

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ, İNSAN BİLİMLERİ ve FELSEFE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ALTI İLE ONBİR YAŞLARI ARASINDA ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARLA, DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUKLARIN WISC-R PERFORMANS TESTLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYCAN SANCAK

İSTANBUL – 2006

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ, İNSAN BİLİMLERİ ve FELSEFE YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ALTI İLE ONBİR YAŞLARI ARASINDA ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARLA, DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUKLARIN WISC-R PERFORMANS TESTLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYCAN SANCAK

Danışman: Prof. Dr. MÜCELLA ULUĞ

İSTANBUL - 2006

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında büyük bir özenle bana yol gösteren Prof. Dr. Mücella Uluğ'a sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin örneklemini oluşturan verileri bulmam aşamasında bana yardımcı olan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniğinde çalışan tüm iş arkadaşlarıma, istatistik analizlerin yapılmasında yardımcı olan Dr. Ali Evren Tufan'a ve büyük bir sabırla bana yardımcı olan psikolog Sevda Özer'e ,

Yüksek lisans tezim de manevi olarak bana destek olan, Barış, Eda, Jale, Gürcan, Melis, İnci ve Gürkan'a çok teşekkür ederim.

Hayatta karşılaştığım tüm zorluklarda beni destekleyen ve her zaman benim yanımda olan aileme minnettarlığımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	İ
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	v
I. BÖLÜM	
1. Giriş	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Varsayımlar	4
1.4. Sınırlılıklar	4
II. BÖLÜM	
2. Genel Bilgiler	6
2.1. Anksiyete Bozukluğu	6
2.1.1. Tarihçe	7
2.1.2. Çocuklarda Görülen Anksiyete Bozuklukları	8
2.1.3. Ayırıcı Tanı	22
2.1.4. Gidiş ve Sonlanım	23
2.1.5. Tedavi	23
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	24
2.2.1. Tarihçe	24
2.2.2. Sıklık ve Yaygınlık	25
2.2.3. Nedenleri	26
2.2.4. Klinik Özellikler ve Tanı	29
2.2.5. Eşlik Eden Tanılar	30
2.2.6. Ayırıcı Tanı	31
2.2.7. Gidiş ve Sonlanım	32
2.2.8. Tedavi	33
III. BÖLÜM	
3. Yöntem	34
3.1. Araştırma Modeli	34
3.2. Evren ve Örneklem	34
3.3. Veri Toplama Araçları	35
3.3.1. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R)	35
3.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu	38

3.4. İşlem	38
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	39
IV. BÖLÜM	
4. Bulgular	40
4.1. Sosyodemografik Özellikler	41
4.2. Gruplar Arası WISC-R Performans Alt Test Puanlarının İstatistiksel Analizi	45
V. BÖLÜM	
5.1. Tartışma	56
5.2. Sonuç	60
5.3. Öneriler	63
ÖZET	64
ABSTRACT	66
EKLER	68
EK: 1. DSM-IV Tanı Ölçütleri	69
EK: 2. Sosyodemografik Bilgi Formu	87
EK: 3. Aile Onay Formu	88
KAYNAKÇA	89

TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1: Deneklerin Cinsiyete Göre Dağılımı	41
Tablo 2: Deneklerin Yaşlara Göre Dağılımı	41
Tablo 3: Deneklerin Sınıflara Göre Dağılımı	42
Tablo 4: Gruplar Arası Annelerin Eğitim Durumları	42
Tablo 5: Gruplar Arası Babaların Eğitim Durumları	43
Tablo 6: Gruplar Arası Annelerin Meslekleri	43
Tablo 7: Gruplar Arası Babaların Meslekleri	44
Tablo 8: Gruplar Arası Sosyoekonomik Düzey	45
Tablo 9: Gruplar Arası WISC-R Zeka Puan Ortalamaları	45
Tablo 10: Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Grupları Arasında WISC-R Performans Alt Testleri Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 11: Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Grupları Arasında Cinsiyete Göre WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 12: Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Gruplarında, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 13: Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Gruplarında, Erkeklerde WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 14: Anksiyete Bozukluğu, DEHB ve Kontrol Grubunun WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 15: Anksiyete Bozukluğu, DEHB ve Kontrol Grubunun, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 16: Anksiyete Bozukluğu, DEHB ve Kontrol Grubunun, Erkeklerde WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 17: Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Gruplarında, WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 18: DEHB ve Kontrol Gruplarında, WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 19: Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Gruplarında, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 20: DEHB ve Kontrol Gruplarında, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	52

Tablo 21: Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Gruplarında, Erkeklerde WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 22: DEHB ve Kontrol Gruplarında, Erkeklerde WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 23: Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların, WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Korelasyonu	55
Tablo 24: DEHB Tanısı Alan Çocukların, WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Korelasyonu	55

KISALTMALAR

BİR.	Birleştirme
BOZ.	Bozukluk
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DES.	Desen
DÜZ.	Düzenleme
DSM-III	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSM-IV	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EEG	Elektroensefalografi
G.Z.P.	Genel Zeka Puanı
KOGB	Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu
KÜP.	Küplerle
N	Denek Sayısı
NIMH	Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ORT.	Ortalama
P.	Puan
PER.	Performans
P.Z.P.	Performans Zeka Puanı
RES. TAM.	Resim Tamamlama
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
SS	Standart Sapma
MSS	Merkez Sinir Sistemi
S.Z.P.	Sözel Zeka Puanı
TPD	Türk Psikologlar Derneği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Z.P.	Zeka Puanı
WISC-R	Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği - Revizyonu

I. BÖLÜM

1. GİRİŞ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine, aileleri tarafından getirilen çocukların büyük bir çoğunluğunun dikkat eksikliği ve buna bağlı olarak ders başarısızlığı şikayetleri ile başvurdukları gözlenmiştir (Şenol, Şener, 1997).

Geniş çapta yapılan çalışmaların sonucunda elde edilen bulgular, çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklarının Anksiyete Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olduğuna işaret etmektedir (Schniering ve ark., 2000).

DEHB ile anksiyete ve duygudurum bozukluğu gibi ruhsal bozukluklar arasında da başka ruhsal bozukluk olasılığından söz edilmektedir (Şenol, Şener, 1997).

DEHB tanısı almış olan çocukların 1/4'ünün anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşıladığı, genel popülasyona göre anksiyete bozukluğu oranının %5-15 arasında olduğu bildirilmiştir (Cohen,1993).

Yapılan değerlendirmeler ve görüşmeler sonucunda anksiyete bozukluğu ve DEHB belirtilerinin benzer özelliklere sahip olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle anksiyete bozukluğu olan bir çocuğa, DEHB tanısı konulabilmektedir (Glod, Teicher, 1996).

Gelecekte yayımlanacak olan DSM-V'de, saldırganlık ve anksiyete belirtilerinin esas alınacağı DEHB / Agresif Tip DEHB alt tipinin geçerli olması olasıdır (Jensen ve ark., 1997). DEHB / Anksiyöz Tip'te ise kendine yönelik olan özellikler egemen olacaktır. Böylelikle anksiyete belirtileri önde olan DEHB sınıflandırma kapsamına girecektir (Söhmen, 2001).

Çocuklarda anksiyete bozuklukları yaygın olmasına rağmen az çalışılmış bir alandır. Anksiyete bozuklukları sıklıkla düşük benlik saygısı, psikososyal zorluklar ve okul sorunları ile birlikte görülürler (Curry, Murphy, 1995).

DEHB ise öncelikle akademik olmak üzere sosyal, emosyonel ve entelektüel alanlarda bozulmaya yol açan, beraberinde psikiyatrik ve gelişimsel sorunların sık görüldüğü nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Safer, 1988). Okul çağı çocuklarını %3-5 oranında etkilemektedir (Köroğlu, 1994).

Küçük yaştaki çocuklarda anksiyete kendini dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundakine benzer belirtilerle gösterebilmektedir. Aynı zamanda DEHB olan bir çocuğun anksiyete bozukluğu ortaya çıkarma riski daha fazla olabilir (Glod, Teicher, 1996).

Son dönemlerde anksiyete bozukluklarını inceleyen psikolojik kuram ve araştırmalar, anksiyetenin zihinsel süreçlerinin temelini anlamak üzere bilgi işleme paradigmalarından yola çıkmaktadırlar. Bilgi işleme yaklaşımı, bilişsel içeriklerin yanı sıra, bilişsel süreçlerinde incelenmesini olanaklı kılmıştır (Gökler, 2005).

Eysenck'e göre, kaygıdaki dikkat artışı potansiyel tehde bir yanıt ve kaygıya bilişsel yatkınlığın bir parçasıdır. Eysenck, dikkatin özellikle zorlu koşullarda belirginleşen ve bozukluğun düzeldiği kişilerde artık görülmeyen bir duyarlılık etmeni olduğunu öne sürmüştür. İleri olgularda dikkat o kadar bozulmuştur ki, yeni ya da belirsiz her ortamda gözleriyle ortamı taramaya başlarlar. Dikkat işlemleri sınırlı kapasiteli olduğundan, yani belli bir anda sadece belli sayıda bilgiyi değerlendirebildiğinden, dikkatin bu yoğunlaşması diğer uyarılara yönelik dikkati azaltır (Eysenck, 1992).

Kaygının tehdit işaretleriyle oluştuğu göz önüne alınırsa, belleğin önemi ortaya çıkar. Seçici dikkatle bellek arasında ilişki vardır. Bazı durumlarda eskiden yaşanmış kaygı dikkati etkiler (Erol, Öner, 1999).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada amaç Anksiyete Bozukluğu tanısı alan çocuklarda aşırı kaygının dikkat alanlarını etkilediği düşünülerek Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu'nun (Wechsler Intelligence Scale for Children Revised: WISC-R) performans alt testleri olan; resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifre testlerinden aldıkları puanların DEHB tanısı alan çocukların puanlarıyla karşılaştırılması planlanmıştır. Bu amaca dayalı olarak şu hipotezler geliştirilmiştir:

1- Anksiyete Bozukluğu tanısı olan çocuklar da WISC-R'in resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifreden oluşan performans alt testlerinden aldıkları puanlarla DEHB tanısı olan çocukların aldığı puanlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

2- Anksiyete Bozukluğu tanısı olan kız çocuklar da WISC-R'in resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifreden oluşan performans alt testlerinden aldıkları puanlarla DEHB olan kız çocukların aldığı puanlar arasında benzerlikler vardır.

3- Anksiyete Bozukluğu tanısı olan erkek çocuklar da WISC-R'in resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifreden oluşan performans alt testlerinden aldıkları puanlarla DEHB olan erkek çocukların aldığı puanlar arasında benzerlikler vardır.

4- Anksiyete Bozukluğu olan çocukların WISC-R'in resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifreden oluşan performans alt testlerinden aldıkları puanların birbirleriyle korelasyonu, DEHB olan çocuklarınkine benzerdir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Araştırmadan elde edilecek bulgular, anksiyete bozukluğu olan çocukların anksiyetelerine bağlı olarak dikkat alanlarının etkilendiğinin saptanmasının yanında;

Çocuk Psikiyatrisi Kliniklerin de, konulan DEHB tanısı ile zaman zaman karışabildiğini ortaya çıkarıp bu yönde daha ayrıntılı araştırmaların yapılmasını sağlamaktır.

1.3. Varsayımlar

Bu araştırmada iki varsayımdan hareket edilebilir: İlk olarak anksiyete bozukluğu olan çocukların WISC-R'in resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifre testlerinden oluşan performans alt testlerinden aldıkları puanların, DEHB olan çocuklarla benzer özellikler gösterdiğidir. İkincisi ise, anksiyete bozukluğu olan çocukların tanılarının zaman zaman DEHB belirtileri ile benzer özellikler gösterdiğinden, WISC-R performans alt testleri puanlarına bakılarak bu iki tanının karıştırılabileceğini ortaya çıkarmaktır.

1.4. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları şunlardır:

1- Çalışmada araştırılan, yoğun anksiyetenin dikkat dağınıklığına etkisi, WISC-R zeka ölçeği, performans alt testlerinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

2- Araştırmada bireysel uygulama yapıldığından dolayı örneklem grubu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine başvurup yaşları 6-11 arasında, anksiyete bozukluğu olan 15 kız, 15 erkek çocuk ile DEHB tanısı alan, 15 kız, 15 erkek toplam 60 çocuk ile sınırlıdır.

3- WISC-R uygulamasından alınan genel zeka puanı 75'in altında olan ve başka ruhsal hastalığı olan çocuklar örneklem grubu dışında bırakılmıştır.

4- Araştırmada sağlıklı kontrol grubu olarak randomize seçilen, aileleri veya öğretmenleri tarafından psikiyatrik bir şikayeti tanımlanmayan, sağlıklı, yaşları 6-11 arasında olan 15 kız, 15 erkek, toplam 30 çocuk alınmıştır.

5- Çalışmaya alınan çocuklar WISC-R'in uygulanması öncesinde herhangi bir ilaç tedavisi almamıştır.

6- Çalışmaya alınan çocukların aldıkları anksiyete bozukluğu ve DEHB tanıları alt tiplerine göre ayrıştırılmamış, genel tanıları ile ele alınmıştır.

II. BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

Psikiyatrik değerlendirmede duygu, düşünce ve davranış gibi, özelliklerinin nedenlerinin bilinmesi ve sayısallaştırılması neredeyse imkansız ve kişisel özelliklerle karışabilen istatistiksel verilerle çalışılması, normal / bozukluk ayırımını daha başlangıçta güçleştirmektedir. Çocuğun gelişim döneminde olması, bazı çocukların zihinsel ve ruhsal gelişiminde gerilik olması, şikayetlerin çocuk tarafından değil de dolaylı olarak aile veya okul öğretmenleri tarafından yapılması gibi özelliklerden dolayı çocuğun değerlendirilmesinde güçlük daha da artmakta ve farklı bir yaklaşımı gerektirmektedir (Kayaalp, 2002).

Çocuk psikiyatrisinde, tanı ve ayırıcı tanı genellikle şikayetten hareket edilerek ele alınmaktadır.

2.1. Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete üzüntü, mutluluk, öfke gibi temel duygulardan biridir. Anksiyete sözcüğü, sıkışma ve darlık anlamına gelen indogermanik “angh” kökünden türetilmiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağrıştırır. İngilizce’de “anxiety” sözcüğü yaygın olarak kullanıldığı gibi Türkçe’de “bunaltı”, “can sıkıntısı” veya “hoş olmayan heyecansal bir endişe hali” olarak tanımlanır (Sürmeli, 1997).

Anksiyeteyi tanımlarken kaygı ve korku sıklıkla beraber kullanılır. Korku, belirgin bir nedene karşı olan duygusal cevabı belirlerken, kaygı da ise kişi gerilimin nedenini tanımlamakta güçlük çeker. Açık olarak nedeni belirlenemez ve kontrol edilemez. Başlangıcı ve bitişi belirgin değildir ve yaygındır. Korkudan farklı olarak, acil bir yanıtın çok, tüm uyaranlara karşı artmış dikkatin hakim olduğu bir durumdur. Korku ve kaygı arasındaki ilişki çok karmaşıktır (Erol, Öner, 1999).

Bazı korkular ve anksiyeteler belli yaşlarda daha sıktır. Bebekler hemen yakın çevresindeki korku veren uyaranlardan korkarken. On ikinci aydan itibaren yabancılardan ve yüksekte korkmaya başlayabilir. Okul öncesi çocuklar yalnız kalmaktan, karanlıktan, hayvanlardan ve hayali yaratıklardan korkabilirler. Okul çağı çocukları doğa üstü güçlerden, sosyal durumlardan, doğal afetlerden korkabilirler. Çocukluk korkularının normal adaptasyon sağlayıcı işlevi olduğundan normal korku ile anksiyeteyi ayırt etme her zaman kolay değildir. Gerçekçi olmayan korkuların ya da kaygıların önemli bir sıkıntıya, akademik, sosyal bir bozulmaya neden olması önemlidir (Yorbık, 1998).

Bidel ve Turner adlı araştırmacılar normal ölçüdeki anksiyete belirtilerinin klinik anksiyete bozukluklarından ayırımına dikkat çekmişlerdir. Yapılacak ayırımın, belirtilerin şiddetine bağlı olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca hayatı hangi oranda etkilemiş olmasının da ayırımında önemli olduğunu vurgulamışlardır (Beidel, Turner, 1984).

Anksiyete tanısının ve tedavisinin gerekli olup olmadığına karar vermek için çocuğun gelişimsel düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Tonge, 1988).

Ollendick, Matson ve Hesel'in yaptıkları bir çalışmaya göre küçük çocuklar büyük yaştakilere göre daha fazla korku ve anksiyete bildirmişlerdir. Küçük çocukların bilinmeyen, büyük çocukların ise tehlike ve ölümden fazla korkma eğilimleri olduğu gözlenmiştir (Ollendick ve ark., 1985).

Son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre önemsiz sayılmayacak oranda çocuklardaki korkuların Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi önemli anksiyete bozukluklarını yansıttıkları saptanmıştır (Muris ve ark., 2000).

2.1.1. Tarihçe

İnsanlık tarihi ile yaşıt olan bu bozukluk ilk olarak “nevroz” kelimesi ile bilimsel yayınlara girmiştir. 19. yüzyılda Kretshner, Kraepelin ve Bleuler nevrozları psikozların minör hali olarak görmüşlerdir. Pinel ise bu bozuklukları “moral bozukluklar” olarak

anlamıştır. Freud ise nevrozları psikoanalitik teori ile açıklamıştır. Ruhsal belirtilerin altında psikolojik bazı düzeneklerin bulunduğunu gösterir. Genel olarak nevrozlar üzerinde çalışan Freud’la birlikte ruhsal bozukluklar çok daha iyi anlaşılmıştır (Sürmeli, 1997).

Descartes ve de la Mettrie’nin çalışmalarıyla birlikte anksiyete, artık psikolojik bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır (Sürmeli, 1997).

Kierkegard’ın “anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan, hiçlik ve var olmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu ve bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu” şeklindeki yorumu varoluşçu akımın konuya yaklaşımını sergilemiştir. Bunlara karşın nevrozlar, ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında uzun süre önemli bir başlık olarak yer almış ve daha sonra yerini anksiyete bozukluklarına bırakmıştır (Sürmeli, 1997).

Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları ise ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-III) yer almıştır. DSM-III’te ayrılık anksiyetesi bozukluğu, aşırı kaygı bozukluğu ve kaçınma bozukluğu “Bebeklik, ya da Ergenlik Döneminde Görülen Bozukluklar” başlığı altında toplanmıştır (DSM-III).

DSM-III-R’de bir değişiklik yapılmadığı halde DSM-IV’te yalnızca ayrılık anksiyetesi bozukluğu “Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Görülen Bozukluklar” başlığı altında kalmış; aşırı kaygı duyma bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğu ile, kaçınma bozukluğu sosyal fobi ile birleştirilmiştir (Köroğlu, 1994).

2.1.2. Çocuklarda Görülen Anksiyete Bozuklukları

DSM-IV’de çocuklarda anksiyete bozukluğu sınıflaması Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Seçici Konuşmamazlık (Mutizm), Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Fobi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nu kapsar. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu dışındaki anksiyete bozuklukları için yetişkin tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Köroğlu, 1994).

2.1.2.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğunun temel özelliği, ebeveyn veya bağlanma nesnelere ayrılma konusunda aşırı endişe duyma halidir. Küçük çocuklarda ayrılma anksiyetesi özellikle 1-3 yaşları arasında sıklıkla görülür. Bu tür korkuların çoğu bir rahatsızlık derecesinde değildir ve çocuk dar bir aile çevresinden çıkabilmeyi, başkaları ile ilişki kurmayı öğrendikçe bu tür korkularda söner. Fakat bu yaşlarda ve genellikle daha geç yaşlarda çocuklarda ayrılma anksiyetesi hem şiddet ve süreklilik, hem de çocuğun uyumunu bozması bakımından rahatsızlık derecesinde olabilir (Öztürk, 1997).

En önemli belirti ise çocuğun en çok bağlandığı bireyden hayali düzeyde dahi ayrılacağına yönelik endişe içerikli düşünceler geliştirmesidir. Bağlandıkları kişilerden ayrıldıklarında kendilerinin veya bağlandıkları kişilerin bir kaza geçireceklerine ya da hastalanacaklarına ilişkin sürekli ve aşırı kaygı yaşarlar. Bu bozukluğu olan çocuklar sıklıkla kaybolma ve anne-babasına bir daha kavuşamama korkusu yaşarlar. Evden veya bildik çevreden uzağa bir yere tek başlarına gitmekten kaçınırlar (Türkbay, Söhmen, 2001).

Bu bozukluğu olan çocuklar uyku zamanı zorlanırlar ve uyuyana kadar yanlarında birinin olmasını isterler. Gece boyunca kendi yollarını bir şekilde ana-babalarının yatağına göre ayarlar, gece kabusları görebilirler. Ayrılıkta ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde karın ağrısı, baş ağrıları ve kusma gibi bedensel yakınmaları olur. Çarpıntı, baş dönmesi ve halsizlik hissi gibi kalple ilgili belirtiler küçük çocuklarda nadir olmakla birlikte daha ileri yaştaki bireylerde yaygın olarak gözlenebilir (Türkbay, Söhmen, 2001).

Okula başlamak evin koruyucu ortamından ayrılmak ilk kez çocuğu ciddi düzeyde ayrılma kavramı ile karşı karşıya getirmektedir. Çocuklarda okula gitmek istememe durumu okul korkusu olarak isimlendirilmektedir. Çocuk birden bire, bir gün okula gitmek istemez; zorlamalar karşısında anksiyete duyar; midesi bulanır, kusar, ağlar, gitmemekte direnir. Bazıları zorlamalara dayanamayıp yola çıkar, ya yarı yoldan döner, ya da sınıftan çıkar eve gelir. İştahı kesilir, ödevlere karşı ilgisi azalır. Okula gitmek istememe nedeni olarak, öğretmenden korktuğunu ya da arkadaşının kendisini

rahatsız ettiğini söyleyebilir. Bazıları da tanımlayamadıkları bir korkudan söz ederler. (Öztürk, 1997).

Okul korkusu anaokuluna giden, ilkokula başlayan çocuklarda sık görülür. Okul korkusunu ortaya çıkaran etken ne olursa olsun kaynağı genellikle anneden ayrılma korkusudur. Bu bozukluk genellikle aileden kaynaklanır. Anne ya da babanın anksiyeteli oluşu, çocuğun kendilerine bağlı ve bağımlı kalmasını istemeleri bu bozukluğun çocukta çıkmasına etkili olabilir (Öztürk, 1999).

Okul korkusu geliştiren çocuklar genellikle başarı kaygısı olan, uslu, uyumlu, aşırı onay bekleyen, ailesine bağımlı çocuklardır. Ailede hastalık olması, sosyoekonomik bir kriz, kardeş doğuşu, bir kayıp, okul veya öğretmen değişikliği gibi etkenler çocuğun okul korkusu yaşamasına neden olabilmektedir (Öztürk, 1997).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu küçük çocuklarda ergenlerden daha yaygındır ve erkek ve kız çocuklarda eşit sıklıkta rastlandığı bildirilmiştir. Başlangıç okul öncesi yıllarda olabilir, ancak en sık 7-8 yaşlarında görülür (Kaplan ve ark., 1994).

Çocuk ve ergenlerin ortalama %4'ün de görülür. Okul korkusunun, ilkokul çocuklarında %5, ortaokul çocuklarında %2 oranında olduğu ve bu çocukların büyük bir bölümünün ayrılık anksiyetesi tanısı aldığı bildirilmektedir (Miral, Baykara, 1997).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda ayrılık anksiyetesinin nedenlerinin daha çok ailesel ve genetik etkenler üzerinde durulmuştur. Bu çocukların anneleri ile olan bir çalışmada %47'sinde genelleşmiş kaygı bozukluğu, %15'inde travma sonrası stres bozukluğu, %5 agorofobi ve %78'inde duygudurum bozukluğu bildirilmiştir. Ayrılık kaygısı taşıyan çocuklar kısaca, ailede anksiyete bozukluğu tanısı olanlar, ciddi hastalıklar veya ölüm deneyimi olanlarla hastalığı olan veya DEHB, özel öğrenme güçlüğü gibi akademik başarı sorunu olan çocuklarda görülme olasılığı yüksektir (Karaceylan, 2003).

Klinik çalışmalarda Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve diğer bozukluklardan DEHB, Majör Depresyon, (olguların yaklaşık 1/3'ünde) Davranım bozukluğu ile birlikteliği gözlenmiştir (Miral, Baykara, 1997).

2.1.2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu yoğun ve kontrol edilemeyen kaygı ile karakterizedir. Yaşam olaylarına tepki olarak ortaya çıkan, kısa süreli anksiyete durumları bu tanım içinde yer almaz. Bu tür bozukluğu olan çocuklar kötü bir şey olacağına ilişkin korku ve nedeni belirsiz bir endişe içindedirler. Yaşanan sıkıntı ve huzursuzluk duygusu dış etkenlerle açıklanamamakta, sıradan gündelik olaylar karşısında bile yoğun anksiyete yaşamaktadırlar. Anksiyetenin sürekliliği ve yoğunluğu günlük işlevleri engellemekte, ağır durumlarda yaşam tümüyle felç olmaktadır (Motavalli, 2000)

Sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğunda kaygı bir alanla sınırlı değildir. Çocuk ve ergenlerde tipik olarak gözlenen kaygılar yeterlilik, onay görme ve eski davranışlarının uygunluğudur. Gelecekle ilgili olaylar, yeni ya da tanıdık olmayan ortamlar diğer kaygı nedenleridir. Bir işi zamanında yerine getirmeye ilgili kaygılar görülebilir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklar genellikle toplum kurallarına uyan ve mükemmeliyetçi çocuklardır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklar sıklıkla başkaları tarafından yatıştırılması gerekir, ancak bu durum kaygının azalmasında kısa süreli bir iyilik meydana getirir (Yorbık, 1998).

Yaygın anksiyete bozukluğu olgularının çoğu bedensel belirtilerden yakınmaktadır. Özellikle avuç içlerinde belirgin olan terleme, ateş basması, ağız kuruluğu ya da tükürük salgısında artma, yutma güçlüğü, soluk alma güçlüğü, çarpıntı, bulantı, kulak çınlaması, baş dönmesi, uyuşmalar ortaya çıkabilmektedir. Aşırı uyarılma halide görülür. Sıklıkla kendilerini diken üstünde hissederler, tepkileri aşırıdır. 10-11 yaş grubunda normal çocuklar gelişimsel süreçte kendilerini yaşlıları ile başarı açısından kıyaslamaya başlar. Yaygın anksiyete bozukluğun tam bu dönemde başlayabilmektedir. Çok az sayıda 4-7 yaşlarında başlayan olgular bildirilmiştir (Motavalli, 2000).

Yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerine neden olabilecek çeşitli tıbbi durumlar, ve bazı psikososyal etkenler gösterilmektedir. Psikososyal etkenleri açıklamaya psikodinamik kurama dayanan klinik çalışmalar eksiktir. Ayrılma anksiyetesinin olası

nedenlerinin etkilerinin rolü, yaygın anksiyete bozukluğu konusunda psikodinamik görüşleri değerli kılmaktadır (Alkın, 1997).

Bilişsel kurama göre, kişinin kendi düşünce içeriği anksiyete içeriği oluşumunda ve sürmesinde rol oynamaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunda özellikle önemli olduğu belirtilen süreç kişinin çevre üzerinde denetimin olmadığı inancıdır. Anksiyetenin bedensel belirtileri tehdit edici iç tehlike, ciddi bir hastalık olarak yorumlayarak anksiyeteyi arttırmaktadır. Sonuç olarak, yaygın anksiyetede gelişimsel bozukluk özel bir zihinsel süreç yaklaşımı olarak kabul edilmektedir (Alkın, 1997).

Yaygın anksiyete bozukluğunun sıklığı %2.9-4.6 arasında değişmektedir. Hayat boyu görülmesi ise %3.7 olarak bulunmuştur. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. 7-11 yaş grubu çocuklardaki sıklık %4.6 olarak tespit edilirken, ergenlerde bu oran %7 olarak saptanmıştır. Erişkinliğe dek kızlar ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir. Büyüdükçe kadınlarda fazla görüldüğü bilinmektedir (Child Work Group, 1997).

Yaygın anksiyete bozukluğu tıbbi hastalıklardan ayırt edilmelidir. Bu grup çocukların yarısında sıklıkla fobi ve majör depresyon görülmektedir (Karaceylan, 2003).

2.1.2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal Anksiyete Bozukluğu, toplum içinde konuşma, yemek yeme, birileriyle tanıştırılma gibi özel durumlarda ya da genel olarak hemen tüm sosyal ortamlardan kaçınma şeklinde ortaya çıkmaktadır (Karacan ve ark.,1999).

Çocuk ve ergenlerde anksiyete oluşturan durumlardan kaçınma görülebilir ve bu durum süregelen bir sıkıntıya yol açabilir. Çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğunun tanınmadığı ve az tanının konulduğu, daha çok bu çocukların “utangaç” olarak geçiştirildiği bildirilmektedir (Yorbık, 1998).

Çocuk ve ergenlerde görülen belirtiler sıklıkla, sınıfta arkadaşlarının önünde konuşma ya da tahtaya yazı yazma, öğretmen ya da karşı cinsten arkadaşlarıyla

konuşma, okul tuvaletlerini kullanma, toplu halde yemek yeme ile ilgilidir (Karacan ve ark., 1999).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenler çoğunlukla, sınava girme gibi başkalarınca dolaylı olarak değerlendirilecekleri durumlardan da korkarlar. Bu da sınav anksiyetesi ya da sınıftaki katılımlardan kaçınmaya, dolayısıyla okul başarısındaki düşüşe neden olur. Daha ağır olgularda okuldan atılabilir. Çocuklarda anksiyete, ağlama, husursuzluk, donakalma ya da tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir (Karacan ve ark., 1999).

Okul korkusunun görüldüğü anksiyete bozuklukları içinde sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğundan sonra ikinci sırada yer almaktadır (Last, Strauss, 1990).

Yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğunun sıklığı için %1-1.5 arasında değişen sonuçlar verilmektedir. Kadınlarda erkelerden daha çok görüldüğü saptanmasına karşın, kliniğe başvuranlar daha çok erkeklerdir. Yaşam boyu sıklığı ise %3-13 arasındadır (Livingston, 1991).

Sosyal fobinin nedenlerine yönelik çalışmalarda biyolojik yatkınlıkla ilgili olarak bebeklik dönemindeki sürekli bir davranışsal ketlenme ile giden tutumların erken bir belirleyici olabileceği bildirilmiştir. Bu tutumlar daha çok panik bozukluğu olan anne babaların çocuklarında görülmektedir (Rosenbom ve ark., 1994). Psikososyal yatkınlığa yönelik çalışmalar ise sosyal fobisi olan kişilerin anne babalarının diğer anne babalara göre daha reddedici, bununla birlikte daha fazla koruyup kollayan kişiler oldukları gösterilmiştir. Böyle bir engelleme çocuğun bireyselleşmesini ve kendine güven kazanmasını zorlaştırır. Sürekli bir korku içinde olan çocuk savunma düzeneği olarak kaçınmayı kullanır ve insanlarla karşı karşıya gelme yaşantısını yaşayamaz (Koroğlu, 1996).

Çocuk ve ergenlerde görülen sosyal anksiyete bozukluğunda en sık görülen belirtiler ise biriyle konuşmak %23.3, sosyal toplantılara katılmak %14.5, yabancılarla konuşmak ya da yeni biri ile tanışmak %13.7, kalabalıkta yemek yemek %7 ve yazmak %5 şeklindedir (Stein ve ark., 1994).

Sosyal anksiyete bozukluğuyla birlikte depresif mizaç, durumsal anksiyete ve madde kullanımında artış gözlenebilir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan çocukların, sosyal becerileri daha zayıftır ve bir çoğu, aktivitelere katılmayı reddettiğinden inatlaşma bozukluğu gibi algılanabilir (Yorbık, 1998).

2.1.2.4. Seçici Konuşmamazlık (Mutizm)

Seçici konuşmamazlık, çocuğun konuşabilme yeteneği olmasına karşın en azından bir yeni ve farklı karşılaştığı toplumsal durumda konuşmamasıdır (Miral, Baykara, 1997).

Bu bozukluğa sahip çocukların çoğu suskun durumlarında sessiz-sakindirler, ancak bazıları fısıldar veya tek heceli kelimeler kullanır. Konuşmanın yokluğuna rağmen, bazı çocuklar göz teması ya da sözel olmayan jestlerle iletişim kurarlar. Bu çocuklar ev ve bazı tanıdık ortamlar gibi durumlarda akıcı konuşurlar (Kaplan ve ark., 1994).

Seçici konuşmamazlık seyrek görülen bir bozukluktur. Okul çocuklarının %1'inden azında görülür. 6 aylık süreyi aşan, dirençli seçici konuşmamazlık çok daha seyrek olup %0.7 oranındadır. Bazı çalışmalarda kızlarda seçici konuşmamazlık sıklığı erkeklere oranla daha yüksek bulunmaktadır (Miral, Baykara, 1997).

Seçici konuşmamazlığı bulunan birçok çocuğun tanısına katkıda bulunabilecek geç konuşma başlangıcı ya da konuşma anormallik şikayetleri bulunmaktadır (Kaplan ve ark., 1994).

Çevresel etkenler ve gelişimsel olaylar çocuğu bu bozukluğa yatkınlaştırır. Genellikle aşırı koruyucu anneler ve sert, uzak babalar tanımlanmıştır. Ayrıca cinsel istismar ya da hastaneye yatma gibi travmatik yaşantılara (özellikle 3 yıldan önce) tepki olarak da gelişebilir. Boşanma, sevilen birinin yitimi, ailenin sık yer değiştirmesi önemlidir (Miral, Baykara, 1997).

Seçici konuşmamazlık belirtileri olan çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozukluğu ve çocukluğunda seçici konuşmamazlık tanıları bildirilmektedir (Miral,

1997). Boon, bu tanıyı alan bir kız çocuğun babasında panik bozukluğu, babanın babasında da anksiyete bozukluğu saptamıştır (Boon, 1994).

Seçici konuşmamazlık belirtileri gösteren çocuklarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu, okul korkusu ve dilin edinilmesinde gecikme belirtileri de olabilir. Sosyal anksiyete, seçici konuşmamazlık belirtileri olan çocuklarda hemen daima bulunduğundan, bazı araştırmacılar bu tanıyı sosyal anksiyete bozukluğunun bir belirtisi olduğunu öne sürmüştür. Aksi huy ve zıt davranışlar gibi davranış bozuklukları da evde ortaya çıkabilir (Kaplan ve ark., 1994).

2.1.2.5. Fobi

Fobi, toplumda fazla gözlenen fakat kliniklere başvurusu az bulunan özel bir anksiyete bozukluğudur (Erkman, 1997).

Özgül fobinin başlıca özelliği açıkça görülen, çerçevesi belirli nesne ya da durumlarla karşılaştığında belirgin ve sürekli bir korku duymadır. Fobik uyararla karşılaşma her zaman aniden başlayan bir endişe tepkisi doğurur. Özgül fobisi olan ergenler ve yetişkinler korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilseler de, çocuklar için durum böyle olmayabilir. Bazen korkuyla buna katlanıyor olsa da çoğu zaman fobik uyardan kaçınırlar (Rosen, Schulkin, 1998).

Kişi özgül bir nesne yada durumun varlığında ya da bunlarla karşılaşmayı beklerken belirgin, sürekli ve aşırı ya da anlamsız korku duyar. Korku odağı söz konusu nesne ya da durumun bir yönünden zarar görme beklentisi de olabilir (örn. köpekten korkmak), (Erol, Öner, 1999).

Çocuklardaki korku tepkisi ağlama, hırçınlık, donakalma, sıkıca yanındaki kişiye sarılma şeklinde ortaya çıkabilir. Çocuklar çoğu zaman korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilmezler ve nadiren fobileri olduğundan dolayı sıkıntı duyduklarını söylerler. Bu yüzden çocuklarda özgül fobi tanısının konması için korkunun aşırı ya da anlamsız olduğuna ilişkin iç görünümün olması gerekmez, iç görü ilerleyen yaşlarla birlikte ortaya çıkar (Ollendick ve ark., 1985).

Çocuk ve ergenlerde özgül fobi sıklığını araştıran çalışmalarda %2.5 ile %5.1 arasında değişen sonuçlar bulunmuştur (Schniering ve ark., 2000).

Fobide korku ya da kaçınma odağını göstermek için aşağıdaki alt tipler belirtilir ve bu tiplerin kesin nedenleri farklılık göstermektedir.

-Hayvan Tipi: Korkuyu hayvanlar ya da böcekler başlatıyorsa; bu alt tip genellikle çocuklukta başlar.

-Doğal Çevre Tipi: Korkuyu, fırtına, yüksek yerler ya da su gibi doğal çevredeki nesnelere başlatıyorsa; bu alt tip genellikle çocuklukta başlar.

-Kan-Enjeksiyon-Yara Tipi: Korkuyu, kan, yara görme ya da enjeksiyon, ve fiziksel olarak tıbbi işlem yapılması başlatıyorsa; bu alt tip ileri derecede aileseldir ve çoğu zaman güçlü bir bedensel tepki ile belirlidir.

-Durumsal Tepki: Korkuyu, toplu taşıma araçlarında bulunma, uçakla uçma, araba kullanma ya da kapalı yerler gibi özgül bir durum başlatıyorsa; bu alt tipin başlangıç yaşı dağılımı iki kez doruğa ulaşır; birinci doruk çocuklukta, diğer doruk yirmili yaşların ortalarında olur. Bu alt tip, cinsiyetler arası oranı, bazı ailelerde çok daha fazla görülme ve başlangıç yaşı özellikleriyle Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğuna benzerlik göstermektedir.

-Diğer Tip: Korkuyu diğer uyaranlar başlatıyorsa. Bu uyaranlar, korkmaya ya da soluğun kesilmesine, kusmaya yada bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan kaçınmaya neden olabilir; “boşluk” fobisi (yani kişi duvarlardan yada diğer fiziksel destek kaynaklardan uzak durursa aşağı düşmekten korkar) ve çocukların yüksek seslerden ya da özel giysili masal kahramanlarından korkması gibi (Köroğlu, 1994).

Fobiler, panik ataklarla birlikte görülebilir (Karaceylan, 2003).

2.1.2.6. Obsesif – Kompulsif Bozukluk

Obsesyon (saplantı), kişinin rahatsız edici bulduğu, sıkıntı yaratan, yineleyici düşünce, dürtü ya da düşümleridir. Kompulsiyon (zorlantı) ise bir obsesyona tepki olarak ya da katı kurallara göre yapılan eylemlerdir. Kişi tarafından aşırı ya da anlamsız olduğu bilinir. Obsesyonları ya da olmasından korkulan şeyi önleme amacına yöneliktir (Şahin, 1997).

Obsesyonlar, tekrarlayıcı kelime, düşünceler, korku, anılar, resimler veya dramatik sahneler olabilir. Çocuklarda bazen obsesyon tanımlanmaksızın kompulsiyon olabilir. Obsesif-kompulsif bozuklukta (OKB), süregelen, bazen de nöbetlerle giden yineleyici obsesyon ya da kompulsiyonlar veya her ikisi birlikte görülmektedir (Motavallı, 2000).

Obsesyonlar kişinin anksiyetesini artırırken, kompulsiyonlar kişinin anksiyetesini azaltır. Obsesif-kompulsif bozukluk engelleyici bir bozukluk olabilir, çünkü obsesyonlar zaman kaybettirici olabilir ve kişinin normal yaşantısına, mesleki işlevlerine, olağan sosyal aktivitelerine arkadaş ya da aile üyeleri ile ilişkilerine önemli ölçüde engel teşkil edebilir (Kaplan ve ark., 1995).

Çocuk ve ergenlerde görülen obsesyon ve kompulsiyonların içeriğini inceleyen araştırmalar içinde 100 obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin 70' inin ayrıntılı incelemelerinden, çocuk ve ergenlerdeki obsesyon ve kompulsiyonların yetişkinliğe benzediği, en yaygın tekrarlayıcı davranışlar aşırı yıkama %85, tekrarlama %51, kontrol etme %46, dokunma %20, sayma %18, düzenleme %17 olduğu belirtilmiştir. Aynı grupta en yaygın obsesyon mikrop bulaşma korkusu %40, kendine veya diğerlerine zarar verme korkusu %24, dini takıntılar %13, yasaklanmış düşünceler %4 dür. Bir başka çalışmada ise ilkökul çağı çocuklarında en sık görülen kompulsiyon sayma ve simetri, erken ergenlikte aşırı yıkanma, geç ergenlikte seksüel düşünce ve tekrarlayıcı davranışlar olduğu belirtilmiştir (Motavallı, 2000).

Klinik genellemelerde yapılan çalışmalarda OKB'nun başlangıç yaşı ilkökul dönemi olarak belirtilmekte ancak okul öncesi döneme de yansıyan pek çok özelliğin varlığı vurgulanmaktadır (Rappoport, 1989).

Yapılan çalışmalarda yetişkinlerde ve ergenlerde OKB görülme sıklığı benzerlik göstermekte ve %1-3.6 olarak bildirilmektedir. Yetişkin hastaların % 80'inde OKB'un 18 yaşından önce başladığı, kompulsif davranışların ise 2 yaş gibi çok erken bir dönemde de görülebildiği bildirilmektedir. Erkeklerde görülme sıklığı kızlara göre daha yüksektir. Araştırmalarda başlangıç yaşı 10 olarak saptanmaktadır (Demirok ve ark., 2001).

Bu alandaki ilk çalışmaları ortaya koyan Psikoanalitik kuram'a göre obsesif-kompulsif belirtiler bilinçdışı bir çatışmadan kaynaklanmaktadır. Tekrarlayıcı davranışlar ise yasaklanmış duygular veya rahatsız edici yaşantıları önlemektedir. Öğrenme kuramı ise bu belirtilerin oluşumunda öğrenmenin rolü olabileceğini vurgulamaktadır (Motavallı, 2000).

Pek çok çalışma genetik geçişin varlığını onaylamaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan çocukların ebeveynin %20'sinde yaşam boyu OKB tanısı, yine bu çocukların %71'inin ebeveyninden birinde ya OKB %19 ya da obsesyonlar %52 görülmesi genetik geçişi desteklemektedirler (Motavallı, 2000).

Erkek ve kız çocuklarda görülme oranının incelendiği Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) örnekleminde bozukluğun yaşa bağlı olarak değiştiği ve çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görülen bu belirtilerin ergenlik dönemi ile birlikte kızlarda artış gösterdiği belirtilmektedir (Swedo, Rappoport, 1989).

Çocuk ve ergenlerin bir kısmı belirtilerini saklama eğilimindedir. Olguların %90'ında obsesyon ve kompulsiyonlar zaman içinde değişir. Uzun saatler üretken olmayan bir biçimde ödev yapar, yazdıklarını sürekli silip yeniden yazar, kelimelere, harflere, ayrıntılara takılmaktan ödevlerini bitirmekte güçlük çekerler, yıkanmaktan kızarmış elleri olan çocuklar, bazı aktivitelerden kaçınmayı seçen çocuklarda obsesif-kompulsif bozukluk açısından dikkate alarak değerlendirmek gerekmektedir (Motavallı, 2000).

Anksiyete bozukluğu grubundan olan, Obsesif-kompulsif bozukluğu tanısı alan çocuklarda tik bozukluğu, özel gelişimsel bozukluk, major depresyon, basit fobi, DEHB ve ayrılık anksiyetesi eşlik edebileceği belirtilmiştir (Kaplan ve ark., 1994).

2.1.2.7. Panik Bozukluğu

Panik bozukluğu, yineleyen beklenmedik panik atakların olması ve başka atakların olacağına dair sürekli kaygı duyma, atağın yol açabileceği sonuçlarla ilgili olarak üzüntü duyma (çıldıracağı) ve ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliğinin olması ile kendini gösteren bir bozukluktur (Yorbık, 1998).

Atak sırasında oluşabilecek bulgular; nefes darlığı, ya da boğuluyor gibi olma, çarpıntı ya da taşikardi, titreme ya da sarsılma, terleme, soluğun kesilmesi, bulantı ya da karın ağrısı, uyuşma ya da karıncalanma, kızarma ya da ürperme, ölüm korkusu ve elinde olmadan bir şey yapacağı korkusudur (Semerci, 1999).

Bu tanının çocuklarda az konulmasının önemli bir sebebi çocukların kendi yakınmalarını iyi ifade edememeleridir. Panik bozukluğu olan çocuklar ilk panik atakları özel bir biçimde (duruma bağlı olmayan, beklenmedik) diye tanımlarlar. İstatistikler bu çocuklarda %100 somatik belirtiler rapor etmiştir (Motavallı, 2000).

Çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu, psikososyal ve akademik sorunların eşlik ettiği ve yetişkinlik döneminde de başka bozuklukların (depresyon, madde kullanımı vb.) ortaya çıkmasında risk etkeni oluşturan bir durumdur (Diler ve ark., 2004).

Panik bozukluğa agorafobi eşlik edebilir ya da etmeyebilir. Agorafobi kişinin, beklenmedik olarak panik atağı çıkabileceği, kaçmanın zor olabileceği ya da yardım alamayacağı yerlerde ya da durumlarda anksiyete duymasıdır. Yalnız başına dışarıda olma, kalabalıkta olma, sırada bekleme agorofobik korkular arasındadır (Yorbık, 1998).

Kimi araştırmacılar çocuk ve ergenlerde panik bozukluğu olmayacağını belirtirken, bazı araştırmacılar DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre, bilişsel bulgular olmaksızın da panik bozukluğu tanısı konabileceğini, çocuk ve ergenlerde panik bozukluğunun görüldüğünü ve yetişkinle benzerlik gösterdiğini savunmaktadırlar (Ollendick ve ark., 1994).

Toplumda ergenlerde panik atak %35.9 ile %63.3 arasında görülmektedir. Panik bozukluk ise %0.6 ile %4.7 arasındadır (Yorbık, 1998).

Panik bozukluğu ile ilgili yapılan aile çalışmaları birinci dereceden akrabalarda artmış riski göstermektedir. Çalışmaların sonuçlarına göre bu risk %15-20 arasındadır ve kadın akrabalarda panik bozukluğu riski %50'ye kadar çıkabilmektedir (Marks, 1986).

NIMH'in 18.000 kişi üzerinde yapmış olduğu geniş bir alan çalışmasında, panik bozukluğu bildirenlerin %18'i, ilk atağın 10 yaşından önce başladığını belirtmişler ve panik bozukluğunun başlangıcının 15-19 yaş arası en uç noktaya ulaştığını bulunmuşlardır (Ollendick ve ark., 1994).

Çocuk ve ergenlerle ilgili bilgiler oldukça yetersizdir, yapılan çalışmalarda, kız çocuklarda, erkeklerden 2-3 kat fazla olması ve ergenlerde yaşam boyu görülme sıklığı %0.6 olarak saptanmıştır (Semerci, 1999).

Panik atağa neden olan etmenler arasında genetik geçişin yanı sıra hipertiroidizm, hiperparatiroidizm, vestibüler disfonksiyonlar, epilepsi nöbetleri ve kalple ilgili bozukluklar panik atağa neden olabilen tıbbi durumlardır (Yorbık, 1999).

Yapılan bir çok çalışma da, panik bozukluğu olan çocuklarda sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, fobi ve ayrılma anksiyetesinin birlikteliği vurgulanmıştır (Karaceylan, 2003).

2.1.2.8. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Bireyin yaşamını doğrudan tehdit eden, ani ürkütücü, korku verici boyuttaki tüm yaşantılar travma yaşantısı olarak anılır. Travmaya uğramış tüm çocuk ve ergenler, katlanması güç kayıplardan, günlük yaşamlarını derinden etkileyen zorlanmalardan, yaşanan kötü deneyimi ve kayıpları hatırlatan olaylardan ve bunların verdiği sıkıntıdan şikayet ederler. Travmanın yarattığı psikolojik etkiler ve belirtiler travma anında pek görülme de; travmanın hemen sonrasında yoğun bir korku, endişe, dehşet, çaresizlik ve fiziksel stres (kalp atış hızında artma, göğüs ağrıları gibi) olarak kendini gösterir (TPD, 1999).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), belirli bir nedene bağlı ruhsal bozukluklardan biridir. Bir stres faktörü olmadan tanı konamaz, ancak travmanın varlığı

tek başına yeterli değildir. Travmaya eşlik eden ve yatkınlık yaratan etkenler tam olarak anlaşılammıştır. Olay ve mağdur arasında bir ilişki vardır. Travma sonrası stres oluşumuna ilişkin travma öncesi (kişilik özellikleri gibi), travma (stres faktörünün özellikleri) ve travma sonrası değişiklikler göz önüne alınmadan oluşturulacak geçerli bir model yoktur (Battal, Özmenler, 1997).

Kişi travma yaratan olay karşısında aşırı korku, çaresizlik, ya da dehşet duygusu ve düşünceleri gösterir. Travmatik olay sürekli olarak yeniden yaşanır. Travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki düzeyinde azalma ortaya çıkar. Süreklilik kazanmış bir aşırı uyarılmışlık hali bulunmaktadır. Belirtiler 3 aydan daha kısa sürede sürüyor ise bozukluk akut, 3 aydan daha uzun süredir sürüyor ise kronik olarak kabul edilir. Stresli olayın üzerinden 6 aydan daha uzun bir süre geçtikten sonra ortaya çıkan bozukluk “gecikmeli başlangıçlı” olarak kabul edilir (Köroğlu, 1994).

TSSB'nun tüm toplumdaki yaşam boyu görülme sıklığı konusunda yapılan çalışmalar %1 ile %14 arasında değişen sonuçlar vermektedir (Köroğlu, 1994).

Risk altında bulunan çocuk popülasyonları ile yapılan çalışmalarda ise %3 ile %100 arasında değişen oranlar saptanmıştır. Değerler arasındaki bu farklılıkta travmatik olayın özellikleri ve travmadan sonra geçen zaman gibi belirleyicilerin rol oynadığı düşünülmektedir (Frederick, Schafer, 1995).

Bazı çalışmalarda ise, bir travma ile karşılaştıklarında kız çocukların daha ağır belirtilerle giden ve daha uzun süren bir TSSB tablosu çıkardıklarına ancak erkeklerin travmatik bir olayla karşılaşma olasılığının daha fazla olduğuna işaret etmektedir (Helzner ve ark., 1987).

Bazı yazarlar, yetişkinler için geçerli olan TSSB tanı kriterinin çocukların strese karşı gösterdiği anksiyete tepkilerin saptanmasında bütünüyle uygulanabilir olmadığını öne sürmektedirler. Eğer bu duruma dikkat edilmezse TSSB tanısı fark edilmeyebilir (Garnezy, 1986). Çocuklar, eğer kendilerine özgül ve doğrudan sorular yöneltilmezse, travmaya gösterdikleri ruhsal tepkileri genellikle bildirememektedirler (Oğuz, Kılıç, 1999).

TSSB bozukluğu gelişiminde stresör birincil nedendir ancak her birey travmatik olay arkasından TSSB yaşamaz. Varolan bireysel biyolojik faktörler; varolan psikososyal faktörleri ve travma sonrası meydana gelen olayları dikkate almak gerekir. Örneğin, bir felaket yaşayan grubun parçası olması, bazen kişiyi travma ile baş etmek için kuvvetlendirir, çünkü diğerleriyle deneyimi paylaşmıştır. Buna rağmen, hayatta kalanın suçluluğu bazen TSSB ile başa çıkmada ek bozukluklar yaratır. Stresörün şiddetinden daha çok kişinin travmaya öznel yanıtının etkisinin daha çok olduğu vurgulanmıştır. Şiddetli ruhsal travma yaşayan kişilerin psikodinamik çalışmalarında ortak özellik olarak kişinin duygusal durumunu tanımlama yada sözel olarak ifade etmede güçlük bildirilmiştir. Psikik travma çocuklukta ortaya çıkarsa, sıklıkla duygusal gelişimde duraklama ile sonuçlanır (Kaplan ve ark., 1994).

Davranışçı model TSSB'nu ilk olarak, travma koşullanmış uyarı ile klasik koşullanmaya atlanır. İkinci olarak, aracılı öğrenme ile, hasta koşullanmış ve koşullanmamış uyarıdan kaçınma davranışı geliştirir (Kaplan ve ark., 1994).

Travma sonrası stres bozukluğunda da bazı hastaların hiperaktif olabileceği vurgulanmıştır (Kaplan ve ark., 1994).

2.1.3. Ayırıcı Tanı

Anksiyete, birçok tıbbi durumda ve ruhsal bozuklukta görülen bir belirtidir. Eğer anksiyete tablosu doğrudan bir tıbbi duruma bağlı ise genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konmalıdır (Alkın, 1997).

Yaygın anksiyete bozukluğunda, anksiyete daha yaygın, daha uzun süreli ve yönlendirmelerle az ilişkilidir. Ayrıca günlük yaşam anksiyetelerine bedensel belirtilerin eşlik etmesi daha nadirdir. Anksiyeteli uyum bozukluğu, panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, majör depresyon, somatisasyon bozukluğu, hipokondriasis, şizofreni gibi tanılar ayırıcı tanıda düşünülmelidir (Alkın, 1997).

2.1.4. Gidiş ve Sonlanım

Aralıksız anksiyete hissi hayatın sosyal, mesleki ve psikolojik işlevlerini de kapsayan her yönünü engelleyebilir ve kuvvetten düşürebilir. Anksiyete seviyesindeki ani bir değişim etkilenen kişinin başlangıcının sinsi olmasına göre daha çabuk tıbbi yada psikiyatrik yardım almasına neden olur. Bazı olgularda tıbbi durum tedavi edilse bile, anksiyete bozukluğu belirtileri devam eder. Ayrıca bazı belirtiler, özellikle obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri, diğer anksiyete bozukluğu belirtilerinden daha uzun süre kalırlar (Kaplan ve ark., 1994).

2.1.5. Tedavi

Anksiyete bozukluğunda yalnızca ilaç tedavisinin uzun süreli etkili olduğu kuşkuludur. İlaçlar kesildiğinde belirtilerin yeniden ortaya çıktığı görülmektedir. Anksiyete bozukluğunun tedavisinde davranışçı yöntemlerin etkisinin başka psikoterapi türlerinden daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır. En etkili yöntemin üstüne giderek alıştırma (exposure) tedavisi olduğu anlaşılmıştır. Alıştırma yönteminde, hastanın fobik durumla özellikle karşılaşması ve korku doğuran durumun yada nesnenin üzerine azar azar, artan derece ve sürelerle gitmesi istenir. Ayrıca sistematik duyarsızlaştırma yöntemi ile de iyi sonuçlar elde edilmektedir (Öztürk, 1997).

2.2. Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve istekleri erteleyememe (dürtüsellik) belirtileriyle ortaya çıkan ruhsal bir bozukluktur (Ercan, 1999). Aşırı hareketlilik, engellenme eşiğinin düşük olması, dikkati gereken yere, gereken biçimde ve sürede yönlendirememe, arkadaş ilişkilerinde ve topluma uyumda güçlük çekme ve okul başarısızlığı gibi klinik özellikleri içerir (Yazgan, 1999).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk çağının en sık görülen ruhsal bozukluklarından. DEHB sık görülmesinin yanı sıra, tedavi edildiğinde belirgin düzelme elde edilebilmesi; tedavi edilmediğinde ise, yetişkinlik dönemine kadar pek çok ruhsal ve sosyal soruna yol açabilmesi nedeniyle ilgi çekmektedir (Hechtman, 1996). DEHB olan çocukların ancak %30'u yetişkinlikte normal yetişkin işlevlerini sürdürebilmektedir. Bu çocukların %50-60'ının konsantrasyon, dürtüsellik ve sosyal ilişkilerle ilgili önemli sorun yaşadıkları gösterilmiştir. Geri kalan %10-15'lik oranın ise, yetişkinlikte, ruhsal ve antisosyal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Morgan, 1998).

2.2.1. Tarihçe

DEHB'da tanımlamalar, bozukluğun değişik nedenlerine ya da en belirgin görünümüne göre yapılmıştır. 19. yüzyıl tıbbi yazınında “çılgın budalalar” (mad idiots), “fevri delilik” (impulsive insanity), “yetersiz inhibisyon” (defective inhibition) olarak adlandırılmıştır (Kotimaa, 2003).

DEHB ilk olarak, 1902 yılında, George Stil adındaki bir İngiliz doktor tarafından tanımlanmıştır. 1917 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde ortaya çıkan ensafalit salgını DEHB'na ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan kişilerde DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmış; bunun üzerine, bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüş ve Minimal Beyin Lezyonu adı verilmiştir. Ancak 1940'lı yıllarda, bu çocuklarda beyin hasarını düşündüren bir nedene rastlanmamış ve hastalığın adı Minimal Beyin Disfonksiyonu; yani beyin çalışmasında küçük bir işleyiş kusuru olarak değiştirilmiştir. 1960'lı yıllarda, hastalığın oluşumunda kalıtım gibi biyolojik etkenlerin çok önemli bir rol oynadığı gösterilmiş; hatalı ana-baba tutumları,

çocuğun kişilik özellikleri ve çevresel etkenlerin hastalığın oluşumunda temel özellikler olmadığı belirlenmiştir. 1970’li yıllarda ise DEHB giderek her bakımdan daha iyi tanınmaya başlamıştır. Bu bozukluğun kapsamında aşırı hareketlilik belirtileri dışında, dikkat eksikliği ve dürtüsellik belirtilerinin de bulunduğu anlaşılmıştır. Hastalığın oluşumunda biyolojik nedenlerin en önemli yeri aldığı giderek daha kesinleşirken, bozukluğun ismi değişerek DEHB olmuştur (Cantwell, 1996).

1980’li ve 1990’lı yıllarda sürdürülen araştırmalar DEHB’nun sadece çocukluk yıllarında görülebilen ve kendiliğinden düzelen bir hastalık olmadığını; ergenlik ve yetişkinlik döneminde de çocuklarınkine benzer belirtilerle bulunabildiğini ortaya koymuştur (Cantwell, 1996).

1994’de Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-IV) halen kullandığımız “Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu” terimi kullanılarak üç alt gruptan söz edilmiştir:

- 1.DEHB / Karışık tip
2. DEHB / Dikkat Bozukluğunun önde olduğu tip
- 3.DEHB / Hiperaktivitenin önde olduğu tip (Köroğlu,1994).

2.2.2. Sıklık ve Yaygınlık

DEHB oldukça sık görüldüğünün bilinmesine karşın; bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığından, bu konuda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır (Cohen ve ark., 1993). Tüm dünyada yaygın olarak kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayınlarında, DEHB’nun okul çağı çocuklarının %3-5’inde görüldüğü bildirilmektedir (Köroğlu,1994). Yapılan bir alan çalışmasında 10-13 yaşları arasındaki erkek çocukların %17.1’inin, kız çocuklarının ise %8.5’inin DEHB olduğu belirlenmiştir. Bir başka araştırmada ise 3-13 yaşları arasındaki çocuklarda DEHB sıklığı %10.15 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada hiperaktif tip oranı %2.03, dikkatsiz tip oranı %0.51, karışık tip oranı ise %7.61 olarak bildirilmiştir (Monitel-Nova, 2003).

Çocuk psikiyatrisi kliniklerinde görülen hastaların yarıya yakınında DEHB olan çocukların oluşturabildiği ileri sürülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, polikliniğe başvuru nedenleri arasında aşırı hareketlilik şikayetlerinin yedinci yada on beşinci sırayı aldığı yada başvuran çocukların %2.78'in de hiperaktivite saptandığı bildirilmektedir. Alan çalışmalarında ise alt tiplere göre yaygınlığı; %4.7-9 dikkatsizliğin önde geldiği tip, %3.4-3.9 hiperaktivite/ataklığın önde geldiği tip %4.4-4.8 karışık tip bozukluk olduğu bildirilmiştir (Şenol, Şener, 1997).

2.2.3. Nedenleri

DEHB'nun ortaya çıkma nedeni tam olarak bilinmemektedir. Genel olarak bozuklukta biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (Turgay, 1997).

2.2.3.1. Nörolojik Etkenler

DEHB'nun beyindeki bir zedelenme sonucu geliştiği biçimindeki düşünceler bozukluğun tanımlanmasından beri öne sürülmektedir (Barkley, 1997). Bugüne kadar DEHB olgularında yapılmış olan beyin görüntüleme çalışmaları, DEHB nedenleri arasında prefrontal-striatal-kortikal döngünün rolü üzerinde görüş birliğine varma yolundadır. Ayrıca araştırmalar, sağ prefrontal-striatal-talama-kortikal döngünün sola göre daha önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu bulgular herhangi bir beyin yapısında bozukluk bulunduğunu göstermemekte, bazı beyin bölgelerinin sağlıklı kontrollerden farklı büyüklük veya simetride olduğunu belirtmektedir (Castellanos, 1997).

2.2.3.2. Genetik Etkenler

Bozukluğun genetik nedenlerine yönelik bilgiler ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarına dayanmaktadır. DEHB olan olguların kardeşlerinde, DEHB görülme riskinin %32 olduğu, ebeveynlerde DEHB varsa, çocuklarında görülme riskinin %57 olduğu bildirilmektedir. Ailesel yükünlük çalışmaları, DEHB ve davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, major depresyon ve alkol-madde kullanım bozuklukları gibi, DEHB ile ilişkili ruhsal bozuklukların ailesel geçiş gösterdiğini ortaya koymuştur.

İkiz çalışmalarında da DEHB'nun kalıtsal özelliği desteklenmiş, tek yumurta ikizlerinde DEHB eş hastalanma %50-84, çift yumurta ikizlerinde ise %30-40 dolaylarında bulunmuştur (Farone, 1994).

DEHB'nun olası nedenleri olarak tek bir gen etkisinden çok, çoklu genetik etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Moleküler genetik çalışmalar sonucunda DEHB ile ilişkisi olan iki spesifik gen saptanmıştır. DRD4.7 ve DAT1 geni olarak tanımlanan bu genlerin DEHB ile ilişkisi bir çok çalışmada gösterilmiştir (Mc Cracken, 2000).

2.2.3.3. Nörofizyolojik Etkenler

İnsan beyni belirli dönemlerde hızla büyür. Bunlar 3-10 ay, 2-4 yaş, 6-8 yaş, ve 14-16 yaşlar arasındaki dönemlerdir. Olgunlaşma geriliği olan çocuklarda geçici DEHB bulguları gözlenir. Aynı zamanda çoğu hiperaktif çocukta düzensiz elektroensefalografi (EEG) örüntüleri de gözlenebilir. Bazılarında zaman içinde bu düzensiz EEG bulguları normale dönebilmektedir. Hiperaktif çocukların önemli bir bölümünde merkezi sinir sisteminde yapısal hasara ilişkin bir belirti yoktur. Bilgisayarlı beyin tomografisi sonuçları tutarsızdır. Bozukluğun nörofizyolojik nedenleri ile ilgili araştırmaların sonucunda genel olarak Merkezi sinir sistemi (MSS) gelişiminde gecikme yada aksamalar olabileceği üzerinde durulmaktadır (Şenol, Şener, 1997).

2.2.3.4. Nörokimyasal Etkenler

Pek çok ruhsal bozuklukta olduğu gibi, DEHB'nun nedenlerinin araştırılmasında da sinir ileticiler önemli bir yer almıştır. Özellikle DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların nörotransmitterler üzerinde etkileri bu görüşü desteklemektedir (Cantwell, 1996). Bugüne kadar üzerinde en fazla durulan sinir ileticilerden Dopamin ve Noradrenalin'dir. Bir çok çalışmada, beyin omurilik sıvısı, kan ve idrarda Dopamin, Noradrenalin ve nörotransmitterlerin yıkım ürünlerinin, DEHB olanlarda sağlıklı kontrollerden düşük olduğu bulunmuştur (Castellanos, Rapoport, 1992).

2.2.3.5. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Bozukluğun gelişiminde temel bir etkiden çok hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkilerden söz edilebilir. Bozukluğu olan çocukların sıklıkla parçalanmış ailelerden geldiği, anne-babanın sürekli geçimsizliği ve anne-baba da ruhsal bozukluklar ile tek ya da ilk çocuk olma oranının kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmektedir. Zorlayıcı yaşam olayları, aile düzeninde bozulma ve diğer anksiyete yaratan nedenler DEHB'nun ortaya çıkması yada sürmesinde etken olabilmektedir. Eğilim yaratan nedenler arasında çocuğun huyu, genetik-ailesel nedenler ve toplumun davranış ve başarı ile ilgili beklentileri vardır. Sosyoekonomik düzeyin önemli bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Şenol, Şener, 1997).

Çevresel etkenler arasında, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemi de içeren zamanlarda çeşitli toksik veya allerjen maddelerle karşı karşıya kalmanın, DEHB nedenlerinde rol oynadığı öne sürülmektedir. Bu konu üzerinde en çok durulan maddeler, kurşun, hormonlar, katkı maddeleri ve besin boyalarıdır (Turgay, 1997). Ancak bu maddelerle karşılaşmanın, en azından DEHB olan bireylerin pek çoğunda, bozukluğun ortaya çıkmasındaki temel neden olmadığı bilinmektedir (Castellanos, Rapoport, 1992).

Ruther ve arkadaşlarının ortaya çıkardığı aile-çevre risk etmenleri olarak kabul edilen; ciddi evlilik uyuşmazlıkları, düşük sosyal sınıf, geniş aile, baba tarafından yasalara karşı gelme, anne tarafından zihinsel hastalık ve koyucu aile yanına yerleştirilme gibi güçlü belirleyicilerin DEHB gelişimini arttıran tek bir etmeden daha çok durumu kötüleştirdiğini saptamışlardır (Biederman ve ark., 1995).

DEHB'li çocukların annelerinin daha az ilişki başlatıcı, daha az yanıtlayıcı, daha kontrol edici ve daha emredici olduklarını bildirmişlerdir. Annelerinin ödüllendirmelerinin az ve çocukları istenen davranışları yaptığında ödüllendirmelerinin sürekli olmadığını gözlenmiştir (Cunning ve ark., 1979).

Kurumlardaki çocuklar sıklıkla DEHB belirtileri gösterirler. Bu belirtilerin uzamış duygusal yoksunluktan ileri geldiği ileri sürülmüştür. Nitekim evlat edinme gibi

çözümlerle yoksunluk etkenleri ortadan kaldırıldığında belirtiler kaybolmaktadır (Kaplan ve ark., 1994).

2.2.4. Klinik Özellikler ve Tanı

Bozukluğun temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ile benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite ve dürtüselliğin olmasıdır. Tanı için bu belirtilerden bazılarının yedi yaşından önce de bulunması gerekmektedir. Belirtiler çocuğun ilgisini çekmeyen yada isteksiz olduğu ortamlarda da artmaktadır. Bu çocuklardaki ataklık, hiperaktivite ve dikkat eksikliği okul başarısını ve arkadaş ilişkisini olumsuz etkilemektedir (Weiss, Weiss, 2003).

Bu çocuklar bireysel katılım gerektiren etkinlikleri sürdüremezler ve bir işi tamamlamadan diğerine geçme eğilimiyle birlikte düzensiz, denetimsiz, aşırı hareketlilik gösterirler. Dikkat eksikliği, işleri bitirmeden bırakma ve görevleri erken terk etme şeklinde görülür. Aşırı hareketlilik ise sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuz olma şeklindedir ve duruma bağlı olarak çevrede koşma ve atlama, oturması gerektiğinde yerinden kalkma, aşırı konuşma, gürültücülük ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durma şeklinde olabilir. Atak olmaları nedeniyle kazalara yatkındırlar ve kurallara uymadaki zorlukları nedeniyle disiplin sorunları çok olur. Yetişkinlerle ilişkilerinde sosyal sınırları bilmezler, diğer çocuklarla ilişkilerinde de zorluklar yaşayarak genelde dışlanırlar (Weiss, Weiss, 2003).

DEHB tanısının konulmasıyla ilgili en önemli konulardan birisi, bu belirtilerin nerelerde görüldüğüdür. Bu belirtilerin en az iki alanda bulunması gereklidir (Köroğlu, 1994). Örneğin okulda öğretmen ve evde anne-baba tarafından bu belirtilerin görülmesi durumunda çocukta DEHB belirtilerinin bulunduğu söz edilebilir. Bir diğer önemli konu ise olabildiğince fazla kaynaktan bilgi alınarak ve çeşitli değerlendirmelerdir. Anne-baba ve çocukla görüşme, anne-baba, öğretmen ve okulun rehberlik birimi, etüt, spor öğretmeni, çocuğu yakından tanıyan akrabalar gibi gerekli görülen diğer kaynaklardan bilgi alınması, anne-baba ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması DEHB tanısı konurken uygulanan işlemlerdir (Barkley, 1995).

Ergenlikte bu aşırı hareketlilik yerini iç huzursuzluğa bırakır ancak dikkat ile ilgili zorluk büyük oranda devam eder. Dürtüsellik ise kendini kural dışı yaşantılara yönelme ile gösterir. Daha ileri yaşlarda ve yetişkinlerde ise dikkat eksikliği, planlarını tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum gibi belirtilerle göstermektedir (Weiss, Weiss, 2003).

2.2.5. Eşlik Eden Tanılar

Son yıllarda; DEHB olan çocukların gidişinde başka ruhsal bozukluklarla birlikte ortaya çıktığı durumların varlığının önemi tanımlanmıştır. Eşlik eden tanının bilinmesi, asıl bozukluğa neden olan etmenleri belirlemede ve asıl bozukluk ile ilgili durumun netleşmesinde terapiste yardımcı olup, tedavi programının seçimini yönlendirerek, bozukluğun gidişinin belirlenmesinde ve sınıflandırma çalışmalarında yol gösterici olmaktadır (Şenol, Şener, 1997).

DEHB olan çocuklar normal kontrollere oranla daha yüksek oranda başka ruhsal bozuklukla birlikteliği gösterirler (Biederman, 1992). Bir çok çalışmada eş tanı durumuna sahip olanlarla tek başına DEHB olan çocuklara oranla daha negatif gidiş gösterdikleri bulunmuştur (August ve ark., 1983).

DEHB’de başka ruhsal bozukluğun görülmesi %46-68 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. DEHB ile eş zamanlı görünümü açısından üzerinde en çok çalışılmış ve yaygın olarak kabul edilmekte olan bozukluklar Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOGB) ve Davranım Bozukluğudur (DB). Bu çocuklar DEHB belirtilerine ek olarak antisosyal-agresif davranışlar, kurallara ve otoriteye karşı çıkma, öfke patlamaları gibi davranışlar sergilerler. Yaş küçüldükçe eş tanı oranı artmakta, yaş büyüdükçe azalarak bozukluklar ayrı ayrı görülmeye başlamaktadır. DEHB, KOGB ve DB arasında hem klinik (%32.5), hem de klinik dışı örneklem de %6.8 yüksek oranda birliktelik bulunmuştur. Hiperaktif çocukların %40 yada daha fazlasında eşlik eden KOGB yada DB görülmektedir. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinde yapılan bir araştırmada başvuran DEHB tanılı hastaların %48’i dikkat eksikliği Yıkıcı Davranış Bozuklukları dışındaki DSM-IV tanılarından birini karşılamıştır. Eşlik eden bozuklukların sıklığı sırasıyla; Enürezis ya da Enkopresiz %24,

Depresyon %6, Özgül Öğrenme Bozukluğu %5 ve Anksiyete Bozuklukları %0.8 oranında bulunmuştur (Şenol, Şener, 1997).

Akademik başarısızlık ve hafif düzeyde zeka düşüklüğünden ayrı olarak DEHB olan çocuklarda eş zamanlı okuma ve öğrenme bozukluklarına %15-30 oranında rastlanmaktadır (Mc Cracken, 2000).

2.2.6. Ayırıcı Tanı

DEHB birçok belirti grubunu içerdiği ve bazı ruhsal bozukluklarla sık olarak birlikte görüldüğü için bu ruhsal bozukluklarla karışabilmektedir. Bunlar arasında zihinsel gerilik (Mental Retardasyon), öğrenme bozuklukları, manik-depresif bozukluk, uyum bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu en sık görülenlerdir (Weiss, 1996).

Zihinsel Geriliği olan çocuklarda DEHB'ye sık rastlanmıştır. Ancak DEHB olan çocukların çok küçük bir kısmında zihinsel gerilik vardır. DEHB olmadığı halde, kendi kapasitesinin üstünde veya altında bir eğitim alan zihinsel geriliği olan çocuklarda DEHB belirtilerine rastlanabilmektedir (Weiss, 1996).

Öğrenme Bozukluğu genellikle çocuğun okuma, yazma ve matematik gibi özgül bir alanda zeka düzeyinin altında başarı göstermesidir. Buna karşın, DEHB olan çocuklarda, öğrenme ve okul başarısında özgül bir alanda olmaktan çok, genel bir etkilenme söz konusudur (Hechtman, 1996).

Manik-Depresif Bozukluk ve DEHB'nin belirtileri birbirleriyle benzerlik gösterebilmektedir. Ancak temel farklılık, DEHB'nin çocukluktan beri var olan ve süreğen bir sorun olması; Manik-Depresif Bozukluğun ise, dönemsel özellik göstermesi ve çocukluk veya ergenlik döneminde herhangi bir yaşta başlayabilmesidir (Biederman, 1992).

Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu, DEHB ile çok sık olarak birlikte görülebilmektedir. Ancak, bu bozuklukların tek başlarına görülebildiği durumlar da söz konusudur (Turgay, 1997).

Madde kullanan çocuk veya gençler madde etkisi altındayken DEHB'ye benzer belirtiler gösterebilirler. Ancak madde kullanmadıkları dönemde kolaylıkla doğru tanı konulabilir (Hechtman, 1996).

Çocukta anksiyete değerlendirilmelidir. Anksiyete, DEHB'e eşlik eden bir bulgu olabilir ve anksiyetenin kendisi de aşırı hareketlilik ve kolayca çelinebilirlik gösterebilir (Kaplan ve ark., 1994).

2.2.7. Gidiş ve Sonlanım

DEHB'in seyri çok değişkendir. Belirtiler ergenliğe veya erişkin yaşama kadar sürebilir. Bozuklukta üç tür gidişten söz edilmektedir.

a. Genç erişkinliğin erken dönemlerinde belirtilerin kaybolduğu grup, olguların %30'unda görülür.

b. Belirtilerin çeşitli sosyal ve duygusal güçlüklerle erişkin dönemde de sürdüğü grup, olguların %40'ında görülür.

c. DEHB belirtileriyle birlikte alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğunun bulunduğu durumlarda vardır. Olguların %30'unda görülür. Bu kötü gidişinin en güçlü belirleyicisi DEHB'le birlikte davranış bozukluğunun olmasıdır (Weiss, 1985).

Bozukluğun kalıcı olmasında aile içi güçlükler ve DEHB ile birlikte başka ruhsal bozukluğun olması belirleyici olmaktadır (Turgay, 1997).

Genelde ilk kaybolan belirti aşırı hareketlilik, en son kaybolan ise dikkat eksikliğidir. Hastalığın gerilemesi 12 yaşından önce seyrek olduğu, genellikle 12 ile 20 yaşlar arasında görüldüğü bildirilmektedir. Ancak olguların önemli bir bölümünde bozukluk kısmi gerilemeye girmekte ve Duygudurum Bozuklukları ile Antisosyal ve diğer kişilik bozukluklarının ortaya çıkışı kolaylaşmaktadır. Öğrenme sorunları sıklıkla sürmektedir (Turgay, 1997).

Olguların %15-20'sinde DEHB belirtileri yetişkinlikte de devam etmektedir (Şenol, Şener, 1997).

2.2.8. Tedavi

DEHB, doğru ve erken tanı konulduğunda, son derece çabuk tedavi edilebilir bir bozukluktur (Turgay, 1997). İlaç tedavisi, anne-baba eğitimi, bireysel görüşme, aile tedavisi ve grup tedavisi DEHB'nun tedavisinde sık olarak kullanılan yöntemlerdir. Bu tedavi biçimleri tek tek göz önüne alınıp karşılaştırıldığında; ilaç tedavisinin, en etkin tedavi biçimi olduğu görülmektedir (Cantwell, 1996).

DEHB'nun tedavisinde en etkin yöntemlerden birisi anne-baba tarafından çocuğun olumsuz davranışlarının düzeltilmesi için çeşitli tekniklerin uygulanmasıdır (Barkley, 1995). Böylece çocuğun uyumunun ve sosyal ilişkilerinin iyileşmesi sağlanabilir. Bir grup anne-babaya bu tekniklerin anlatılması gibi grup uygulaması ve sadece bir anne-baba ile bu programın yürütülmesi seçilebilir (Ercan, Aydın, 1999).

DEHB tedavisinde vitamin yüklenmesi, şeker ve allerjen olabilecek besinlerin kısıtlanması, EEG sonuçlarına bakılarak biofeedback uygulaması ve hormon kısıtlanması gibi alternatif yöntemlerin yararlılığı da öne sürülmektedir. Ancak bu tedavi yöntemlerin yararlılığı bilimsel olarak gösterilmemiştir (Barkley, 1995).

III. BÖLÜM

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada, araştırma yöntemlerinden tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu tanısı alan çocuklara Wechesler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu (WISC-R) uygulanıp, araştırma amacına uygun olarak performans alt testleri incelenmiştir. İkinci aşamada ise herhangi bir ruhsal şikayeti olmayan randomize seçilmiş sağlıklı kontrol grubunu oluşturan çocuklara WISC-R uygulanmıştır. Araştırmaya katılan her çocuk için sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini DEHB ve Anksiyete Bozukluğu şikayetleri olan çocuklar oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini Kocaeli ili, merkezi ve ilçelerinden Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran DEHB ve Anksiyete Bozukluğu tanısı olan 6-11 yaşları arasında, WISC-R uygulamasından alınan genel zeka puanı en az 75 olan, başka ruhsal bozukluğu olmayan ve Çocuk Hastalıkları muayenesi normal olan 60 (30 kız, 30 erkek) çocuk oluşturmuştur. Araştırma Temmuz 2005- Şubat 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmaya alınan deneklerin WISC-R uygulamasından alınan genel zeka ortalamaları 90-100 (normal zeka) puanları arasındadır. Çocuklara WISC-R uygulama öncesi herhangi bir ilaç tedavisi uygulanmamıştır.

Kontrol grubu olarak randomize seçilen Kocaeli ili merkezi ve ilçelerinde oturan yaşları 6-11 arasında olan herhangi bir ruhsal şikayeti, öğretmenleri ve aileleri tarafından belirtilmemiş 30 çocuk (15 kız, 15 erkek) seçilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

DEHB ve Anksiyete Bozukluğu tanısı alan çocukların değerlendirilmesinde WISC-R uygulanmış ve sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur.

3.3.1. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu (WISC-R)

Çalışmada Wechsler tarafından 1949'da geliştirilen Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formunun Gözden geçirilmiş şekli olan WISC-R kullanılmıştır.

WISC-R gittikçe zorlaşan sorular aracılığı ile sözel ve performans düzeyini ölçmek üzere oluşturulan iki bölümden oluşmaktadır. Sözel bölüm; genel bilgi, yargılama, sayı dizisi, aritmetik, benzerlikler ve sözcük dağarcığı olmak üzere 6 alt testten oluşmaktadır. Performans bölümünde ise resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, şifre ve labirentler olmak üzere 6 alt test bulunmaktadır.

Test uygulanan bireyin zeka düzeyine ilişkin “genel zeka bölümü”, “sözel zeka bölümü” ve “performans zeka bölümü” olmak üzere üç ayrı ölçü vermektedir. Zeka bölümleri standart puan olarak elde edilmektedir.

Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen bu test 1974 yılında gözden geçirilmiş ve 1986 yılında Savaşır ve Şahin tarafından ülkemize uyarlanmıştır. Testin norm değerleri 1639 kişilik bir örneklemden hesaplanmıştır. WISC-R'in Türk kültürü üzerinde yapılan güvenilirlik çalışmasında testin iki yarım güvenilirliği, sözel bölüm için 0.97, performans bölüm için 0.93 olarak bulunmuştur. Bu değerler WISC-R'in yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Savaşır, 1995).

Ancak WISC-R'in uygulama formunda değerlendirmenin sayı dizisi ve labirentler alt testi dışarıda bırakılarak 10 alt test üzerinden yapılması; bu iki alt testin

diğer alt testlerin uygun olmadığı durumlarda verilmesi önerilmektedir (Savaşır, 1995). Araştırmada bu bilgelere bağlı kalınarak labirentler ve sayı dizisi alt testleri verilmemiştir.

Çalışmaya katılan bütün çocukların ailelerine bu araştırmanın ve uygulanacak testin amacı sözel olarak anlatılmış ve ailelerden onay alınarak çocuklara Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği uygulanmıştır.

WISC-R sözel ve performans bölümlerinde yer alan alt testleriyle ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

A) Sözel Bölüm

Genel Bilgi: Kolaydan zora doğru sıralanmış kişinin yaşadığı kültürde öğrenebileceği 30 soruluk bir alt testtir. Yaşına uygun sorular kolaydan zora doğru sırayla okunur ve her soruya cevap vermesi beklenir. Bu alt testin öğrenme yoluyla kazanılan genel kültür dağarcığı ile dili kullanma ve konuşma becerisini ölçtüğü kabul edilir (Anastasia, 1988).

Muhakeme: Kişinin bazı sosyal durumlarda ne yapması gerektiğini sorgulayan 17 sorudan oluşan bir alt testtir. Her bir soru çocuğa yavaş yavaş okunur ve çocuktan soruyu düşünüp cevaplaması istenir. Bu alt test, pratik bilgi, sosyal muhakeme, soyut düşünme, bilgilerini organize etme becerilerini ölçer (Murphy, Davidshoffer, 1994).

Aritmetik: Kolaydan zora doğru ilerleyen, basit aritmetik işlem gerektiren, akıldan çözmesi istenen 18 sorudan oluşur. İlk 15 problem, çocuğa olduğu gibi okunur. Son 3 problem ise yazılı olarak gösterilir ve çocuktan bunları yüksek sesle okuması istenir. Çocuktan her bir problemi kağıt kalem kullanmadan, sınırlı bir süre içinde cevaplaması beklenir. Bu alt testin temel aritmetik bilgisini, soyut sayı kavramlar üzerinde akıl yürütebilme becerisi, sözel bellek kullanımı, dikkati yoğunlaştırma ve çeldiricilerden kurtulabilme becerisini ölçtüğü kabul edilmektedir (Anastasia, 1988).

Benzerlikler: Somuttan soyut kavramlara doğru giden ve iki kavramın ne yönden benzediğini soran açık uçlu 17 sorudan oluşur. Sorular okunur ve çocuğun her

bir soruda iki kavramın ne yönden benzediğini cevaplaması beklenir. Bu alt test kavramsal ve mantıksal ilişki kurma becerisini ölçer (Murphy, Davidshoffer, 1994).

Sayı Dizisi: Uzunluğu gittikçe artan sayı dizilerinden oluşan iki aşamalı bir testtir. Sayıların kısa süreli bellekte tutulmasını gerektirir. Deneğe ikili sayı dizisinden başlayıp dokuzlu sayı dizisine kadar gittikçe artan maddeler söylenir. Deneğin maddeyi birinci bölümde düzden, ikinci bölümde tersten tekrarlaması istenir. Bu alt testin kısa süreli belleğin kapasitesini, dikkati ve bellekte anında çevirme becerisini ölçtüğü kabul edilmektedir (Anastasia, 1988).

Sözcük Dağarcığı: Bu alt test 36 kelimedenden oluşan bir kelime listesinden oluşmaktadır. Kelimeler somuttan soyuta doğru sıralanır. Her bir kelime sırayla deneğe okunur. Çocuktan her kelimenin ne anlama geldiğini açıklaması istenir. Alt testin sözcük bilgisini, dil gelişimini ve sözel akıcılık yeteneğini ölçtüğü kabul edilmektedir (Anastasia, 1988).

B) Performans Bölüm

Resim Tamamlama: Önemli bir kısmı eksik olan 26 resimden oluşan bir alt testtir. Çocuktan bu eksik kısımları bulması istenir. Alt testin çevresel uyarıcıları algılama kapasitesini, çevreye ve ayrıntılara duyulan ilginin düzeyini, görsel uyanıklığın gücünü ölçtüğü kabul edilmektedir (Anastasia, 1988).

Resim Düzenleme: Toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde için karışık düzende resimler gösterilir ve çocuktan resimleri, bir öykü anlatacak şekilde düzenlemesi istenir. Bu alt test neden-sonuç ilişkilerini kavrayabilme ve sentez yapma yeteneğini, sosyal süreçleri tahmin, planlama gücü ve esprî yeteneğini ölçmektedir (Anastasia, 1988).

Küplerle Desen: İkişer yüzleri beyaz, kırmızı ve kırmızı-beyaz boyanmış küplerden ve desen resimlerinden oluşan bir alt testtir. 11 maddeden oluşmuştur. Denekten küplerle, önlerine konan desenin aynısını, o madde için gereken sürede yapması istenir. Alt testin performans hızını, görsel algı-motor koordinasyon yeteneğini, sözel olmayan muhakeme becerisini, analitik düşünme yeteneğini, üç boyutlu

düşünebilme ve algısal örgütlenme kapasitesini ölçtüğü kabul edilmektedir (Palmer, 1983).

Parça Birleştirme: Parçalara ayrılmış şekillerin bulunduğu dört maddeden oluşmaktadır. Çocuktan her bir madde için gereken sürede parçaları birleştirmesi istenir. Alt testin parçadan bütüne gitme yeteneğini, algısal örgütlenme kapasitesini, algı hızını, deneme-yanılma yöntemini kullanma becerisini, üç boyutlu düşünebilme, iç görü ve sezgi gücünü ölçtüğü kabul edilmektedir (Anastasia, 1988).

Şifre: Anahtar bir örnekte çocuğa sayı ve şekillerin altında yer alan işaretler gösterilir. Daha sonra alt sırada çocuğa bu sayı veya şekilleri altında işaretlerin olduğu bölüm boş bırakılarak sunulur ve çocukta boş yerlere uygun işaretleri anahtar örnekten bularak yerleştirmesi istenir. Bu alt testin, yeni bir görevi öğrenebilme kapasitesini, görsel algı-motor koordinasyon yeteneğini ölçtüğü kabul edilmektedir (Anastasia, 1988).

Labirentler: Kağıt üzerine çizilmiş giderek karmaşıklaşan labirentlerden oluşan 9 şekil bulunur. Çocuktan her bir şekil içinde labirentte çıkış yolunu, kalem kullanarak bulması beklenir. Zaman sınırlaması vardır. Bu alt testin görsel-motor koordinasyon, ince motor koordinasyon ve hızı ölçtüğü kabul edilmektedir (Wechsler, 1974).

3.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmaya katılan çocukların ailelerinden ise Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniğine başvuru şikayetleri, çocuğun doğum tarihi, okulu, anne- babanın eğitim düzeyleri, meslekleri, ekonomik düzeyleri, aile tipi, aile bireylerinden ruhsal hastalığı olan birinin olup olmadığı, çocuğun daha önceden uzun tedavi gerektiren bir hastalığının olup olmadığı, test sırasında herhangi bir ilaç alıp almadığı gibi 12 sorudan oluşan demografik bilgi formu doldurulmuştur.

3.4. İşlem

WISC-R, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniğine başvuran ve DEHB tanısını alabilecek düzeyde dikkat dağınıklığı ve hareketliliği olan her çocuğa tanının konulmasında yardımcı olması açısından uygulanmaktadır. Aynı

şekilde Anksiyete Bozukluğu şikayetleri ile başvurup dikkat dağınıklığıyla birlikte okul başarısı etkilenen çocuklara da WISC-R uygulanmıştır. WISC-R ortalama 1 saat 15 dakika sürmektedir. Ve her uygulama için testi etkileyebilecek tüm dış uyaranlar engellenmiştir.

3.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 13.0 (Nie ve ark., 1975), programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tamamlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerden, ikili grupların karşılaştırılmasında Pearson Correlation testi ile Student T-test yöntemi, üçlü verilerin karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi ANOVA kullanılmıştır. Niteliksel değişkenler de Ki kare testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

IV. BÖLÜM

4. BULGULAR

Çalışmaya DEHB grubunda 30 (15 kız, 15 erkek), Anksiyete Bozukluğu grubunda 30 (15 kız, 15 erkek) ve kontrol grubunda 30 (15 kız, 15 erkek) olmak üzere toplam 90 çocuk katılmıştır. DEHB grubu alt grup dağılımına bakıldığında %16.7'si (n=5) dikkat eksikliğinin önde geldiği tip, %60.0'ı (n=18) hareketliliğin önde geldiği tip, %23.3'ü (n=7) bileşik tip olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu grubunda alt grup dağılımına bakıldığında ise %23.3'ü (n=7) ayrılma anksiyetesi bozukluğu, %13.3'ü (n=4) sosyal anksiyete bozukluğu, %6.7'si (n=2) fobi, %50'si (n=15) yaygın anksiyete bozukluğu ve %6.7'si (n=2) seçici konuşmamazlık olarak tanı almıştır.

Tanı grubu ve kontrol grubundaki denekler yaş ve sınıf düzeylerine dengeli olarak dağılımına dikkat edilmiştir.

Çalışmaya alınan çocukların %50'si (n=45) kız, %50'si (n=45) erkektir. Yaşları 6 yaş ile 11 yaş arasında değişmektedir. Kız ve erkek çocukların yaş ortalamaları arasında istatistiksel farklılık yoktur.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1
Deneklerin Cinsiyete Göre Dağılımı

GRUP	Kız		Erkek		Toplam		İstatistiksel Test*
	N	%	N	%	N	%	
DEHB	15	16.5	15	16.5	30	33.3	x ² =0.000 p=1.000
Anksiyete Bozukluğu	15	16.5	15	16.5	30	33.3	
Kontrol	15	16.5	15	16.5	30	33.3	
Toplam	45	49.5	45	49.5	90	100.0	

*Ki Kare Testi

Deneklerin gruplara göre cinsiyet dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Gruplar arası cinsiyet dağılımında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2
Deneklerin Yaşlara Göre Dağılımı

Cinsiyet	Yaş					Toplam	İstatistiksel Test*
	6	7	8	9	10		
Kız	9	9	9	9	9	45	x ² =0.000 p=1.000
Erkek	9	9	9	9	9	45	
Toplam	18	18	18	18	18	90	

*Ki Kare Testi

Araştırmaya katılan çocukların yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 2).

Tablo 3
Deneklerin Sınıflara Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sınıf						Toplam	İstatistiksel Test*
	Ana-Sınıfı	1	2	3	4	5		
Kız	1	8	9	9	9	9	45	x ² =15.157 p=0.367
Erkek	2	7	9	9	9	9	45	
Toplam	3	15	18	18	18	18	90	

*Ki Kare Testi

Araştırmaya alınan çocukların sınıf düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 3).

Tablo 4
Gruplar Arası Annelerin Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		İstatistiksel Test*
	N	%	N	%	N	%	
Okula Gitmemiş	1	3.3	2	6.7	2	6.7	x ² =11.971 p=0.448
İlkokul Mezunu	11	36.7	18	60.0	11	36.7	
Orta Okul Mezunu	3	10.0	3	10.0	4	13.3	
Lise Mezunu	7	23.3	5	16.7	7	23.3	
Üniversite Mezunu	8	26.6	2	6.7	6	20.0	
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	

*Ki Kare Testi

Gruplar arası annelerin eğitim düzeyleri açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4).

Tablo 5
Gruplar Arası Babaların Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		İstatistiksel Test*
	N	%	N	%	N	%	
İlkokul Mezunu	8	26.7	11	36.7	8	26.7	$\chi^2=15.777$ $p=0.106$
Orta Okul Mezunu	3	10.0	10	33.3	3	10.0	
Lise Mezunu	9	30.0	6	20.0	9	30.0	
Üniversite Mezunu	10	33.4	3	10.0	10	33.4	
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	

*Ki Kare Testi

Gruplar arası babaların eğitim düzeyleri açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 5).

Tablo 6
Gruplar Arası Annelerin Meslekleri

Meslekler	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		İstatistiksel Test*
	N	%	N	%	N	%	
Ev Hanımı	23	76.7	22	73.3	19	63.3	$\chi^2=6.006$ $p=0.647$
Devlet Memuru	5	16.7	5	16.7	8	26.7	
İşçi	1	3.3	1	3.3	3	10.0	
Serbest	1	3.3	1	3.3	0	0.0	
Toplam	30	100.0	29	96.7	30	100.0	

*Ki Kare Testi

Anksiyete bozukluğu grubunda bir çocuğun anne kaybı vardır. Diğer çocukların annelerinin meslekleri açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 6).

Tablo 7
Gruplar Arası Babaların Meslekleri

Meslekler	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		İstatistiksel Test*
	N	%	N	%	N	%	
Emekli	2	6.7	4	13.3	3	10.0	X²=14.157 P=0.166
Devlet Memuru	3	10.0	7	23.3	12	40.0	
İşçi	13	43.3	8	26.7	4	13.3	
Serbest	11	36.7	10	33.3	10	33.3	
Toplam	29	96.7	29	96.7	29	96.7	

*Ki Kare Testi

Gruplar arası babaların meslekleri açısından istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$), (Tablo 7).

Anksiyete Bozukluğu ve kontrol grubundaki çocukların ikisinin baba kaybı vardır. DEHB grubundaki bir çocuğun babası da işsiz olarak tanımlanmıştır.

Tablo 8
Gruplar Arası Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik Düzey	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		İstatistiksel Test*
	N	%	N	%	N	%	
Düşük	9	30.0	8	26.7	8	26.7	$\chi^2=5.098$ $p=0.277$
Orta	17	56.7	19	60.0	13	43.3	
Yüksek	4	13.3	3	10.0	9	30.0	
Toplam	30	100.0	30	100.0	30	100.0	

*Ki Kare Testi

Tablo 8’de gruplar arası ekonomik düzeye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.2. Gruplar Arası WISC-R Performans Alt Test Puanlarının İstatistiksel Analizi

Tablo 9
Gruplar Arası WISC-R Zeka Puanları Ortalamalarının Karşılaştırılması

WISC-R	DEHB		Anksiyete Boz		Kontrol	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Sözel Zeka Puanı	90.33	11.603	92.336	14.242	100.266	11.714
Performans Zeka Puanı	98.433	16.388	96.833	13.357	102.933	15.310
Toplam Zeka Puanı	93.166	13.065	94.066	12.811	101.700	312.758

Tablo 9’da gruplar arasında WISC-R sözel, performans ve toplam zeka puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10
Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Grupları Arasında WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırması

WISC-R	N	DEHB		Anksiyete Boz.		T*	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	30	9.200	2.734	8.933	2.728	0.378	0.707
Resim Düzenleme	30	10.200	3.055	9.566	3.370	0.763	0.449
Küplerle Desen	30	9.466	3.048	9.733	2.598	-0.365	0.717
Parça Birleştirme	30	9.966	3.079	8.833	2.350	1.603	0.114
Şifre	30	10.266	3.161	12.906	2.906	-0.893	0.376
Sözel Zeka Puanı	30	90.333	11.603	92.366	14.242	-0.606	0.547
Performans Zeka P.	30	98.433	16.388	96.833	13.357	0.414	0.680
Genel Zeka Puanı	30	93.166	13.065	94.066	12.811	-0.269	0.789

*Student T-test

Resim tamamlama, resim düzenleme, parça birleştirme ve performans zeka puanı ortalamalarının DEHB tanısı olan çocuklarda, küplerle desen, şifre alt testleri ile sözel ve genel zeka puan ortalamalarının ise anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuklarda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Ancak, WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarında tanıya göre anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 10).

Tablo 11
Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Grupları Arasında Cinsiyete Göre WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	Kız		Erkek		T*	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	30	9.500	2.542	8.633	2.846	1.244	0.219
Resim Düzenleme	30	10.366	3.156	9.400	3.233	1.172	0.246
Küplerle Desen	30	9.866	2.873	9.333	2.770	0.732	0.467
Parça Birleştirme	30	9.466	2.687	9.333	2.904	0.185	0.854
Şifre	30	11.133	2.788	10.100	3.220	1.329	0.189
Sözel Zeka Puanı	30	91.400	11.493	91.300	14.405	0.030	0.976
Performans Zeka P.	30	100.166	15.389	95.100	14.079	1.330	0.189
Genel Zeka Puanı	30	95.333	12.518	91.900	13.131	1.037	0.304

*Student T-test

Kız çocuklarının resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, şifre alt testleri ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamaları erkek çocuklarına göre daha yüksektir.

Cinsiyete göre, WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 11).

Tablo 12
Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Gruplarında, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Anksiyete Boz.		T	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	15	9.933	2.737	9.066	2.344	0.931	0.360
Resim Düzenleme	15	10.533	3.292	10.200	3.212	0.285	0.778
Küplerle Desen	15	10.000	3.116	9.733	2.711	0.250	0.804
Parça Birleştirme	15	9.800	3.051	9.133	2.325	0.673	0.507
Şifre	15	11.133	3.090	11.133	2.559	0.000	1.000
Sözel Zeka Puanı	15	89.066	11.048	93.733	11.828	-1.117	0.274
Performans Zeka P.	15	101.800	18.016	98.533	12.659	0.575	0.570
Genel Zeka Puanı	15	94.933	13.915	95.733	11.429	-0.172	0.865

*Student T-test

Anksiyete bozukluğu olan kız çocuklarının, DEHB olan kız çocuklara göre sözel ve genel zeka puan ortalamalarının yüksek olduğu, DEHB olan kız çocuklarının ise resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, şifre alt testleri ile performans zeka puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu ve DEHB tanısı olan kız çocukları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 12).

Tablo 13
Anksiyete Bozukluğu ve DEHB Gruplarında, Erkeklerde WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Anksiyete Boz.		T*	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	15	8.466	2.614	8.800	3.144	-0.316	0.755
Resim Düzenleme	15	9.866	2.875	8.933	3.594	0.785	0.439
Küplerle Desen	15	8.933	2.987	9.733	2.576	-0.785	0.439
Parça Birleştirme	15	10.133	3.204	8.533	2.416	1.544	0.134
Şifre	15	9.400	3.089	13.299	3.299	-1.200	0.240
Sözel Zeka Puanı	15	91.600	12.385	91.000	16.621	0.112	0.912
Performans Zeka P.	15	95.066	14.404	95.133	14.252	-0.013	0.990
Genel Zeka Puanı	15	91.400	12.379	92.400	14.261	-0.205	0.839

*Student T-test

Anksiyete bozukluğu olan erkek çocukların resim tamamlama, küplerle desen, şifre alt test ortalamaları ile performans ve genel zeka puan ortalamalarının DEHB olan erkek çocuklarının puan ortalamalarından daha yüksektir. DEHB olan erkek çocuklarda ise resim düzenleme, parça birleştirme alt teslerinin ortalamaları ve sözel zeka puanı ortalamalarının anksiyete bozukluğu olan erkek çocuklarının puan ortalamalarına göre daha yüksektir.

Ancak WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu ve DEHB tanısı olan erkek çocuklarının arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 13).

Tablo 14
Anksiyete Bozukluğu, DEHB ve Kontrol Grubunun WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		P
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort	SS	
Resim Tam.	30	9.200	2.734	8.933	2.728	9.100	3.477	0.941
Resim Düzenleme	30	10.200	3.055	9.566	3.370	9.633	3.508	0.720
Küplerle Desen	30	9.466	3.048	9.733	2.598	10.300	3.174	0.538
Parça Birleştirme	30	9.966	3.079	8.833	2.350	10.833	3.141	0.030*
Şifre	30	10.266	3.161	10.966	2.906	12.333	2.844	0.027*
Sözel Zeka Puanı	30	90.333	11.603	92.366	14.242	100.266	11.714	0.007**
Performans Zeka Puanı	30	98.433	16.388	96.833	13.357	102.933	15.310	0.272
Genel Zeka Puanı	30	93.166	13.065	94.066	12.811	102.700	12.758	0.022*

Oneway ANOVA

* $p<0.05$

** $p<0.01$

WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grupları arasında parça birleştirme ile şifre alt testleri, genel zeka puan ortalamaları ($P<0.05$) ve sözel zeka puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo 14).

Tablo 15
Anksiyete Bozukluğu, DEHB ve Kontrol Grubunun, Kızlarda WISC-R
Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		P
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Resim Tam.	15	9.933	2.737	9.066	2.344	9.400	4.032	0.747
Resim Düz.	15	10.533	3.292	10.200	3.121	9.866	3.377	0.856
Küplerle Desen	15	10.000	3.116	9.733	2.711	9.666	3.244	0.951
Parça Bir.	15	9.800	3.051	9.133	2.325	11.133	3.852	0.218
Şifre	15	11.133	3.090	11.133	2.559	12.333	2.968	0.428
Sözel Zeka Puan	15	89.066	11.048	93.733	11.828	101.066	12.085	0.025*
Performans Zeka Puan	15	101.800	18.016	98.533	12.659	103.266	18.371	0.727
Genel Zeka Puan	15	94.933	13.915	95.733	11.429	102.200	14.492	0.274

Oneway ANOVA

*p<0.05

WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grubundaki kız çocukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır .

Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grubundaki kız çocukları arasında sözel zeka puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.05), (Tablo15).

Tablo 16
Anksiyete Bozukluğu, DEHB ve Kontrol Grubunun, Erkeklerde WISC-R
Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Anksiyete Boz.		Kontrol		P
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Resim Tam.	15	8.466	2.614	8.800	3.144	8.800	2.932	0.936
Resim Düz.	15	9.866	2.875	8.933	3.594	9.400	3.737	0.758
Küplerle Desen	15	8.933	2.987	9.733	2.576	10.933	3.081	0.175
Parça Bir.	15	10.133	3.204	8.533	2.416	10.533	2.325	0.109
Şifre	15	9.400	3.089	10.800	3.299	12.333	2.820	0.042*
Sözel Zeka Puanı	15	91.600	12.385	91.000	16.621	99.466	11.697	0.182
Performans Z. P.	15	95.066	14.404	95.133	14.252	102.600	12.158	0.232
Genel Zeka Puan	15	91.400	12.379	92.400	14.261	101.200	11.251	0.078

Oneway ANOVA

*p<0.05

Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol gruplarındaki erkek çocuklar arasında WISC-R performans testlerinden şifre alt testinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.05), (Tablo 16).

WISC-R sözel, performans ve genel zeka puan ortalamalarının, anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grubu erkek çocukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17
Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Gruplarında WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	Anksiyete Boz.		Kontrol		T	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	30	8.933	2.728	9.100	3.477	-0.207	0.837
Resim Düzenleme	30	9.566	3.370	9.633	3.508	-0.075	0.940
Küplerle Desen	30	9.733	2.598	10.300	3.174	-0.756	0.452
Parça Birleştirme	30	8.833	2.350	10.833	3.141	-2.792	0.007**
Şifre	30	10.966	2.906	12.333	2.844	-1.841	0.071
Sözel Zeka Puanı	30	92.366	14.242	100.266	11.714	-2.346	0.022*
Performans Zeka Puanı	30	96.833	13.357	102.933	15.310	-1.644	0.106
Genel Zeka Puanı	30	94.066	12.811	101.700	12.758	-2.312	0.024*

Student T-test

* $p<0.05$

** $p<0.01$

Anksiyete bozukluğu ve kontrol grubundaki çocukların WISC-R performans alt testlerinden parça birleştirme testi ortalamaları ($P<0.01$) ile sözel ve genel zeka puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo17).

Kontrol grubunda WISC-R performans alt testleri ortalamaları ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu grubunun puan ortalamasına göre daha yüksektir.

Tablo 18
DEHB ve Kontrol Gruplarında WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Kontrol		T	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	30	9.200	2.734	9.100	3.477	0.124	0.902
Resim Düzenleme	30	10.200	3.055	9.633	3.508	0.667	0.507
Küplerle Desen	30	9.466	3.048	10.300	3.174	-1.037	0.304
Parça Birleştirme	30	9.966	3.079	10.833	3.141	-1.079	0.285
Şifre	30	10.266	3.161	12.333	2.844	-2.662	0.010**
Sözel Zeka Puanı	30	90.333	11.603	100.266	11.714	-3.300	0.002**
Performans Zeka Puanı	30	98.433	16.388	102.933	15.310	-1.099	0.276
Genel Zeka Puanı	30	93.166	13.065	101.700	12.758	-2.559	0.013*

Student T-test * $p<0.05$ ** $p<0.01$

DEHB olan çocukların WISC-R'ın resim tamamlama, resim düzenleme performans alt testlerinden kontrol grubuna göre daha yüksek puan ortamlarına sahip olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan çocuklar ise WISC-R'ın küplerle desen, parça birleştirme, şifre performans alt testleri ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamalarının DEHB olan çocukların ortalamalarından daha yüksektir.

Ayrıca, DEHB ve kontrol grubundaki çocukların WISC-R performans alt testlerinden şifre testi, sözel zeka puan ortalamaları ($p<0.01$) ve genel zeka puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 18).

Tablo 19
Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Gruplarında, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	Anksiyete Boz.		Kontrol		T*	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	15	9.066	2.344	9.400	4.032	-0.277	0.784
Resim Düzenleme	15	10.200	3.121	9.866	3.377	0.281	0.781
Küplerle Desen	15	9.733	2.711	9.666	3.244	0.061	0.952
Parça Birleştirme	15	9.133	2.328	11.133	3.852	-1.721	0.096
Şifre	15	11.133	2.559	12.333	2.968	-1.186	0.246
Sözel Zeka Puanı	15	93.733	11.828	101.066	12.085	-1.679	0.104
Performans Zeka Puanı	15	98.533	12.659	103.266	18.371	-0.822	0.419
Genel Zeka Puanı	15	95.733	11.429	102.200	14.492	-1.357	0.186

*Student T-test

Anksiyete bozukluğu olan kız çocuklarının WISC-R performans alt testlerinden resim düzenleme, küplerle desen testlerinden kontrol grubu kız çocuklarına göre daha yüksek puan ortamlarına sahip olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kız çocukları ise WISC-R'ın resim tamamlama, parça birleştirme, şifre performans alt testleri ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu olan kız çocuklarının ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Anksiyete bozukluğu ve kontrol grubundaki kız çocuklarının WISC-R performans alt testleri puan ortalamaları ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$), (Tablo 19).

Tablo 20
DEHB ve Kontrol Gruplarında, Kızlarda WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Kontrol		T	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	15	9.933	2.737	9.400	4.032	0.424	0.675
Resim Düzenleme	15	10.533	3.292	9.866	3.377	0.547	0.588
Küplerle Desen	15	10.000	3.116	9.666	3.244	0.287	0.776
Parça Birleştirme	15	9.800	3.051	11.133	3.852	-1.051	0.302
Şifre	15	11.133	3.090	12.333	2.968	-1.085	0.287
Sözel Zeka Puanı	15	89.066	11.048	101.066	12.085	-2.838	0.008**
Performans Zeka Puanı	15	101.800	18.016	103.266	18.371	-0.223	0.827
Genel Zeka Puanı	15	94.933	13.915	102.200	14.492	-1.401	0.172

Student T-test

** $p<0.01$

DEHB olan kız çocukların WISC-R performans alt testlerinden resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen testlerinden kontrol grubu kız çocuklarına göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki kız çocukları ise WISC-R'nin parça birleştirme, şifre performans alt testleri ile performans ve genel zeka puan ortalamalarının DEHB olan kız çocukların ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Kontrol ve DEHB grubundaki kız çocuklarının WISC-R performans alt testleri puan ortalamaları ile performans ve genel zeka puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

DEHB ve kontrol grubundaki kız çocukların da WISC-R sözel zeka puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$), (Tablo20).

Tablo 21
Anksiyete Bozukluğu ve Kontrol Gruplarında, Erkeklerde WISC-R Performans
Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	Anksiyete Boz.		Kontrol		T	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	15	8.800	3.144	8.800	2.932	0.000	1.000
Resim Düzenleme	15	8.933	3.594	9.400	3.373	-0.349	0.730
Küplerle Desen	15	9.733	2.576	10.933	3.081	-1.157	0.257
Parça Birleştirme	15	8.533	2.416	10.533	2.325	-2.310	0.028*
Şifre	15	10.800	3.299	12.333	2.820	-1.368	0.182
Sözel Zeka Puanı	15	91.000	16.621	99.466	11.697	-1.613	0.118
Performans Zeka Puanı	15	95.133	14.252	102.600	12.158	-1.544	0.134
Genel Zeka Puanı	15	92.400	14.261	101.200	11.251	-1.876	0.071

Student T-test

*p<0.05

Anksiyete bozukluğu ve kontrol grubu erkek çocuklarının WISC-R performans alt testlerinden resim tamamlama testinde aynı puan ortamlarına sahip olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki erkek çocukların ise WISC-R'in resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, şifre performans alt testleri ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamalarının anksiyete bozukluğu olan erkek çocuklarının puan ortalamalarından daha yüksektir.

Anksiyete bozukluğu ve kontrol grubundaki erkek çocukların WISC-R performans alt testlerinden resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, şifre testleri puan ortalamaları ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Anksiyete bozukluğu ve kontrol grubundaki erkek çocukların WISC-R performans alt testlerinden parça birleştirme testinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 21).

Tablo 22
DEHB ve Kontrol Gruplarında, Erkeklerde WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Karşılaştırılması

WISC-R	N	DEHB		Kontrol		T	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
Resim Tamamlama	15	8.466	2.614	8.800	2.932	-0.329	0.745
Resim Düzenleme	15	9.866	2.875	9.400	3.737	0.838	0.704
Küplerle Desen	15	8.933	2.987	10.933	3.081	-1.805	0.082
Parça Birleştirme	15	10.133	3.204	10.533	2.325	-0.391	0.699
Şifre	15	9.400	3.089	12.333	2.820	-2.716	0.011*
Sözel Zeka Puanı	15	91.600	12.385	99.466	11.697	-1.788	0.085
Performans Zeka Puanı	15	95.066	14.404	102.600	12.158	-1.548	0.133
Genel Zeka Puanı	15	91.400	12.379	101.200	11.251	-2.269	0.031*

Student T-test

*p<0.05

DEHB tanısı alan erkek çocukların WISC-R performans alt testlerinden resim düzenleme testindeki puan ortalamalarının, kontrol grubu erkek çocuklarının puan ortalamasından yüksek olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki erkek çocuklarda ise WISC-R'nin resim tamamlama, küplerle desen, parça birleştirme, şifre performans alt testleri ile sözel, performans ve genel zeka puan ortalamalarının DEHB olan erkek çocuklarının puan ortalamalarından yüksektir.

DEHB ve kontrol grubundaki erkek çocukların WISC-R performans testlerinden resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen alt testleri puan ortalamaları ile sözel ve performans zeka puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p>0.05).

WISC-R performans testlerinden DEHB ve kontrol grubundaki erkek çocukların şifre alt testi ile genel zeka puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.05), (Tablo 22).

Tablo 23
Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Korelasyonu

WISC-R	N	Resim Tam.	Resim Düz.	Küpler Des.	Parça Bir.	Şifre	SZP	PZP	TZP
Res. Tam.	30	1							
Resim Düz	30	0.484**	1						
Küp. Des.	30	0.571**	0.325	1					
Parça Birl	30	0.713**	0.469**	0.704**	1				
Şifre	30	-0.105	0.058	-0.070	0.029	1			
S.Z.P.	30	0.036*	0.424*	0.510**	0.460*	-0.294	1		
P.Z.P.	30	0.777**	0.724**	0.719**	0.843**	0.299	0.425*	1	
G.Z.P.	30	0.667**	0.668**	0.720**	0.762**	-0.029	0.863**	0.822**	1

Pearson Korelasyon Testi

*p< 0.05

**p< 0.01

Anksiyete bozukluğu tanısı olan çocukların WISC-R performans alt testleri puanları ve zeka puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon görülmektedir ($p<0.05$), (Tablo 23).

Tablo 24
DEHB Tanısı Alan Çocukların WISC-R Performans Alt Test Puanlarının Korelasyonu

WISC-R	N	Resim Tam.	Resim Düz.	Küpler Des.	Parça Bir.	Şifre	SZP	PZP	TZP
Res. Tam.	30	1							
Resim Düz	30	0.478**	1						
Küp. Des.	30	0.597**	0.471**	1					
Parça Bir.	30	0.345	0.514**	0.733**	1				
Şifre	30	0.365*	0.419*	0.237	0.323	1			
S.Z.P.	30	0.239	0.457*	0.338	0.464**	0.563**	1		
P.Z.P.	30	0.735**	0.772**	0.806**	0.785**	0.637**	0.554**	1	
G.Z.P.	30	0.627**	0.656**	0.710**	0.717**	0.625**	0.792**	0.891**	1

Pearson Korelasyon Testi

*p< 0.05

**p< 0.01

WISC-R performans alt testleri puanları ve zeka puanları arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde DEHB olan çocuklarda, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$), (Tablo 24).

V. BÖLÜM

5.1. TARTIŞMA

Bu araştırmada, aşırı anksiyetenin dikkati etkilediği düşünülerek, anksiyete bozukluğu ve DEHB olan 6 ile 11 yaşları arasında başka ruhsal bozukluğu olmayan ve normal zekaya sahip çocukların, WISC-R performans alt testlerinden aldıkları puanların karşılaştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular bu bölümde yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Psikolojide ölçek kullanımı temelde betimleyici belirtilerin sayısal veriye dönüştürülmesi yoluyla daha objektif ve standart değerlendirmeler yapılmasını sağlamaya yöneliktir.

Pek çok ruhsal bozukluğun ve DEHB'nun değerlendirilmesinde geniş bir bilişsel faaliyetler (düşünme, algılama, bellek, öğrenme ve problem çözme) alanını içermesi nedeniyle, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu'nun (Wechsler Intelligence Scale for Children Revised: WISC-R) kullanılması uygun görülmektedir.

Bu araştırmada deneklere uygulanan WISC-R'dan anksiyete bozukluğu grubunda sözel zeka puan ortalaması 92.33, performans zeka puan ortalaması 96.83, genel zeka puan ortalaması 94.06 iken, DEHB grubunda ise, sözel zeka puan ortalaması 90.33, performans zeka puan ortalaması 98.43, genel zeka puan ortalaması 93.16 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre anksiyete bozukluğu ve DEHB olan çocukların WISC-R zeka puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 9).

WISC-R, DEHB olan çocukların gerek zeka düzeylerini gerekse bilişsel alanda yaşadıkları güçlükleri belirlemede sıklıkla kullanılan bir ölçektir. WISC-R'ın kullanıldığı çalışmaların pek çoğunda DEHB olan çocukların performans puanlarının

sözel zeka puanlarından daha düşük olduğu bulunmuş ve bu durum DEHB tanısını destekleyen, önemli bir ölçüt olarak kabul edilmiştir (Bhatia ve ark., 1991).

Yapılan bu araştırmada da literatüre uygun olarak DEHB grubunun sözel zeka puan ortalaması, performans zeka puan ortalamasına göre daha düşüktür. Anksiyete bozukluğu olan çocukların zeka puan ortalamaları DEHB grubuna benzer niteliktedir.

WISC-R performans alt testlerinden alınan puan ortalamalarına bakıldığında ise Anksiyete bozukluğu grubunda resim tamamlama 8.93, resim düzenleme 9.56, küplerle desen 9.73, parça birleştirme 8.83, şifre 12.90'dır. DEHB grubunda ise resim tamamlama 9.20, resim düzenleme 10.20, küplerle desen 9.46, parça birleştirme 9.96 ve şifre alt testinde ise 10.26 dır. Anksiyete bozukluğu ve DEHB gruplarında performans alt testlerinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmalarında p değerlerine bakıldığında ise; resim tamamlama 0.70, resim düzenleme 0.44, küplerle desen 0.71, parça birleştirme 0.11 ve şifre alt testinde ise 0.37 düzeyine ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak anksiyete bozukluğu ve DEHB gruplarının WISC-R performans alt testleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 10).

Yapılan araştırmada, kontrol grubunda WISC-R performans alt test ortalamaları ise resim tamamlama 9.10, resim düzenleme 9.63, küplerle desen 10.30, parça birleştirme 10.83, şifre ise 12.33'dür. Bu sonuçlar DEHB ve anksiyete bozukluğu ile karşılaştırıldığında küplerle desen, parça birleştirme ve şifre alt testleri ortalamalarının kontrol grubunda belirgin olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol gruplarının WISC-R performans alt test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında p değerleri resim tamamlama 0.94, resim düzenleme 0.72, küplerle desen 0.53, parça birleştirme 0.03 ve şifre 0.02 düzeyinde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 14).

Yapılan bir çok çalışmada DEHB tanısı alan çocuklarda görsel uzaysal algılama bozukluğuna sıklıkla rastlanıldığı belirtilmiştir. DEHB'li çocukların WISC-R'ın görsel algılama ve öğrenme becerilerini ölçen şifre ve küplerle desen performans alt testlerinden düşük puanlar aldıkları görülmektedir (Rucklidge, Tannoc, 2001).

Bu araştırmada ise anksiyete bozukluğu olan çocuklarla, DEHB olan çocukların WISC-R performans alt testleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmasında kontrol grubuyla yapılan üçlü karşılaştırmada literatüre uygun olarak şifre alt testinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır.

Araştırmada cinsiyetler arası WISC-R performans alt testleri puanlarına bakıldığında kızlarda ve erkeklerde anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Tanılarına göre cinsiyetler arasındaki farka bakıldığında ise p değerleri anksiyete bozukluğu ve DEHB olan kız çocuklarının resim tamamlama 0.36, resim düzenleme 0.77, küplerle desen 0.80, parça birleştirme 0.50 ve şifre alt testlerinde 1.00 düzeyinde bir ilişki bulunup anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 12). Erkek çocuklar arasında p değeri ise resim tamamlama 0.75, resim düzenleme 0.43, küplerle desen 0.43, parça birleştirme 0.13, şifre alt testinde ise 0.24'dür. Erkek çocuklar arasındada anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (Tablo 13).

Sağlıklı kontrol grubuyla anksiyete bozukluğu grubundaki kız çocukların WISC-R performans alt testleri arasında p değerleri ise resim tamamlamada 0.78, resim düzenlemede 0.78, küplerle desende 0.95, parça birleştirmede 0.09, şifre alt testinde ise 0.24'dür (Tablo 19). DEHB grubu kız çocuklarında da p değerleri resim tamamlamada 0.67, resim düzenlemede 0.58, küplerle desende 0.77, parça birleştirmede 0.30, şifre alt testinde ise 0.28 düzeyinde ilişki vardır ve anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (Tablo 20).

Erkek çocuklarında WISC-R performans alt testleri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise kontrol grubuyla anksiyete bozukluğu arasında p değerleri resim tamamlamada 1.00, resim düzenlemede 0.73, küplerle desende 0.25, şifre alt testinde 0.18'dir, parça birleştirme alt testinde ise 0.02 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 21). DEHB grubunda da p değeri ise resim tamamlamada 0.74, resim düzenlemede 0.70, küplerle desende 0.08, parça birleştirmede 0.69'dur ve anlamlı bir ilişki yoktur. Şifre alt testinde ise 0.01 düzeyinde ilişki vardır ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 22).

DEHB'da klinik çalışmalar erkeklerde bu bozukluğun daha sık olduğunu göstermektedir. Erkeklerde sıklığı kızlardan daha fazla olup, klinik örneklerde kız/erkek

oranı 1/9 iken hastalık dağılımının araştırıldığı örneklerde bu oran 1/4 olarak saptanmıştır. Erkek çocukların daha fazla etkilenmesinde pek çok neden öne sürülmüştür. Kızlarda dikkatsizlik ve bilişsel sorunların önde geldiği, ataklık ve saldırgan davranış sorunlarının daha az olması nedeniyle tedaviye başvuruların daha düşük olabileceği düşünülmüştür (Weiss, Weiss, 2003).

Elde edilen bulgularla bu araştırmada da, erkek çocuklarda, DEHB grubunda şifre alt testinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunması yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu göstermektedir. Anksiyete bozukluğu ve DEHB olan erkek çocukların WISC-R performans alt testlerinin karşılaştırılmasında ise anlamlı bir farklılığın olmaması benzer özellikler gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır.

Beck ve Emery'in yaptığı bir çalışmada ise anksiyete bozukluğu olan hastaların %86'sının dikkatini yoğunlaştırmada güçlük yaşadığını belirtmişlerdir (Beck, Emery, 1985).

Böylece anksiyete bozukluğu olan çocuklara uygulanan WISC-R ölçeğinin, DEHB olan çocuklarınkine benzer sonuçlar verebileceği dikkate alınmalıdır.

Son olarak, bu çalışmada, WISC-R performans alt testlerinin tanılarına göre kendi aralarındaki korelasyonları ise hem anksiyete grubunda hem de DEHB yüksek oranda ilişkili çıkmıştır ($p < 0.01$). İki tanı grubuna da ait korelasyon analizlerinin benzer özellikler gösterdiği bulunmuştur.

5.2. SONUÇ

Bu araştırma da amaç; Anksiyete bozukluğu tanısı olan 6-11 yaşları arasındaki çocukların, WISC-R performans alt testlerinden aldıkları puanların, aşırı anksiyete bağlı oluşan dikkat dağınıklığı yönünden, DEHB tanısı olan çocuklarla benzer özellikler gösterdiğini ortaya çıkarmaktır.

Araştırma da şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Anksiyete bozukluğu olan çocukların, WISC-R performans alt testlerinden resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifre alt testlerinden aldıkları puanlarla, DEHB olan çocukların, aldığı puanlar arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç, araştırmanın giriş bölümünde ifade edilen hipotezler kısmının ilk maddesi ile uyumludur.

2. Anksiyete bozukluğu olan çocukların, WISC-R sözel, performans ve genel zeka puanlarının, DEHB olan çocukların, aldığı puanlar arasında fark bulunmamıştır.

3. Anksiyete bozukluğu olan kız çocukların, WISC-R performans alt testlerinden aldıkları puanların, DEHB olan kız çocuklarının, aldığı puanlar arasında fark bulunmamıştır. Elde edilen bu sonuçla, ikinci madde belirtilen hipotez ile uyumlu bulunmuştur.

4. Anksiyete bozukluğu olan erkek çocukların, WISC-R performans alt testlerinden aldıkları puanların, DEHB olan erkek çocuklarının, aldığı puanlar arasında fark bulunmamıştır. Sonuç olarak, üçüncü maddede belirtilen hipotez ile uyumludur.

5. Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grubundaki çocukların WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen alt testlerinde farklılık yokken, parça birleştirme ve şifre alt testlerinde DEHB ve anksiyete bozukluğu gruplarının düşük puan almasından dolayı farklılık saptanmıştır.

6. Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grubundaki kız çocuklarının WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında aldıkları puanlar arasında farklılık bulunmamıştır.

7. Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grubundaki erkek çocukların WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında şifre alt testinden aldıkları puanlar arasında farklılık saptanmıştır. DEHB olan çocuklar bu alt testten en düşük puanı almıştır.

8. Anksiyete bozukluğu olan çocuklarla kontrol grubundaki çocukların WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında parça birleştirme alt testlerinden aldıkları puanlar arasında farklılık saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu olan çocuklar düşük puan almıştır.

9. DEHB olan çocuklarla kontrol grubundaki çocukların, WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında şifre alt testinden aldıkları puanlar arasında farklılık bulunmuştur. DEHB olan çocuklar daha düşük puan almıştır.

10. Kız çocuklarında anksiyete bozukluğu ile kontrol grubunun WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında aldıkları puanlar arasında farklılık bulunmamıştır.

11. Kız çocuklarında DEHB ile kontrol grubunun WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında aldıkları puanlar arasında farklılık bulunmamıştır.

12. Anksiyete bozukluğu olan erkek çocuklarla kontrol grubundaki erkek çocukların WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında parça birleştirme alt testinden aldıkları puanlar arasında farklılık saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu olan çocuklar daha düşük puan almıştır.

13. DEHB olan erkek çocuklarla kontrol grubundaki erkek çocukların WISC-R performans alt testleri karşılaştırıldığında şifre alt testinden aldıkları puanlar arasında farklılık saptanmıştır. DEHB grubundaki çocuklar daha düşük puan almıştır.

14. Anksiyete bozukluğu olan çocukların, WISC-R performans alt testlerinin birbiriyle korelasyonu ile DEHB olan çocukların, WISC-R performans alt testlerinin birbiriyle korelasyonu arasında farklılık bulunmamıştır. Bu sonuçla, hipotezlerle birlikte ele alınan son madde ile uyumlu olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu çalışma göstermiştir ki, anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların, yaşadıkları yoğun anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkan dikkat dağınıklığı şikayetlerinin, uygulanan WISC-R ölçeğinin, performans alt testleri olan resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme ve şifre de DEHB olan çocuklarınkine benzer özelliklere sahip olduğudur.

Literatür taraması göstermiştir ki; DEHB tanısının konulmasında WISC-R önemli bir yere sahiptir. Ancak, testi uygulayanın ve yorumlayanın çocuk ruh sağlığı alanında yeterli bir eğitime dayalı bilginin ve deneyiminin olmaması WISC-R dan elde edilecek puanların yanlış anlaşılmasına neden olmaktadır.

Böylece anksiyete bozukluğu olan çocuklarda aşırı anksiyeteye bağlı oluşabilecek yoğun dikkat dağınıklığı bozukluğunun WISC-R performans alt testlerinde yanlış yorumlanması ve çocuğa yanlış tanının konmasına sebep olmaktadır.

Bu çalışma ile hem çocuklarda görülen yoğun anksiyetenin, dikkat dağınıklığına neden olabileceği hem de bir tek WISC-R performans alt ölçekleri kullanılarak dikkat dağınıklığı, hiperaktivite bozukluğu tanısının konulmasının yetersiz olabileceği ortaya çıkarılmıştır.

Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu'nun performans alt testlerinin dikkat dağınıklığı düzeyini saptamakta yeterli olmaması, sözel alt testlerinin araştırmaya dahil edilmemesi ve dikkat dağınıklığı düzeyini ölçen başka bir ölçeğin kullanılmaması bu çalışmanın kısıtlılığı sayılabilir.

DEHB ve anksiyete bozukluğunun alt tiplerinin tek tek ele alınmaması ve denek sayısının az olması da bir diğer kısıtlılık alanı olarak belirtilebilir.

5.3. ÖNERİLER

Ülkemizde çocukluk döneminde görülen ve okul başarısını olumsuz yönde etkileyen dikkat dağınıklığı düzeyinin değerlendirilmesinde özel bir test bulunmamaktadır.

Çocuk Ruh Sağlığı Kliniklerinde ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Rehberlik Araştırma Merkezlerinde (RAM), zeka düzeyini ölçmek amacıyla sıklıkla kullanılan WISC-R'in, çocuklarda uygulanması ve performans alt testlerine bakılarak dikkat dağınıklığı düzeyinde yorum yapıp, tanı konulmasında yeterli olmamaktadır.

Ayrıca; bu çalışma ile aşırı anksiyetenin çocukların dikkat alanlarını olumsuz yönde etkilediği gözlenmiştir. Çocuk Ruh Sağlığı kliniklerinde ve Rehberlik Araştırma Merkezlerinde, DEHB tanısının konulmasında çok yardımcı olan WISC-R testinin performans alt testlerine bakılarak, anksiyete bozukluğu olabilecek çocukların sıklıkla, DEHB tanısı konularak yanlış yönde değerlendirilebilecekleri düşünülmektedir. Bu farklılıklar ayırt edici tanıya destek olabilir, dolayısıyla tedaviye yön verebilir.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak, dikkat dağınıklığı düzeyinin değerlendirilmesine yönelik daha çok ölçeklerin kullanılması ve anksiyete bozukluğu gibi dikkat dağınıklığına sebep olacak ruhsal bozuklukların daha detaylı incelenmesi önerilmektedir.

Son olarak, Çocuk Ruh Sağlığı Kliniklerine dikkat dağınıklığı şikayetleri ile başvuran çocukların anksiyete bozukluğu yönünde de daha ayrıntılı değerlendirilmesi ve anksiyete bozukluklarının daha çok araştırılması önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırma; yoğun anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıkan dikkat dağınıklığını WISC-R performans alt testlerinden alınan puanlarla ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma örneklemini, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı Polikliniğine Temmuz-2005 ve Şubat 2006 tarihleri arasında başvuran DEHB ve Anksiyete Bozukluğu tanısını ilk defa alan 6-11 yaşları arasında zihinsel özrü olmayan ve Çocuk Hastalıkları muayenesi normal olan 60 (30 kız, 30 erkek) çocuk oluşturmuştur. Araştırmaya alınan deneklere uygulanan WISC-R testinde genel zeka ortalamaları 90-100 (normal zeka) puanları arasındadır. Çocuklara uygulama öncesi ilaç tedavisi uygulanmamıştır.

Araştırmada deneklere Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children Revised: WISC-R) bireysel olarak uygulanmış ve her uygulama yaklaşık olarak 1 saat 15 dakika sürmüştür.

Uygulanan WISC-R'in performans alt test ortalamaları istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Tamamlayıcı istatistiksel yöntemlerinin (ortalama, standart sapma) yanı sıra, niceliksel verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında Student T-test yöntemi, üçlü verilerin karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi ANOVA kullanılmıştır. Niteliksel değişkenler ise Ki kare testi ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar tablolar halinde gösterilmiştir.

Anksiyete bozukluğu ve DEHB olan çocukların WISC-R performans alt testlerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık çıkmamıştır.

Anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grupları arasında parça birleştirme, şifre alt test ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Anksiyete bozukluğu ve kontrol grubundaki ocukların WISC-R performans alt testlerinden parça birleştirme testi ortalamaları ile DEHB ve kontrol grubundaki çocukların şifre testi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Erkek çocuklarından ise anksiyete bozukluğu, DEHB ve kontrol grupları arasında şifre performans alt testinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

Sonuç olarak bu çalışma ile , anksiyete bozukluğu belirtileri ile ocuk Ruh Sağlığı Kliniklerine başvururan çocukların değerlendirilmesi aşamasında kullanılan WISC-R'in performans alt testlerinin, DEHB bozukluğu olan çocuklarınkine benzer özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bulgular tartışılmış ve bu doğrultuda anksiyete bozukluğunun tamsal değerlendirilmesinde dikkat dağınlığı belirtilerinde ele alınılması önerilmektedir.

ABSTRACT

This survey aims to expose the attention disorder due to intensive anxiety with the scales from Wechsler Intelligence Scale for Children Revised: WISC-R performance sub-tests.

The samples of this survey consist of 60 children (30 male- 30 female) of 6 to 11 years, who were defined to have Attention Deficit, Hiperactivity Disorder (ADHD) and Anxiety Disorder for the first visit to an outpatient treatment centre between July 2005 and February 2006 at Child Mental Health and Disease of Department of Medicine Faculty in Kocaeli University and who were examined at Child Disease Department and were not mentally defect.

The medium average intelligence qualities of those were taken in this survey are between 90-100 score and not given medical treatment.

In this survey, WISC-R tests items application individually and each test took almost one hour and 15 minutes.

The WISC-R performance sub-test medium average are analysed statistically of the complementary statistic methods (mean, standart deviation), Student- T Test method was used for comporison of double groups quantity data and ANOVA; the one-way variance analysis method, was used to compare the tribble data. The qualitative variables were compored by Chi-Square test. The results were shown as tables.

When the scores of WISC-R performance sub-tests of children with anxiety disorder and ADHD were compared, there wasn't a meaningful difference statistically.

There was a meaningful difference between anxiety disorder, ADHD and the control groups on object assembly and coding sub tests medium average.

There is a meaningful difference between ADHD and control groups coding sub test with anxiety and control groups at WISC-R performance sub tests medium average.

On male children, there is a meaningful difference on coding sub test between control group, anxiety disorder and ADHD.

As a result, this survey show that the WISC-R performance sub tests used on the stage of evaluating the children who come to Children Mental Health Department with symptom of anxiety disorders had similar characteristics with the children suffering from ADHD. The findings were discussed and on this direction, it is recommended that symptoms of attention disorders should be recognised for the diagnostic evaluation of anxiety disorder.

EKLER

EK : 1. DSM-IV'e göre Tanı Ölçütleri

- 1.1. Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu
- 1.2. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
- 1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- 1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- 1.5. Seçici Konuşmamazlık
- 1.6. Fobi
- 1.7. Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- 1.8. Panik Atak Bozukluğu
- 1.9. Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
- 1.10. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu
- 1.11. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

EK: 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

EK: 3. Aile Onay Formu

EK 1.1. 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) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.

(c) Çoğu zaman doğrudan kendisine konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür.

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

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

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

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

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.

(i) Çoğu zaman günlük etkinliklerde unutkan.

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 (Dürtüsellik)

(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 yada oyunlarına burnunu sokar).

B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından öncede vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır (okulda, 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 Bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

DEHB'in tipine göre kodlanması ise aşağıdaki gibidir.

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

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

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

Başka Türlü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu: Bu kategori Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-impulsivite semptomları olan bozukluklar içindir.

EK 1.2. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetesinin olması:

(1) Evden yada bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklediğinde yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı duyma.

(2) Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine yada onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma.

(3) Kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma (örn. kaybolacağı ya da kaçırılacağı).

(4) Ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula yada başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme.

(5) Tek başına kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme yada bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma.

(6) Bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme.

(7) Ayrılma konusunda sürekli kabus görme.

(8) Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklediğinde yineleyici bir biçimde fiziksel semptom yakınmaları getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı yada kusma gibi).

B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır.

C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur.

D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk sadece Yaygın Gelişimsel Bozukluğu, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve Agorafobi ile giden Panik Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Erken Başlangıçlı: Başlangıcı 6 aydan önce olursa.

EK 1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, bir çok olay ya da etkinlik hakkında (işte yada okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve üzüntü (endişe beklentiler) duyma.

(1) Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe.

(2) Kolay yorulma.

(3) Düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması.

(4) İrritabilite.

(5) Kas gerginliği.

(6) Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte zorluk çekme).

B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur.

C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur).

Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.

D. Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen I özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ya da üzüntü bir Panik Atağı olacağı, genel bir yerde utanç duyacağı, hastalık bulaşma, evden ya da akrabalarından uzak kalma, kilo alma, bir çok fizik yakınmanın olması ya da ciddi bir hastalığının olması ile ilgili değildir Anksiyete ve üzüntü sadece Posttravmatik Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Anksiyete, üzüntü ya da fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarda bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir

Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

EK 1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (yada anksiyete belirtileri gösterir). Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı yada durumsal olarak yatkınlık gösteren bir Panik Atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huzursuzluk gösterme, donakalma yada tanıdık olamayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışavurulabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bir özellik olmayabilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkuları toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini yada ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu).

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, örn. korku, Kekemelik.

EK 1.5. Seçici Konuşmamazlık

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın özgül birtakım toplumsal durumlarda sürekli bir konuşmamazlık gösterme (konuşma beklentisi olduğunda, örn. okulda).

B. Bu bozukluk eğitimle ilgili ya da mesleki başarıyı ya da toplumsal iletişimi bozar.

C. Bu bozukluğun süresi en az 1 aydır (okula başladıktan sonraki ilk ayla sınırlı değildir).

D. Konuşmama, söz konusu toplumsal durumda konuşulması beklenen dili bilmeme yada o dilde rahat konuşmamaya bağlı değildir.

E. Bu bozukluk bir iletişim Bozukluğuyla (örn. Kekeleme) daha iyi açıklanamaz ve sadece bir Yaygın Gelişim Bozukluk, Şizofreni yada diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

EK 1.6. Fobi

A. Özgül bir nesne yada durumun (örn. uçakla yolculuk etme, hayvanlar) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.

B. Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir Panik Atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.

D. Fobik durum(lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete yada sıkıntıya bun(lar)a katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, Panik Atakları ya da fobik kaçınma, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma), Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. okula gitmekten kaçınma), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (örn. utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma), Agorafobi ile birlikte Panik bozukluğu yada Panik Bozukluğu Öyküsü Olmaksızın Agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

EK 1.7. Obsesif – Kompulsif Bozukluk

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

(3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce yada eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma).

(2) Davranışlar yada zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (yada eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriğinin bununla sınırlı değildir (örn. Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

EK 1.8. Panik Atak Bozukluğu

Not: Panik Atağı kodlanabilir bir bozukluk değildir. Panik atağın ortaya çıktığı özgül tanıyı kodlayınız (örn. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu).

Aşağıdaki semptomlardan dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

- (1) Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması.
- (2) Terleme.
- (3) Titreme ya da sarsılma.
- (4) Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları.
- (5) Soluğun kesilmesi.
- (6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi.
- (7) Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma.
- (8) Bulantı ya da karın ağrısı.
- (9) Derealizasyon (gerçek-dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma).
- (10) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu.
- (11) Ölüm korkusu.
- (12) Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları).
- (13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları.

EK 1.9. Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır;

(1) Yineleyen beklenmedik Panik Atakları

(2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

(a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı.

(b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme) ilgili olarak üzüntü duyma.

(c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.

B. Agorafobinin olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Atakları, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (örn. korkulan toplumsal durumlarda karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

EK 1.10. Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır;

(1) Yineleyen beklenmedik Panik Atakları

(2) Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

(a) Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı.

(b) Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme) ilgili olarak üzüntü duyma.

(c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.

B. Agorafobinin olması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Atakları, Sosyal Anksiyete Bozukluğu (örn. korkulan toplumsal durumlarda karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

EK 1.11. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.

(1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize yada ajite davranışla tepkilerini dışavurabilirler.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

(1) Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler yada algılar vardır. Not: küçük çocuklar, travmanın kendisini yada değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.

(2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.

(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma yada hissetme (uyanmak üzereyken yada sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları ve dissosiatif “flashback” epizodlarını kapsar).

(4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç yada dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma.

(5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran yada andıran iç yada dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan).

(1) Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları.

(2) Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları.

(3) Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama.

(4) Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması.

(5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları.

(6) Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duygusunu yaşayamama).

(7) Bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama).

D. Aşağıdakilerden ikisinin (yada daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük.

(2) İrritabilite ya da öfke patlamaları.

(3) Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme.

(4) Hipervijilans.

(5) Aşırı irkilme tepkisi gösterme.

E. Bu bozukluk (B,C ve D Tanı Ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

EK 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

1.Çocuğun Adı Soyadı:

2.Doğum Tarihi:

3.Okulu / Sınıf:

4.Anne Adı Soyadı:

Mesleği:

Eğitim Düzeyi:

5.Baba Adı Soyadı:

Mesleği:

Eğitim Düzeyi:

6. Kardeş:

7.Aile Tipi: a) Geniş b) Çekirdek

8.Ailenin Ekonomik Düzeyi: a) Düşük
b) Orta
c) Yüksek

9.Aile Ruhsal Bozukluğu Olan: a) Var b) Yok Varsa.....

10.Çocuğun Geçirdiği Hastalık, Kaza, Ameliyat: a) Evet b) Hayır Varsa.....

11.Çocuğun Geçirdiği Ruhsal Bozukluk ya da Sorun: a) Var b) Yok
Varsa.....

12. Test sırasında çocuk ilaç kullanıyor mu? a) Evet b) Hayır

EK 3. Aile Onay Formu

ÇALIŞMANIN ADI: Altı ile Onbir Yaşları Arasında Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklarla, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların WISC-R Performans Testlerinin Karşılaştırılması

Çocuğuma Psikolog Aycan Sancak tarafından 6-11 yaş grubu çocuklarda dikkat dağınıklığını değerlendiren Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu'nun (WISC-R) uygulanacağı hakkında yeterli bilgi verildi.

Çalışma sonuçlarının bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli bilgi verildi. Bende tüm ayrıntıları anlamış bulunmaktayım. Yukarıda anlatılan çalışmayı kendi isteğimle kabul ederek bu belgeyi imzalıyorum.

Tarih:

Ad Soyad:

İmza:

Psikolog Aycan Sancak

Telefon: 3038902

KAYNAKÇA

- American Academy Child and Adolescent Psychiatry Work Group (1997). "Practice Parametors for the Assesment and Treatment of Children and Adolescent with Anxiety Disorders", *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10):69-84.
- Alkın, T. (1997). "Yaygın Anksiyete Bozukluğu", **Psikiyatri Temel Kitabı** [ed. Köroğlu E ve Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 517-526.
- American Psychiatry Association (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, [3rd ed.], Washington DC.
- Anastasia, A. (1988). **Psychological Testing**, [6. Baskı], New York: Macmillan Publishing Company.
- August, G.J.; Stewart, M.A. ve Holmes, C.S. (1983). "A Four-Year Follow Up of Hyperactive Boys With and Without Conduct Disorder", *Br. Journal Psychiatry*, 143:192-198.
- Aysev, A.S. (2001). "Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu", *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 3: 417-425.
- Barkley, R.A. (1995). **Taking Charge of ADHD**, The Guildford Press, New York .
- Barkley, R.A. (1997). **ADHD and The Nature of Self Control**, The Guildford Press, New York.
- Battal, S. ve Özmenler, N. (1997). "Posttravmatik Stres Bozukluğu", **Psikiyatri Temel Kitabı** [ed. Köroğlu E,; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 505-516.
- Beck, A.T. ve Emery, G. (1985). "Anxiety Disorders and Phobias as A Cognitive Perspective", **Basic Book**, New York.
- Beidel, D.C. ve Turner, S.M. (1984). "Anxiety Disorders", **Adult Psychopathology and Diagnosis**, [2. Baskı], [ed. Turner, S.M.], New York: Wiley Publications, 226-278.
- Bhatia, M.S.; Nigam, V.R. ve Bohra, N. (1991). "Attention Deficit with Hyperactivity Among Pediatric Outpatients", *Journal Child Psychol Psychiatry*, 33(2):297-306.

- Biederman, J. (1992). “ Comorbidity of diagnosis in Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, *Child and Adolescent Psychiatry Clinic N. Am*, 1(2):335-3359.
- Biederman, J.; Millberger, S. ve Faraone, S.V. (1995). “Family Environment Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Test of Rutter’s Indicators of Adversity”, *Arch Gen Psychiatry*, 52(6):464-470.
- Boon, F. (1994). “Selective Mutism Controversj”, *Journal Academy Child Psychiatry Am*, 33:283.
- Cantwell, D.P. (1996). “Attention Deficit Disorder: A Review of The Past 10 Years”, *Journal Academy Children and Adolsecant Psychiatry Am*, 35(8):978-987.
- Castellanos, FX. (1997). “Neuromimaging of Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, *Children and Adolsecant Psychiatry Clinic N Am*, 6(2)383-410.
- Castellanos, FX. ve Rapoport, J.L. (1992). “Etiology of Attention Deficit Hiperactivity Disorder”, *Children and Adolsecant Psychiatry Clinic N Am*, 1:373-384.
- Cohen, P.; Cohen, J. ve Kasen, S. (1993). “An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescent” *Journal Child Psychol Psychiatry*, 34:851-867.
- Cunningham, C.E. ve Barkey, R.A. (1979). “The Interactions of Normal anh Hyperactive Children and Their Mothers In Free Play and Structured Tasks”, *Child Dev*,50:217-224.
- Curry J.F. ve Murphy L.B. (1995). “Comorbidity of Anxiety Disorders”, **Anxiety Disorders in Children and Adolescent**, [ed. March J.S.], New York: Guilford Publications, 301-307.
- Demirok, D.; Ünal, F. ve Pehlivan Türk, B. (2001). “ Çocuk ve Ergenlerde Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(1):11-19.
- Diler, R.S.; Birmaher, B. ve Brent, D.A. (2004). “ Phenomenology of Panic Disorder”, *Behav Res Ther*, 34:363-374.
- Ercan, E.S. ve Aydın, C. (1999). **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu**, İzmir: Gendaş Yayınları.
- Erkman, H. (1997). “Özgül Fobi”, **Psikiyatri Temel Kitabı** [ed. Köroğlu E, ve Güleç, C.] Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 479-492.
- Erol, N. ve Öner, Ö. (1999). “Anksiyeteye Yeni Bakışlar”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(1):52-60.

- Eysenck, N.W. (1992). **Anxiety: The Cognitive Perspective**, Hove, İngiltere: Lowrence Erlbaum Associates LTD.
- Farone, S.V. (1994). "Genetics of Attention Deficit Hiperactivity Disorder", *Child Psychiatry Clin N Am*, 3:285-298.
- Frederick, W.N. ve Schafer, L.C. (1995). "Somatic Symtoms in Sexually Abused Children", *Journal of Pediatric Psychology*, 20(5):661-670.
- Garmezy, N. (1986). "Children Under Severe Stres; Critique and Commantary", *Journal and Academy Adolescent Psychiatry*, 25:384-391.
- Gold, C.A. ve Teicher, M.H. (1996). "Relationship between early abuse, PTSD and activity levels in prepubertal children", *J Am Acad Child Adolsec Psychiatry*, 35: 1384-1393.
- Gökler, I. (2005). "Çocuk ve Ergenlerde Panik Bozukluğu Tartışmasında Farklı Bir Boyut: Bilgi İşleme Yaklaşımı", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12(2):83-91.
- Hechtman, L. (1996). "Developmental, Neurobiological and Psychosocial Aspects of Hyperactivity, Impulsivity and Attention", **Child and Adolescent Psychiatry**, [ed. Kaplan,H.I. ve Sadock,B.J.], Philadelphia: Williams and Wilkins, 323-334.
- Helzer, J.E.; Robins, L.N. ve Mc Envoy, I. (1987). "Posttraumatic Stres Disorder in The General Population", *Journal Eng J Med*, 317:1630-1637.
- Jensen, P.S.; Martin, D. ve Cantwell, D.P. (1997). "Comorbidity in ADHD" *Adolescent Psychiatry*, 36:1065-1079.
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. ve Greb, J.A. (1994). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry**, Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins,
- Karacan, E.; Şenol, S. ve Şener Ş. (1999). "Çocukluk ve Ergenlik Çağında Sosyal Fobi", **Ben Hasta Değilim** [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 310-314.
- Karaceylan, F. (2004). "Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Kocaeli.
- Kayaalp, L. (2002). "Çocuk Psikiyatrisinde Sık Karşılaşılan Sorunlar", **Cerrahpaşa Psikiyatri**, [ed. Ertaç, İ.], İstanbul.
- Kiriş, N. (2002). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Zekanın Wechsler Zeka Testi ve Raven Standart Progresif Matrisler Testi ile Analizi", Hacettepe

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

Kotimaa, A.J. (2003). "Maternal Smoking and Hyperactivity in 8 Year-Old Children", *Journal of Cademy Child and Adolescent Psychiatry*, 42:826-834.

Köroğlu, E. (1996). "Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)", *Psycho Med*, 1(2)13-19.

Köroğlu, E. (1994). **Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı**, [DSM IV], [4. Baskı], Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Last, C.D. ve Strauss, C.C. (1990). "School Refused in Anxiety-Disordered Children and Adolescent", *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1):31-35.

Livingston, R. (1991). "Anxiety Disorders", **Child and Adolescent Psychiatry**, [ed. Lewis, M.], 673-685.

Marks, M. (1986). "Genetics of Fear and Anxiety Disorders", *British Journal of Psychiatry*, 149:406-418.

Mc Cracken, J.T. (2000). "Attention- Deficit Disorders", **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, [7.edition], [ed. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.], Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, 2679-2688.

Miral, S. ve Baykara, A. (1997). "Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları" **Psikiyatri Temel Kitabı** [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 449-460.

Montiel-Nova C. (2003). "Epidemiological Data About Attention Deficit Hyperactivity Disorder In A Sample of Morabina Children", *Rev Neurol*, 37(9):815-823.

Morgan, M.A. (1998). "Attention Deficit Hypeactivity Disorder", **Pediatric Clinics of North America**, USA: Saunders Company.

Motavallı, N.M. (2000). "Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları", **Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi** [ed. Polvan, Ö.], İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitabı: Nobel Tıp Kitapevleri, 120-143.

Muris, P.; Merckebach, H. ve Prins, E. (2000). "How Serious are Common Childhood fears?", *Behavior Research Therapy*, 38(3):217-228.

Murphy, K.R. ve Davidshoffer, C.O. (1994). **Test and Measurements**, John Wiley and Sons, New York.

- Nie, N.H.; Hull, C.H. ve Jenkins, J.G. (1975). **SPSS: Statistical Package For Social Science**, New York, Mc Grow Hill Inc.
- Oğuz, F. ve Kılıç, E.Z. (1999). “Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6(3):1999.
- Ollendick, T.H.; Matson, J.L. ve Helsen W.J. (1985). “Fears in Children and Adolescents; Normative Data”, *Behavior Resarch Therapy*, 23(4):465-467.
- Ollendick, T.H.; Mattis, S.G. ve King, N.J. (1994). “Panic in Children and Adolescents: A Review”, *Journal of the Psychology and Psychiatry*, 35(1):113-134.
- Öç, Ö.Y. (2004). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda SPECT ve EEG Bulguları”, Kocaeli Üniversitesi , Tıp Fakültesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Kocaeli.
- Öztürk, M. (1997). “Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozukluk”, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, [7. Basım], [ed. Öztürk, O.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 421-451.
- Öztürk, O.(1997). “ Nevrotik Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar-I “, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, [7. Basım], [ed. Öztürk, O.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 261-289.
- Palmer, J.O. (1983). **The Psychological Assesment of Children**, New York: John Wiley and Sons,
- Rappoport, J.L. (1989). **Obsessive-Compulsive Disorder in Children & Adolescents**, [1. Edition], USA: American Pres, Inc.
- Rosen, J.B. ve Schulkin, J. (1998). “From Normal Fear to Pathological Anxiety”, *Psychological Review*, 105(2):325-350.
- Rosenboun, J.F.; Biderman, J. ve ark. (1994). “The Etiology of Social Phobia”, *Journal Clinic Psychiatry*, (suppl 55):10-16.
- Rucklidge, L.J. ve Tannoc, R. (2001). “Psychiatric, Psychosocial and Cognitive Functioning of Famele Adolescent With ADHD”, *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5):530-540.
- Safer, D.J. (1988). “A Survey of Medication Treatment for Hyperactivite / Inattentive Students”, *JAMA*, 260:2256-2263
- Savaşır, I. (1995). **Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Uygulama Kitapçığı**, [çev. Savaşır, I.;Şahin, N.], Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

- Schniering, C.A.; Hudson, J.L. ve Rapee, R.M. (2000). "Issues in The Diagnosis and Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents", *Clinical Psychology Review*, 20(4):453-478.
- Semerci, B. (1999). "Çocuk ve Adolesanda Panik Bozukluğu", **Ben Hasta Değilim** [ed. Ekşi, A.], Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 314-320.
- Söhmen, T. (2001). "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Genel Olarak Komorbiditenin Gözden Geçirilmesi", **Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü** [ed. Aysev, A.], Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 71-83.
- Stein, M.B; Walker, J.R. ve Forde, D.R. (1994). "Setting Diagnostic Thresholds For Social Phobia: Considerations From A Community Survey of Social Anxiety", *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 151(3):408-412.
- Sürmeli, A. (1997). "Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış" **Psikiyatri Temel Kitabı** [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 449-460.
- Swedo, S.E. ve Rapoport, J.L (1989). **Phenomenology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder Impulsive Disorder in Children and Adolescents**, American Psychiatric Pres, Washington.
- Şahin, A.R. (1997). "Obsesif-Kompulsif Bozukluk", **Psikiyatri Temel Kitabı**, [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 493-504.
- Şenol, S. ve Şener, Ş. (1997.) "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", **Psikiyatri Temel Kitabı**, [ed. Köroğlu E.; Güleç, C.], Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1119-1130.
- Tonge, J.B. (1988). "Anxiety in Adolescents", **Handbook of Anxiety Classification, Etiological Factor and Associated Disturbances**, [ed. Burrows, G.D.; Roth, M.] Nojers: Elsavier Science Publications , 58-92.
- Turgay, A. (1997). "Gençlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu", *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, (3), 413-453.
- Türk Psikologlar Derneği (1999). **Depremin El Kitabı ve Uygulama Kılavuzu**, Ankara.
- Tükbay, T.ve Söhmen, T. (2001). "Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Bireysel ve Ailesel Etmenler", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(2):77-84.
- Tükbay, T. ve Söhmen, T. (2001). "Çocuk ve Ergenlerde Uyku Bozuklukları", *Gülhane Tıp Dergisi*, 43(2):186-190.

- Yazgan, Y. (1999). "Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu ve Öğrenme Güçlüğü", *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, (3), 417-425.
- Yorbık, Ö. (1998). "Seçici Konuşmamazlık Sosyal Fobinin Bir Belirtisi mi?" *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 5:93-98.
- Yorbık, Ö. (1999). "Çocuk ve Ergenlerde Depremle İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi (Deprem Özel Sayısı)*, 6(3):158-164.
- Wechsler, D. (1974). **Manual For The Wechsler Intelligence Scale For Children**, New York: Psychological Corporation.
- Weiss, G. (1995). "Psychiatry Status of Hyperactives As Adults; A Controlled 15 Year Follow-Up of 63 Hyperactive Children", *Journal of Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 23:211-219.
- Weiss, G.(1996). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" **Child and Adolescent Psychiatry** [ed. Lewis, M.], Lippincot Williams and Wilkins, Philadelphia, 1544-1564.
- Weiss, G. ve Weiss, M. (2003). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder", [3nd. ed.], [ed. Lewis M.] **Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook**, Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins, 645-670.

