

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU: SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ

Fevziye Toros*, Cengiz Tataroğlu**

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında görülen ruhsal bozukluklardan en yaygın olanıdır. Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı konan çocuk ve ergen olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek; anksiyete ve depresyon düzeylerini saptamaktır. **Yöntem:** Çalışmaya DEHB olan 93 çocuk ve ergen alındı. Sosyodemografik özellikler standart olarak hazırlanmış Sosyodemografik Veri Toplama Formu ile elde edildi. 9 yaş ve üzerindeki çocuklara ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuk Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) uygulandı. **Bulgular:** Olgularda erkek/kız oranı 3.65/1'di. Olguların depresyon düzeyleri ile yaş, durumluk ve sürekli anksiyete düzeyleri arasında pozitif korelasyonlar vardı. Kızlar arasında en sık görülen tip DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipti. Cinsiyetler arasında depresyon ve anksiyete düzeylerinde farklılık bulunmamasına rağmen DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipte sürekli anksiyete düzeyi DEHB-impulsivite, hiperaktivitenin önde geldiği tipten daha yüksekti. **Tartışma:** Çalışmanın sonuçları DEHB'nda cinsiyet ve DEHB'nun alt tiplerine göre bazı farklılıkların bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu konu ile ilgili daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, cinsiyet, sosyodemografik özellikler, anksiyete, depresyon

SUMMARY: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION

Objectives: ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder) is the most common childhood psychiatric disorder. The aims of this study were to evaluate the sociodemographic and clinical features of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and to determine anxiety and depression levels. **Method:** 93 children and adolescents were included in this study. Sociodemographic features of cases were recorded using a standart sociodemographic form. State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C), Children Depression Inventory (CDI) were administered to children who were older than 9 years. **Results:** The ratio of boys/girls was 3.65/1. There were positive correlations between depression level and age, state-trait anxiety level. The most common type of ADHD among girls was inattentive type. Although there were no differences in anxiety and depression levels between gender there were higher state anxiety levels in cases with ADHD-inattentive type than cases with ADHD-impulsivity, hyperactivity type. **Discussion:** The results of the study showed that the clinical features of ADHD may differ with gender and subtypes of ADHD. However, more detailed studies are required.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, gender, sociodemographic characteristics, anxiety, depression.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal sorunlardan biridir (Biederman ve ark. 1987, Trott ve ark.1992). DEHB, DSM-II'de çocukluk çağıının hiperkinetik reaksiyonu, DSM-III'de dikkat eksikliği bozukluğu, DSM-IV'de ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak adlandırılmıştır. DSM IV'de DEHB-bileşik tip, DEHB-

dikkatsizliğin önde geldiği tip, DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip olmak üzere üç alt gruba ayrılmış ve tanı için belirtilerin iki ya da daha fazla ortamda (okul, iş, ev) görülmesi şartı eklenmiştir (Biederman ve ark. 1987, APA 1994, Göksan ve Söhmen 1991).

DEHB'nun yaygınlığının okul öncesi dönemde %3-6, ilkökul ve ortaokul döneminde %3-10 arasında değiştiği, erkek/kız oranının 2-4/1 olduğu bildirilmiştir (Goldman ve ark 1998, Hoffman ve DuPaul 2000, Miller ve Castellanos 1998, Skuse

* Uzm.Dr., Mersin Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin.

** Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniv. Tıp Fak., Nöroloji Anabilim Dalı, Mersin.

1999, Schweitzer ve ark. 2001, Trott ve ark. 1992, Yüksel ve Köroğlu 1991). Çalışmalarda DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda erkeklerle oranla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Dulcan 1997, Faraone ve ark. 2000).

DEHB etyolojik açıdan çok etkenli bir hastalıktır. Genel olarak %50'sinin genetik, %50'sinin çevre ve yapısal etmenler ile oluştuğu bildirilmiştir (Dulcan 1997, Garfinkel 1990, Hoffman ve DuPaul 2001). Çocukluk çağındaki DEHB belirtilerinin bazıları %30-80 oranlarında ergenlik döneminde, %65-70 oranlarında ise erişkin dönemde görülebilmektedir. Ailede DEHB öyküsü, psiko-sosyal stres etmenleri, DEHB ile birlikte davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu gibi eşhastalanım var ise DEHB'nun belirtilerinin ileri yaşlarda görülme olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Biederman ve ark. 1998, Dulcan 1997, Miller ve Castellanos 1998).

DEHB'nda genel olarak %50'ye varan oranlarda eştanı bulunabileceği bildirilmiştir. Özellikle anksiyete bozukluğu, tik bozukluğu, duygudurum bozuklukları, davranım ve karşı olma karşı gelme bozukluğunun eştanı olarak bulunduğu belirtilmiştir (Dune 1999, Herreeias 2001, Jensen ve ark. 2001, Öktem 1993). Erkeklerde, karşı olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve madde bağımlılığı daha sık birlikte görülürken, kızlarda anksiyete bozukluğu, depresyon, düşük akademik başarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Dulcan 1997, Greene ve ark. 2001, Miller ve Castellanos 1998, Purvis 2000, Rucklidge ve Tannock 2001). Johnston ve Mash (2001) eştanı olarak davranım bozukluğu bulunan olguların anne-baba-çocuk arasında daha çok çatışmalar yaşandığını, parçalanmış aile ortamında büyümenin daha sık ve annelerde stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalarda Tourette bozukluğu ile DEHB'nun eşhastalanım oranının %8-80 arasında değişebileceği bulunmuştur (Freeman 1997, Schuerholz ve ark. 1996). Duyma ve/veya görme kusuru, epilepsi, kafa travması öyküsü, akut ya da süregen organik bozukluğu, beslenme bozukluğu, uyku bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon, süregen ihmal ve istismar, fenobarbi-

tal ve karbamazepin gibi ilaçların kullanılması çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliğine yol açabilir. Teofilin gibi astım ilaçlarının kullanılması, öğrenme bozukluğu, mental retardasyon hiperaktiviteye yol açabilir. Bu nedenle ayırıcı tanının iyi yapılması gerekmektedir (Dulcan 1997).

Bu çalışmada; 1) 2001 Ağustos-2002 Nisan ayları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran tüm DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemek, 2) DEHB olan kız ve erkeklerin sosyodemografik, klinik özelliklerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak, 3) Olguların DEHB tipine göre sosyodemografik, klinik özelliklerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine 2001 Ağustos-2002 Nisan tarihleri arasında ilk kez başvuran, klinik görüşme ve psikometrik incelemeler sonrası DSM IV-TR'a göre DEHB tanısı konulan, daha önce hiç tedavi görmemiş, 6-15 yaşları arasındaki 93 çocuk ve ergen hasta (20 kız, 73 erkek) alınmıştır (APA-TR 1994) .

Psikoz, otistik bozukluk, işitme ve görme engeli, zeka geriliği olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Çocuk ve ergen hastaların hepsi klinik görüşme ve psikometrik testlerle, tıbbi ve laboratuvar incelemeleriyle değerlendirilmiştir. Hastaların çocuk hastalıkları ve nöroloji bölümü konsültasyonları ile birlikte tam bir fizik ve nörolojik muayeneleri yapılmış, hiperaktivite belirtilerine yol açabilen tiroid fonksiyon bozukluklarını dışlayabilmek için T3, T4 ve TSH düzeylerine bakılmıştır. Havale ve/veya epilepsi öyküsü olan olgulardan psikostimülan ilaç tedavisine başlamadan önce nöroloji konsültasyonu ile yeniden değerlendirilmeleri istenmiş ve konsültasyon sonucunda önerilen olguların EEG'leri çekilmiştir. İlaç tedavisi başlanacak olan olgularda tedavi öncesi rutin tam idrar incelemesi, tam kan sayı-

mı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, EKG incelemeleri ilaç tedavisinin metabolizma üzerindeki yan etkilerini daha sonraki kontrollerde saptamak için yapılmış, tansiyon, nabız, kilo, boy değerleri kaydedilmiştir. Tüm incelemelerin amaçları ebeveynlere ve olgulara açıklanmış sözel olarak onayları alınmıştır.

İlk başvuruda Sosyodemografik Veri Toplama Formu ile olguların sosyodemografik verileri kaydedilmiştir. Aynı anda 9 yaş ve üzerindeki çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) uygulanmıştır. DEHB tanısı için anne-babalarla DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış görüşmeler yapılmış, Conner's anne-baba ve öğretmen değerlendirme formları uygulanmış ve her olgu uygulanan testler ve/veya oyun sırasında gözlenmiş, bireysel görüşmeler yapılmıştır. DSM IV-TR'a göre anne ve babalardaki ruhsal bozukluk tanıları erişkin psikiyatri uzmanı tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda konulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Toplama Formu

İlk başvuruda görüşmeyi yapan doktor tarafından sosyodemografik verilerin, doğum öncesi, doğum ve premorbid özelliklerin sistemli olarak kaydedilmesi amacıyla Çukurova Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından geliştirilen bir formdur. Kliniğe başvuran tüm hastalar için doldurulmaktadır.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Kovacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir öz-bildirim ölçeğidir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır.

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, yirmişer madde-lik iki alt ölçekten oluşan bir öz-bildirim ölçe-

ğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması 9-12 yaş çocuklarında yapılmasına rağmen 12 yaşından büyük çocukların erişkin kaygı ölçeğini anlamakta güçlük çekmeleri nedeniyle 17 yaşa kadar kullanılabileceği bildirilmiştir (Hoehn-Saric ve ark. 1987, Spielberger 1973, Strauss ve ark. 1988, Öy ve ark.1995).

İstatistiksel analizler

Çalışmadaki veriler SPSS for windows 9.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Olgular cinsiyete göre 2 gruba, DEHB tipine göre 3 gruba ayrılmıştır. Gruplar arası sosyodemografik verileri ki-kare testi, Fisher testi; cinsiyete göre olguların anne ve babalarının yaşı, eğitimi ve ölçek puanları arasındaki fark t-testi ile kullanılarak belirlenmiştir. DEHB 3 gruba ayrılarak incelendiğinde; gruplar arası sosyodemografik verilerin incelenmesinde ki-kare testi, diğer verilerin incelenmesinde One-Way ANOVA testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine 2001 Ağustos-2002 Nisan tarihleri arasında başvuran olgulardan görüşme ve değerlendirmeler sonucunda DEHB tanısı konan toplam 93 olgu alınmıştır. Olguların 20'si kız (%21.5), 73'ü (%78.5) erkektir. 93 olgunun yaşlarının ortalaması 10.2±2.3, kızların yaş ortalaması 10.5±2.6, erkeklerin yaş ortalaması 10.2± 2.3'tür. Cinsiyetler arasında en önemli fark DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda daha sık olarak görülmesidir (Tablo 1).

Kızlar ve erkeklerin anne ve babalarının sosyodemografik özelliklerine bakıldığında çalışan anne sayısı erkeklerde daha fazla (p=0.04) olması dışında herhangi bir anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 2).

9 yaş ve üzerindeki 80 olguya ÇDÖ, ÇDKE ve ÇSKE uygulanmış, cinsiyete göre ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE puanlarını karşılaştırıldığında; kızlar ve

Tablo 1: Olguların cinsiyete ve DEHB alt tiplerine göre sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Kızlar (n=20)	Erkekler (n=73)	p	Tip1 (n=57)	Tip2 (n=25)	Tip3 (n=11)	p
Ort. Yaş (yıl)	10.5±2.6	10.2±2.3	.6	10.2±2.4	20.8±2.1	9.3±2.4	.7
Eğitim (yıl)	5.3±2.9	4.36±2.1	.9	4.6±2.4	5±2.1	3.3±2.3	.8
Anne sütü (ay)	8.2±4.9	7.1±7.2	.1	7.8±7.5	5.9±4.7	8.6±6.7	.5
Yürüme (ay)	12.4±2.3	12.5±3.9	.9	12.6±3.4	12.6±3.5	12.9±3.6	.8
Konuşma (ay)	18.5±8.0	19.3±6.2	.6	18.4±6.7	20.8±6.5	19.0±5.8	.8
Tuvalet Eğitimi (ay)	23.4±9.7	25.7±10.1	.3	24.8±9.3	27.1±12.1	23.3±8.8	.7
Sorunlu gebelik (n,%)	4 (%20)	13 (%17.8)	.8	11 (%19.2)	3 (%12)	3 (%27.2)	.09
Erken doğum (n,%)	n=0	8 (%11)	.1	6 (%10.5)	1 (%4)	1 (%9)	.6
Doğumda komp.(n,%)	4 (%20)	21 (%28)	.4	15 (%26)	7 (%28)	3 (%27.2)	.8
Organik hastalık (n,%)	8 (%40)	20 (%27.4)	.2	15 (%26.3)	7 (%28)	6 (%54.5)	.08
Havale öyküsü (n, %)	3 (%15)	8 (%11)	.96	8 (%14)	3 (%12)	0	.5
Eşitliği varlığı (n, %)	9 (%45)	30 (%41.1)	.7	23 (%40.3)	12 (%48)	4 (%36.3)	.8
DEHB Tipi			.005				
Tip 1 (n, %)	7 (%7.5)	50 (%53.8)					
Tip 2 (n, %)	11 (%11.8)	14 (%15.1)					
Tip 3 (n, %)	2 (%2.2)	9 (%9.7)					

Tip1 : DEHB-bileşik tip,

Tip2: DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tip

Tip3: DEHB-hiperaktivite, impulsivitenin önde geldiği tip

Tablo 2: Cinsiyete ve DEHB alt tiplerine göre annelerin-babaların ve ailenin sosyodemografik özellikleri

	Kızlar (n=20)	Erkekler (n=73)	p	Tip 1 (n=57)	Tip 2 (n=25)	Tip 3 (n=11)	p
Anneler							
Ort. yaş (yıl)	38.3±5.17	36.96±6.9	.4	37±7.2	38.6±4.9	35.4±6	.3
Eğitim (yıl)	10.6±4	11.4±3.7	.3	11.9±3.3	9.6±4.1	11.9±4.3	.07
Çalışan anne (n, %)	11 (%55)	47 (%64.4)	.04	40 (%70.1)	12 (%48)	6 (%46.1)	.08
Ruhsal h. (n, %)	3 (%15)	24 (%32.9)	.1	18 (%31.5)	6 (%24)	3 (%27.2)	.3
Organik h. (n, %)	3 (%15)	14 (%19.2)	.6	11 (%19.3)	5 (%20)	1 (%9)	.6
Babalar							
Ort. yaş (yıl)	42.4±5.02	41.84±6.6	.5	41.9±8.4	41.2±5.5	40.2±6.0	.7
Eğitim (yıl)	12.9±2.53	12.9±5.22	.9	13.6±5.5	11.5±2.8	12.2±3.1	.6
Çalışan anne (n, %)	5 (%25)	23 (%31.5)	.5	20 (%35)	5 (%20)	3 (%27.2)	.3
Ruhsal h. (n, %)	3 (%15)	10 (%13.7)	.7	6 (%10.5)	5 (%20)	2 (%18)	.6
Organik h. (n, %)	3 (%15)	10 (%13.7)	.8	10 (%17.5)	2 (%8)	1 (%9)	.06
Akrabalık (n, %)	1 (%5)	4 (%5.5)	.1	1 (%1.7)	4 (%16)	—	.02
Boşanma (n, %)	6 (%30)	22 (%30.1)	.9	21 (%36.8)	5 (%20)	2 (%18.1)	.07
Göç (n, %)			.6				.08
Sosyoekonomik Düzey							
Düşük	6 (%30)	23 (%31.5)		16 (%28)	9 (%36)	4 (%36.3)	
Orta	4 (%20)	20 (%27.4)		15 (%26.3)	7 (%28)	2 (%18)	
Yüksek	10 (%50)	30 (%41)		26 (%45.6)	9 (%36)	5 (%45)	

erkekler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Test uygulanabilen 80 olgunun cinsiyete göre depresyon, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri

	Kızlar	Erkekler	p
ÇDÖ	12.7±6.7	10.8±5.8	0.2
ÇDKE	33.1±9.7	32.2±8.7	0.6
ÇSKE	36.5±8.4	37.2±8.1	0.7

Her üç ölçek puanları ile olguların cinsiyet, anne-babada ruhsal ve organik hastalık görülme sıklığı, babaların eğitim düzeyi, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, ailede son bir yıl içinde şehirlerarası göçün yaşanıp yaşanmaması ile herhangi bir korelasyon belirlenememiştir. Ancak olguların ÇDÖ puanları ile sürekli anksiyete puanları, durumluluk anksiyete puanları ve olguların yaşları arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Olguların depresyon ölçek puanının durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve sosyodemografik özellikler ile olan korelasyonları

	ÇDÖ	
ÇSKE	P = .000	r = .535
ÇDKE	P = .000	r = .605
Yaş	P = .000	r = .289

Kızların 9'unda, erkeklerin 30'unda en az bir eştanı bulunmaktadır (Tablo 5).

Cinsiyete göre anne ve babadaki ruhsal bozukluklara baktığımızda; kızların annelerinin 3'ünde, erkeklerin annelerinin 24'ünde ruhsal bozukluk, kızların babalarının 5'inde, erkeklerin babalarının 23'ünde ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 2'de DEHB tiplerine göre anne-babanın ve olguların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Anlamlı farklılık sadece DEHB-Tip 1 ve 2 arasında cinsiyet ve boşanmış anne-baba oranı açısından bulunmuştur (Tablo 2).

Olguların DEHB-tiplerine göre ölçek puanlarına baktığımızda ÇDÖ ve ÇDKE'nde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen ÇSKE puanlarında DEHB-Tip 2 ve 3 arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 7).

DEHB-bileşik tipte 23, DEHB-dikkatsizliğin önünde geldiği tipte 12, DEHB-hiperaktivite, impulsivitenin önünde geldiği tipte 4 eştanı bulunmuştur (Tablo 5). Her iki cinsiyet ve DEHB tüm alt tiplerinde en sık görülen organik hastalık alerjik bronşitti.

DEHB tiplerine anne-babalardaki ruhsal sorunlara baktığımızda; Tip 1'deki 18 annede, Tip 2'deki 6 annede ve Tip 3'deki 3 annede ruhsal bozukluk vardı. DEHB tiplerine göre babalardaki ruhsal bozukluk baktığımızda; Tip 1'de 20 ba-

Tablo 5: Cinsiyete göre DEHB alt tiplerine göre DSM-IV-TR'a göre saptanan eştanılar

EŞ TANILAR	Kızlar (n, %)	Erkekler (n, %)	Toplam (n, %)	Tip 1 (n, %)	Tip 2 (n, %)	Tip 3 (n, %)
Trikotilomani	1 (%5)	–	1 (%1.0)	–	1 (%4)	–
Kekemelik	1 (%5)	1 (%1.3)	2 (%2.1)	1 (%1.7)	1 (%4)	1 (%9)
Öğrenme güçlüğü	3 (%15)	–	3 (%3.2)	–	3 (%12)	–
Enürezis nokturna	1 (%5)	4 (%5.4)	5 (%5.3)	4 (%7)	–	1 (%9)
Enkoprezis	–	1 (%1.37)	1 (%1.0)	1 (%1.7)	–	–
Dav. bzk. ve/veya karşı gelme karşı olma boz.	1 (%5)	16 (%22)	17 (%18.2)	13 (%22.8)	2 (%8)	2 (%18)
Depresyon	4 (%20)	–	4 (%4.3)	–	4 (%16)	–
Tourette bzk.	–	3 (%4.1)	3 (%3.2)	3 (%5.2)	–	–
OKB	3 (%15)	4 (%5.4)	7 (%7.5)	2 (%3.4)	5 (%20)	–
K. motor tik bzk.	1 (%5)	7 (%9.5)	8 (%8.6)	4 (%7)	1 (%4)	2 (%18)

OKB : Obsesif kompulsif bozukluk K. motor tik bzk. : Kronik motor tik bozukluğu

bada, Tip 2'deki 5 babada, Tip 3'de 3 babada ruhsal bozukluk vardı (Tablo 6).

DEHB-dikkat eksikliğinin önde geldiği tipte E/K oranı 2/1 olarak belirtilmiştir (Wolraich ve

Tablo 6: Cinsiyet ve DEHB alt tiplerinde anne-babalarda DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre saptanan ruhsal bozukluklar

	Kızlar (n, %)	Erkekler (n, %)	Tip 1 (n, %)	Tip 2 (n, %)	Tip 3 (n, %)
ANNELER	2 (%10)	13 (%17.8)	9 (%15.7)	4 (%16)	2 (%18)
– Depresyon	1 (%5)	6 (%8.2)	5 (%8.7)	1 (%4)	1 (%9)
– Anksiyete bzk.	–	1 (%1.3)	1 (1.7)	–	–
– Psikotik bzk.	–	3 (%4.1)	–	3 (%5.2)	–
– Bipolar bzk.	–	1 (%1.3)	–	1 (%4)	–
– K. motor tik bzk.	–	–	–	–	–
BABALAR					
– Depresyon	1 (%5)	2 (%2.7)	1 (%1.7)	1 (%4)	1 (%9)
– Anksiyete bozk.	–	8 (%11)	5 (%8.7)	3 (%12)	–
– Alkol bağ.	3 (%15)	8 (%11)	9 (%15.7)	1 (%4)	2 (%18)
– Pat. Kum. oynama	1 (%5)	5 (%6.8)	5 (%8.7)	1 (%4)	–

Pat. Kum. oynama : Patolojik kumar oynama K. motor tik bzk. : Kronik motor tik bozukluğu

Tablo 7: DEHB tiplerine göre depresyon, sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri

	Tip 1	Tip 2	Tip 3	p
ÇDÖ	10.9±5.6	13.1±6.6	8±5.0	.3
ÇDKE	34.8±9.0	33.6±9.2	29.7±7.2	.4
ÇSKE	36.1±8.5	39.2±7.6	36.3±6.9	.02

TARTIŞMA

Çalışmamızda olguların cinsiyet ve DEHB tiplerine göre sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılmasında en önemli farklar DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin ve eştanı olarak anksiyete bozukluğu, depresyonun kızlarda daha sık, davranım bozukluğu ve/veya karşı olma karşı gelme bozukluğunun erkeklerde daha sık görülmesiydi. Tüm olgular değerlendirildiğinde yaş ile birlikte olguların depresyon, durumluk ve sürekli kaygı envanterlerinin puanları artmaktaydı.

DEHB, ilkökul döneminde E/K 9/1, epidemiyolojik çalışmalarda ise E/K oranı 4/1 olarak bildirilmiştir (APA 1994). DEHB-hiperaktivite/impulsivitenin önde geldiği tipte E/K oranı 4/1,

ark. 1996). Diğer çalışmalar ile uyumlu olarak çalışmamızda DEHB tanısı konulan olguların çoğu erkekti (erkek/kız oranı 3.6/1) ve kızlarda DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tip daha sık olarak görülmekteydi (Brown ve ark. 1991, Faraone ve ark. 2000).

Gebelikte, doğum sırasında ve doğum sonrasında annelerin ve çocukların bedensel ve/veya ruhsal sorunlar yaşaması, çocukların organik hastalığa sahip olması, bebeklikte sık havale geçirilmesi gibi çeşitli etmenlerin DEHB gelişmesinde risk oluşturabileceği bildirilmiştir (Allen ve ark. 1998, Faraone ve ark. 1998, Johnston ve Mash 2001). Çalışmamızda bu risk etmenleri açısından cinsiyetler ve DEHB alt tipleri arasında önemli farklılıklar bulunmamasına rağmen daha kesin yorum yapabilmek için DEHB olmayan kontrol grupları ile karşılaştırmalı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Johnston ve Mash'ın (2001) yaptıkları çalışmada anne-baba-çocuk iletişimde sorunlar yaşanması, annelerde yüksek stres düzeyinin olması, parçalanmış aile ortamında büyüme gibi psikososyal risk etmenlerinin DEHB olan çocuk ve ergenlerde davranım bozukluğu gelişmesinde önemli olabileceği bildirilmiştir. Diğer çalışmalarda

da anne ve özellikle babalarda alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal kişilik özelliği var ise çocuklarda davranım bozukluğunun daha sık görülebileceği belirtilmiştir (Dulcan 1997, Johnston ve Mash 2001). Çalışmamızdaki erkek çocuklarının kızlara göre annelerinin daha çok iş ortamında bulunmaları, annelerin stres düzeylerinin daha yüksek oluşuna sebep olmuş, dolayısıyla anne-çocuk iletişimde yetersizlik ve sorunlara yol açmış olabilir. Ayrıca olgularımızın babalarında en sık görülen ruhsal bozukluk alkol bağımlılığı ve/veya patolojik kumar oynama, annelerinde en sık görülen ruhsal bozukluk ise depresyon ya da anksiyete bozukluğu idi. Bu tanımlar da çocuk ile anne-baba arasındaki iletişimde sorunlar ve yetersizlikler yaşanmasına yol açabilir. Dolayısıyla DEHB olan erkek olgularımızda eştanı olarak davranım bozukluğu ve/veya zıtlasma bozukluğunun kızlara oranla daha sık görülmesine bu etkenler katkıda bulunmuş olabileceği düşünülmektedir.

DEHB olgularının 2/3'ünde en az bir ruhsal bozukluğun eştanı olarak bulunabileceği, %50'ye kadar değişen oranlarda karşı olma karşı gelme bozukluğu, %30-50 oranında davranım bozukluğu, %15-20 oranında duygudurum bozukluğu, %20-25 oranında anksiyete bozukluğu, %10-25 oranında öğrenme bozukluğu görülebileceği bildirilmiştir (Biederman ve ark. 1991, Newcorn ve Haperin 1994). Anderson ve ark. (1987) tarafından da %18 oranında 2 veya daha fazla eştanının bulunabileceği belirtilmiştir (Anderson ve ark. 1987). Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalar ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 5). Genel olarak değerlendirdiğimizde davranım bozukluğu ve/veya karşı olma karşı gelme bozukluğunun erkeklerde, anksiyete bozukluğu ve depresyonun kızlarda daha sık olduğu bulunmuştur.

DEHB'nda Tourette Bozukluğu görülme oranı %8-%80 olarak bildirilmiştir (Knell ve Comings 1993, Walkup 1994). Çalışmamızdaki olguların polikliniğe başvurduklarında sadece 3'ünde (%3.2) Tourette Bozukluğu, 8 olguda (%8.6) kronik motor tik bozukluğu vardı. Tourette bozukluğunun başlangıçta genellikle basit motor tiklerle başladığı bilindiğinden dolayı poliklinik iz-

lemi sırasında Tourette Bozukluğu tanı sıklığının artabileceği düşünülmektedir (Knell ve Comings 1993, Walkup 1994).

ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE puanları arasında cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmamasına rağmen ÇDÖ ile sürekli, durumluk anksiyete ölçek puanları ve olguların yaşları arasında pozitif korelasyonlar vardı. Diğer çalışmalarda da büyük çocuk ve ergenlerde küçük çocuklara göre bilişsel gelişimlerine bağlı olarak daha fazla kaygı belirtisi bulunabileceği bildirilmiştir (Mc Gee ve ark. 1990, Özusta 1993, Strauss ve ark. 1988). Bazı çalışmalarda kaygı belirtilerinin kızlarda erkeklerden sık görüldüğü saptanmış; bunun nedeni kız çocukların duygularını erkeklere göre daha rahat dışa vurabilmesi, erkek çocukların ise duygularını belli etmenlerinin toplumda hoş karşılanmamasına bağlı olabileceği vurgulanmıştır (Auchter 1990, Ollendick ve ark. 1985, Öy ve ark. 1995). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arası depresyon, sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamasının çeşitli sebepleri olabilir. Öncelikle erkek çocukların çoğu Tip 1 ve 3 tanısı almıştı. Bu da DEHB'nun davranışlara daha çok yansımaya, dolayısıyla çevredeki kişiler (çocuklar, öğretmenler, kardeşler, anne-babalar gibi) tarafından daha çok suçlanma ve dışlanma olasılıklarına yol açabilmekte, çocuklar bulundukları ortamın günah keçileri durumuna düşebilmekte ve çevreye uyumları gittikçe azalabilmektedir. Bunun yanı sıra cinsiyete göre anne babalarda görülen ruhsal bozukluklara bakıldığında özellikle erkek çocukların babalarının istatistiksel düzeyde anlamlı olmamasına rağmen alkol bağımlılığı ve patolojik kumar oynama tanısı daha sık aldığı görülmektedir. Bu da cinsel kimliğin giderek önem kazandığı ve geliştiği çocukluğun son yıllarda aile içinde artan çatışmalara, baba-çocuk iletişimde daha çok yetersizlikler ve sorunlar yaşanmasına yol açarak erkek çocuklarda depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olabilir (Dulcan 1997, Wolraich ve ark. 1996).

DEHB'nun alt tiplerinde ise istatistiksel olarak tek anlamlı farklılık Tip 2'de ÇSKE düzeyinin Tip 3'e göre daha yüksek olmasıydı. Buna Tip

2'deki olguların çoğunun kız olması yol açmış olabilir. Bununla birlikte tüm olgular değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı farklılık olmaması sadece cinsiyet faktörüne bağlı olarak yorum yapmanın yeterli olamayacağını düşündürmektedir. Bu nedenle cinsiyetler arası sürekli kaygı düzeylerindeki farklılıkları belirlemek için daha geniş örneklem grupları ile yapılacak karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Genel olarak eğitim düzeyi yüksek olan annelerin çocukları ile kurabilecekleri iletişimin daha yeterli düzeyde olabileceği, çocuklarındaki olumsuz değişikliklerin daha erken farkına vararak gereğinde yardım alabilecekleri, bildirilmiştir (Johnston ve Mash 2001, Strauss ve ark. 1988). Ayrıca annelerin eğitim düzeyi düştükçe babaların eğitim düzeyi de düşüyor, kardeş sayısı artıyordu.

DEHB tiplerine göre olguların sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdığımızda tek farklılık diğer çalışmalar ile uyumlu olarak DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda erkeklere oranla belirgin düzeyde daha fazla olmasıydı (Baumgaertal ve ark. 1995, Blondis 1999, Wolraich ve ark. 1996).

SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB olan 93 çocuk ve ergenin çalışma kapsamına alınıp cinsiyete ve DEHB-tiplerine göre ayrılarak sosyodemografik özelliklerinin, anksiyete ve depresyon düzeylerinin karşılaştırıldığı bu çalışma sonucunda; cinsiyetler ve tipler arasındaki farklılıkların daha iyi belirlenebilmesi için özellikle DEHB olan kızların fazla sayıda bulunabileceği daha geniş örneklem grubu ile DEHB olmayan çocuk ve ergenlerden oluşacak kontrol grubunu kapsayan karşılaştırmalı çalışmalar ihtiyaç olduğu açıktır. Ayrıca, DEHB'nun alt tiplerinin seçilmesi ve ayrılması sadece bir uzman tarafından yapılabilmektedir. İlerleyen çalışmalarda çocuk psikiyatrisinde çalışabilecek uzman doktor kadrosunun artması ile DEHB'nun alt tiplerinin ayrıncı tanısı için birlikte değerlendirmeler yapılabilecek ve bu da yapılan çalışma-

nın güvenilirliğini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

- Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR (1998) Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 10:513-29.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviri Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Anderson JC, Williams S, McGee R ve ark. (1987) DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 44:69-76.
- Baumgaertal A, Wolraich M, Dietrich M (1995) Comparison of diagnostic criteria for ADHD in a german elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:629-38.
- Biederman J, Munir K, Knee D (1987) Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: a controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:724-7.
- Biederman J, Nick E, Faraone SV (1998) Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 133:544-51.
- Blondis TA (1999) Motor disorders and attention deficit/hyperactivity disorder. *Ped Clin N Am* 46:899-14.
- Brown RT, Madan-Swain A, Baldwin K (1991) Gender differences in a clinic-referred sample of attention-deficit-disordered children. *Child Psychiatry Hum Dev* 22:111-28.
- Dulcan M. (1997) Practice parameter for the assessment and treatment of children, adolescent, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:85-121.
- Faraone SV, Biederman J, Friedman D (2000) Validity of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: a family study perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:300-7.
- Faraone S, Biederman J, Webber W ve ark. (1998) Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:185-93.
- Freeman RD (1997) Attention deficit hyperactivity disorder in the presence of tourette syndrome. *Neurol Clin* 15:411.
- Hoehn-Saric E, Maisami M, Wiegand D (1987) Measurement of anxiety in children and adolescents using se-

mistructured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:541-45.

Garfinkel BD (1990) Attention-deficit hyperactivity disorder in children. *Psychiatric disorder in children and adolescents içinde*, M Wonsiewicz (ed). W.B. Saunders Company, Philadelphia, s:149-91.

Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, ve ark. (1998) There is no evidence of significant overdiagnosis of attention deficit and hyperactivity disorder. *JAMA* 279:1100-107.

Göksan K, Söhmen MT (1991) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:205-210.

Greene RW, Biedermen J, Faraone SV ve ark. (2001) Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlately. *J am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:704-10.

Herreeas CT (2001) The child with ADHD: Using the AAP clinical practice guideline. *Am Fam Phsician*, 63:300.

Hoffman JB, DuPaul GJ (2000) Psychoeducational interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9:647-61.

Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC ve ark. (2001) ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 40:147-58.

Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 4:183-207.

Knell ER, Comings DE (1993) Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship. *J Clin Psychiatry* 54:331.

Kovacs (1981) Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiat* 46:305-15.

Mc Gee R, Fee M, Williams S ve ark. (1990) DSM III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29:611-619.

Miller KJ, Castellanos FX (1998) Attention deficit/hyperactivity disorders. *Ped Rev* 19:373-83.

Newcorn JH, Haperin JM (1994) Comorbidity among disruptive behavior disorders: impact on severity, impairment, and response to treatment. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am* 3:227-52.

Ollendick TH, Matson JL, Helsel WJ (1985) Fears in children and adolescents: normative data. *Behav Res Ther* 27:19-26.

Öktem F (1993) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4:113-120.

Öy B (1991) Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:132-36.

Öy B, İlgen R, Ekmekçi A, Türkmen M ve ark. (1995) Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin ilkökul ve ortaokul öğrencilerine uygulanması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2:76-81.

Özusta Ş (1993) Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanteri'nin uyarılama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Ankara

Purvis KL. (2000) Tannock R. Phonological processing, not inhibitory control, differentiates ADHD and reading disability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:485-94.

Rucklidge JJ, Tannock R (2001) Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescent with ADHD. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 40:530-40.

Schuerholz LJ, Baumgardner TL, Singer HS ve ark. (1996) Neuropsychological status of children with tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology* 46:958-965.

Schweitzer JB, Cummins TK, Kant CA (2001) Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: Implications for internal medicine. *Med Clin N Am* 85:200-201.

Spielberger CD (1973) Premilary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Strauss CC, Lease CA, Last CG ve ark (1988) Overanxious disorder. *J Abnorm Child Psychol* 16:433-43.

Trott GE, Friese HJ, Menzel M ve ark. (1992) Use of moclobemid in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacology* 106:134-36.

Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock YT ve ark. (1996) Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:319-24.

Yüksel N, Köroğlu E (1991) Çocukluk ve ergenlik çağı psikofarmakolojisi. Klinik uygulamalı psikofarmakoloji. Ankara: Hekimler yayın birliği, s:251-278.