalışan araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Bununla birlikte, bozukluğun tanımı, tanı ölçütleri, sınıflandırması, sıklığı, nedenleri ve tedavisi konusunda henüz görüş birliğine varılamamıştır. Yapılan çalışmalarda genel olarak kabul edilmiş bir tanımlamanın olmaması örneklerin birbirinden farklı olmasına yol açarken, farklı tekniklerin kullanılması da farklı sonuçlara ulaşılmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmada, dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu belirtileri gösteren ve göstermeyen olarak deney ve kontrol grubu oluşturulmuş ve bu iki grup sosyodemografik veriler, gelişim ve aile özellikleri, akademik beceriler ve bazı nöropsikolojik veriler açısından birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Örneklem grubu oluşturulurken, deney ve kontrol grubu yaş, cinsiyet, anne-baba eğitimi, okul türü açılarından eşleştirilmiştir. Böylelikle bu değişkenlerin nöropsikolojik incelemeler üzerindeki etkisi kontrol edilmiştir.

Çocukların cinsiyetlere göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p:0,232$ ).

Araştırmanın hipotezlerinin sonuçlarına bakıldığında ise;

1. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, bu çocukların WÇZÖ-R puanları arasında anlamlı düzeyde ilişki vardır.”

WÇZÖ-R skoru ölçümlerinde ZBS, ZBP ve ZB ölçümleri gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,204).

2. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden yüksek puan alan çocukların WÇZÖ-R sözel puanlarıyla, WÇZÖ-R performans puanları arasında anlamlı düzeyde fark vardır.”

WÇZÖ-R profil analizleri patenlerine göre deney ve kontrol grubu olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p:0,204). ZBS>ZBP durumu deney grubunda %52,8 olguda; kontrol grubunda ise %47,2; ZBS<ZBP durumu deney grubunda %39,1 olguda; kontrol grubunda ise %60,9; ZBS=ZBP durumunda ise sadece deney grubunda %100 bulunmuştur.

3. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, deneklerin ACID puanları arasında anlamlı ilişki vardır.”

ACID hiperaktivite varlığına göre deney ve kontrol grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,419). Ancak denek gruplarının sayısı yükseltildiğinde arasında anlamlı farklılık çıkacağı düşünülmektedir.

4. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, deneklerin BGGA puanları arasında anlamlı ilişki vardır.”

BGGA ölçümlerinden toplam puan ölçümü deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,011). Şekilde bozulma,

döndürme, bütünleştirme puanları da deney grubu olgularında yüksek görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. BGGGA ölçümlerinden perseverasyon ölçümü deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,014).

5. hipotez, 8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla okul başarısı arasında anlamlı ilişki vardır. Ders başarısı puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0,026).

6. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanlarla, deneklerin annelerinin nörotik olmaları arasında anlamlı ilişki vardır.”

Anne kişilik envanteri puanlarından psikotik ve dışa dönüklük puanı gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken; (p:0.190, p:0.486) nörotik puan deney grubu olgularında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.046).

7. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, anne - babanın disiplin yöntemleri konusundaki uyumsuzluğu ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Disiplin yöntemleri konusunda eşle uyum durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p:0,043). Eşle bazen uyum var ve hiçbir zaman uyum yok diyenlerin oranları deney grubu olgularında yüksek bulunmuştur. Disiplin yöntemlerinden; sözlü uyarı uygulaması gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:1,000). Hakların kısıtlanması uygulaması ve

ödül uygulaması oranları da gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.500, p:0,161).

8. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, anne babanın disiplin yöntemi olarak dayağı kullanması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Dayak uygulaması oranı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.001).

9. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, enürezis ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır. “

Enürezis görülen olguların tümü deney grubundadır ve enürezis durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p:0.001).

10. hipotez, “ 8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, kardeş geçimi ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Kardeş geçimine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p:0.002). Orta düzeyde geçinme ve hiç geçinememe oranları deney grubu olgularında anlamlı düzeyde yüksektir.

11. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, “ kardeş rekabeti” ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Kardeş rekabeti gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,816).

12. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, anne figürünün “şefkatli” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Anne figüründen şefkatli puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.005).

13. hipotez, “ 8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, baba figürünün “pasif” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Baba figüründen pasif puanları ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,180).

14. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, “onaylanmama” endişesi ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Endişe yapılarından onaylanmama puanı deney grubu olgularında kontrole göre ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur (p:0,001).

15. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, “sevgi eksikliği” endişesi ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Sevgi eksikliği puanı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,002).



16. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, otoritenin “güçlü” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Otorite puanlarından güçlü figürü puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0.001).

17. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, otoritenin “sevecen” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Sevecen puanları da yine deney grubu olgularında anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.001).

18. hipotez, “8–10 yaşları arasındaki çocuklarda, ego bütünleşmesinin “yeterli” olması ile DE/HB DSM IV tanı kriterleri ölçeğinden alınan puanların arasında anlamlı ilişki vardır.”

Egonun bütünleşmesi puanlarından yeterli puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p:0,001).

Bu çalışmada dikkat eksikliği+hiperaktivite+dürtüsellik özelliği gösteren çocuklar ayrıştırılmadan deney grubu oluşturulmuştur. Sadece dikkat eksikliği ve sadece hiperaktivite+dürtüsellik özelliği gösterenlerin karşılaştırıldığı başka bir araştırmanın da faydalı olacağı düşünülmektedir.

Kentsel kesimde ilkokul çocuklarına yönelik bir yaygınlık çalışmada DE/HB'nin %6.5 oranında bulunduğu bildirilmiştir ( Motovallı, 1994 ). Gecekondu

kesiminde yapılan bir araştırmada anne-baba değerlendirmesine göre çocukların %25.9'unda, ğretmen değerlendirmesi ile de %21.4'nde kıpır kıpır olma saptanmıştır ( Erol, 1990 ).

Ayrıca araştırmanın kentsel kesim ve kırsal kesimin karşılaştırılması şeklindeki bir tekrarı da DE/HB olgusunun daha iyi anlaşılmasına ışık tutacaktır.

Bu çalışmada annelerin yaş dağılımları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,135). Annelerin eğitim durumlarına göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.397). Annelerin meslek durumuna göre dağılımları da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0,707). Olguları farklı sosyoekonomik düzeylerden gelen deneklerle araştırmanın geliştirilmesi faydalı olacağı düşünülmektedir.

DE/HB'de önceki yıllarda daha çok üst sosyoekonomik düzeyden ailelerin çocuklarında görüldüğü bildirilirken, son zamanlarda yapılan çalışmalarda her kesimden çocukta görülebildiği bildirilmektedir ( Cantwell, 1996 ). Türkiye'de yapılan çalışmalarda DE/HB olgularının %50'den fazlasının orta gelir düzeyindeki ailelerden geldikleri bildirilirken ( şenol, 1997 ). Bu çalışmada ise babaların %81'i işçidir. Farklı çalışmalardan alınan bu farklı sonuçların nedeninin, çalışmaların yapıldığı popülasyona bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Aile çalışmalarında, birinci derece akrabalarda ve ikizlerde daha sık olduğu, bu sendromun olduğu ailelerde; ayrıca duygu durum ya da anksiyete bozukluğu, Tourette sendromu, madde kullanımı ile ilgili bozukluklarla, antisosyal kişilik bozukluğunun sık rastlandığı bulunmuştur ( Goodman ve Stevenson, 1989 ).

İmpulsivite ve davranış bozukluğu olan olguların ailelerinde daha bariz psikopatoloji saptanmıştır.

Sonuç olarak, araştırmacılar tarafından genetik yatkınlık konusunda görüş birliğine varılmıştır ( Weiss, 1996, Labey-Pelham, 1988, Biederman-Faraones, 1990, Biederman-Wolznial, 1995, Reeve-Werry-Elkind, 1987, Gilger-Pennington, 1992, Gjone-Stevenson, 1996, Faraone, 1996, Elia-Gulatto, 1994, Yitzchak, 1996, DSM IV, 1994 ). Ancak geçişin doğası tam olarak anlaşılamamıştır. Kalıtımın 0.55-0.92 oranlarında etkili olduğu bildirilmektedir ( Cantwell, 1996 ).

DE/HB'nin nedenlerine ilişkin çalışmalarda üzerinde durulan diğer bir konu da genetik geçiş ve ailede benzer sorunların varlığıdır ( Vogler ve ark., 1985, Pennington ve Smith, 1988, Cantwell, 1996 ).

Evlat edinme çalışmaları kalıtsal etmenlerin çevresel etmenlere göre daha etkili olduğunu göstermektedir. Morrison ve Stewart 1973'te, Cantwell 1975'te yaptıkları çalışmalarda DE/HB olan çocukların biyolojik anne babalarında, evlat edinen anne babalara nazaran daha yüksek oranda DE/HB problemlerine sahip olduklarını rapor etmişlerdir ( Barkley, 1998 ). Çok çarpıcı olan bir başka bulgu ise, Biederman ve arkadaşlarının 1995'te yapmış oldukları çalışmada, ebeveynlerden birinde DE/HB olması durumunda çocuklarında da bu bozukluğun görülme riskinin %57 olmasıdır ( Barkley, 1998 ).

Bu çalışmada da ailede benzer sorunların varlığı, aile ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bilgilerle değerlendirilmeye alınabilirdi. Ailede dikkat sorunu ve aşırı hareketlilik öyküsü de sorgulanmış olan deney ve

kontrol grubu karşılaştırılabilir. Ayrıca ailesiyle yaşayan ve yetiştirme yurdunda yaşayan çocukların karşılaştırıldığı bir araştırmada DE/HB'nin doğasının anlaşılmasında faydalı olabilir.

DE/HB olgularında okul öncesi eğitim, okula başlarken okul korkusu, okula geç alışma gibi sorunların da daha büyük örnekleme incelenmesi faydalı olabilir.

DE/HB'li çocukların akademik başarıları düşük olmaktadır. Okul performanslarının düşük oluşunun sebebi, gelişim ve/veya zeka problemlerinden değil, bu tür bir başarıyı ortaya koyabilmeyi sağlayan birçok bilişsel yan ürünün ( dikkati yoğunlaştırma, işlemde geçirme, algılama ve yorumlama gibi ) bir araya getirilememesidir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar yaşları kadar zeki olmalarına rağmen başarılı olamazlar, iletişim zorluklarının eşlik etmesi, çevre ile aileden yeterince destek ve kabul görmemeleri nedeniyle, yaşamlarının herhangi bir dönemlerinde davranış ve duygu durum bozuklukları gibi ikincil bir psikiyatrik tabloyla karşımıza çıkabilirler. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, öğretmenler ve ebeveynlerce sıkıntı yaratan bir davranış sorunu olarak görülmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar normal okullardaki, ders programlarının dışında kalmaktadır ve böylece sınıf aktivitelerini takip etmekte zorlanmaktadır.

DE/HB tedavinin planını ve gidişini etkileyebilecek farklı alt-tipler içerir. Bu alt-tiplerin birbirinden ayrılabilmesi tedavinin ve eğitimin planlanması açısından çok

önemli olmakla birlikte, klinik olarak bu ayırımın yapılması bazı olgularda mümkün olamamaktadır.

DE/HB tanısı, akademik başarı testleri, klinik gözlemler, aile ve öğretmenden alınan bilgilerle konulabilmektedir. Bu nedenle tanıya yardımcı olacak, klinik izlenimi destekleyecek ve tedavi süresinde meydana gelen değişimleri objektif olarak gözlemlemeyi sağlayacak öznel ölçüm araçlarına ve organik tetkiklere gereksinim vardır.

## ÖZET

### “ 8–10 Yaş Çocuklarında DE/HB Olgusunun Zeka, Kognitif ve Kişilik Dinamikleri Açıklarından İncelenmesi ”

Bu araştırmada DE/HB belirtileri gösteren ancak tanısı konulmamış ve ilaç kullanmamış 8-10 yaş aralığındaki 30 çocuk, DE/HB belirtileri göstermeyen 8-10 yaş aralığındaki 31 çocuk, karşılaştırılmıştır. Tüm olgulara DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirildikten sonra, WISC-R, BGGA ve Ç.A.T uygulanmıştır. Olguların annelerine de Eysenck Kişilik Envanteri uygulanmıştır.

Enürezis ve kardeş geçimine göre ve disiplin yöntemleri konusunda eşle uyum durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir. Disiplin yöntemlerinden; dayak uygulaması oranı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kardeş rekabeti gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Anne figürünün şefkatli oluşu deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Endişe yapılarından onaylanmama puanı deney grubu olgularında kontrole göre ileri düzeyde anlamlı düşük bulunmuştur. Sevgi eksikliği puanı deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Otorite puanlarından güçlü figürü puanları deney grubu olgularında kontrole göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Sevecen puanları da yine deney grubu olgularında anlamlı düzeyde düşüktür.

Anne kişilik envanterinde nörotik puanı ve BGGA ölçümlerinden toplam hata puanı ve perseverasyon hata puanı deney grubu olgularında kontrol grubu olgularına

göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. WÇZÖ-R sonuçlarında gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir.

**Anahtar kelimeler:** DE/HB, Ç.A.T, BGGGA, WÇZÖ-R

## SUMMARY

### **“ An Examination of ADHD in 8–10 Aged Children by the Aspects of IQ, Cognitive and Dynamics of Personality ”**

In this study, the clinical group consists of 30 children ( 8–10 ) who have symptoms of ADHD but not diagnosed as ADHD and haven't used drugs and the control group which consists of 31 children ( 8–10 ) who haven't had symptoms of ADHD had been compared. The two groups have been evaluated according to DSM-IV criteria and CAT, Bender Gestalt Test, WISC-R have been applied to the children. The Eysenck Personality Questionnaire applied to the mothers of the children.

Accompany with brothers/sisters and compatibility of parents in using methods of discipline are significantly high in control group compared to clinical group. Enuresis and beating are significantly high in clinical group compared to control group

Compared to control group, the “tender” mother figure and competition between brothers/sisters are seen significantly low in clinical group. In relation to nature of anxieties, “disapproval” points are remarkably low and “lack of love” points are significantly high in clinical group compared to control group. In assessment of the authoritative points such as “vivid” and “caring” points are also significantly low in clinical compared to control group.



Neuroticism points in EPQ and the total fault points, perseveration points in Bender Test are significantly high in clinical group compared to control group. There are no significant differences between the groups in WISC-R scores.

**Key words:** ADHD, CAT, Bender Gestalt Test, WISC-R

## **EKLER**

DİKKAT EKSİKLİĞİ AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME LİSTESİ (DSM IV)

ADI SOYADI: DOĞUM TARİHİ: SINIFI:  
 DOLDURAN KİŞİ: TARİH: OKUL: Hiç yok Biraz Fazla Çok fazla  
 (Son altı ay içinde Çocuğun durumuna en uygun olan derece işaretleyin.)

1. Okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.	0	1	2	3
3. Onunla konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri izleyemez okul ödevlerini, ufak tefek işlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli zihinsel uğraş gerektiren etkinliklerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya isteksizdir.	0	1	2	3
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler vb.)	0	1	2	3
8. Dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır.	0	1	2	3
10. Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır durur.	0	1	2	3
11. Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.	0	1	2	3
12. Aşırı düzeyde koşuşturur durur ya da tırmanır.	0	1	2	3
13. Sakin bir biçimde boş zamanlarını geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.	0	1	2	3
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çoğu zaman çok konuşur.	0	1	2	3
16. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.	0	1	2	3

Sorunların başlama yaşı:.....

## ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİ FORMU

### ÖĞRENCİNİN

ADI SOYADI :  
SINIFI :  
OKULU :  
DOĞUM TARİHİ : ...../...../ 199..... (Gün, ay, yıl olarak)

### ANNENİN

ADI SOYADI :  
YAŞI :  
EĞİTİM DÜZEYİ :  
OKUR YAZAR ( ) İLK OKUL ( ) ORTA OKUL ( ) LİSE ( ) ÜNİVERSİTE ( )  
YÜKSEKLİSANS ( ) DOKTORA VE DAHA ÜSTÜ ( )

### ANNENİN MESLEĞİ:

EVHANIMI ( ) ÇALIŞIYOR ( )  
İŞÇİ ( ) MEMUR ( ) SERBEST ( ) .....

ÇALIŞIYOR İSE, ÇALIŞMA SAATLERİ:.....  
VARDİYALI İSE, VARDİYA SAATLERİ:.....

### BABANIN

ADI SOYADI :  
YAŞI :  
EĞİTİM DÜZEYİ :  
OKUR YAZAR ( ) İLKOKUL ( ) ORTAOKUL ( ) LİSE ( ) ÜNİVERSİTE ( )  
YÜKSEKLİSANS ( ) DOKTORA VE DAHA ÜSTÜ ( )

### BABANIN MESLEĞİ:

İŞÇİ ( ) MEMUR ( ) SERBEST ( ) .....

ÇALIŞMA SAATLERİ:.....  
VARDİYALI İSE, VARDİYA SAATLERİ:.....

### EŞ DURUMU

KARI-KOCA BİRLİKTE ( ) BOŞANMAMIŞ ANCAK AYRI YAŞIYOR ( )  
BOŞANMIŞ ( ) VEFAT ETMİŞ ( ) ÜVEY ANNE VAR ( ) ÜVEY BABA VAR ( )  
HERHANGİ BİR SEBEPTEN DOLAYI KARI- KOCA UZUN SÜRE AYRI KALİYORLAR ( )

### EY

KİRA ( ) KENDİLERİNİN ( ) AİLE BİREYLERİNDEN BİRİNE AİT ( )  
ÇOCUK SAYISI:..... KIZ ..... ERKEK .....

### AİLE TİPİ

ANNE, BABA VE ÇOCUKLAR ( )  
ANNE, BABA, ÇOCUKLAR VE AİLE BÜYÜKLERİ ( anneanne, babaanne, dede) ( )  
ANNE, BABA, ÇOCUKLAR VE AKRABA (amca, dayı, hala, teyze) ( )

OKULA BAŞLAYANA KADAR ÇOCUĞUN BAKIMIYLA KİM İLGİLENDİ? (birden fazla şık  
işaretlenebilir)

ANNE ( ) KREŞ ( ) ANAOKULU ( ) AKRABALARDAN BİRİ BAKTI ( ) BAKICI ( )

1. Kaçınıcı çocuğunuz? .....

2. Altını ıslatıyor mu?  
a) Evet b) Hayır

3. Kaka kaçırma sorunu var mı?  
a) Evet b) Hayır

4. İştah durumu nasıldır?  
a) Aşırı yer b) Ortalama c) Az yer

5. Kardeşleri ile geçimi nasıldır?  
a) Çok iyi geçirir  
b) Orta  
c) Hiç geçinemez

6. Aşağıdaki şikayetlerden hangileri çocuğunuzda var?  
( ) Baş ağrısı  
( ) Kabızlık  
( ) Burun akması, Hapşırma  
( ) Yiyecek secimi yapmak  
( ) Kaşınma ekzama  
( ) Yorgunluk, bitkinlik  
( ) kulak iltihabı  
( ) Karın ağrısı  
( ) Kusma  
( ) Fazla kilo  
( ) Uykusuzluk  
( ) Şiddetle şeker ve şeker tipi şeyleri arzu etme  
( ) Yemekten önce huysuz ve yemekten sonra uyumlu olmak  
( ) diğer .....

7. Çocuğunuzun kurallara uyum ile ilgili problemlerini düzeltmek için hangi yöntemleri kullandınız?

	Kullandım	1	2
Sözlü uyarı			
Tecrit (uzaklaştırma)			
Hakların kısıtlanması			
Ödüllendirme			
Dayak atma			
Çocuğa teslim olma, onun istediğinin olması			
Çocuktan uzak durma			
Diğer:.....			

8. Disiplin yöntemleri konusunda eşinizle ne oranda uyumlusunuz?  
a) Çoğu kez  
b) Bazen  
c) Hiç bir zaman

9. Disiplin yöntemleri konusunda aile büyüklerinizle, (babanne, dede vs.) ne oranda uyumlusunuz?  
a) Çoğu kez  
b) Bazen  
c) Hiç bir zaman

10. Kaç yaşında yürüdü?  
a) 1 yaş altı b) 1-2 yaş c) 2-3 yaş

11. İki ve daha fazla kelimeli kaç aylıkken konuştu?  
a) 9-13 ay b) 14-18 ay c) 19-24 ay d) 25-36 ay

12. Kaç yaşında tuvalet eğitimi aldı? (çiş kontrolü)  
a) 1-2 yaş b) 2-3 yaş c) 3-4 yaş

13. Kaç yaşında tuvalet eğitimi aldı? (kaka kontrolü)  
a) 1-2 yaş b) 2-3 yaş c) 3-4 yaş

14. Herhangi bir kronik sağlık problemi (astım, diyabet, kalp hastalığı, hipoglisemi, alerji ) oldu mu?  
a) Evet b) Hayır  
Evet ise açıklayınız:.....

15. Aşağıdakilerden biriyle sonuçlanan kaza geçirdi mi?  
Kaç kez?

	Evet	Kaç kez	Hayır
Kırık			
Ciddi yırtık, kesik			
Kafa travması (çarpma, düşme)			
Ciddi çürükler			
Bilinç kaybı			
Göz yaralanması			
Dikiş atılması			
Diğer:.....			

16. Disiplin yöntemleri konusunda eşinizle ya da aile büyüklerinizle uyumsuzluk yaşadığınızda kimin sözü geçer?  
a) annenin b) babanın  
c) aile büyüklerinden birinin

17. Okul süresince; sınıfta kaldı mı?  
a) evet b) hayır  
Evet ise; kayıp yıl sayısı:.....

18. Son 12 ay içerisinde aşağıdaki olaylardan herhangi yaşadınız mı?  
a) Ayrı yaşama veya boşanma  
b) Ailede hastalık veya kaza  
c) Ailede ölüm  
d) Ailede iş değiştirme  
e) Okul değişimi  
f) Ailenin taşınması  
g) Ailede parasal problem  
h) Diğer; .....

AD SOYAD:

IQ: YAŞ: GELİŞİM DÜZEYİ (maturation level):

RESİM NO	ORAL TATMİN		YEME PROB		KARDEŞ REKABETİ		KASTRASYON ANKSİYETESİ		AGRESYON		CİNSELLİKLE İLGİLİ MERAK		SAVUNMALAR TÜM RESİMLER									
	VA R	YO K	VA R	YO K	VA R	YO K	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK	B	I	U	K	RX	S	PI	A	RA	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
T																						
T/3																						

## ANNE FİGÜRÜ

R-NO	ŞEFKATLİ	PASİF	BASKIN	DENETLEYEN	REDDEDEN	GÜÇLÜ	GÜVENİLMEZ	AGRESİF	CEZALANDIRAN
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
T									
T/10									

## BABA FİGÜRÜ

R-NO	ŞEFKATLİ	PASİF	BASKIN	DENETLEYEN	REDDEDEN	GÜÇLÜ	GÜVENİLMEZ	AGRESİF	CEZALANDIRAN
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
T									
T/10									

## ENDİŞENİN YAPISI

R-NO	Fiziksel zarar ve/veya ceza	onaylanmama	sevgi eksikliği veya sevgiyi kaybetme	izole edilme	Hastalık ve yaralanma	Yoksun bırakılma	Çaresiz olma
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
T							
T/10							

DIŞ DÜNYA KONSEPTİ

R-NO	KORKUTUCU	GÜVENLİ	DÜŞMANCA	ESRARENGİZ	DIĞER
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
T					
T/10					

SUÇA KARŞI CEZA İLE KENDİNİ GÖSTEREBİLENSÜPEREGONUN YETERLİLİĞİ  
(CEZALANDIRMADA, ÖDÜL ALMADA)

R-NO	UYGUN	UYGUNSUZ	ÇOK KATI	TUTARSIZ	DIĞER
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
T					
T/10					

OTORİTE

R-NO	KORKUTUCU	GÜÇLÜ	SEVECEN	ACIZ/ GÜÇSÜZ	DIĞER
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
T					
T/10					

EGONUN BÜTÜNLEŞMESİ

ÖZDEŞİM

R-NO	YETERLİ	YETERSİZ	DIĞER	R-NO	KENDİ	KARŞI	BELİRSİZ
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
6				6			
7				7			
8				8			
9				9			
10				10			
T				T			
T/10				T/10			

## KAYNAKÇA

Abikoff, H., Klein, Rachel G., “Attention Deficit Hyperactivity and Conduct Disorder: Comorbidity and Implications for Treatment” **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60, 88 1-892, 1992.

Adler LA., Cohen J., “Adult ADHD: Recent Advances in Diagnosis and Treatment” **www.medscape.com**

Adler LA., Resnick S., Kunz M., Devinsky O., “Open-label trial of venlafaxine (Effexor) in attention deficit disorder” **Psychopharmacol Bull** 1995-31:544.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Second Ed. (DSM II)**. Washington DC, APA Press, 1968.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Ed. (DSM III)**. Washington DC, APA Press, 1980.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, Third Ed. Rev. (DSM III-R)**. Washington DC, APA Press, 1987.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.** Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994:78-85.

Amerikan Psikiyatri Birliği. **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-III-R)**. çev. Koroğlu, E., Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1989.



Amerikan Psikiyatri Birliği. **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV)**. çev. Köroğlu, E., Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994.

Anders J., “5 fundamentals of managing adult ADHD” **Current Psychiatry 2003 july- Vol.2, No7.**

Anderson J. William S. Mcgee, “Disorders in preadolescent children” **Arc. Gen. Psychiatry 1987- 44: 69–75.**

Aygölu F., Motavallı N., Polvan Ö. **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite gösteren çocuklarda WÇZÖ-R ve Bender-Gestalt puanları 3. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Kitapçığı** 1993, Sapanca: Sayfa 112-115. İst Tıp Basımevi.

Bakker D., **Hemispheric Specialication and Specific Reading Retardation. Developmental Neuropsychiatry** 1984. M. Rutter. Churchill Livingstone: London.

Ball JD., Wooten V., Crowell TA., “Adult ADHD and/or sleep apnea’ Differential diagnostic considerations with six case studies” **J Clin Psychol Med Settings 1999-6(3):259-71.**

Barkley RA., **Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment.** New York: Guilford, 1990.

Barkley RA., **Attention-deficit/ Hiperactivity disorder. İn: Child Psychopathology. Mash EJ, Barkley RA eds.** New York 1996- Guilford, pp63–112.

Barkley RA., Biederman J., “Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997-36:1204-1210.**

Barkley R.A. Du Paul G., “Comprehensive Evulation of ADHD with and without hyperactivity as defined by research criteria” **Journal of consulting and clinical Psychology 1990. Vol:58 No:6 775-789.**

Barkley RA., Fischer M., Smallish L., Shetcher K., “The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood as a function of reporting sources and definition of disorder” **J Abnorm Psychol 2002-111: 279-89.**

Barkley RA., Murphy KR., **Attention-Deficit Hyperactivity Disorder:A Clinical Workbook, 2nd ed.** New York: Guilford Publications Inc- 1998.

Bellak L., M.D., Abrams D.M., Ph.D., **The Thematic Apperception Test, The Children’s Apperception Test and The Senior Apperception Technique in Clinical Use,** Sixth Edition/1997.

Benjamin J., Patterson C., Greenberg BD. at al., “Population and familiar association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking” **Nat Genet 1996- 12:81-84**

Berquin PC., Giedd NN., Jacobsen LK., Hamburger SD., Krain AL., Rapoport JL. et al., “The cerebellum in attention-deficit/hyperactivity disorder: amometric study” **Neurology 1998-50:1087-1093**

Berquin PC., Giedd JN., Jacobsen LK., ve ark., “Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder: a morphometric MRI study” **Neurology 1998-50: 1087-93**

Biederman J., Faraone SV., Knee D., Munir K., “Retrospective assessment of DSM-III attention defiscid disorder in non referred individuals” **J Clin Psychiatry 1990- 51:102-106.**

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

Biederman J., Wilens T., Mick E., et al., “Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder” **Pediatrics 1999-104:e20.**

Biederman J., Wilens T., Mick E., Milberger S., Spencer TJ., Faraone SV., “Psychoactive substance use disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity” **Am J Psychiatry** 1995- 152:1652-1658.

Biederman J., Wilens TE., Mick E., Faraone SV., Spencer T., “Dose attention deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence” **Biol Psychiatry** 1998-44:269-273.

Biederman J., Faraone S., “Family-genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder” **Journal Am. Acad Child Adolescent Psychiatry** 1990 29.4: 526–533

Biederman J. Wolznial J., “CBCL Clinical Scales Discriminate Prepubertal children with structured Interview derived Diagnosis of mania from these with ADHD” **Journal Am. Acad Child Adolescent Psychiatry** 1995 34 4: 464-471.

Biederman, J.- Faraone, S.V.- Doyle, A.- Lehman, B.K.- Kraus, I.- Perrin, I.- Tsuang, M.T., “Convergence of the CBCL with Structured Interview-based Psychiatric Diagnosis of ADHD Children with and without Comorbidity” **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 34, 1241-1251, 1993.

Biederman, J.- Newcom, J.- Sprich, S., “Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity with Conduct. Depressive Anxiety and Other Disorder”. **American Journal of Psychiatry**, 148, 564–577, 1991.

Brandon, C. L., Marinelli, M., Baker, L. K., and White, F. J., “Enhanced reactivity and vulnerability to cocaine following methylphenidate treatment in adolescent rats.” **Neuropsychopharmacology**, 2001, 25, 651–661.

Breggin, P., **Talking Back to Ritalin**. Monroe, ME: Common Courage Press, 1998.

Brophy K., Hawi Z., Kirley A., Fitzgerald M., Gill M., “Synaptosomal-associated protein 25 (SNAP-25) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): evidence of linkage and association in the Irish population” **Molecular Psychiatry 2002- 7(8):913-7.**

Brown TE., “Brown ADD scales” **San Antonio, Tex.: Psychological Corp. 1996–5–6.**

Cantwell, D.P., Attention Deficit Disorder: “A Review of the past 10 years” **Journal of the American Academy on Child and Adolescent Psychiatry, 35, 978-987, 1996.**

Casellanos FX., Sharp WS., Gottesman RF., Greenstein DK., “Anatomic brain abnormalities in monozygotic twins discordant for attention deficit hyperactivity disorder” **Am J Psychiatry 2003 september- 160(9):1693-1696.**

Casey BJ., Castellanos FX., Giedd JN. ve ark.”Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997–36:374–83.**

Castellanos FX., Giedd JN., Eckburg PN., Marsh WL., Vaituzis AC., Kaysen D. et al., “Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder” **Am J Psychiatry 1994- 151:1791-1796.**

Castellanos FX., Giedd JN., Marsh WL., Hamburger SD., Vaituzis AC., Dickstein DP. et al., “Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/ hyperactivity disorder” **Arch Gen Psychiatry 1996-53:607-616.**

Castellanos FX., Giedd JN., Eckburg P. ve ark., “Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder” **Am J Psychiatry 1994- 151: 1791-6.**

Castellanos FX., Lee PP., Sharp W., ve ark., “Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder “ **JAMA 2002-288:1740-8.**

Centwell D. P. Baker L., “Association Between Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and

Learning Disorders” **Journal of Learning Disabilities: Vol: 24 No:2 February 1991.**

Cheon KA., Ryu YH., Kim YK. ve ark., “Dopamine transporter density in the basal ganglia assessed with [123I]IPT SPECT in children with attention deficit hyperactivity disorder” **Eur J Nucl Med Mol Imaging 2003-30:306-11**

Comings DE., Chen C., Wu S., et al., “Association of the androgen receptor gene (AR) with ADHD and conduct disorder” **Neuroreport 1999-10:1589-1592.**

Conners CK., Wells KC., Erhardt D. et al., “Multimodality therapies:methodologic issues in research and practice” **Child Adolesc Psychiatr Clin North Am 1994- 3:361-377.**

Cook EH. Jr, Stein MA., Ellison T., Unis AS., Leventhal BL., “Attention-deficit hyperactivity disorder and whole-blood serotonin levels: effects of comorbidity” **Psychiatry Res 1995- 57:13-20.**

Copeland ED., **Medications for attention disorders (ADHD/ADD) and related medical problems. (Tourette’s syndrome, sleep apnea, seizure disorders).** Atlanta: SPI Press, 1991.

Costello J.E. Costello A.J., “Psychiatric Disorder in Pediatric Primary Care” **Arc. Gen Psychiatry Vol: 45 Dec. 1988.**

Daly JM., Fritsch SL., “Case study: maternal residual attention-deficit disorder associated with failure to thrive in a two-month-old infant” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995- 34:55-57.**

Diller, L., **Running on Ritalin.** New York, NY: Bantam,1998.

Dreher, N. (2001). “Cramming on Ritalin” **Current Health, 2001, Vol. 28 Issue 1, p:21.**

Duare R. Kushch A., “Neuroanatomic Differences Between Dyslexic and Normal Readers on MRI scans” **Arch. Neurology, Vol:8 April 1991.**

Dulcan M., Dunne JE., Ayres W., Arnold V., Benson RS., Bernet W., et al.,”Practice Parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with

attention-deficit/hyperactivity disorder “ **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1997 **October- 36(10S) Supplement 85S-121S.**

Dulcan MK., Bergman J., Weller E., et al, **Treatment of childhood and adolescent disorders. Textbook of Psychopharmacology. Schatzberg AF, Nemroff CB (eds.) American Psychiatric Pres. 2nd ed** Washington, DC. 1998- 806–814.

Durston S., Tottenham NT., Thomas KM. ve ark., “Differential patterns of striatal activation in young children with and without ADHD” **Biol Psychiatry** 2003-53:871-8.

El Sayed E., Larsson JO., Persson HE., Rydelius PA., “Altered cortical activity in children with attention-deficit/ hiperactivity disorder during attentional load task” **J Am Acad Child Adolecs Psychiatry** 2002-41: 811-819.

Elia E., Gulatto B., “Thyroid Function and attention degicit disorder” **Journal Am. Acad Child Adolescent Psychiatry** 1994, 35: 169–172.

Ercan E., Aydın C., **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.** İstanbul: Gendaş Yayınevi,1999.

Erol N., “Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı” **Ankara Tıp Bülteni** 1988, 10:13-24.

Erol N., **Anne-baba ve öğretmen ölçekleri ile gecekondü kesiminde oturan çocukların davranış sorunlarının değerlendirilmesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Bilimler Kongresi GATA, Kongre kitapçığı** 1990:257–263.

Evans SW., Vallano G., Pelham W., “Treatment of parenting behavior with a psychostimulant: a case study of an adult with attention-deficit hyperactivity disorder” **J Child Adolesc Psychopharmacol** 1994- 4:63-69.

Faraone S., “Discussion of "Genetic influence of parent-reported Attention related Problems

in a Norwegian general population twins sample” **J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry 1996:355–596–598.**

Faraone SV., Spencer T., Aleradi M., Pagano C., Biederman J., “Meta-analysis of the efficiency of methylphenidate for treating adult attention deficit/hyperactivity disorder” **J Clin Psychopharmacol 2004 February-24(1):24-29.**

Fargason RE., Ford CV., “Attention deficit hyperactivity disorder in adults: diagnosis, treatment, and prognosis” **South Med J 1994-87:302-9.**

Fergusson D.M., Hormoodl J., “Attention Deficit and Reading Achievement” **J. Child Psychol Psychiatry 1992 Vol: 33 No: 2 pp. 375–385**

Field T., Quintino O., Hernandez-Reif M., et al., “Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder benefit from massage therapy” **Adolesc 1998-33:105-108.**

Filipek PA., Semrud-Clikeman M., Steingard RJ. ve ark., “Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls” **Neurology 1997-48:589-601.**

Findling RL., Schwartz MA., Sannery DJ., Manos MJ., “Venlafaxine in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: an open clinical trial” **J Clin Psychiatry 1997-58(4):178-9.**

Fitzgerald, N., “Abusing Ritalin” **Scholastic Choices, 2001, Vol. 17 Issue 1, p:6.**

Giedd JN., Castellanos FX., Casey BJ., Kozuch P., King AC., Hamburger SD. et al., “Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder” **Am J Psychiatry 1994- 151:665-669.**

Giedd JN., Castellanos FX., Casey BJ. ve ark., “Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder” **Am J Psychiatry 1994- 151:665-9.**

Gilger J. W. Pennington P.D., J. Am. Acad. “Child Adolescent Psychiatry twin study of the etiology of comorbidity: ADHD and dyslexia” **J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** **31, 343 1992.**

Gjone H. Stevenson J., “Genetic Influence on parent- reported Attention Related Problems in Norwegian general Population. twin Sample” **Journal Am. Acad Child Adolescent Psychiatry** **1996 35(5) 588–596.**

Goldman LS., Genel M., Bezman RJ., Slanetz PJ., “Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents” **Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA. 1998–279:1100-1107.**

Grabowski J., Roache JD., Schmitz JM., Rhodes H., Creson D., Korszum A., “Replacement medication for cocaine dependence: methylphenidate” **J Clin Psychopharmacol** **1997-17:485-488.**

Greenhill L., Beyer DH., Finkleson J., et al., “Guidelines and algorithms for the use of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder” **J Attent Disord.** **2002-89-100.**

Greenhill LL., Plitzka S., Dulcan MK., Bernet W., Arnold V., Beitchman J., et al., “Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** **2002- 41(Feb suppl):26S’49S**

Greenhill, L. L., Halperin, H. M., and Abikoff, H., “Stimulant medications” **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **1999, 38- 503-512.**

Gualtieri CT., Ondrusek MG., Finley C., “Attention deficit disorder in adults” **Clin Neuropharmacol** **1985-8:343-356.**

Gustafsson P., Thernlund G., Ryding E. ve ark., “Associations between cerebral blood-flow measured by single photon emission computed tomography (**SPECT**), electro-encephalogram



(EEG), behaviour symptoms, cognition and neurological soft signs in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)” **Acta Paediatr 2000-89:830-5.**

Hallowell EM., Ratey JJ., **Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood Through Adulthood** New York: Random House Pantheon Boks 1994.

Hechtman L., **Developmental, neurobiological, and psychosocial aspects of hyperactivity, impulsivity, and attention.** Lewis M (ed.) **Child and adolescent psychiatry.** USA: Lippincott williams & wilkins, 2002- 336–387

Hedges D., Reimherr FW., Rogers A., Strong R., Wender PH., “An open trial of venlafaxine in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder” **Psychopharmacol Bull 1995-1:779-783.**

Heffner TG., Seiden LS., “Possible involvement of serotonergic neurons in the reduction of locomotorhyperactivity caused by amphetamine in neonatal rats depleted of brain dopamine” **Brain Res 1982-244:81-90.**

Hess EJ., Collins KA., Wilson MC., “Mouse model of hyperkinesis implicates SNAP-25 in behavioral regulation” **J Neurosci 1996-16:3104-3111.**

Hesslinger B., Tebartz VE., Thiel T., Haegele K., Hennig J., Ebert D., “Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention-deficit/ hyperactivity disorder” **Neurosci Lett 2002-328:319-321.**

Hill DE., Yeo RA., Campbell RA., et al., “Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children” **Neuropsychology (United States) Jul 2003- 17(3) p:496-506.**

Hynd GW., Hern KL., Novey ES., Eliopoulos D., Marsha R., Gonzales J. et al., “Attention-deficit hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus” **J Child Neurol 1993-8:339-347.**

Hynd GW., Semrud- Clikeman M., Lorys AR., Novey ES., Eliopulos D., Lyytinen H., “Corpus callosum morphology in attention-deficit hyperactivity disorder: morphometric analysis of MRI” **Learn Disabil 1991-24:141-146.**

Hynd GW., Hern KL., Novey ES. ve ark., “Attention deficit-hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus” **J Child Neurol 1993- 8:339-47.**

**ICD-10 Dünya Sağlık Örgütü Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması**  
Çevirerek yayınlayan Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği yayını 1993.

Jansky, J.J., **Specific Developmental Disorders of Childhood and Adolescence. Psychiatry Behavioral sciences clinical psychiatry.** Eds: Kaplan H. Sadock B. Grebb. J. Williams & Wilkins 1989 Chapter–39 pp:2551-2561.

Kane R., Mikalac C., Benjamin S., Barkley RA., **Assessment and treatment of adults with ADHD. In: Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Barkley RA, ed.** New York: Guilford 1990- pp 613–654.

Kaplan and Sadock, **Synopsis of Psychiatry Behavioral Screenes Clinical Psychiatry.** Seventh Edition. Eds: Kaplan H. Sadock, B. Grebb, J. Williams & Wilkins 1994:1042–1049.

Kibry K., Rutman L., Bernstein H., “Attention-deficit/hyperactivity disorder: a therapeutic update” **Curr Opin Pediatr 2002 April-14(2)236-246.**

Kim BN., Lee JS., Shin MS., Cho SC., Lee DS., “Regional cerebral perfusion abnormalities in attention-deficit/ hiperactivity disorder: Statistical parametric mapping analysis” **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002- 252: 219-225.**

Kim BN., Lee JS., Shin MS. ve ark., “Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. Statistical parametric mapping analysis“ **EurArch Psychiatry Clin Neurosci 2002–252:219–25.**

Klein RG., Mannuzza S., “Long-term outcome of hyperactive children:a review” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991-30: 383-387.**

Korn ML., “Understanding and Treating Adult ADHD” [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

Kuperman S., Perry PJ., Gaffney G., et al., “Bupropion SR vs. methylphenidate vs. placebo for attention deficit hyperactivity disorder in adults” **Ann Clin Psychiatry. 2001- 13.129–134.**

Kustanovich V., Merriman B., McGough J., McCracken JT., Smalley SL., Nelson SF., “Based paternal transmission of SNAP-25 risk alleles in attention-deficit hyperactivity disorder” **Molecular Psychiatry 2003 Mar-8(3):309-15.**

Kürşad N., **Çocuk Psikiyatrisinde Belirti Dağılımı ve Toplumsal Özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, AÜTF. Ankara, 1979.**

Labey B.B., Pelham W. E., “Dimensions and types of attention deficit Disorder” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry 1988 27.3: 330–335.**

Lahat E. Aviral E., “BAEP Studies in children with attention deficit disorder” **Dev.Med. Child Neurology 1995(37): 119–123.**

Lambert, N. M. & Hartsough, “C. S. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD subjects” **Journal of Learning Disabilities, 1998, 31- 533–544.**

Latey B.B. Carison C.L., “Validity of the diagnostic category of attention deficit Disorder without hyperactivity” : **A Review of the Literature Journal of Learning Disabilities Vol: 24 No: 2 february 1991**

Lavenstein B., **Neurological comorbidity patterns/differential diagnosis in adult attention deficit disorder. In: KG Nadeau, ed. A comprehensive guide to attention deficit disorder in adults: research, diagnosis, and treatment New York: Brunner/Mazel, 1995:74-92.**

LeMarquand DG., Pihl RO., Young SN., Tremblay RE., Seguin JR., Palmour RM., Benkelfat C., “Tryptophan depletion, executive functions, and disinhibition in aggressive, adolescent males” **Neuropsychopharmacology 1998-19:333-341.**

Levin FR., Evans SM., McDowell DM., Kleber HD., “Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study” **J Clin Psychiatry. 1998-59:300-305.**

Linnolia M., Virkkunen M., Scheinin M., Nuutila A., Rimon R., Goodwin FK., “Low cerebrospinal liquid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior” **Life Sci 1983- 33:2609-2614.**

Livingston R. Dylenan., “The frequency and significance of additional Self-Reported Psychiatric Diagnosis in children with Attention Deficit Disorder” **J. of Abnormal Child Psychology 1990 Vol: 18**

Loge. D.V. Staton R.D., “Performance of children with ADHD on tests sensitive to frontal lobe dysfunction“ **Journal Am. Acad Child Adolescent Psychiatry 1990 29:4:540-545.**

Lucki Ī., “The spectrum of behaviors influenced by seratonin” **Biol Psychiatry 1998-44:151-162.**

Malhorta AK., Virkkunen M., Rooney W., et al., “The association between the dopamine D4 receptor(D4DR) 16 amino acid repeat polymorphisim and novelty seeking” **Mol Psychiatry 1996- 1:388-391.**

Mannuzza S., Gittelman R., **Informant variance in the diagnostic assessment of hyperactive children as young adults, in Mental Disorders in the Community: Progress and Challenge: Proceedings of the American Psychopathological Association. vol 42. Barrett JE, Rose RM (ed.) New York, Guilford, 1985- 243-254.**

Mannuzza S., Klein RG., Addalli KA., “Young adult mental status of hyperactive boys and their brothers: a prospective follow-up study” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991a-30:743-751.**

Manuzza S., Klein RG., Besler A., Malloy P., La Padula M., “Adult outcome of hyperactive boys : educational acivement, occupational rank, and psychiatric status “ **Arch Gen Psychiatry 1993- 50: 565-576**

Manuzza S., Klein F., Bessler A., “Adult Out Come of Hyperactivite Boys “ **Arch. Gen. Psy.1993.50: 565–576.**

Mataro M., Garcia-Sanchez C., Junque C. ve ark., “Magnetic resonance imaging measurement of the caudate nucleus in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder and its relationship with neuropsychological and behavioral measures” **Arch Neurol 1997-54:963-8.**

Mattes JA., Boswell L., Oliver H., “Methylphenidate effects on symptoms of attention deficit disorder in adults” **Arch Gen Psychiatry. 1984-41:1059-1063.**

Mc Clellan J.M. Rubert M.P., “Attention Deficit Disorder in children at risk for anxiety and depression” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry 1990-29:4 534.**

Michelson D., Adler L., Spencer T., et al., “Atomoxetine in adults with ADHD: Two randomized, placebo-controlled studies” **Society of Biological Psychiatry 2003- 53-112:120.**

Michelson D., Allen AJ., Busner J., et al., “Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled study” **Am J Psychiatry 2002- 159( 11), 1896:1901**

Michelson D., Faries D., Wernicke J., et al., “Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized,

placebo-controlled study” **Am J Psychiatry** 2002; 159( 11), 1896:1901

Milberger S., “Bidennan J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders: Issues of overlapping symptoms” **Am. J. Psychiatry** 1995: 152: 1793–1799.

Morgan A., Hynd G.W., “Validity of DSM IV- ADHD Predominantly Inattentive and Combined Types: Relationship to previous DSM Diagnosis Subtype differences” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** 1996 35(3) 325–333.

Mostofsky SH., Cooper KL., Kates WR., Denckla MB., Kaufmann WE., “Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder.” **Biol Psychiatry** 2002- 52: 785–794

Motavallı Mukadder N., **Kentsel Kesimde Türk ilkokul Çocuklarında "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun" Nozolojik Bağlamda Prevalan sınır Araştırılması Uzmanlık Tezi** İst. Tıp fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı 1994.

Mukaddes NM., **Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tarihiçesi ve Epidemiyolojik İncelemeler.** Çelikkol A (ed.), Ege Psikiyatri sürekli Yayınları, Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İzmir-Ege Üniv. Basım evi, 1998- cilt 3, sayı 3: 393–398.

Murphy K., Barkley RA., “Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments” **Compr Psychiatry.** 1996–37:393–401.

Murphy P., Schachar R., “Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hiperactivity disorder in adults” **Am J Psychiatry** 2000- 157:7.

Nahlik JE., Searight HR., “Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder” **Prim Care Rep** 1996-2:65-74.

Olvera RL., Pliszka SR., Luh J., Taum R., “An open trial of venlafaxine in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents” **J Child Adolesc Psychopharmacology** 1996-6(4):241-50.

Öç Yıldız Ö., **Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda SPECT ve EEG bulguları. Yayınlanmamış uzmanlık tezi** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli 2004.

Öner N., **Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı.** İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1996.

Öner Ö., Aysev A., Küçük Ö. ve ark., “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda metilfenidat öncesi ve sonrası SPECT görüntülemesi” **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2000-7:153-159.**

Pelham WE., Aronoff HR., Midlam JD., et al., “A comparison of Ritalin and Adderall: efficiency and time-course in children with attention-deficit/hyperactivity disorder” **Pediatrics 1999-103:e43.**

Pelham WE., Gnagy EM., Burrows-Maclean L., et al., “Once-a-day concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings” **Pediatrics 2001-108:883-892.**

Pelham WE., Gnagy EM., Chronis AM., et al., “A comparison of morning-only and morning/late afternoon adderall to morning-only, twice-daily, and three times-daily methylphenidate in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder” **Pediatrics 1999-104:1300-1311.**

Pelham, W. E., “The multimodal treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: Just say yes to drugs alone?” **Canadian Journal of Psychiatry, 1999- 44-981-990.**

Phalen K., “World of distraction: Adult attention deficit/hyperactivity disorder” **www.ama-assn.org**

Pliszka SR., McCrachen J.T., “Catecholamines in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder” **Current perspectives Journal Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 1996- 35(3) 261-272.**

Pliszka S.R., “Comorbidity of Attention deficit Hyperactivity Disorder and Overanxious Disorder” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** 1992- 31:2: 197–203.

Pliszka SR., Greenhill LL., Crismon ML., et al., “The Texas Children’s Medication Algorithm Project: report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. PartII: Tactics. Attention-deficit/hyperactivity disorder” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** 2000–39:920–927.

Raber J., Mehta PP., Kreifeldt M., Parsons LH., Weiss F., Bloom FE., et al., “Coloboma hyperactive mutant mice exhibit regional and transmitter-specific deficits in neurotransmission” **J Neurochem** 1997-68:176-186.

Raine A., Brennan P., “Rates of violence, crime, academic problems and behavioral problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments “ **Arc. Gen. Psychiatry** 1996- (53) 544–549.

Rappaport JL., Castellanos FX., Gogate N. ve ark., “Imaging normal and abnormal brain development: new perspectives for child psychiatry” **Aust N Z J Psychiatry** 2001-35:272-81.

Rappaport JL., Quinn P., Scribanu N., Murphy DL., “Platelet serotonin of hyperactive school age boys” **Br J Psychiatry** 1974- 125:138-140.

Rappley, M. D., Eneli, I. U., Mullan, P. B., Alvarez, F. J., Wang, J., Luo, Z., and Gardiner, J. C., “Patterns of psychotropic medication use in very young children with attention-deficit hyperactivity disorder” **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics,** 2002- 23-23-30.

Ratey JJ., Greenberg MS., Bemporad JR., Lindem KJ., “Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for outpatient psychotherapy” **J Child Adolesc Psychopharmacol** 1992- 2: 267-275.

Reeve J.V., Werry J.S., Elkind S. “Attention Deficit, Conduct, Oppositional and Anxiety



Disorders in Children: II. Clinical Characteristics” **J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** 1987,26, 2- 144–155.

Riggs P., Leon S., Mikulich S., et al., “An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance use disorder and conduct disorder” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1998-37:1271-1278.

Roy-Byrne P., Scheele L., Brinkley J., Ward N., Wiatrak C., Russo J., et al., “Adult attention-deficit hyperactivity disorder: assessment guidelines based on clinical presentation to a specialty clinic” **Compr Psychiatry** 1997-38:133-40.

Rugino TA., Copley TC., “Effects of Modafinil in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Open-Label Study” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2001- February- 40(2):230-23.

Rutter M., “Epidemiological Approaches to Developmental Psychopathology” **Arch. Gen. Psychiatry. Vol:45 May–1998.**

Sandberg S., “Hyperkinetic of Attention Deficit Disorder” **Review Article British Journal& Psychiatry** 1996 -169: 10-70.

Schachav R. Tonnock R., “Test of four hypotheses for the comorbidity of ADHD and Conduct Disorder” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** 1995 34: 5: 639-648.

Schrimsher GW., Billingsley RL., Jackson EF. ve ark., “Caudate nucleus volume asymmetry predicts attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptomatology in children” **J Child Neurol** 2002-17:877-84.

Schubiner H., Tzelepis A., Isaacson H., Warbasse LH., Zacharek M., Musial J., “The dual diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse: case reports and literature review” **J Clin Psychiatry** 1995- 56:146-150.

Schulz KP., Newcorn JH., Fan J. ve ark., "Brain activation gradients in ventrolateral prefrontal cortex related to persistence of ADHD in adolescent boys" **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2005-44:47-54.

Searight HR., Burke JM., Rottnek F., "Adult ADHD: Evaluation and Treatment in Family Medicine. American Family Physician" **November 1, 2000. www.aafp.org**

Semrud-Clikeman M. Biederman, "Comorbidity between ADHD and Learning Disability: Archived report in a clinically referred sample" **J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** 1992, 31, 3:439-448.

Semrud-Clikeman M., Filipek PA., Biederman J. ve ark., "Attention-deficit hyperactivity disorder: magnetic resonance imaging morphometric analysis of the corpus callosum" **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1994-33:875-81.

Shafer S., Shaffer D., "Hard Thoughts or Neurological Soft sing" **Developmental Neuropsychiatry** Ed. Rutter. M.1984 pp=133-143 Churchill Liwingstone: London.

Shaffer D." Attention deficit hyperactivity disorders in adults (editorial)" **Am J Psychiatry** 1994- 151:634-639

Shaffer D., **Brain Damage. Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook** (ed. Lewis. M.) Williams & Wilkins 1991. Chapter 8.

Shafritz KM., Marchione KE., Gore JC. ve ark., "The effects of methylphenidate on neural systems of attention in attention deficit hyperactivity disorder" **Am J Psychiatry** 2004- 161:1990-7.

Shekim WO., Asarnow RF., Hess E., Zaucha K., Wheeler N., "A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state" **Compr Psychiatry** 1990- 31:416-425.

Silver LB., “Alternative (nonstimulant) medications in the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children” **Pediatr Clin North Am 1999-46:965-975.**

Sowell ER., Thompson PM., Welcome SE. ve ark., “Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder” **Lancet 2003-362:1699-707.**

Spencer T., Biederman J., Wilens T., et al., “Efficiency of a mixed amphetamine salts compound in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Arch Gen Psychiatry. 2001-58:775-782.**

Spencer T, Biederman J., **Efficiency in a 6-month trial of methylphenidate in adults with ADHD. Scientific proceedings of the 49th annual meeting: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.** San Fransisco, CA: AACAP- 2002.

Spencer T., Wilens T., Biederman J., Faraone SV., Ablon S., Lapey K., “A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder” **Arch Gen Psychiatry 1995b- 52:434-443.**

Spencer TJ., Biederman J., Wilen T., **Pharmacotherapy of ADHD with antidepressants. In: Barkley RS, ed. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2d ed.** New York: Guilford 1998:552-63.

Spivak B., Vered Y., Yoran-Hegesh R., Averbuch E., Mester R., Graf E., et al., “Circulatory levels of catecholamines, serotonin and lipids in attention deficit hyperactivity disorder” **Acta Psychiatr Scand 1999- 99:300-304.**

Steffensen SC., Wilson MC., Henriksen SJ., “Coloboma contiguous gene deletion encompassing SNAP alters hippocampal plasticity” **Synapse 1996-22:281-189.**

Swanson J., Wigal S., Greenhill L., et al., “Objective and subjective measures of the pharmacodynamic effects of adderal in treatment of children with ADHD in a controlled laboratory classroom setting” **Psychopharmacology Bulletin 1998-34:55-60.**

Şenol, S., Şener Ş., **Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Psikiyatri Temel Kitabı.**

Ankara Hekimler Yayın Birliği, Cilt: 2, 1119–1130, 1998.

Tamm L., Menon V., Ringel J. ve ark., “Event-related **fMRI** evidence of frontotemporal involvement in aberrant response inhibition and task switching in attention-deficit/hyperactivity disorder” **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2004-43:1430-40.

Taylor E., **Syndromes of Attention Deficit and Overactivity Child and adolescent Psychiatry Modern Approaches** Ed. Rutter M. Taylor E. Hersov L. 1995.

**T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili (Ön Rapor).** Ankara: Aydoğdu Ofset, 1997.

Teicher M.H. ITO Y., “Objective measurement of hyperactivity and Attentional Problems in ADHD” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** 1996 35(3) 334–342.

**Tupper D.E., The Issuee with Soft Neurological Signs Ed. Grune &Stratton Inc. 1987-131–156.**

Turgay A., **Erişkinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sınıflandırma, Tanı ve tedavide Yenilikler.** Çelikkol A (ed.), **Ege Psikiyatri sürekli Yayınları, Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.** İzmir-Ege Üniv. Basım evi, 1998- cilt 3, sayı 3: 459–494

Vastag, B., “Pay attention: Ritalin acts much like cocaine” **Journal of American Medical Association, (Medical News & Prespectives), August 22-29, 2001, vol. 286, issue 8, p. 905–906.**

Vles JS., Feron FJ., Hendriksen JG. ve ark., “Methylphenidate down-regulates the dopamine receptor and transporter system in children with attention deficit hyperkinetic disorder (ADHD)” **Neuropediatrics** 2003-34:77-80.

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.**

Weinberg W.A. Harper C.R., "Vigilance and its Disorders" **Behavioral Neurology Ed. Brumback R. Neurologic Clinics Vol: 11 No:1 February 1993.**

Weiss G., Hechtman L., Milroy T., Perlman T., "Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15- year follow-up of 63 hyperactive children " **J Am Acad Psychiatry 1985- 24: 211-220**

Weiss G., Hechtman LT., **Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents, and Adults. 2nd ed.** New York: Guilford 1993.

Weiss G., **Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry Textbook.** Sec. 50, (Ed. Lewis M.) 1996.

Weiss RG., Pope HG., Mirin SM., "Treatment of chronic cocaine abuse and attention deficit disorder, residual type, with magnesium pemoline" **Drug Alcohol Depend 1985- 15:69-72.**

Wender PH., Reimherr FW., Wood DR., "Attention deficit disorder ('minimal brain dysfunction') in adults:a replication study of diagnosis and drug treatment" **Arch Gen Psychiatry 1981-38:449-456.**

Wender PH., Reimherr FW., Wood DR., et al., "A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults" **Am J Psychiatry 1985- 142:547-552.**

Wender PH., Reimherr FW., "Bupropion treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults" **Am J Psychiatry 1990-147:1018-1020.**

Wender PH., Wolf LE., Wasserstein J., “Adults with ADHD: an overview” **Ann NY Acad Sci. 2001–931:1–16.**

Wender PH., **Attention-deficit hyperactivity disorder in adults.** New York: Oxford University Press, 1995.

Wender PH., “Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults” **J Clin Psychiatry 1998-59(suppl 7):76-9.**

Wilens TE., Spencer TJ., Biederman J., **Pharmacotherapy of adult ADHD:In: Barkley RA, ed. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2d ed.** New York: Guilford, 1998:592–606

Wilens TE., Biederman J., Mick E., Faraone SV., Spencer T., “Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), is associated with early on substance use disorders” **J Nerv Ment Dis. 1997- 185:475–482.**

Wilens TE., Biederman J., Prince J., Spencer TJ., Faraone SV., Warburton R., et al., “Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder” **Am J Psychiatry 1996-153:1147-53.**

Wilens TE., Biederman J., Spencer TJ., Frances RJ, “Comorbidity of attention-deficit hyperactivity and psychoactive substance use disorders” **Hosp Community Psychiatry 1994b- 45:421-435.**

Wilens TE., Biederman J., Spencer TJ., Prince J., “Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder: a review” **J Clin Psychopharmacol 1995d- 15:270-278.**

Wilens TE., Biederman J., Spencer TJ., “Venlafaxine for adult ADHD” **Am J Psychiatry 1995c- 152:1099-1100.**

Wilens TE., Spencer TJ., Biederman J., Girard K., Doyle R., Prince J., et al., “A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults” **Am J Psychiatry 2001-158(2):282-8.**

Wilson JB., Marcotte A., “Psychosocial Adjustment and Educational Outcome in Adolescents with a childhood Diagnosis of ADD” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** **1996–35(5) 579–587.**

Wimett L., Laustsen G., “First new ADHD treatment in 30 years” **Nurse Pract** **2003-28(12):50-53.**

Wolraich M. Hannah J. N., “Comparison of diagnostic criteria for Attention-Deficit hyperactivity Disorder in a Country-Wide sample Adolescent Psychiatry” **Journal Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry** **1996–35(3): 313–324.**

Wolraich ML., Greenhill LL., Pelham WE., et al., “Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder” **Pediatrics** **2001-108:883-892.**

Wood DR., Reimherr FW., Wender PH., Johnson GE., “Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report” **Arch Gen Psychiatry** **1976-33: 1453-1460**

Yazgan, M.Y., **Hiperaktivite'nin Klinik Özellikleri.** Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1998.

Yazgan, M.Y. ve ark., **Tik Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı.** Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Cilt: 2, 1998.

Yitzchak F., **Attention Deficit Hyperactivity Disorders Ped. Behav. Neurology** Ed. Yitzchak Frank CRC. 1996.

Zametkin, J., Alan., “Brain Metabolism in Teenagers with Attention Deficit Hyperactivity Disorder” **Archives of General Psychiatry**, **1990- 50:333-340**

Zamettin A.J. Rapaport J.,” Neurobiology of ADD with Hyperactivity : Where have we come in- 50 years?” Review article **Journal Am. Acad Child Adolescent Psychiatry** **1987–26. 5:**

**586-676.**

Zoroglu SS., Erdal ME., Alasehirli B., Erdal N., Sivasli E., Tutkun H. et al., “Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder” **Neuropsychobiology 2002- 45(4):176-81.**



