



**T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİMDALI**

**İLKÖĞRETİM ÇAĞINDAKİ KIZLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU: KLİNİĞE BAŞVURAN BİR  
GRUPTA SOSYODEMOGRAFİK, EŞ TANI VE PSİKOSOSYAL  
ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. ZEYNEP ASLAN  
UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2008**





**T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİMDALİ**

**İLKÖĞRETİM ÇAĞINDAKİ KIZLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU: KLİNİĞE BAŞVURAN BİR  
GRUPTA SOSYODEMOGRAFİK, EŞ TANI VE PSİKOSOSYAL  
ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. ZEYNEP ASLAN  
UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Doç. Dr. AYŞE RODOPMAN ARMAN**

**İSTANBUL 2008**

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Önsöz.....	iv
Özet.....	v
İngilizce Özet (Abstract).....	vi
Kısaltmalar Dizini.....	vii
Tablolar Dizini.....	vii
Şekiller Dizini.....	ix
<b>1. Giriş ve Amaç.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Genel Bilgiler.....</b>	<b>3</b>
2.1. Tarihçe, Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi ve Cinsiyet Faktörü.....	3
2.2. Epidemiyoloji ve Cinsiyet Oranları.....	9
2.3. Semptomlar ve DEHB alt tipleri.....	11
2.4. DEHB'nin Neden Olduğu Bozulmalar ve Cinsiyet Faktörü.....	14
2.4.1. Akademik ortamdaki bozulmalar.....	15
2.4.2. Davranışlarda ve öz güvende bozulma.....	15
2.4.3. Toplumsal alandaki bozulma.....	16
2.4.4. Zeka ve yürütücü işlevlerdeki bozulma.....	17
2.5. Psikiyatrik Eş Tanılar.....	18
2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Gidişi.....	21
2.7. Etiyoloji.....	23
2.7.1. Genetik faktörler.....	23
2.7.2. Çevresel faktörler.....	24
2.7.3. Psikososyal faktörler.....	25
2.7.4. Nörotransmitterler.....	25
2.7.5. Nöroanotomi ve cinsiyet faktörü.....	27
2.8. Tanı ve Ayırıcı Tanı.....	28

<b>3. Gereç ve Yöntem.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1. Katılımcıların Seçimi.....</b>	<b>30</b>
3.1.1. DEHB grubunun seçimi.....	30
3.1.2. Kontrol Grubunun Seçimi.....	31
<b>3.2. Yöntem.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Gereçler.....</b>	<b>33</b>
3.3.1. Sosyodemografik bilgi formu.....	33
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli....	34
3.3.3. Conners anababa derecelendirme ölçeği.....	34
3.3.4. DSM-IV'e dayalı yıkıcı davranış bozukluklarını tarama ve değerlendirme ölçeği.....	35
3.3.5. Güçler ve güçlükler anketi.....	35
3.3.6. Genel performans değerlendirme formu.....	36
3.3.7. Olumsuz yaşam olayları listesi.....	37
3.3.8. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği .....	37
3.3.9. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-Gözden geçirilmiş formu	38
<b>3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi.....</b>	<b>38</b>
<b>4. Bulgular.....</b>	<b>39</b>
4.1. Sosyodemografik Özellikler.....	39
4.2. Tıbbi Özgeçmiş.....	40
4.3. Psikiyatrik Soygeçmiş.....	41
4.4. DEHB Grubunun Başvuru Şekli ve Klinik Özellikleri.....	41
4.5. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Dağılımı....	44
4.6. DEHB grubunda aile ve öğretmen ölçek puanları.....	47
4.7. DEHB Alt Tipleri.....	50
4.8. DEHB Grubunda Yaş Gruplarına Göre Klinik Durum ve Ölçek Puanları.....	52
4.9. DEHB Grubunda Eş Tanısı KOKGB Olan ve Olmayan Gruplar	53
4.10. DEHB Grubunda Eş Tanısı ÖÖB Olan ve Olmayan Gruplar...	53

<b>5. Tartışma ve Sonuçlar.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....</b>	<b>67</b>
<b>6. Kaynaklar.....</b>	<b>68</b>
<b>7. Ekler.....</b>	<b>79</b>
<b>Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....</b>	<b>79</b>
<b>Ek 2. Conners Anababa Derecelendirme leği.....</b>	<b>81</b>
<b>Ek 3. DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve</b>	<b>83</b>
<b>Değerlendirme leği.....</b>	
<b>Ek 4. Güçler ve Güçlükler Anketi- Ebeveyn Formu.....</b>	<b>85</b>
<b>Ek 5. Genel Performans Değerlendirme Formu- Aile.....</b>	<b>87</b>
<b>Ek 6. Olumsuz Yaşam Olayları Listesi.....</b>	<b>88</b>
<b>Ek 7. Conners ğretmen Derecelendirme leği .....</b>	<b>89</b>
<b>Ek 8. Genel Performans Değerlendirme Formu- ğretmen.....</b>	<b>90</b>
<b>Ek 9. Güçler ve Güçlükler Anketi-ğretmen Formu.....</b>	<b>91</b>
<b>Ek 10. Araştırma Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>93</b>
<b>Ek 11. İl Milli Eğitim Müdürlüğü alışma İzin Yazısı.....</b>	<b>94</b>

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin ürünü olan tezimin bu ilk satırlarını, donanımlı olarak yetişmem ve mesleğe hazırlanmamda emek verenlere ayırmak istedim.

Uzmanlık tercihimin doğru yaptığımı hissetmemi ve mesleğimi sevmemi sağlayan, tecrübelerinden yararlandığım ve vizyon kazanmamda katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Meral BERKEM'e,

akademik tartışmalar, sonrasındaki beyin fırtınaları ile herhangi bir andaki sorularım ve yanıtlarıyla ufuk açan değerli hocam Prof. Dr. Yankı YAZGAN'a,

akademik olarak ilgi duyduğum tez konum üzerinde olgunlaşmamı sağlayan, özverili şekilde desteğini esirgemeyen, tez danışman hocam Doç. Dr. Ayşe RODOPMAN ARMAN'a, akademik ve klinik tecrübelerinden sürekli yararlandığım, desteklerini hissettiğim Doç. Dr. Osman SABUNCUOĞLU'na, Uzm. Dr. Neşe FİŞ'e,

genel psikiyatri alanında eğitimime katkılarından ötürü değerli hocalarım Prof. Dr. Esat GÖKTEPE, Prof. Dr. Hakan YÖNEY, Prof. Dr: Mehmet SUNGUR, Doç. Dr. Kaan KORA, Doç. Dr. Çağrı YAZGAN, Doç. Dr. Kemal KUŞÇU, Doç. Dr. Volkan TOPÇUOĞLU'na,

birlikte çalıştığım özverili ve değerli tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma; çalışmaya katılan hasta ve aileleri ile Hafize Özal İlköğretim Okulu yöneticilerine, öğretmenlerine, çalışmaya katılan öğrencilerine ve ailelerine teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca ilgi ve desteklerini esirgemeyen aileme minnettarım. Her zaman ve her durumda sevgi ve özenini hissettirdiği için eşim Mustafa'a sonsuz teşekkürler...

Dr. Zeynep Aslan

Mayıs 2008

## ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuk psikiyatrisi alanında en sık görülen hem erkeklerde hem de kızlarda geçerli olan bir tanıdır. Buna karşın çalışmalar daha çok okul çağı erkeklere odaklanmış durumdadır. Bu çalışmada kliniğe başvuran ve DSM-IV'e göre DEHB tanısı alan ilköğretim çağındaki kızların sosyodemografik, eş tanı ve psikososyal özelliklerinin kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde DEHB tanısı ile takip edilmekte olan, rastgele örnekleme ile seçilmiş 6-14 yaş arasında 70 kız hasta ve bunlarla yaş açısından eşleştirilmiş 60 sağlıklı kız çocuk kontrol grubu olarak alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ayrıntılı bir form ile, klinik değerlendirmeleri Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ile, DEHB belirtileri ve davranış özellikleri Connors Anababa Değerlendirme Ölçeği, Connors Öğretmen Formu, DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Güçler ve Güçlükler Anketi, olumsuz yaşam olayları ayrıntılı bir listeyle, sosyal ve okul alanındaki işlevsellikleri genel performans değerlendirmesi formu ile değerlendirilmiştir.

DEHB olan kızlar kontrollere göre okul başarıları daha düşük, akran ilişkileri, anne baba ve kardeş ilişkileri daha sorunlu olarak; eş tanı ve ailelerinde DEHB öyküsü sıklığı daha fazla oranda bulunmuştur. Bileşik alt tipte en sık eş tanıları sırasıyla anksiyete bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu; dikkat eksikliği baskın alt tipte ise anksiyete bozukluğu, özgül öğrenme bozukluğu belirtileri olarak bulundu. Hasta grubunda tüm ölçek puanlarını aileler öğretmenlere göre daha sorunlu bildirmiştir. Bu bulgular DEHB'nin kız çocuklarında psikiyatrik, akademik, sosyal ve davranışsal alanlarda bozulmaya neden olduğunu ancak işlevsellik üzerine etkilerinin çoğunlukla okul çağlarında fark edildiğini düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, kızlar, ilköğretim çağı, eş tanı, psikososyal özellik.**

## **ABSTRACT**

Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD) are the most frequently seen diagnosis both for girls and boys in the field of child and adolescent psychiatry. However, the studies in this field mostly focus on the school-age boys. This study aimed to compare the sociodemographic features, comorbidity and psychosocial characteristics of primary school aged girls who resorted to the clinic with a diagnosis of ADHD according to DSM-IV. For this study, 70 female patients were randomly selected between the ages of 6 and 14 with a diagnosis of ADHD at Marmara University School of Medicine Child and Adolescent Psychiatry polyclinic. 60 healthy girls were selected as a healthy control group matched with the patients in terms of age. Sociodemographic characteristics of the participants were measured with a detailed form; clinical assessment were made with the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version; ADHD symptoms and behavioral characteristics were assessed with Conners' Parent Rating Scale, Conners' Teacher Rating Scale, DSM-IV Screening and Assessment Scale for Disruptive Behavioral Disorders and Strength and Difficulties Questionnaire; adverse life events were assessed with a detailed list; social and academic functionality was evaluated with a general performance assessment form.

According to the findings girls with ADHD who compared with controls were found out to have less academic success, poorer peer relationship, more problematic parent and sibling relationships, high frequency of comorbidity and familial ADHD history. The most common comorbidity in the combined subtype were found to be respectively anxiety disorders, oppositional defiant disorder, in the inattentive subtype they were found to be anxiety disorders, learning disorder symptoms. Parents reported all of the rating scale points more problematic than the teachers. Although these findings show that girls with ADHD have psychiatric, academic, social and behavioral impairment, functionality effects are identified mostly during the school ages.

**Keyword: Attention Deficit and Hiperactivity Disorder, girls, primary school age, comorbidity, psychosocial characteristics.**

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>APB</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>AKB</b>	: Antisosyal kişilik bozukluğu
<b>CADÖ</b>	: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği
<b>CÖDÖ</b>	: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği
<b>ÇDŞG-ŞY</b>	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli
<b>DB</b>	: Davranım Bozukluğu
<b>DE</b>	: Dikkat Eksikliği
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperkativite Bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı)
<b>DEHB-B</b>	: Bileşik alt tip
<b>DEHB-DE</b>	: Dikkat eksikliğinin önde geldiği alt tip
<b>DEHB-HA</b>	: Hiperaktivite/dürtüselliğin önde geldiği alt tip
<b>GGA</b>	: Güçler ve Güçlükler Anketi
<b>GKD</b>	: Genel klinik değerlendirme
<b>HA</b>	: Hiperaktivite
<b>HB</b>	: Hiperkinetik Bozukluk
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
<b>KOKGB</b>	: Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu
<b>OKB</b>	: Obsesif kompulsif bozukluk
<b>ÖÖB</b>	: Özgöl öğrenme bozukluğu
<b>SSGI</b>	: Seçici serotonin gerialım inhibitörü
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>WISC-R</b>	: Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler çocuklar için zeka ölçeği)
<b>YDB</b>	: Yıkıcı Davranış Bozukluğu

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 1.</b> DSM IV'e göre DEHB tanı ölçütleri	<b>7</b>
<b>Tablo 2.</b> DEHB olan kız ve erkek çocukların özelliklerinin karşılaştırılması	<b>13</b>
<b>Tablo 3.</b> DEHB ayırıcı tanıları	<b>29</b>
<b>Tablo 4.</b> Sosyodemografik veriler ve el tercihi	<b>39</b>
<b>Tablo 5.</b> Ebeveyn, kardeş ve diğer birinci derece akrabalarda psikiyatrik öykü	<b>41</b>
<b>Tablo 6.</b> DEHB grubunun bozukluk öyküsü, ilk başvuru yakınması ve yönlendiren kişiye göre dağılımı	<b>42</b>
<b>Tablo 7.</b> Yaşam boyu eş tanı dağılımı	<b>43</b>
<b>Tablo 8.</b> DEHB alt tipi, genel klinik değerlendirme puanları	<b>44</b>
<b>Tablo 9.</b> WISC-R puanları	<b>44</b>
<b>Tablo 10.</b> DEHB ve kontrol grubu ölçek puanları dağılımı	<b>45</b>
<b>Tablo 11.</b> DEHB ve kontrol grubunun okul başarısı	<b>46</b>
<b>Tablo 12.</b> DEHB ve kontrol grubunun aile ve akran ilişkileri	<b>47</b>
<b>Tablo 13.</b> DEHB ve kontrol grubunun olumsuz yaşam olayları sayısı	<b>47</b>
<b>Tablo 14.</b> Alt tipe göre ilk başvuru, tanı süreleri ve eş tanı dağılımları	<b>51</b>
<b>Tablo 15.</b> Alt tipe göre bozukluk şiddeti, akran ilişkileri, okul başarıları, ailede DEHB sıklığı	<b>52</b>
<b>Tablo 16.</b> KOKGB eş tanısı olan ve olmayanların farkları	<b>53</b>
<b>Tablo 17.</b> ÖÖB belirtileri olan ve olmayanların farkları	<b>54</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Şekil 1.</b> DEHB grubunda DSM-IV aile ve öğretmen HA ve DE puanları	<b>48</b>
<b>Şekil 2.</b> DEHB grubunda DSM-IV aile ve öğretmen KOKGB ve DB puanları	<b>49</b>
<b>Şekil 3.</b> DEHB grubunda DSM-IV aile ve öğretmen toplam puanları ile CADÖ ve CÖDÖ toplam puanları	<b>49</b>

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); çocuk psikiyatrisi alanında en sık görülen ve üzerinde en çok araştırma yapılmış bozukluklardan biridir. DEHB belirtileri sıklıkla erken çocukluk döneminde bulunmakla birlikte, işlevsellik üzerine etkisinin ebeveynler ve eğitimciler tarafından fark edilip tanınması genellikle ilköğretim çağında olmaktadır (Weiss ve Weiss,2002a). Bununla birlikte DEHB okul öncesi yaş grubunda da sorun yaratabilen, ergenlik ve erişkinlikte belli oranlarda devam eden nöropsikiyatrik bir bozukluktur (Hetchman 2005).

DEHB hem erkeklerde hem de kızlarda geçerli olan bir tanıdır. DEHB'da cinsiyete özgü farklar her ne kadar son zamanlarda daha çok ilgi uyandırıyor bile; bozukluğun tanımlandığı ilk zamanlardan itibaren araştırmalar daha çok okul çağında ve kliniğe başvuran erkeklere odaklanmış durumdadır (Staller ve Farone, 2006). Toplumsal örneklemlilerde çalışmalarda erkek/kız oranı 3:1 ile 2:1 arasında değişirken; klinik çalışmalarda bu oran 6:1 ile 9:1 arasında değişebilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997). Bu oranlar arasındaki farklılık da göstermektedir ki DEHB olan kızlar yeterince tanınıp tedavi alamayabilmektedirler. Ama değişen tanı ölçütlerinin katkısı ve kızlardaki DEHB'na ait farkındalığın artmasıyla birlikte; geçmiş yıllara göre kızlar arasında DEHB tanısı ve tedavisi alan kız sayısı artış meyli göstermektedir (Robison ve ark, 2002).

Çalışmalarda kızlarda anlamlı bir cinsiyet farkı oluşturacak şekilde dışsallaştırma davranış sorunları gibi daha kolay tanınabilen davranışların daha az görüldüğü (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002; Greene ve ark, 2001); buna karşın dikkat eksikliği sorunlarının daha ön planda olduğu ve tüm IQ puanlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Arnold, 1996; Abikoff,2002; Robison ve ark, 2002; Staller ve Farone, 2006). Ayrıca kız DEHB olgularında Dikkat Eksikliği (DE) baskın alt tipi erkeklere göre 2.2 kat daha fazla görülmektedir (Biederman ve ark, 2002).

DEHB'ye erken tanı ve uygun tedavinin önemi açısından bakıldığında; kızlardaki DEHB'nun cinsiyete özgü özelliklerinin tam olarak anlaşılması;

toplum sağlığı kapsamında özellikle de kız çocuklarının ruhsal sağlığı açısından da önem taşımaktadır.

Bu çalışmada kliniğe başvuran ve “Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı–IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM–IV)”e göre DEHB tanısı alan ilköğretim çağındaki kızların sosyodemografik, eş tanı ve psikososyal özelliklerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Kliniğe başvuran ve DEHB tanısı alan kızların;

1. Klasik DEHB belirtileri dışında; kızlara özgü DEHB ek belirtileri de gösterdikleri,
2. Psikiyatrik eş tanı sıklığı daha fazla sayıda olduğu,
3. Akademik düzeyi, akranlarıyla ilişkilerinin daha sorunlu olduğu,
4. Birinci derece akrabalarında daha fazla oranda psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğu hipotez edilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha ağır, sürekli, şiddetli ya da sık yaşanması durumu olarak tanımlanmaktadır. [Amerikan Psikiyatri Birliği, APB (American Psychiatric Association, APA),2001].

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); çocuk psikiyatrisi alanında en sık görülen ve en çok araştırılmış bozukluklardan biridir. Buna karşın çalışmalar daha çok okul çağındaki erkeklerde yapılagelmiştir. Son zamanlarda DEHB'deki cinsiyet farklarına ve kız DEHB'ye artan klinik ilgi ile bu alanda yapılan çalışmaların da gittikçe arttığı görülmektedir. DEHB her ne kadar erkeklerde daha sık görülen bir bozukluk olsa da toplum örneklemelerindeki cinsiyet oranlarının klinik örneklemelerde kızlar daha az görüldüğü için iyice belirginleştiği bildirilmektedir. Bu durumun toplumda DEHB'den etkilenen çok sayıda kız çocuk olmasına rağmen kızlarda DEHB'nin yeterince tanınıp tedavi edilemediğini de gösterdiği bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002). DEHB olan kızların toplum sıklığı, kısa ve uzun dönem ruh sağlığı ve akademik sonuçları, DEHB'deki cinsiyet farkları ve kız DEHB alanında var olan bilgi boşluğu göz önüne alındığında bu alanda yapılacak çalışmaların önemi ortaya çıkmaktadır.

### 2.1. Tarihçe, Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi ve Cinsiyet Faktörü

Aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat sorunlarının birlikte bir bozukluğa işaret ettiği 19. yüzyıldan beri bilinmektedir. Margaret ve Gabrielle Weiss Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bölümünü kaleme aldıkları *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* adlı kitabın 3. basımında Alman doktor ve şair Heinrich Hoffman'ın 1863'te yazılmış *Struwwel Peter* (*Shock Haired Peter*) adlı çocuk şiir kitabından alıntı yapmışlardır. Hoffman

“*The Story of Fidgety Philip*” adlı şiirinde *Philip* hayali karakteriyle DEHB’nun hiperaktivite ve dürtüsellik özelliklerini renkli bir anlatımla ortaya koymuştur. Weiss ve Weiss bu şiirde çocuğun adından anlaşılacağı gibi erkek olan karakterin; dikkat eksikliği (DE) önde gelen alt tipi olan olguların tipik özelliklerini vurgulamadığını bildirmektedirler. Bu yüzden özellikle bu çocukları tarif etmek için, DE önde gelen alt tip kızlarda daha sık görüldüğü için mi bilinmez, bu sefer kendileri hayali bir kız karakterin (“*Jane*”) içinde olduğu, dalgın, dikkati kolayca dağılan, ev ödevlerini sürekli kaybeden özetle dikkat eksikliği özellikleri sergileyen bir şiir önerirler.

DEHB belirtileri tıp literatüründe ise ilk olarak yaklaşık 100 yıl önce, George Still adındaki bir çocuk doktoru tarafından, 43 kişilik bir çocuk grubunda tanımlanmıştır. Still şimdi DEHB bileşik alt tipi ile birlikte Davranım Bozukluğu tanısı koyabileceğimiz belirtileri taşıyan bu çocuklardaki davranışsal problem kümesini “ahlaki kontrol eksikliği” (*a defect of moral control*) olarak tanımlamıştır. Bu konuyla ilgili yazılmış olan bu ilk yazıda, beyin hasarı ya da zeka geriliği gerekli olmadan ortaya çıkan bir sendrom ya da bozukluk olarak tanımlanan bu klinik durumda primer güçlüğün dikkat eksikliği ve dürtü kontrol kaybı olduğunu bildirilmiştir.

Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan influenza pandemisi ve ardından gözlenen letarjik ensefalit epidemisi sonrasında ensefalit geçirip hayatta kalabilen çocuklarda hastalıktan sonra gelişen aşırı hareketlilik, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişkenlik gibi belirtiler gözlenmiş, bu belirtilerin Still’in tanımladığı tablo ile benzerliği dikkat çekmiştir. Kahn ve Cohen 1934’te bu durumu ‘organik’ (*organically driven*) olarak tanımlamışlar ve klinik tablonun beyin sapındaki hasara bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir. 1947’de Strauss ve Lehtinen da organik nedenleri önemsemişler ve mental retardasyonu olan bir grup çocukta hiperaktivite, dürtüsellik ve perseverasyonlar bulunduğunu saptayarak bu durumu ‘Minimal Beyin Hasarı Sendromu’ (*Minimal Brain Damage Syndrome*) olarak tanımlamışlardır. Ancak bazı klinisyenler beyindeki bu hasarın gösterilemedikçe ‘beyin hasarı’ denilemeyeceğini düşünmüşler ve 1962’de Clements ve Peters bozukluğu ‘Minimal Beyin Disfonksiyonu’

(*Minimal Brain Dysfunction*) olarak adlandırmışlardır. 'Minimal Beyin Disfonksiyonu' tanımlamasına ek olarak MacKeith (1963) tarafından, bu çocukların heterojen bir grup oldukları ve alt gruplarının sınıflanması gerekliliği vurgulanmıştır.

Bozukluğu bilimsel açıdan daha geçerli ve güvenilir bir şekilde sınıflandırma çabalarının başlamasıyla,1965'de "Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9"da (International Classification of Diseases, ICD-9) 'Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu' olarak ve 1968'de DSM-II'te 'Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu' adı ile değiştirilmiştir. Bu ilk tanımda doktor tarafından doğrudan gözlenebilen motor hiperaktivite üzerinde durulmuştur.

DSM-III'te (1980) ilk defa 'dikkat eksikliği' terimi kullanılmış ve dikkat eksikliği ve dürtüsellğe daha fazla vurgu yapılırken aşırı hareketliliğe yapılan vurgu azaltılmıştır. DSM-III'te ek olarak iki alt tip de tanımlanmış ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu–aşırı hareketlilik ile birlikte olan alt tipi ile ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu–aşırı hareketlilik olmaksızın alt tipi diye adlandırılan iki alt tipe ayrılmıştır. DEHB tanısı için dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik başlıklarının altındaki altı ya da yedi maddenin her birinden en az iki ya da daha fazla madde olması gerekirken; Dikkat Eksikliği Bozukluğu için sadece dikkat eksikliği ve dürtüsellik başlıkları altından madde gerekliydi. Ama bu çocukların ana zorluğunun inhibitor kontrolün eksikliği olduğunun düşünülmesi, öğretmen ve aile ölçeklerinin faktör analizi çalışmalarında dürtüsellğin dikkat eksikliğinden çok hiperaktivite ile yüksek korelasyon gösterdiğinin anlaşılmasıyla hiperaktivite/dürtüsellik DSM-IV'te tek bir boyuta indirilmiştir.

Kısa süre sonra DSM-III-R'de (APB, 1987) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak adlandırılmış ve tekrar huzursuzluk ana öge olmuş ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu–aşırı hareketlilik olmaksızın alt tipi kaldırılmıştır. DSM-III-R'de 14 belirti olup tanı için sekiz belirtinin bulunması koşulu getirilmiştir. Ayrıca ayrıştırılmamış DEHB tanı kategorisi de eklenmiş ama tanı ölçütleri belirtilmemiştir.

DSM-IV'te (APB, 1994) bozukluk yine DEHB olarak tanımlanmış ayrıca DSM-III-R'ye ek önemli açıklamalar yer almıştır. DEHB'nun da dahil edildiği "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında, "Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu"na da yer verilmiş ama bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Bulguların en az 6 aydır devam etmesi ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa ve gelişim düzeyine aykırı bir şekilde olması gerekliliği vurgulanmıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik boyutları temel alınarak DEHB'nin 3 alt tipi tanımlanmıştır: 1. Dikkat eksikliğinin önde geldiği tip [DEHB-DE] 2. Hiperaktivite/dürtüsellik önde geldiği tip [DEHB-HA] 3. Bileşik tip [DEHB-B]

DSM-IV'e göre tan ölçütleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Bu ölçütlere göre DEHB belirtileri iki grupta ele alınmakta, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirti gruplarının her birinde 9 belirti yer almaktadır. DEHB tanısı için bu iki gruptan birinde en az 6 veya daha fazla belirti olması şartı vardır.

Dikkatsizlik belirtilerinden 6 ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 5 ya da daha az sayıda olduğu durumda tanı DEHB-DE; hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden 6 ya da daha fazlasının bulunduğu, ancak dikkatsizlik belirtilerinin 5 ya da daha az sayıda olduğu durumda DEHB-HA olarak belirlenir. Her iki belirti grubundan da 6 ya da daha fazla belirti varsa tanı DEHB-B'dir.

**Tablo 1. DSM IV'e göre DEHB tanı ölçütleri**

**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 etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar
- (b) çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık
- (c) doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür
- (d) çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek şeyleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağılı değildir)
- (e) çoğu zaman üzerine aldığı görevleri etkinlikler düzenlemekte zorluk çeker
- (f) çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevrmez 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) günlük etkinliklerinde çoğu zaman 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 koşuşturur 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

*impulsivite (dürtüsellik)*

- (g) çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır
- (h) çoğu zaman sırasını bekleme gücü yoktur
- (i) çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)

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

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

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

**E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikiyatrik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir kişilik Bozukluğu).**

*Tipine göre kodlayınız:*

**314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip:** Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa

**314.00 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:** Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

**314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:** Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

**Kodlama Notu:** O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) "Kısmi remisyonda" olarak belirtilmelidir.

ICD-10'da (*International Classification of Diseases-Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması*, 1992) Hiperkinetik Bozukluklar adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10'da ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir. Eğer Davranım Bozukluğu ile birlikte ise Hiperkinetik Davranım Bozukluğu olarak kullanılmıştır.

ICD-10 ve DSM-IV tanı için benzer belirti listesini kullanır ancak tanının koyulması için farklı yollar önerir. ICD-10'da tanı için üç boyutun [dikkatsizlik, aşırı hareketlilik (*overactivity*), dürtüsellik] her birinden yeterli bir sayı olması şartı aranır. DSM-IV'te ise var olan iki boyutun (dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik) sadece birinden en az sayının olması yeterlidir. ICD-10'da tüm tanı ölçütlerinin en az iki durumsal ortamda olması şartı varken DSM-IV'te bir ya da daha fazla ortamda bozulmanın varlığı gereklidir. ICD-10'da duygudurum, anksiyete ve gelişimsel bozukluklar dışlama ölçütleridir. DSM-IV'te ise bu tanımlar eş tanı olarak sınıflandırılır. Bu yüzden DSM-IV temelli yapılan sıklık çalışmalarında ICD-10'a göre daha yüksek oranlar çıkması beklenebilir (Polanczyk ve ark, 2007).

Still (1902) tarafından ilk kez tarif edilen bozukluğun sınıflama şemasının günümüzde kullanılan DSM-IV'e (1994) kadar nasıl değiştiği oldukça ilgi çekicidir. DSM-IV'e kadar gelen tanımlamadaki değişim genel sıklığın artmasına, kızlara daha fazla tanı konmasına, okul öncesi ve erişkin olguların daha fazla tanınmasına yol açmıştır. Kız çocukların erkeklere göre daha az hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri sergiledikleri ve sergileyenlerin de daha düşük hiperaktivite ve dürtüsellik puanları aldıkları bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002). DEHB'nin nozolojisinde yukarıda anlatılan tanı ölçütlerinin gelişimi ve değişimi açısından bakıldığında son 70 yıldır hiperaktivite ya da hiperkinetik temalar daha ön plandadır. Bu yüzden DEHB olan kızların daha az tanınması, kızlara daha az tanı koyulması ve sonuçta kızların daha az tedavi görmeleri gibi potansiyel sonuçları görünür hale getirmiştir. Sadece DSM-III'de (1980) dikkat eksikliği teması aşırı hareketlilikten ön plandadır ama kısa süre sonra DSM-III-R (1987) ile yine

değişmiştir (Staller ve Farone, 2006). Geçmiş 70 yıllık süreç içinde çalışmalar daha çok erkek çocuklarda ya da cinsiyet farklarını ayırt etme çabası olmadan kız erkek karışık çocuk gruplarında yapılagelmiştir. Kız erkek karışık gruplarda yapılan çalışmalarda erkeklerle karşılaştırıldığında çok daha az sayıda kız çocuk vardır. Bu çalışmalardan yola çıkarak cinsiyet farklarına ilişkin sonuçlar söylemek olası yanlış negatif sonuçlar nedeniyle oldukça zordur (Lahey, 1994).

## 2.2. Epidemiyoloji ve Cinsiyet Oranları

Dünya genelindeki DEHB/HB'nin sıklığı %5.29 iken, okul çağındaki çocuklar arasında DEHB sıklığı %3-5 olarak bildirilmektedir (APB 1994, Farone 2003, Polanczyk ve ark, 2007). Ama çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda sıklık %1 ile %20 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Örneklemin seçimine (ör. toplum örneklemi mi ya da klinik örneklem mi olduğu), bilgi alınan kaynağa (ör. öğretmen ya da aile), kullanılan tanı ölçütlerine (semptomların yaygınlığına mı yoksa işlevsellikteki bozulmaya mı dikkat edildiği) ve ölçüm gereçlerine (ör. yapılandırılmış görüşme teknikleri ya da ölçekler) göre sıklık oranları değişebilmektedir (Polanczyk ve ark, 2007). Çalışmalarda hangi belirtilerin daha fazla ya da daha az önemsendiğine göre de sıklık değişmektedir. Örneğin İngiltere'de yapılan çalışmalarda hiperkinetik belirtinin çekirdek görünüşleri antisosyal davranışlar, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda daha çok huzursuzluk ve çelinebilirliğe odaklanılmıştır. Bunlar bir araya getirildiğinde İngiltere'de sıklık oranları Amerika Birleşik Devletleri'ne göre daha düşük bildirilmektedir (Staller ve Farone, 2006). Yatan ve ayaktan hasta kliniklerindeki DEHB sıklığı ise %30-50 olarak bildirilmektedir (Popper ve ark, 2000)

DEHB sıklığı; hem klinik hem de toplumsal örneklemlerde yapılan çalışmalarda erkeklerde daha yüksek oranda bildirilmektedir. Ayrıca klinik örneklemler ile toplumsal örneklemler arasında erkek/kız oranları açısından önemli farklılıklar vardır. Toplumsal örneklemlerli çalışmalarda erkek/kız oranı

3:1 ile 2:1 arasında değişirken; klinik çalışmalarda bu oran 6:1 ile 9:1 arasında değişebilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002). Kızlardaki DEHB'nin toplumsal sıklığı tahmini olarak hesaplanmak istendiğinde genel toplumsal prevalans %3 ve erkek/kız oranı 5:1 kabul edilirse; %1 olarak bildirilmektedir. Bu tahmini hesaplama göre ABD'de en az 1 milyon; dünyada ise en az 32 milyon kadın DEHB'den etkilenmektedir (Staller ve Farone, 2006). Robison ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ABD'de 1990-1998 yılları arasındaki 5-18 yaşlarındaki kız çocukların arasında DEHB tanısının koyulmasında ve stimulan tedavisindeki artışın erkeklere göre daha fazla olduğu; cinsiyet oranları farkının 1990'daki 5.4:1'den 1998'de 2.3:1'e düştüğü bildirilmektedir (Robison ve ark, 2002). Bu araştırmada kız çocuklar arasında DEHB tanısının artmasının nedenleri değişen tanı ölçütlerine ve artan farkındalığa bağlanmaktadır.

Ülkemizde DEHB ile yapılan klinik ve toplum örneklemleri çalışmalarda özellikle cinsiyet farklılıklarına odaklanılmış yayınlanmış çalışma bizim bilgimize göre yoktur. Bir uzmanlık tezi çalışmasında 6-15 yaş arası 2174 ilköğretim ağı çocuğun oluşturduğu örnekleme, DEHB alt tipleri ile cinsiyet ve davranışsal özellikler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda DEHB ön tanısı alan 258 çocukta; erkek/kız oranı 1,45/1 olarak bildirilmiştir (Taşkın, 2006). Toplumsal örneklemleri diğer çalışmalarda ise cinsiyet farklılıklarına özellikle odaklanılmamış ama erkek/kız oranı ilköğretim ocuklarında Erşan ve arkadaşları tarafından 1,8/1; Özcan ve arkadaşları tarafından 2,75/1 olarak bildirilmiştir (Özcan ve ark, 1998; Erşan ve ark, 2004).

Ülkemizde yapılan klinik çalışmalarda ise Aras ve arkadaşlarının bir üniversite kliniğine başvuran 822 ocuk ve ergenin geriye dönük dosyalarını değerlendirerek yaptıkları çalışmalarında; DEHB sıklığı %22.4 (n=103); kızlardaki DEHB tanısı sıklığı ise %4.6 (n=13) olarak bildirilmiştir (Aras ve ark, 2007). DEHB alt tipleri sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada ise kliniğe başvuran 401 olgunun % 76.6'sı erkek (n=307), %23.4'ü (n=94) kız olarak belirlendi (Yolga Tahiroğlu ve ark, 2005).

Erişkin psikiyatri kliniklerinde DEHB tanısı konan hastalarda erkek/kadın oranının 3:2'e kadar düştüğü bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1994). Okul çağında kızlar kliniğe daha az başvururken; erişkinlikte ise DEHB olan kadınların daha sık yardım arayışına girdikleri görülmektedir. Ülkemizde klinik örnekleme yapılmış iki erişkin DEHB uzmanlık tezi çalışması bulunmaktadır. Biçer tarafından yapılan uzmanlık tezi çalışmasında polikliniğe başvuran 34 erişkin DEHB tanılı hastanın DEHB belirtilerini, eş tanıları ve psikososyal profillerini incelenmiş ve E/K=1.6:1 olarak bildirilmiştir (Biçer, 2004). Diğer uzmanlık tezi çalışmasında ise erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 246 hastada DEHB sıklığı, eş tanıları incelenmiştir. %64.1'i kadın olarak bildirilen bu klinik grupta oran kadınlar aleyhine tersine dönmüştür (Duran, 2006).

Klinik ve klinik dışı örneklemlerdeki cinsiyet oranlarındaki farklılığın DEHB'nin cinsiyetler arası farklar göstermesi ve bu farkların erkek çocukların kliniğe daha sık başvurmasıyla açıklanabileceği bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002). Hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri daha fazla olan erkek çocukların kliniklere daha sık başvurduğu göz önüne alındığında kız çocuklarda daha çok dikkat eksikliği belirtileri görüldüğü için erkek/kız oranları farkının ortaya çıktığı bildirilmektedir (Quinn, 2004; Staller ve Farone,2006).

### **2.3. Semptomlar ve DEHB Alt Tipleri**

DEHB tanısı her psikiyatrik bozukluk gibi semptom temelli konur. Klinik kararı doğrulamak için herhangi bir laboratuvar testi gerekmez. DSM-IV tanısı doğrulamak için yeterli en az sayıda tanı ölçütü olması şartının arandığı bir kategorik temelli sistemdir. Ama artan araştırma verileri bozukluğun kavramsal hale getirilmesinde kategorik bir sistemden çok süreklilik gösteren (*continuum*) boyutsal bir sisteme geçilmesini gerekli hale getirmektedir (Hudziak ve ark, 1998). Boyutsal sistemde semptomlardan kaynaklanan bozulma ölçütü daha önemli hale gelmektedir.

DEHB'nin çekirdek semptomları hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüselliştir. Alt tipler daha önde gelen özelliklere göre belirlenir. Hudziak ve arkadaşları, geniş örneklemlili ikiz kız ergen çalışmasında; kızların DSM-IV'e göre DEHB alt tiplerini karşıladığını ve semptomların yine dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik ve bileşik tip olarak ayrı 3 süreklilik gösteren boyutta olduğunu doğruladılar (Hudziak ve ark, 1998).

En baştan beri hiperaktivite DEHB'nin en önemli köşe taşı semptomu olagelmıştır. Elleri ayakları kıpır kıpır olma, aşırı şekilde koşturup durma ve tırmanma, sınıfta yerinden kalkma, sakin bir şekilde oyun oynamada zorluk, çok konuşma gibi hiperaktivite semptomunun örnekleri DSM-IV'te geçen ve çekirdek semptomlar olarak geçerlidir (APB, 2001). Hiperaktivite semptomları sırasını beklemede güçlük, başkalarının sözünü kesme ya da başkalarının yaptıklarının arasına girme gibi dürtüsellik semptomlarıyla ilişkilidir. Bazı araştırmacılar yaptıkları çalışmalarda DEHB olan kız çocuklarda cinsiyet farkı olmadan hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının olduğunu bildirmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 1999; Graetz ve ark, 2005). Ama bazı araştırmacılar ise bu semptomların ağırlığında cinsiyete özgü düzenlemeler yapılması gerekli olduğunu iddia etmektedir. Çünkü DEHB ile tanımlanan ya da kliniğe başvurmayan kızların bu semptomlarındaki ağırlığın genellikle erkeklerdekinden daha az olduğu; kızlarda DEHB'ye daha az sıklıkta dışsallaştırma davranış sorunları ve davranım bozukluğu eşlik ettiği bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 2002; Gershon, 2002). Bu bulgu ve çalışmalardan elde edilen diğer farklar Tablo 2'de özetlenmiştir (Staller ve Farone, 2006).

Günümüzde dikkat eksikliği semptomu eskiye göre daha çok dikkatle üzerinde durulan bir semptom haline gelmiştir. Ama ne 'hiperkinetik sendrom'da ne de DEHB-hiperaktivite/dürtüselliğin önde geldiği alt tipte önde gelen bir semptom değildir. Dikkat eksikliği kendini okul ödevlerinde ve diğer işlerinde dikkatsizce hatalar yapma, kendisine konuşulduğunda dinlemiyor görünme, yönergeleri izleyememe, üzerine aldığı görevleri düzenlemekte zorlu çekme, kolayca dikkatin dağılması, dikkat gerektiren görevlerden kaçınma ve unutkanlık gibi belirtilerle kendini gösterir (APB, 2001).

**Tablo 2.** DEHB olan kız ve erkek çocukların özelliklerinin karşılaştırılması.

Parametre	Erkek X Kız
İşlevsellikte bozulma	
Genel	>
Hiperaktivite/dürtüsellik	>
Dikkat eksikliği	<
Akademik performanstaki eksiklikler	
Tarafsız değerlendirme	=
Öğretmen yorumu	>
Sorun davranışlar	
Tümü	>
Saldırganlık	>
Hiperaktivite	>
Davranım bozukluğu	>
Karşıt olma bozukluğu	>
Sosyal becerilerdeki eksiklikler	=
Düşük özgüven	=
IQ'daki eksiklik	?>
Yürütücü işlevlerdeki eksiklikler	?
Eş tanılar	
Dışsallaştırma bozuklukları	>
İçselleştirme bozuklukları	?=
Madde kullanma bozuklukları	<?
Tevdi yanıtı	=

? kesin olmayan ya da halen tartışmalı olan özellikleri gösterir

DEHB'deki cinsiyet farklarıyla ilgili tartışmalarda merkezi konu dikkat eksikliği semptom kompleksidir. DEHB'nin tanı ölçütlerinin tarihsel gelişimi açısından bakıldığında, daha çok hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri sergileyen erkekler temel alınmış ve dikkat eksikliği belirtilerinin önemi fark edilip yeterince çalışılmamıştır. Biederman ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, DE ön planda olan alt tipin kız çocuklarda 2.2 kat daha sık görüldüğü görülmüştür (Biederman ve ark, 2002). Ayrıca DEHB-DE alt tipin belirtilerinin fark edilmesi daha çok DSM-IV'te de kesme noktası olan 7 yaşından sonra olduğu bildirilmektedir (Barkley ve Biederman, 1997).

Ülkemizde yapılan klinik bir çalışmada DEHB alt tipleri araştırılmış ve kızlarda DEHB-DE alt tipin; erkeklerde ise DEHB-HA alt tipin daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Tahiroğlu ve ark, 2005).

Bozukluğun belirtileri ve işlevsellikteki bozulma arasındaki bağlantının incelendiği çalışmalarda dikkat eksikliği hariç, diğer belirtilerin çoğuyla zayıf bir bağlantı olduğu gösterilmiş ve artık araştırmacılar tarafından dikkat eksikliğinden çok hiperaktivite belirtilerinin öncelikli olması kuşkuyla karşılanmaktadır (Hudziak ve ark, 1998). Bunun yanı sıra semptom listelerinin cinsiyete özgü olması gerektiği ama toplumsal, akademik ve davranışsal alanlardaki bozulmanın cinsiyetler arası fark olmadan, aynı tanı ölçütü ile değerlendirilmesinin gerektiğini söyleyen araştırmacılar da vardır (Arnold, 1996).

#### **2.4. DEHB'nin Neden Olduğu Bozulmalar ve Cinsiyet Faktörü**

DEHB tanısının konmasında sadece semptomlara bakılması yetersizdir. DSM-IV en az iki ayrı ortamda anlamlı düzeyde bozulma şartı arar. Ancak yakın zamanda yapılan bazı çalışmalar DEHB olan çocuklarda semptom ile bozulma arasında şaşırtıcı olarak daha zayıf bir bağlantı olduğunu bildirmektedir (Gordon ve ark, 2005). Diğer taraftan araştırmacılar anlamlı düzeyde işlevsellikte bozulmaları olan çocukların her zaman kategorik tanı ölçütlerini karşılaşamadığını ama bu çocukların tedavi arayışı içine girdiklerini bildirmektedir (Angold ve ark, 1999). İşlevsellikte bozulmanın olduğu alanlardaki cinsiyet farkları ile ilgili tutarsız sonuçlar olsa da kliniğe başvuran grupta hem erkek hem de kız çocuklarda işlevsellikte bozulma en çok olacaktır. Daha eski toplum temelli çalışmalarda DEHB tanılı erkeklerin işlevselliğindeki bozulmanın kızlara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir. Kliniğe başvuran kızlarda ise dikkat eksikliği semptomları ve tüm IQ puanlarındaki bozulma erkeklere göre daha ağır iken toplumsal, akademik ve davranışsal alanlardaki işlevsellikteki bozulmalarının benzer olduğu bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002).

#### **2.4.1. Akademik ortamdaki bozulmalar**

DEHB tanılı kız çocukların olmayanlara göre akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, okul başarılarının daha düşük olduğu ve daha fazla olasılıkla sınıf tekrarı yapmış oldukları bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1999). Bunun yanı sıra akademik başarının olmasının kızlarda DEHB tanısını dışlatmayacağı da bildirilmektedir (Hudziak ve ark, 1998).

Öğretmenler DEHB tanısı olan erkek çocuklar için dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ölçeklerinde kızlara göre daha fazla bozulma bildirmektedirler. Bu yüzden DEHB tanısının koyulmasında öğretmenlerin bir bilgi kaynağı olarak önemi düşünüldüğünde kızlarda yine tanının daha az koyulma riskiyle karşı karşıya kalınmaktadır. DEHB semptomları ile işlevsellikteki bozulma arasındaki ilişkiye bakıldığında; dikkat eksikliği ile okul işlevselliğindeki bozulma arasındaki ilişkinin en güçlü olduğu bildirilmektedir (Gordon ve ark, 2005). DEHB-DE alt tipin kızlar arasında en sık olduğu göz önüne alındığında; bu alt tipe atfedilen akademik başarıdaki bozulma; araştırmalarda kız sayısının az olmasının doğurduğu olası yanlış negatif sonuçlar nedeniyle yeterince anlaşılammıştır (Arnold, 2006).

#### **2.4.2. Davranışlarda ve öz güvende bozulma**

DEHB tanılı kız çocukların olmayanlara göre daha fazla duygudurum, anksiyete ve davranım bozukluğu ile ilişkili semptomlar sergiledikleri bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1999). DEHB olan erkek çocuklarla karşılaştırıldığında ise yıkıcı davranışlar, saldırganlık ve hiperaktivite semptomlarının ağırlığının daha hafif olduğu ve kızlarda davranım bozukluğu ve karşıt olma ve karşıt gelme bozukluğunun sıklığının erkeklerde görülenin yarısı kadar olduğu bildirilmektedir. (Gaub ve Carlson, 1997; Greene ve ark, 2001; Gershon, 2002).

DEHB tanısı olan kız ve erkek çocukların olmayan akranlarına göre daha düşük öz güven sergiledikleri ama kendini koruyucu bir gayret olarak

performanslarını ve yeterlilik düzeylerini olduğundan fazla tahmin ettikleri bildirilmektedir (Hoza ve ark, 2004).

#### **2.4.3. Toplumsal alandaki bozulma**

Cinsiyet ve eş tanıdan bağımsız olarak DEHB'de kişiler arası ilişki sorunlarının bulunduğu ve çocuğun akran etkileşiminin değerlendirilmesinin önemli bir gösterge olduğu bildirilmektedir (Greene ve ark, 2001). Thurber ve arkadaşları DEHB tanılı kızlarda ilişkisel çatışma örneklerinin sunulduğu hikayelere açık uçlu yanıtları değerlendirerek bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada kontrol grubundakiler daha çok ilişkiyi koruyan tepkiler vermişlerdir. DEHB tanılı kızlar ise kontrollerle göre daha saldırgan ve olumsuz tepkiler vermişler, akranlarından daha çok olumsuz tepkiler beklediklerini ve akranlarının da daha olumsuz tepkiler vereceklerini bildirmişlerdir. Bu çalışma sonuçlarını yazarlar yorumlarken kızların toplumsal konularında daha çok kendilerini kurban olarak algıladıklarını ve çatışma beklenen durumlarda bir savunma şekli olarak akranlarına tepkisel olarak saldırgan davranışlar sergiledikleri sonucuna varmışlardır (Thurber ve ark, 2002).

Toplumsal ilişkilerdeki bozulma en sık DEHB-B alt tipte bildirilmiştir. DEHB-DE alt tip tanısı olan kızların, bileşik alt tip tanılı olanlarla karşılaştırıldığında toplumsal olarak daha izole oldukları ama akranları tarafından daha az reddedildikleri bildirilmektedir (Hinshaw, 2002)

DEHB tanısı olan kız ve erkek çocukların toplumsal işlevselliklerinin bir ölçekle (*Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents*) değerlendirildiği bir çalışmada bir istisna hariç kız ve erkek çocuklar arasında bir fark görülmemiştir. Kızların erkeklere göre bu ölçeğin okul davranışı alt ölçeğinde daha az bozulma gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca beklendiği gibi eş tanı olan kızlarda toplumsal işlevsellikte bozulma daha fazla bulunmuştur (Greene ve ark, 2001). Bu yüzden DEHB'si olan kız çocuklarının

okul ortamında daha az tanınma riskini ortaya çıkmaktadır (Staller ve Farone, 2006).

#### **2.4.4. Zeka ve yürütücü işlevlerdeki bozulma**

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC-R) DEHB tanısı koydurmamayan ama DEHB düşünülen çocuklarda çeşitli nedenlerle kullanılabilen bir değerlendirme aracıdır. DEHB tanısı olan çocukların sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında performans zeka puanlarının sözel zeka puanlarından daha düşük olduğunu bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda WISC-R'dan elde edilen profilin DEHB ile ilişkili olduğu; bazı çalışmalarda ise, WISC-R profilinin DEHB'yi ayırt etmede yeterli olmadığının bulunduğu bildirilmektedir (Faraone ve ark, 1993; Mahone ve ark, 2003; Naglieri ve ark, 2005).

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında DEHB olan kızlar istatistiksel olarak daha düşük akademik başarı ve IQ gösterdikleri bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 1999; Gershon 2002). DEHB olan kız çocukların sözel, performans ve tüm IQ puanlarında erkeklere göre daha düşük puanlar aldıkları bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 2002; Gershon, 2002). DEHB olan erkek çocuklarla karşılaştırıldığında ise kızlarda zekada bozulmanın daha belirgin olduğunu destekleyen bulgular olsa da bu bulgu sadece klinik örneklemelerde geçerlidir. Bu alanda daha kesin yargıya varmak için klinik dışı DEHB örneklemelerinde zeka değerlendirmesini inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır (Gaub ve Carlson, 1997).

Son zamanlarda yapılan bir çalışmada kliniğe başvuran DEHB'li çocuklarda cinsiyetin etkilerini inceleyen bir araştırmada DEHB'li kızların erkeklere göre daha düşük IQ'ya sahip oldukları bildirilmiştir. Ama kızların okuma ve matematikteki başarılarının daha iyi olması ve öğrenme bozukluklarının daha az görülmesi nedeniyle klinik bir anlamı bulunamamıştır (Biederman ve ark, 2002).

DEHB tanısı olan çocuklarda yapılan nöropsikolojik testlerde yürütücü işlevler olarak bilinen uyanıklık, motor yanıtın durdurulması, planlama, organizasyon, öğrenme ve sözel bilginin hatırlanması gibi işlevlerde bozulma bildirilmektedir (Seidman ve ark, 2005). Bazı çalışmalar yürütücü işlevlerdeki bozulmayı dikkat eksikliği ile ilişkilendirirken, bazıları da altta yatan zayıf inhibitör kontrolle ilişkilendirmektedir (Barkley ve ark, 1997; Chabildas ve ark, 2001).

Literatürde DEHB tanısı olan kızlarda bilişsel işlevlerle yapılan çalışma sayısı oldukça azdır. Seidman ve arkadaşları 6-17 yaşları arasındaki DEHB olan 43 kız ve olmayan 36 kız kontrol ile yaptıkları çalışmada, DEHB'li kızların WISC-R'in bazı alt test puanlarında ve aritmetik ve okuma başarı puanlarında daha fazla bozulma olduğu ama istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı bildirilmiştir. Erkeklerde elde edilen eski bulgularla karşılaştırıldığında DEHB tanısı olan kızlarda daha hafif derecede bilişsel bozulma olduğu düşünülmektedir (Seidman ve ark, 1997). Bu çalışmadaki kısıtlılık olarak bildirilen DEHB'li kızların çoğunun (%84) stimulan tedavisi alıyor olmalarının yürütücü işlevlerde iyileştirici etkileri olabileceği ve bu yüzden yürütücü işlevlerdeki bozulmanın kontrol grubundan istatistiksel olarak farklı bulunmamasını etkileyebileceği bildirilmiştir. 6-13 yaşları arasındaki, 32 DEHB tanılı ve ilaç tedavisi almayan kız çocukla yakın zamanda yapılan başka bir çalışmada ise erkeklere benzer düzeyde yürütücü işlevlerde bozukluk bildirilmiştir (Castellanos ve ark, 2000).

## **2.5. Psikiyatrik Eş Tanılar**

Eş tanının ne olduğunun bilinmesi önemlidir. Çünkü eş tanının bilinmesi bozukluğa neden olan faktörleri belirlemede ve bozukluk ile ilgili durumun netleşmesinde, tedavi programının seçiminde klinisyene yardımcı olmakta, bozukluğun gidişinin belirlenmesinde ve sınıflandırma çalışmalarında yol gösterici olmaktadır. DEHB'de eş tanıya göre (diğer yıkıcı davranış

bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozuklukları) farklı tedavi cevabı sergiledikleri bildirilmektedir (Jensen ve ark, 2001).

DEHB'ye eşlik eden başka bir bozukluk olduğunda, klinik görünüm ağırlaşır, kliniklere başvurma ve tedavi alma oranları artar (Berkson biası da denir). Bu nedenle klinik örnekleme yapılan çalışmalarda eşlik eden bozukluk oranları daha yüksek çıkabilmektedir. Ayrıca DEHB'de bir ya da daha fazla eş tanı olmasının cinsiyetten bağımsız olarak daha fazla toplumsal alanda bozulmaya neden olduğu bildirilmektedir (Greene ve ark, 2001).

DEHB'ye başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi olasılığı oldukça yüksektir. DEHB olan çocuklarda yaşam boyu davranım bozukluğu %25; karşıt olma karşı gelme bozukluğu %46; major depresyon %44; bipolar bozukluğu %22; anksiyete bozukluklarını %35 ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığını %3 olarak bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1998). Özgül öğrenme bozuklukları ise %10-90 arasında farklı oranlarda eş tanı olarak bildirilmektedir (Weiss ve Weiss; 2002a).

DEHB'de eş tanıların gelecekteki araştırmalarda ve DSM-V'deki uygulama alanları ile ilgili yapılan bir derleme yazısında eş tanıya göre farklı etyoloji, gidiş ve tedaviye yanıtın olabildiği bildirilmektedir. Aynı derlemede saldırgan alt tip ve anksiyöz alt tip olarak DEHB'nin iki farklı şekilde alt sınıfa ayrılabilceği bildirilmektedir. Davranım bozukluğunun eş tanısı olarak bulunduğu saldırgan alt tipte daha erken başlangıç görüldüğü ve erkek/kız cinsiyet oranının daha fazla olduğu; anksiyöz alt tipte ise dürtüsellik ve davranım bozukluğu belirtilerinin daha az görüldüğü bildirilmektedir (Jensen ve ark, 1997).

DEHB olan kızlarla erkekler eş tanı açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda birbirine zıt sonuçlar bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda eş tanı özelliklerinde cinsiyet farkları bulunmamıştır (Faraone ve ark, 2001). Eş tanıyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise tüm eş tanıların kız çocuklarda erkeklere göre daha ağır olduğu bildirilirken (Costello ve ark, 2003) bir kısmında ise davranım bozukluğunun daha az sıklıkta görüldüğü ve depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi içselleştirme bozukluklarının

kızlarda daha sık görüldüğünü bildirilmiştir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 2002; Gershon, 2002).

DEHB'de cinsiyet farklarını inceleyen bir meta analiz çalışmasında bazı cinsiyet farklarının başvuru şekline göre değiştiği bildirilmektedir. Toplum örnekleme grubunda DEHB olarak tanımlanan kızların erkeklere göre daha az dikkat eksikliği, daha az içselleştirme davranışı ve daha az akran saldırganlığı sergiledikleri ancak kliniğe başvuran gruptaki DEHB'li kız ve erkek çocukların bu alanlarda işlevsellikte bozulma derecelerinin birbirine benzer olduğu bildirilmektedir. Bu yüzden uzmanlar kliniğe başvuran kızların erkekler kadar işlevselliklerinde bozulma sergiledikleri ama kliniğe tedavi için başvuran kızların DEHB tanısı olan tüm kızları değil, sadece DEHB'den en ağır etkilenmiş olanları temsil ettiği sonucuna varmaktadırlar (Gaub ve Carlson, 1997; Carlson ve ark, 1997).

Davranım bozukluğu bu zamana kadar DEHB'de en sık araştırılmış eş tanıdır. Yakın bir zamanda yapılan DEHB'deki davranım bozukluğu alt tipleriyle ilgili çalışmada, örtük (*covert*) davranım bozukluğu (gizli saklı kimseyle karşı karşıya kalınmadan yapılan davranışlar; yalan söyleme ile bir yeri soymanın farkı gibi) ile açık (*overt*) davranım bozukluğu (fiziksel şiddet gibi biriyle karşı karşıya kalınarak yapılan davranışlar) karşılaştırılmıştır. DEHB tanılı kız çocukların erkeklere göre daha fazla örtük semptomlar sergiledikleri bildirilmiştir (Monuteaux ve ark, 2004). Bu bulgu başka çalışmalarda da bildirilen kızlardaki saldırganlığın doğrudan fiziksel saldırganlıktan çok ilişkisel ve sözel saldırganlık şeklinde olduğu bulgularıyla desteklenmektedir. Gerçekte kızların erkeklerle karşılaştırıldığında daha az saldırgan olmadıkları sadece saldırganlığı farklı yollarla ifade ettikleri düşünülmektedir (Zalecki ve Hinshaw, 2004). Diğer yandan DSM-IV'e göre yıkıcı davranış bozuklukları (DEHB, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu) tanı ölçütlerinin geliştirilmesi ve geçerlilik çalışmaları çoğunlukla okul çağı erkek çocuk örneklemelerinde yapılmakta ve kullanılan ölçeklerde sadece açık saldırganlık semptomlarına odaklanılmaktadır. Bu nedenlerle kızlarda yıkıcı davranış bozukluklarının olduğundan daha az tanındığı bildirilmektedir. Örtük olan dışsallaştırma problemleri kızlarda

psikososyal işlevselliği bozsa dahi sıklıkla erişkinler tarafından hem açık dışsallaştırma problemleri kadar hızlı bir şekilde fark edilmemekte ayrıca daha az problemlili olarak kabul görmektedir (Ohan ve Johnston, 2005). Bu durumun kızlarda DEHB ve diğer yıkıcı davranış bozukluklarının daha az sıklıkta görülmesini ve kızların kliniğe daha az yönlendirilmesini açıklayabileceği bildirilmektedir (Staller ve Faraone, 2006).

DEHB tanısı olan kızlar, olmayan kızlarla karşılaştırıldığında daha fazla major depresyon tanısı alırlarken (Biederman ve ark, 1999); erkeklerle karşılaştırıldığında major depresyonun daha az sıklıkta görüldüğü gösterilmiştir. Yazarlar bu bulgunun ergenlik öncesi dönemde görülen depresyonun daha sık erkeklerde olduğu bilgisi ile uyumlu olduğunu ifade etmektedirler (Biederman ve ark, 2002). Uzmanlar özellikle kızlarda daha sık görülen DEHB-DE alt tipine depresyon ve anksiyete bozukluğunun daha sık eşlik ettiğini; bu çocukların daha çok sosyal yönden çekingen olduklarını bildirmektedir. Genelde bu içselleştirme bozuklukların daha kolay tanınabilirken; altta yatan DE belirtilerinin atlanabildiği bildirilmektedir (Quinn, 2005). DEHB olan kız ergenlerde yapılan çalışmalar, genelde kızların henüz DEHB tanısı almadan önce erkeklere göre depresyon nedeniyle daha sık tedavi aldıklarını göstermektedir. Harris International tarafından 2002'de yapılan çalışmada; DEHB'si olan kız ergenlerin DEHB tedavisinden önce %14'nün antidepresan tedavisi alırken; erkeklerin sadece %5'inin antidepresan tedavisi aldığı bildirilmiştir (Quinn, 2005).

## **2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Gidişi**

DEHB'nin klinik gidişini incelemek için Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinde DEHB'li çocukların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı 2, 4, 8 ve 12 yıl gibi belli aralıklarla değerlendirildikleri uzun süreli izlem çalışmaları yapılmıştır (Hechtman 1994). Bu araştırmaların sonuçlarında DEHB olan çocukların %80'nin ergenlik dönemlerinde de DEHB

belirtilerini göstermeye devam ettikleri; bu çocukların %30-65'nin erişkinlikte de DEHB belirtilerini taşıdıkları bildirilmiştir (Weiss ve Weiss 2002a).

DEHB olan çocukların ileriki yaşlarda başka psikiyatrik sorunlarının olma olasılığının, sağlıklı kontrollere göre çok daha yüksek olduğu da bildirilmektedir. Örneğin DEHB olan çocukların yaklaşık üçte birlik kısmında ileriki yaşlarda, alkol madde kullanım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, depresyon ve anksiyete bozuklukları görüldüğü bildirilmektedir (Hechtman 1994; Biederman ve ark, 2006).

Genel olarak DEHB ile madde kullanım bozukluklarının birlikte görülme olasılığı çok daha sıktır. DEHB'nin stimulanlarla tedavisinin ileriki yaşlarda madde kötüye kullanım riskini artırmadığı hatta azalttığı bildirilmektedir (Wilens ve ark, 2002; Barkley ve ark, 2003). Cinsiyete özgü veriler gözden geçirildiğinde; DEHB olan kızların normal kontrollere göre daha fazla madde kullanımı riski taşıdıkları görülmektedir (Disney ve ark, 1999). DEHB olan kızlarda ergenlikte madde kullanımı açısından risk olduğu bilinen davranım bozukluğu eş tanısı daha az sıklıkta görüle bile DEHB ile madde kullanımı arasındaki ilişki kızlarda erkeklerden daha güçlüdür (Disney ve ark, 1999; Biederman ve ark, 2002). Bu açıdan DEHB tanılı kızların madde kullanımını önleme çalışmalarında göz ardı edilmemesi gereken riskli bir grup olduğu vurgulanmaktadır (Gaub ve Carlson, 1997).

Yine DEHB olan çocukların daha fazla eğitim sorunları yaşadıkları bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada DEHB olan çocukların yaklaşık %60'nın sınıf tekrarı, okuldan uzaklaştırılma veya atılma gibi problemler yaşadıkları bildirilmektedir. Yine DEHB olan çocukların ileriki yıllarda daha fazla yasal sorun yaşadıkları; ergenlik ve gençlik dönemlerinde daha fazla trafik kazalarına yol açtıkları ve daha fazla trafik suçu yaşadıkları bildirilmektedir (Weiss ve Weiss 2002a).

DEHB'de yaşa bağlı olarak ortaya çıkan cinsiyete özgü farklar yaşla birlikte bozukluğun sıklığında görülen değişimine de yansımaktadır. Uzunlamasına bir çalışmada 10 ile 20 yaşları arasındaki erkeklerde DEHB sıklığı yılda yaklaşık %20 azalırken, kızlardaki sıklığın aynı yaşlar arasında görece olarak sabit kaldığı bildirilmiştir (Cohen ve ark, 1993).

## 2.7. Etiyoloji

DEHB'nin ortaya çıkma nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide, pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi bir çok biyopsikososyal nedenin birlikte rol aldığı düşünülmektedir.

### 2.7.1. Genetik faktörler

DEHB etiyojisinde genetik etkenlerin rolünün araştırıldığı çalışmalar aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile moleküler genetik çalışmalardır.

Aile çalışmalarında sıklık oranları kesin olmayan geriye dönük öz bildirimler olması, bildirilenleri doğrulayan başka bir bilgi kaynağının olmayışı gibi nedenlerden etkilenmektedir. Bu kısıtlılıklara rağmen aile çalışmaları göstermektedir ki; DEHB psikiyatrik bozukluklar arasında, cinsiyetten bağımsız olarak yaklaşık %80 gibi yüksek bir oranda kalıtsallık gösteren bir bozukluktur (Faraone ve ark, 2001; .Faraone ve ark, 2005). DEHB olgularının birinci ve ikinci derece akrabaları ile kardeşleri arasında daha fazla oranda DEHB görülmektedir (Faraone ve ark, 1994). DEHB bozukluğu olan çocukların babalarında DEHB için görece riskin 1.9 ile 8 kat; annelerinde 2.1 ile 7.6 kat; kardeşlerinde ise 2 ile 3 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1990; 1992; Schacar ve Wachsmuth, 1990). DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında DEHB görülme riski %10-35 arasında değişmektedir. DEHB tanılı olguların kardeşlerinde DEHB görülme riski yaklaşık %32 olarak bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1990; 1992; Faraone ve ark, 1993). Ebeveynlerde DEHB varsa çocuklarında DEHB görülme riskinin ise %57 olduğu bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1995).

İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizleri arasında konkordansın %50-80, çift yumurta ikizleri arasında ise %33 olduğu bildirilmektedir (Bradley ve ark, 2001). Tüm bu bulgular DEHB'nin etiyojisinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Evlat edinme çalışmalarının sonuçları da DEHB'si olma evlat edinilmiş çocukların biyolojik olmayan ebeveynleri

arasında DEHB sıklığının, evlat edinilmemiş DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynleri arasında olduğundan daha düşük bulunduğunu ortaya koymaktadır (Sprich ve ark, 2000).

DEHB'nin ya da eş tanıların ailesel geçiş riski cinsiyete göre değişmiyor gibi görünmektedir (Faraone ve ark, 2000; 2001). Ancak DEHB-DE alt tipinin diğerlerine göre farklı kalıtılabildiğiyle ilgili kanıtlar mevcuttur. Yakın zamanda yapılan bir ikiz DEHB çalışmasında; dikkat eksikliğinin aktivite ve dürtüsellik düzeyinden bağımsız bir şekilde kalıtılırken, DEHB'de hiperaktivite ve dürtüsellik dikkat eksikliği ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Willcutt ve ark, 2000). Bu bulgu gelecekte yapılacak başka çalışmalarla da doğrulanırsa, kızlarda daha sık görülen dikkat eksikliği önde gelen alt tipi ile ilgili daha çok bilgi sahibi olmamıza olanak sağlanacaktır.

DEHB ile ilgili moleküler genetik çalışmalarda, her ne kadar küçük örneklem büyüklükleri, karışık sonuçlar ve farklı tekniklerin kullanılması gibi nedenlerle yavaş ilerleme kaydedilse de etiolojide rolü olan bazı genlerin üzerinde durulmaktadır. Bunlar D4 dopamin reseptör geni (DRD4), D2 dopamin reseptör geni, dopamin taşıyıcı geni (DAT) ve dopamin- $\beta$  hidroksilaz genidir. Pek çok güncel çalışmada, DEHB'nin ortaya çıkmasında DAT1 ve DRD4 genlerinin yüksek derecede ilişkili olduğu bildirilmiştir. DAT1, metilfenidatin etkisini gösterdiği protein bölgesidir. HTR1B (serotonin 1B reseptörü) ve SLC6A4 (bir serotonin taşıyıcısı) gibi serotonin sistemine ait genlerin de bozukluğun ortaya çıkışında rolü olduğunu destekleyen çalışmalar vardır (Faraone ve ark, 2005).

### **2.7.2. Çevresel faktörler**

DEHB olgularının %80'ininde genetik faktörler sorumlu olsa da az ama önemli bir kısmından da sonradan edinilmiş faktörler sorumlu tutulmaktadır. Perinatal dönemde maruz kalınan toksik, metabolik ve dolaşımla ilgili nedenler beyin gelişimini etkileyerek DEHB'nin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Milberger ve ark, 1997). Gebelikte sigara içilmesi,

fenilketonüri gibi metabolik bozukluklar da DEHB'ye neden olabilmektedir (Milberger ve ark, 1996; Kotimaa ve ark, 2003). Perinatal anoksiye neden olan komplikasyonlar, kafa travması, menenjit, kurşuna maruz kalma ve demir eksikliği de DEHB'nin etiyolojisinde rolü olduğu düşünölen faktörler olarak bildirilmektedir (Konofal ve ark, 2004; Max ve ark, 1998)

Diyetin davranış sorunlarının başlaması ya da artmasında rolünün olup olmadığı tartışmalıdır. Diyetin davranışları etkilediğini destekleyen çalışmalar sekerin rolü, dondurulmuş ya da yapay gıdalar ve allerjik gıdalara dikkat çekmektedir. Boya maddeleri ve koruyucular gibi gıda katkı maddelerinin, şekerlerin ya da kurşunun bu bozukluğa neden olabileceği öne sürölmesine karşın yapılmış sistematik ve kontrollü araştırmalar bu iddiaları desteklememişlerdir (Castellanos ve Rapaport, 1992; Cantwell 1996).

### **2.7.3. Psikososyal faktörler**

DEHB etiyolojisinde biyolojik faktörlerin temel bir rol oynadığı bilindiğinden; psikososyal faktörlerin daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı artırıcı rolünden söz edilebilir. Günümüze kadar ebeveyn-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişindeki çeşitli bozuklukların, DEHB etiyolojisinde rol oynadığı öne sürölmüştür. Ancak yapılan çok sayıda çalışmanın sonucunda, bu faktörlerin DEHB'nin etiyolojisinde birincil neden olmadıkları; ancak DEHB'ye sıkça eşlik eden KOKGB ve davranım bozukluğu etiyolojisinde çok önemli bir role sahip oldukları bildirilmektedir (Cantwell 1996)

### **2.7.4. Nörotransmitterler**

Dopaminin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin (NA) dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir (Stahl 2000). DEHB etiyolojisinde bugüne kadar en fazla üzerinde durulan nörotransmitterler dopamin ve noradrenalindir. Ancak

süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir. DA motor ve limbik işlevlerin düzenlenmesinde rol alan nörotransmitterdir. Dopamin sisteminin etkilenmesi bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır. Mezo-limbo-kortikal dopamin sistemindeki bozukluk davranışsal, dikkat ve dürtüsellekle; nigro-striatal dopamin sisteminde bozukluk ise yürütücü işlevler ve motor kontrol alanlarındaki belirtiler ile ilişkili bulunmuştur.

DEHB olan bireylerin, beyindeki DA ve NA düzeylerini arttıran santral sinir sistemi uyarıcılarına (metilfenidat, d-amfetamin, pemolin) ve antidepresanlara verdiği olumlu yanıt katekolamin metabolizmasındaki bozukluğu destekler gibi görünmektedir. Uyarıcılar katekolamin salınımını artırır ve geri alınmasını azaltır. Trisiklik antidepresan ilaçlar ve monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri de hiperaktiviteyi azaltır.

Andersen ve arkadaşları striatum ve nukleus akumbensteki dopamin reseptör gelişimindeki farkları inceledikleri hayvan çalışmasında; erkek ratların striatum ve nukleus akumbensteki D1 reseptörlerinde erişkinlikteki reseptör yoğunlukları benzer olmasına rağmen daha fazla üretim ve budanma sergilediklerini bildirmektedir. Yazarlar bu çalışmanın sonuçlarını insanlar açısından yorumladıklarında üç sonuca ulaştıklarını bildirmektedir. Birincisi; ergenlik öncesinde erkeklerdeki striatumdaki ve akumbensteki dopamin reseptör aşırı üretilmesi erkeklerde DEHB'nin daha sık görülme nedenini açıklayabilir. Çünkü striatal dopaminerjik artış hiperaktiviteyi ortaya çıkartmaktadır. İkincisi; ergenlikten sonraki dopamin reseptörlerindeki aşırı budanma erkeklerde bu dönemdeki DEHB semptomlarında görülen hafiflemeyi açıklayabilir. Üçüncüsü; dişilerdeki striatal reseptör yoğunluğundaki azalmanın daha yavaş olması DEHB semptomlarının etkilenen kızlarda ergenlikten sonra daha sık devam etmesini de açıklamaya yardım edebilir (Andersen ve ark, 1997).

Sonuçta DEHB semptomlarının zamana bağlı doğal gidişi; yukarıda ifade edilen aşırı üretim ve budanma dönemlerine paralel seyretmektedir. DEHB gelişimsel olarak bakıldığında 7 yaştan önce başlar, çocukluk çağında tepe yapar ve ergenlikten erişkinliğe geçişte yaklaşık %30 remisyona uğrar.

Erkeklerde 2-9 kat daha az görülen DEHB'li kızlarda bozukluğun ağırlığı ve gidişi farklı seyredebilmektedir (Andersen ve Teicher 2000).

### **2.7.5. Nöroanatomi ve cinsiyet faktörü**

Bu alanda bir çok görüşün olmasına rağmen en kabul edilen görüş; dikkat, impulsivite ve hiperaktivite problemlerinin frontokortikal ve subkortikal sistemlerde, özellikle prefrontal ve bazal gangliyon bölgelerinde bir takım anormallikler ile ilişki göstermesi şeklindedir. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI), Bilgisayarlı Tomografi (BT) Fonksiyonel MRI (fMRI), Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) gibi beyin görüntüleme yöntemlerinin gelişimiyle DEHB ile ilişkili olabilecek bazı spesifik bölgeler tanımlanmaya başlamıştır. Görüntüleme çalışmalarından elde edilen bazı veriler, iyonize radyasyonun kullanıldığı yöntemlerin etik açıdan normal olan çocuk ve ergen kontrollere uygulama zorlukları nedeniyle erişkinlerde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir.

Nörogörüntüleme çalışmaları özellikle prefrontal alan olmak üzere frontal lobun büyüklüğünün ve aktivitesinin düştüğünü öne sürmektedir. Ayrıca korpus kallosumun ve serebellumun küçük olduğu ve anterior singulatın aktivitesinin düşük olduğu birçok kez gösterilmiştir. Striatal alanda aktivitede azalma gösterilmiştir. Globus pallidus ve kaudat nükleusun küçük ve aktivitelerinin azalmış olduğu bildirilmektedir. Substriatal yapılardaki azalmış aktivite de gösterilmiştir (Castellanos ve ark, 1997)

DEHB ile ilgili yapılan nörogörüntüleme çalışmalarının gözden geçirildiği bir derlemede 21 çalışmanın 7'sinin sadece erkeklerde yapıldığı ve diğer çalışmaların ise örneklemelerinde daha çok erkeklerin olması nedeniyle (toplam erkek/kız: 308/79) sonuçların bir cinsiyet farkı ortaya koyacak yeterlilikte olmadığı bildirilmiştir (Castellanos ve ark, 1997).

DEHB olan ergenlerde yapılan beyin glukoz metabolizmasını inceleyen iki çalışmada DEHB olan erkekler (n=15) kontrollere (n=13) göre

arasında fark bulunmazken; DEHB olan kızların (n=5) kontrol kızlara (n=6) göre toplam beyin göre glukoz metabolizmasının %15 daha az olduğu bildirilmiştir (Ernst ve ark, 1994; Zemetkin ve ark, 1993). Bu çalışmalarda elde edilen bulguları tekrarlamak için daha geniş ergen kız örnekleminde (DEHB olan kız/kontrol grubu kız:10/11) beyin glukoz metabolizmasını inceleyen çalışmada ise bu fark gösterilememiştir (Ernst ve ark, 1997).

## **2.8. Tanı ve Ayırıcı Tanı**

DEHB'nin erken tanınması cinsiyetten bağımsız olarak önemli bir konudur. Çünkü birincisi, DEHB semptomları çocukta ortaya çıktığı zaman ebeveyn stresi ve aile zorlanması da yaygın olarak görülmektedir. İkincisi, bozukluk akademik ve toplumsal zorluklara neden olmaktadır. Üçüncüsü, yaş arttıkça psikiyatrik ve sosyal alanlarda problemler görülebilmektedir (Eğitim hayatında başarısızlık, ilişki problemleri, davranış problemleri, depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kötüye kullanımı gibi).

Erkeklerde hiperaktivite ve dürtüsellik davranışlarının daha ağır ve daha dikkat çekici olması ve kızlarda daha fazla olasılıkla DEHB-DE alt tipinin görülmesi nedeniyle gelişimsel olarak kız DEHB'lerin erken tanınması zor hale gelmektedir. Aile, çocuk ve öğretmenden ayrıntılı ve dikkatli öykü alma, her bilgi kaynağından davranış değerlendirme ölçekleri ile bilgi toplama, DEHB semptomlarını netleştirmek ve eş tanıları araştırmak gerekir. DEHB'nin görünümünü güçleştiren eşlik eden tanılar ve ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken durumlar da gözönünde tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken durumlar Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3. DEHB ayırıcı tanıları**

<p><b>Organik Bozukluklar:</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"><li>• Duyusal bozukluklar (özellikle işitme ve görme sorunları)</li><li>• İlaç etkisi (özellikle antihistaminikler, beta agonistler, fenobarbital)</li><li>• Nöbetler</li><li>• Tiroid işlev bozuklukları</li><li>• Öğrenme bozuklukları</li><li>• Mental retardasyon</li><li>• Yaygın gelişimsel bozukluk</li><li>• Frontal lob abseleri, tümörler</li><li>• Madde kötüye kullanımı</li></ul>
<p><b>İşlevsel Bozukluklar:</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"><li>• Karşıt olma karşı gelme bozukluğu</li><li>• Davranım bozukluğu</li><li>• Duygudurum bozuklukları</li><li>• Anksiyete bozuklukları</li><li>• Uyum bozukluğu</li><li>• Tik bozuklukları</li><li>• Kişilik bozuklukları</li></ul>
<p><b>Gelişimsel Durumlar, Bozukluklar:</b></p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yaşa uygun aşırı hareketlilik</li><li>• Durumsal, çevresel ve aile ile ilgili sorunlar</li><li>• Uygun olmayan okul-sınıf seçimi (örn: öğrenme güçlüğü ya da gelişimsel gecikmesi olan çocukların yeterli destek alamadıkları eğitim ortamları içinde olmaları)</li><li>• Ebveyinin tıbbi ya da psikiyatrik hastalığı ya da yokluğu</li><li>• Kaotik aile ortamları, etkisiz ya da uygunsuz disiplin</li><li>• Kötüye kullanım ve/veya ihmal</li></ul>

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Katılımcıların Seçimi**

##### **3.1.1. DEHB grubunun seçimi**

Çalışmanın yapıldığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniği İstanbul'un Anadolu yakasında çocuk ruh sağlığı hizmetleri veren ana başvuru merkezlerinden biridir.

Çalışmanın etik kurul onayı, 25.01.2008 tarih ve MAR-YÇ-2007-0277 protokol no ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek-10).

DEHB grubu Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurmuş ve Ocak 2007-Şubat 2008 arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı ile takip edilmekte olan kız hastalar içinden rastgele örnekleme ile seçildi. Çalışmaya davet edilen çocukların ailelerine çalışmayla ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini gösteren yazılı onamları alındı. Ebeveyninin çalışmaya katılmayı kabul ettiği; 6-14 yaş (ort. 10,3±1,79) arası toplam 70 kız hasta DEHB grubunu oluşturdu.

Örnekleme grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

1. Evlat edinilmiş ya da çalışma sırasında çekirdek aileye ulaşılamayan durumlar
2. Major duysal veya motor engel (paralizi, körlük, sağırılık)
3. Epilepsi
4. Psikoz
5. Otizm spektrum bozukluğu
6. Tüm zeka bölümü puanınının 70'in altında olması ya da mental retardasyon saptanması

### **3.1.2. Kontrol grubunun seçimi**

6-14 yaş arasındaki katılımcılar Altunizade Hafize Özal İlköğretim Okulu'ndan okul numaralarına göre oluşturulmuş olan sınıf listelerinden, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler arasından rastgele örnekleme ile seçildi. Çalışmayı bu okulda yapmak için İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alındı (Ek-11).

Altunizade Hafize Özal İlköğretim Okulu, Marmara Üniversitesi Hastanesi'ne yakın olması ve DEHB grubuna benzer sosyodemorafik profil göstereceğinin öngörülmesi nedeniyle tercih edildi. Altunizade Hafize Özal İlköğretim Okulu'nda 11 sınıftan toplam 744 kız çocuk öğretmenler tarafından tarandı. DEHB grubundaki hastalar ile yaş açısından eşleştirilmiş çalışmaya katılmayı kabul eden 6-14 yaş (ort.10,6±1,84) arasında olan 60 kız çocuk kontrol grubunu oluşturdu.

#### **Kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri:**

- 1.Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
2. Öğretmeni tarafından dikkat problemleri, aşırı hareketliliği, öğrenme ve algılama zorluğu olmadığı belirlenen kız öğrenci

#### **Kontrol grubu için çalışmaya dışlama ölçütleri:**

1. Evlat edinilmiş ya da çalışma sırasında çekirdek aileye ulaşamayan durumlar
2. Major duysal veya motor engel(paralizi, körlük, sağırılık)
3. Epilepsi
4. Psikoz
5. Otizm spektrum bozukluğu
6. Öğretmeni tarafından dikkat problemleri, öğrenme ve algılama zorluğu olduğu belirlenen kız öğrenci

### 3.2.Yöntem

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine başvurmuş ve Ocak 2007-Şubat 2008 arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı ile takip edilmekte olan, dışlama ölçütlerini taşımayan ve ailesinin çalışmaya kabul ettiği 70 kız hasta çalışmaya katıldı. Kontrol grubu olarak Altunizade Hafize Özal İlköğretim Okulu'ndan yaş açısından eşleştirilmiş ve çalışmaya katılmayı ailesinin kabul ettiği 60 kız çocuk çalışmaya katıldı.

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri, araştırmacılar tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış *Sosyodemografik Bilgi Formu* kullanılarak elde edildi. DSM-IV'e göre Eksen 1 tanıları; araştırmacı tarafından tüm hastalarla, sağlıklı kontrol grubundaki çocuklarla ve bunların ebeveynleriyle yapılan yarı yapılandırılmış klinik görüşme yöntemi olan *Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)* görüşmesi yapılarak konuldu.

Ek olarak Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) tanısı araştırmacı tarafından, yarı yapılandırılmış çocuk ve ebeveyn görüşmesi ile DSM-IV tanı ölçütlerinin ve çocukta özgül öğrenme güçlüğü belirtilerinin varlığı değerlendirildi., ÖÖB tanısı ÇDŞG-ŞY-T görüşme formunda taranmadığından çocuğun okuma, yazı ve matematik becerileri değerlendirilerek, "ÖÖB ön tanısı" şeklinde değerlendirildi.

Araştırmacı tarafından her hasta için DEHB Genel Klinik Değerlendirme puanları hesaplandı.

Hasta ve kontrol grubundaki kız çocuk ve görüşmeye gelen ebeveyni ile görüşme ve değerlendirmeler tek oturumda yapıldı. Değerlendirme sonrasında uygun tedavi düzenlemeleri yapıldı.

### 3.3. Gereçler

#### 3.3.1. Sosyodemografik bilgi formu (Ek-1)

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri, araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı-yapılandırılmış form kullanılarak elde edildi. Elde edilen veriler üç başlık altında toplandı.

##### 3.3.1.1. DEHB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

Görüşme yapılan ebeveyn den çocuğun yaşı, okulu, kaçınıcı sınıfta olduğu, el tercihi, anne babasının evlilik durumu, kardeş sayısı, anne babanın eğitim durumu, çalışma durumları

##### 3.3.1.2. DEHB grubunun başvuru şekli ve klinik özellikleri

**Başvuru, takip ve tedavi ile ilgili sorular:** ilk başvuru yaşı, ilk başvuru yakınmasının DEHB belirtileriyle ilgili bir yakınma mı veya DEHB belirtileri dışında (duygusal sorun, davranışsal sorun, öğrenme problemi gibi), bir yakınma mı olduğu, kim tarafından yönlendirildiği, DEHB başlangıç yaşı ve ilk tanı yaşı, DEHB başlangıç yaşı ile ilk tanı arasında geçen süre, hangi ilaç tedavisini aldığı, derse özel (sadece matematik, fen gibi) kaynaştırma eğitim programında olup olmadığı ile ilgiliydi.

**Genel klinik değerlendirme puanı:** Görüşmeyi yapan araştırmacı tarafından, Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Genel Değerlendirme skalasına (Guy, 1976) göre, aileden alınan bilgi ve klinik gözleme dayanarak hem de görüşme anındaki bozukluğun şiddeti 1 ile 7 arasında, “normal”, “sınırdan”, “hafif”, “orta”, “belirgin”, “ağır”, “çok ağır” olarak belirlendi.

##### 3.3.1.3. DEHB ve kontrol grubunun tıbbi özgeçmişi ve psikiyatrik soygeçmişi

**Tıbbi özgeçmişle ilgili sorular:** anne ve babanın doğumdaki yaşı, gebelik boyunca sigara kullanımı (“yok”, “10’dan az”, “11-20 arası”, “21 ve daha fazla” olarak belirlendi. Analizde “10’dan az”, “11-20 arası”, “21 ve daha fazla”

grupları “var” olarak birleştirildi), gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan dönemde yaşanan sorun olup olmadığı (hipoksi, kuvez bakımı gerekliliği, yenidoğan dönemi sarılık gibi), bebekken bakım verenin kim olduğu, kaç ay anne sütü aldığı, tam konuşma, yürüme ve tuvalet eğitimi yaşı, hastalık, travma ve ameliyat öyküsü

**Psikiyatrik soygeçmişle ilgili sorular:** çocukla görüşmeye gelen ebeveynle yapılan klinik görüşme veya öykü alma ile anne, baba, kardeş ve diğer birinci derece akrabalarda DEHB (analiz sırasında “tanı yok ama belirti var”, ile “saptanmış tanı var” birleştirildi), davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, madde/alkol bağımlılığı, depresyon, tik, takıntı varlığı ve anne, baba ve kardeş ile diğer birinci derece akrabalarda DEHB dışı bir durum için psikiyatrik tedavi alan olup olmadığı değerlendirildi.

### **3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, KSADS- PL)**

ÇDŞG-ŞY-T Kauffman ve arkadaşları tarafından DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. ÇDŞG-ŞY-T'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gökler ve ark, 2004)

### **3.3.3. Conners anababa derecelendirme ölçeği (CADÖ) (Conners' Parent Rating Scale) (Ek-2)**

Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Dikkat Eksikliği Faktörü altında 5, Hiperaktivite Faktörü altında 4, karşıt olma karşıt gelme bozukluğunu tarayan 5, DB'yi tarayan 11 madde bulunmaktadır. CADÖ Türkçe uyarlama çalışması Dereboy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Ölçekte sorular ana babalar tarafından 4'lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. "Hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlanmaktadır.

#### **3.3.4. DSM-IV'e dayalı yıkıcı davranış bozukluklarını tarama ve değerlendirme ölçeği (Ek-3)**

DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak Atilla Turgay (1994) tarafından geliştirilen ölçek, dikkatsizliği sorgulayan 9 madde, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 madde, dürtüselliği sorgulayan 3 madde ve karşı olma bozukluğunu sorgulayan 8 madde ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır. Her madde için formu dolduran kişinin "yok", "biraz", "fazla", "çok fazla" şeklinde likert tipi bir skala üzerinden yanıtlanması istenmiştir. Sonra bu seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2" ve "3" olarak puanlanmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ercan ve ark, 2001). Bu çalışmada ölçek çocuğun hem ailesine hem de öğretmenine verilmiştir.

#### **3.3.5. Güçler ve güçlükler anketi (*The Strengths and Difficulties Questionnaire- SDQ*)**

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) Goodman (1997) tarafından 4-16 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin bazı olumlu yönleri ile duygusal ve davranış problemlerini sorgulama amacıyla geliştirilmiştir. 25 maddeli likert tipi anket, beş alt ölçekten oluşmaktadır. Bu çalışmada anketin ebeveyn ve öğretmen formu kullanılmıştır (Ek-4 ve Ek-9). GGA'nın Türkçe tercümesi ve ebeveyn formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından (Güvenir ve ark, 2004); GGA-Öğretmen formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eremsoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Eremsoy ve ark, 2006). Eremsoy ve arkadaşları GGA'nın orijinalinde olduğu gibi beş faktörden oluşmayıp, maddelerin dört faktöre yüklendiğini bildirmiştir. Bu dört faktör;

Davranış Problemleri ve Aşırı Hareketlilik, Sosyal Davranışlar, Duygusal Sorunlar ve Dikkat Eksikliğidir (Eremsoy ve ark, 2006).

### **3.3.6. Genel performans değerlendirme formu**

Araştırmacı tarafından, ailenin ve öğretmenin dolduracağı iki ayrı şekilde hazırlanmıştır. Formu dolduran kişiden her maddeyi likert tipi bir skala üzerinde yanıtlaması istendi.

Aile formunda (Ek-5) okul başarısı maddesini 0- ağır düzeyde başarısızlık, 1- orta düzeyde başarısızlık, 2- hafif düzeyde başarısızlık, 3- orta seviyede, 4- ortalamanın üstünde, 5- çok iyi olarak; yazma becerileri, okuma becerileri, matematik becerileri, kardeşleriyle ilişkisi, anne babasıyla ilişkileri, akranlarıyla ilişkileri, kuralları olan aktivitelere katılımı (oyun gibi) maddelerini ise 0- problemlili, 1- biraz problemlili, 2- orta seviyede, 3- ortalamanın üstünde, 4- çok iyi olarak puanlaması istendi. Öğretmen formunda (Ek-8) okuma becerileri, matematik becerileri, yazılı ifade becerileri (kompozisyon gibi), akranlarıyla ilişkisi, yönergelere uyması, sınıf düzenini etkileme, sınıf içi ödevlerini tamamlama, organizasyon becerileri ya da görev etkinliklerini düzenleme düzenleme becerileri maddelerini 0- problemlili, 1- biraz problemlili, 2- orta seviyede, 3- sınıf ortalamasının üstünde, 4- çok iyi olarak puanlaması istendi.

Analiz sırasında okul başarısı 0-2 arasındaki maddeler “başarısız”, 3 “orta seviyede”, 4-5 maddeler “başarılı” olarak, aile ve öğretmen formundaki diğer maddeler ise 0-1 “sorunlu” olarak, 2-4 maddeler “sorunlu değil” olarak birleştirildi.

### **3.3.7. Olumsuz yaşam olayları listesi (Ek-6)**

Yıkıcı davranış bozuklukları ile olumsuz yaşam olayları arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Tiet ve ark, 2001, Biederman ve ark, 2002).

Araştırmacı tarafından Tiet ve arkadaşlarının psikiyatrik bozukluklar ile spesifik bazı olumsuz yaşam olayları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmanın (Tiet ve ark, 2001) makalesinden yararlanarak çocuğun ve ailenin yaşamında önemli olabilecek olayların varlığını sorgulamak amacıyla olumsuz yaşam olayları listesi oluşturulmuştur. Listede çocuğun kendisine, okul ve arkadaş çevresine ve ailesine ait çeşitli olumsuz yaşam olayları yer almaktadır. Listeyi dolduran ebeveynlerden her olumsuz yaşam olayını yoksa “hayır”, varsa “evet” şeklinde yanıtlaması istenmiştir. Çalışmada “evet” olarak yanıtlanan olumsuz yaşam olaylarının toplam sayısı verilmiştir.

### **3.3.8. Connors öğretmen derecelendirme ölçeği (CÖDÖ) (Connors Teacher Rating Scale) (Ek-7)**

CÖDÖ, öğrencilerin sınıf içi davranışlarının öğretmenleri tarafından derecelendirilmesi amacı ile Connors tarafından (1969) geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk formu 39 madde içerirken, daha sonra geliştirilen kısa formu (1973) ise 28 madde içermektedir. 28 maddelik formun kullanılarak CÖDÖ'nün Türkçe uyarlama çalışmaları 1995, 1997 ve 2007 yıllarında yapılmıştır (Şener ve ark, 1995; Dereboy ve ark, 1997; Dereboy ve ark, 2007). CÖDÖ'nün “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarını” taramak amacıyla kullanılabileceği belirtilmiştir (Dereboy ve ark. 1997). Ölçekten alınan yüksek puanlar yıkıcı bozukluklara özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir.

CÖDÖ'de sorular öğretmenler tarafından 4'lü likert skalası üzerinde doldurulmaktadır. “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırasıyla; “0”, “1”, “2” ve “3” olarak puanlanmaktadır.

### **3.3.9. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-Gözden geçirilmiş formu (WISC-R)**

Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (*Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC*) Wechsler (1949) tarafından çocukların mental kapasitelerinin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiş ve revize edilerek WISC-R adını almıştır. Ölçek, 6–16 yaş grubuna uygulanmaktadır.

Ülkemizde, Savaşır ve Şahin (1995) tarafından standardizasyon çalışmaları yapılan WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır. Bu çalışmada WISC-R uzman psikologlar tarafından yapılmıştır. WISC-R bilgisine ulaşılabilen hastaların Sözel Zeka Bölümü, Performans Zeka Bölümü ve Tüm Test Zeka Bölümü puanları değerlendirmeye alındı.

### **3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (SPSS for Windows, 11.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Sayımsal verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında t- testi kullanıldı. Pearson  $\chi^2$  testinde iki ve dört gözlü tablolarda beklenen değer 5'in altında olduğu durumlarda fisher-p değeri kullanıldı. Sayım verilerinin yüzde değeri alındı. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

70 DEHB olan kız hasta ve 60 sağlıklı kız kontrol grubu sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 4). Kontrol grubunun anne babasının mezuniyet durumunun DEHB grubuna daha yüksek olması ( $p<0,01$ ) dışında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sol el tercihi DEHB grubunda daha fazla olsa da iki grup arasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır (fisher  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.** Sosyodemografik veriler ve el tercihi.

	<b>DEHB (n=70) ort±ss</b>	<b>Kontrol (n=60) ort±ss</b>	<b>İstatistik</b>
Yaş ortalaması	10,3±1,79	10,6±1,84	$p>0,05$
Ergen sayısı ( $\geq 12$ yaş)	11 (15,7)	17 (28,3)	$p>0,05$
Kardeş sayısı	1,1±1,01	1,3±1,22	$p>0,05$
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	
İlk/tek çocuk	40 (57,1)	33 (55)	$p>0,05$
<b>Anne baba medeni durum</b>			
Boşanmış/ayrı	7 (10)	3 (5)	$p>0,05$
Berber	63 (90)	57 (95)	$p>0,05$
<b>Anne mezuniyet</b>			
lise veya üniversite	35 (50)	50 (83,3)	$p<0,001$
<b>Baba mezuniyet</b>			
lise veya üniversite	35 (50)	53 (88,3)	$p<0,001$
<b>Anne çalışma durumu</b>			
Emekli/Çalışıyor	32 (45,7)	26 (43,3)	$p>0,05$
<b>Baba çalışma durumu</b>			
Emekli/Çalışıyor	68 (97,1)	59 (98,3)	$p>0,05$
Sol el tercihi	7 (10)	1 (1,7)	fisher $p>0,05$

## 4.2. Tıbbi Özgeçmiş

DEHB ve kontrol grubu anne ve babanın doğumdaki yaşı, gebelik boyunca sigara kullanımı (analiz için “10’dan az”, “11-20 arası”, “21 ve daha fazla” grupları “var” olarak birleştirildi), gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde yaşanan sorun olup olmadığı (hipoksi, kuvez bakımı gerekliliği, yenidoğan dönemi sarılık gibi), kaç ay anne sütü aldığı, gelişim basamakları (tam konuşma yaşı 2 kelimeli cümle kurma olarak belirlendi, yürüme ve tuvalet eğitimi yaşı ay olarak), tıbbi hastalık, travma ve ameliyat öyküsü varlığı açısından karşılaştırıldı.

İki grup arasında tam konuşma yaşı ve tuvalet eğitiminin kazanıldığı yaş dışında anlamlı bir fark bulunmadı. Tam konuşma yaşı açısından iki grup karşılaştırıldığında DEHB grubunun anlamlı olarak normal gelişim sınırları içinde ancak daha geç konuştuğu görülmüştür (sırasıyla ortalama  $21,3 \pm 5,81$  ay,  $18,8 \pm 4,34$  ay ve  $p < 0,01$ ). Tuvalet eğitiminin kazanıldığı yaş açısından iki grup karşılaştırıldığında hasta ve kontrol grubunda sırasıyla  $24,6 \pm 8,31$  ay ve  $21,6 \pm 6,08$  ay olarak bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

İki grup tıbbi hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında iki grupta da en sık görülen hastalık astım olarak bulunmuştur. Hasta grubunda 7 çocukta (%10), kontrol grubunda da 5 çocukta (%8,3) astım olduğu bulunmuştur. Ama iki grup arasında anlamlı fark oluşmamıştır. Ameliyat öyküsü varlığı açısından karşılaştırıldığında iki grupta da en sık görülen ameliyat adenoidektomi ve tonsillektomi olarak bulunmuştur (DEHB grubunda 7 çocuk, kontrol grubunda 5 çocuk).

### 4.3. Psikiyatrik Soygeçmiş

DEHB ve kontrol grubunun anne, baba ve kardeş ile diğer birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik öyküleri Tablo 5'de gösterilmektedir. DEHB grubu kontrol grubuyla karşılaştırıldığında DEHB grubunda psikiyatrik öykü varlığı oranı daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 5.** Ebeveyn, kardeş ve diğer birinci derece akrabalarda psikiyatrik öykü.

	DEHB (n=70) n (%)	Kontrol (n=60) n (%)	İstatistik
Ailede DEHB	49 (70)	13 (21,7)	p<0,001
Ebeveynde DEHB	25 (35,7)	1 (1,7)	p<0,001
Ailede tik	18 (25,7)	4 (6,7)	p<0,01
Ailede DB/AKB <sup>a</sup>	8 (11,4)	0	
Ailede madde/alkol bağımlılığı	16 (22,9)	3 (5)	p<0,01
Ailede depresyon	39(55,7)	17(28,3)	p<0,01
Ebeveynde OKB/OK belirtiler <sup>b</sup>	29 (41,4)	13 (21,7)	p<0,05
Annede depresyon	30 (42,9)	10 (16,7)	p<0,01
Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü	31 (44,3)	11 (18,3)	p<0,01
Annede psikiyatrik tedavi öyküsü	20 (28,6)	7 (11,7)	p<0,05

Psikiyatri doktoru tarafından saptanmış tanılar ve yoğun belirtilerin olduğu durumlar birlikte verilmiştir.

<sup>a</sup> Grupların birinde bozukluk olmadığından istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

<sup>b</sup> Obsesif kompulsif bozukluk/Obsesif kompulsif belirtiler

AKB= Antisosyal kişilik bozukluğu, DB= Davranım bozukluğu

### 4.4. DEHB Grubunun Başvuru Şekli ve Klinik Özellikleri

DEHB grubunun bozukluk öyküsü, başvuru şekli, kimin yönlendirdiğine ait özellikleri Tablo 6'da, DEHB ve kontrol grubunun yaşam boyu eş tanı dağılımı Tablo 7'de, DEHB alt tipleri ve genel klinik değerlendirme puanları Tablo 8'de gösterilmektedir.

DEHB başlangıç yaşı, ilk başvuru yaşı, ilk tanı yaşı ortalamaları ile başlangıç yaşı ve tanı arasında geçen süreler birbirinden farklı olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Tanı ile başlangıç yaşı arasında geçen süre ortalama  $2,9\pm 1,96$  yıl olarak bulunmuştur. Başlangıç yaşı ile tanı arasında bir yıl süre geçen hasta sayısı 18 (%25,7), iki ve üç yıl geçen hasta sayısı 29 (%41,5), dört ve daha fazla yıl geçen hasta sayısı 23 (%32,8) olarak bildirilmiştir.

**Tablo 6.** DEHB grubunun bozukluk öyküsü, ilk başvuru yakınması ve yönlendiren kişiye göre dağılımı.

	DEHB (n=70) (min-mak)	
<b>Bozukluk öyküsü</b>	<b>ort±ss</b>	
İlk başvuru yaşı	7,75±2,13	(2-12)
Başlangıç yaşı	5,2±1,54	(1-7)
İlk tanı yaşı	8,1±1,73	(3-12)
Tanı ile başlangıç yaşı arası süre (yıl)	2,9±1,96	(0-10)
	<b>n (%)</b>	
<b>İlk başvuru yakınması</b>		
DEHB belirtileri ile ilgili	39 (55,7)	
DEHB belirtileri dışında*	7 (10)	
Her ikisi	24 (34,3)	
<b>Kimin yönlendirdiği</b>		
Ebeveyn	45 (64,3)	
Öğretmen	19 (27,1)	
Ebeveyn ve öğretmen	6 (8,6)	

\*Duygusal sorun, davranış sorunu, öğrenme sorununu içerir

DEHB grubunda ÇDŞG-ŞY ile olan klinik değerlendirme sonucunda güncel eş tanı oranları KOKGB 33 hastada (%47,1), davranım bozukluğu 1 hastada (%1,4), basit fobi dahil herhangi bir anksiyete bozukluğu 59 hastada (%84,3), ayrılık anksiyetesi bozukluğu 6 hastada (%8,6), yaygın anksiyete bozukluğu 13 hastada (%18,6), OKB 10 hastada (%14,3), sosyal fobi 1 hastada (%1,4), basit fobi 55 hastada (%78,6), depresyon 2 hastada (%2,9), ÖÖB belirtileri 20 hastada (28,6), enürezis 11 hastada (%15,7), enkoprezis 4

hastada (%5,7), tik bozukluğu (hepsi gelip geçici tik bozukluğu) 17 hastada (%24,3), kekeleme/fonolojik bozukluk 3 (hastada %4,3) olarak bulunmuştur.

Hastalarla yapılan değerlendirme sonrası tedavileri düzenlenmiştir. Değerlendirme sonrası ilaç tedavisi almayan 5 hasta (%7,1), stimulan tedavisi alan 56 hasta (%80), SSGI tedavisi alan 1 hasta (%1,4), atipik antipsikotik tedavi alan 4 hasta (%5,7) bulunmuştur (Birden fazla ilacı birlikte kullanan olduğundan toplam oran %100'ü geçmektedir).

**Tablo 7.** Yaşam boyu eş tanı dağılımı.

<b>Eş Tanı</b>	<b>DEHB (n=70)</b>	<b>Kontrol (n=60)</b>	<b>İstatistik</b>
Eş tanı sayısı ( <b>ort±ss</b> )	2,7±1,45	0,45±0,64	p<0,001
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Anksiyete Bozukluğu</b>			
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	59 (84,3)	16 (26,7)	p<0,001
≥2 anksiyete bozukluğu	28 (40)	2 (3,3)	p<0,001
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	19 (27,1)	2 (3,3)	p<0,001
Basit fobi	57 (81,4)	15 (25)	p<0,001
Sosyal fobi <sup>a</sup>	1 (1,4)	0	
Yaygın anksiyete bozukluğu	15 (21,4)	1 (1,7)	p<0,01
OKB <sup>a</sup>	11 (15,7)	0	
<b>Yıkıcı Davranış Bozukluğu</b>			
KOKGB	34 (48,6)	1 (1,7)	p<0,001
DB <sup>a</sup>	1 (1,4)	0	
Tik bozukluğu <sup>a</sup>	17 (24,3)	0	
<b>Dışa Atım Bozukluğu</b>			
Enürezis	20 (28,6)	2 (3,3)	p<0,001
Enkoprezis <sup>a</sup>	7 (10)	0	
<b>Duygudurum Bozukluğu</b>			
Depresyon <sup>a</sup>	57 (81,4)	0	
ÖÖB belirtileri <sup>a</sup>	6 (8,6)	0	
Kekeleme/artikülasyon bozukluğu <sup>a</sup>	20 (28,6)	0	
	3 (4,3)	0	

<sup>a</sup> Kontrol grubunda bozukluk olmadığı için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. OKB= Obsesif kompulsif bozukluk, KOKGB=Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, DB= Davranım Bozukluğu, ÖÖB= Özgül öğrenme bozukluğu (Ön tanı olarak belirtilerin olduğu olgular)

**Tablo 8.** DEHB alt tipi, genel klinik değerlendirme puanları.

	<b>DEHB (n=70) n (%)</b>
<b>DEHB alt tipi</b>	
DEHB-DE alt tip	24 (34,3)
DEHB-B alt tip	46 (65,7)
<b>GKD puanları<sup>a</sup> (ort±ss)</b>	1,53±0,99
Hafif	12 (17,1)
Orta	21 (30)
Belirgin	26 (37,1)
Ağır/çok ağır	11 (15,8)

<sup>a</sup> Genel klinik değerlendirme puanı

WISC-R ölçeği puan ortalamaları Tablo 9’da gösterilmektedir. WISC-R ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve sırasıyla performans>tüm>sözel zeka bölümü puanları şeklinde sıralanmıştır (p<0,001).

**Tablo 9.** WISC-R puanları.

<b>WISC-R puanları (n=41)</b>	<b>ort±ss</b>
Tüm	95,69±12,5
Sözel	90,98±13,6
Performans	100,93±13,6

#### **4.5. DEHB Grubu ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Dağılımı**

DEHB ve kontrol grubu ölçek puanları dağılımı Tablo 10’da gösterilmektedir. CADÖ alt ölçek ve toplam puanları, CÖDÖ toplam puanı, öğretmene ve ebeveyne verilen DSM-IV’e dayalı YDB Tarama ve Değerlendirme ölçeği alt ölçek ve toplam puanları DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

**Tablo 10.** DEHB ve kontrol grubu ölçek puanları dağılımı.

	<b>DEHB (n=70) (ort±ss)</b>	<b>Kontrol (n=60) (ort±ss)</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Dikkat eksikliği</b>			
DSM-aile	13,86±6,41	1,35±2,03	p< 0,001
DSM-öğretmen	12,09±6,76	1,15±2,9	p< 0,001
CADÖ	5,22±2,19	0,95±0,98	p< 0,001
<b>Hiperaktivite</b>			
DSM-aile	10,90±7,27	1,98±2,94	p< 0,001
DSM-öğretmen	8,13±7,33	0,95±2,18	p< 0,001
CADÖ	5,81±2,63	2±1,96	p< 0,001
<b>KGB</b>			
DSM-aile	8,21±5,24	1,7±2,59	p< 0,001
DSM-öğretmen	5,86±5,44	0,78±1,36	p< 0,001
CADÖ	4,40±3,16	0,63±1,33	p< 0,001
<b>DB</b>			
DSM-aile	1,45±2,11	0,13±0,43	p< 0,001
DSM-öğretmen	1,44±2,40	0,03±0,18	p< 0,001
CADÖ	7,97±6,46	1,16±2,28	p< 0,001
<b>Toplam</b>			
CADÖ	42,37±19,80	9,48±7,92	p< 0,001
CÖDÖ	30,07±16,96	6,28±6,97	p< 0,001
DSM aile toplam	34,43±18,04	5,17±6,41	p< 0,001
DSM öğretmen toplam	27,51±18,35	2,92±5,41	p< 0,001
GGA aile toplam			
güçlük	14,19±4,94	3,68±2,95	p< 0,001
GGA öğretmen toplam			
güçlük	11,84±5,36	3,22±3,67	p< 0,001
<b>GGA</b>			
<b>Aile</b>			
Duygusal sorun	4,8±2,70	1,48±1,56	p< 0,001
Sosyal davranış	9,54±2,31	12,45±1,78	p< 0,001
<b>Öğretmen</b>			
Duygusal sorun	4,13±2,49	1,43±1,84	p< 0,001
Sosyal davranış	9,25±2,70	12,05±2,41	p< 0,001

Aile ve öğretmenler okul başarısı; matematik, yazma ve okuma başarılarını iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak bildirmişlerdir. DEHB grubunda hem aile hem de öğretmenler tarafından okul başarısı daha düşük, matematik, yazma ve okuma becerileri daha sorunlu bildirilmiştir ( $p<0,001$ ) (Tablo 11).

Özel ders desteği varlığı açısından iki grup karşılaştırılmıştır ve anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). DEHB ve kontrol grubu özel ders desteği varlığı sırasıyla 32(%45,7) ve 15(%25) olarak bulunmuştur.

**Tablo 11.** DEHB ve kontrol grubunun okul başarısı.

	<b>DEHB (n=70) n (%)</b>	<b>Kontrol (n=60) n (%)</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Okul Başarısı (başarılı)</b>	7 (10)	52 (86,7)	$p< 0,001$
<b>Matematik (sorunlu)</b>			
Aile	47 (67,1)	3 (5)	$p< 0,001$
Öğretmen	42 (60)	3 (5)	$p< 0,001$
<b>Okuma (sorunlu)</b>			
Aile	25 (35,7)	0	
Öğretmen	17 (24,3)	1 (1,7)	$p< 0,001$
<b>Yazma (sorunlu)</b>			
Aile	27 (38,6)	1 (1,7)	$p< 0,001$
Öğretmen	31 (44,3)	2 (3,3)	$p< 0,001$
<b>Akademik destek</b>			
Özel ders desteği	32 (45,7)	15 (25)	$p< 0,05$

Akran ilişkileri açısından iki grup karşılaştırıldığında hem öğretmen hem aile DEHB grubunu daha sorunlu olarak bildirmiştir. Aileler DEHB grubunu kardeş ilişkileri, anne baba ile ilişki ve oyun gibi kurallı aktivitelere katılımlarını daha sorunlu olarak bildirmişlerdir (Tablo 12).

**Tablo 12.** DEHB ve kontrol grubunun aile ve akran ilişkileri.

	<b>DEHB (n=70) n (%)</b>	<b>Kontrol (n=60) n (%)</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Akran İlişkileri (sorunlu)<sup>a</sup></b>			
Aile	24 (34,3)	0	
Öğretmen	30 (42,9)	0	
<b>Kardeş İlişkileri (sorunlu)</b>	28 (47,5)	5 (9,3)	p< 0,001
<b>Anne-baba İlişkileri (sorunlu)</b>	23 (32,9)	1 (1,7)	p< 0,001
<b>Kuralları olan aktivitelere katılma (sorunlu)<sup>a</sup></b>	24 (34,3)	0	

<sup>a</sup> Grupların birinde bozukluk olmadığından istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Olumsuz yaşam olayı toplam sayısı açısından iki grup karşılaştırılmış ve Tablo 13’de verilmiştir. DEHB grubunda kontrol grubuna göre toplam sayı daha fazla bulunmuştur (p<0,001). Olumsuz yaşam olayı listesinde iki grup arasında anlamlı farkı yaratan olumsuz olaylar sırasıyla “ebeveynin parasal durumundaki olumsuz değişiklik” (fisher p<0,01), “ailede ruhsal/duygusal sorun öyküsü” (fisher p<0,01), “ebeveynlerin eskisinden daha fazla tartışması” (fisher p<0,01), “herhangi bir suça veya kazaya tanık olma” (p<0,05) olarak bulunmuştur.

**Tablo 13.** DEHB ve kontrol grubunun olumsuz yaşam olayları sayısı.

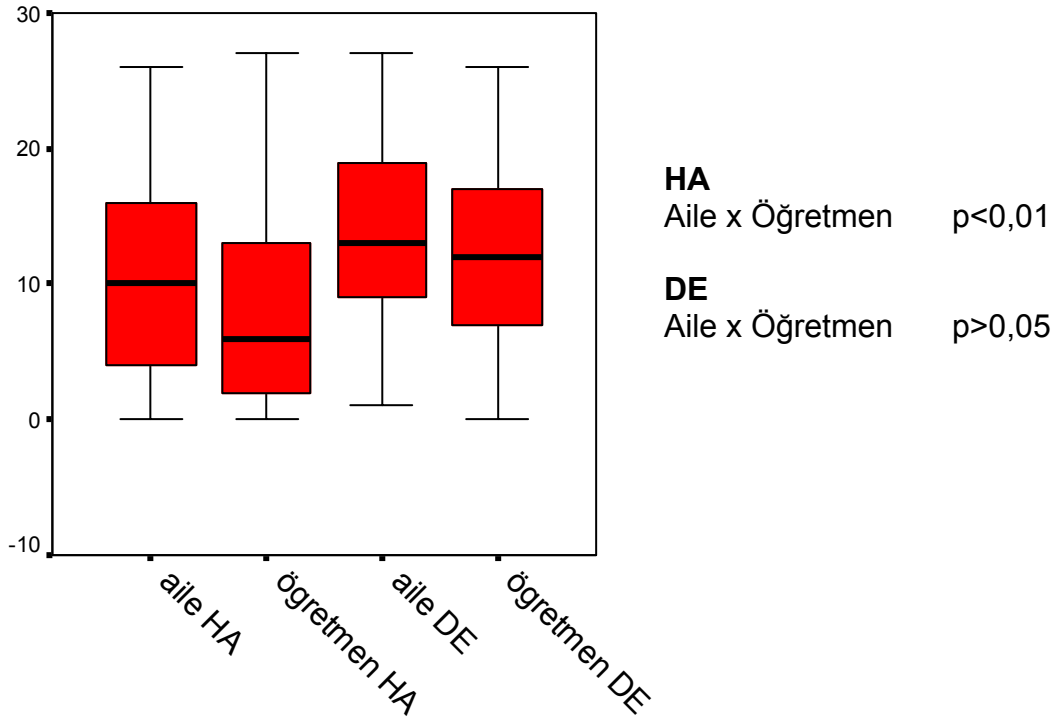
	<b>DEHB (n=70) (ort±ss)</b>	<b>Kontrol (n=60) (ort±ss)</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Olumsuz yaşam olayları toplam sayısı</b>	2,37±2,82	0,88±1,11	p< 0,001

#### 4.6. DEHB grubunda aile ve öğretmen ölçek puanları

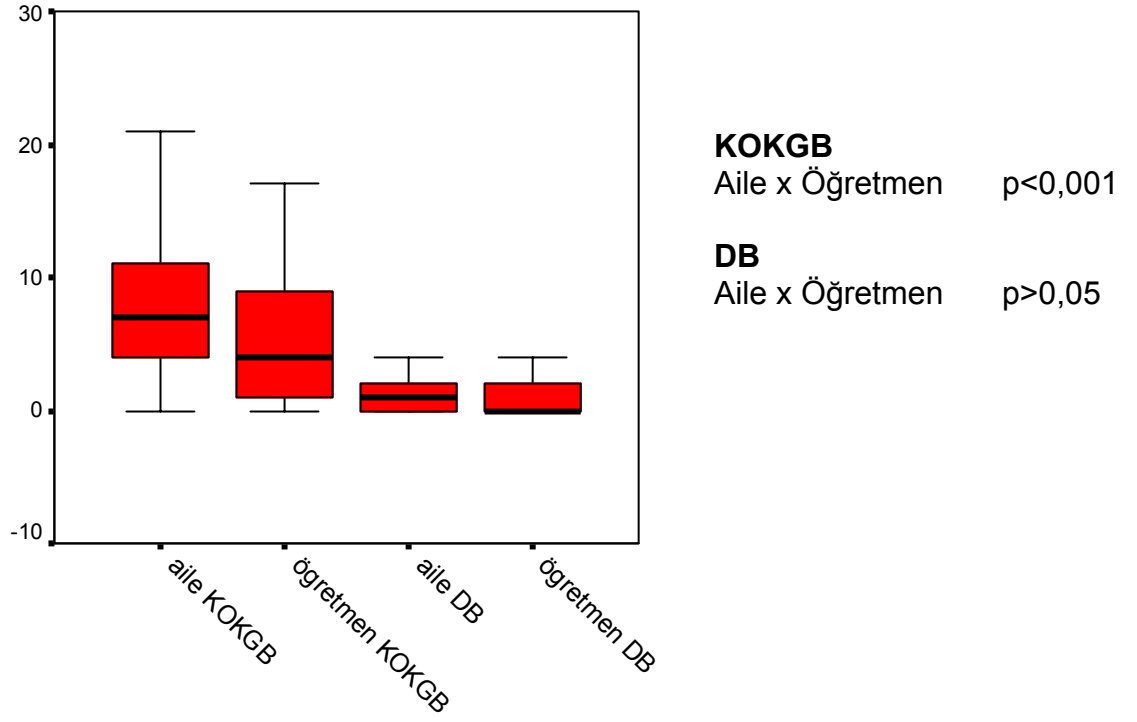
DSM-IV'e dayalı YDB tarama ve değerlendirme ölçeği alt ölçeklerinde aile ve öğretmen puanları arasında DE ve DB alt ölçeği hariç anlamlı fark bulunmuştur (Şekil 1 ve 2).

Aile ve öğretmen DSM-IV toplam ölçek puanları ile CADÖ ve CÖDÖ toplam ölçek puanları arasında anlamlı fark oluşturmuştur (sırasıyla  $p<0,01$  ve  $p<0,05$ ) (Şekil 3).

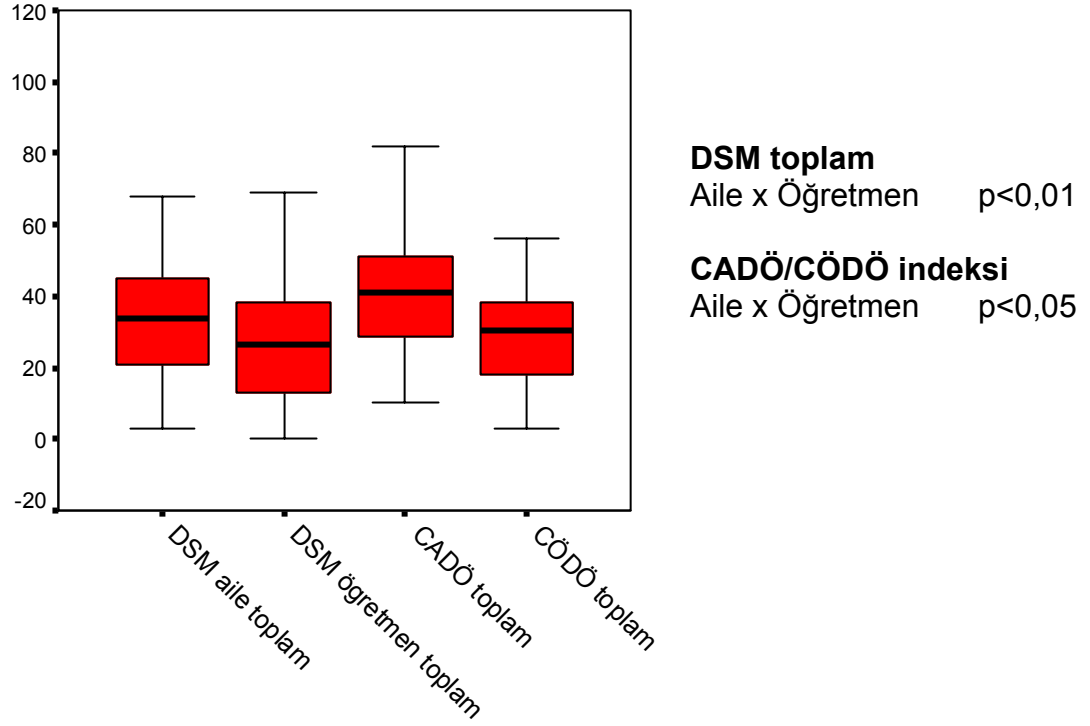
DSM-IV DB alt ölçeği hariç tüm alt ölçek ve toplam puanları aileler tarafından daha yüksek bildirilmiştir. DE ve DB alt ölçeğinde aile ve öğretmen alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Aile ve öğretmen DSM-IV alt ölçek puanları sırasıyla  $DE>HA>KOKGB>DB$  şeklinde bulunmuştur ( $p<0,001$ ).



Şekil 1. DEHB grubunda DSM-IV aile ve öğretmen HA ve DE puanları.



**Şekil 2.** DEHB grubunda DSM-IV aile ve öğretmen KOKGB ve DB puanları.



**Şekil 3.** DEHB grubunda DSM-IV aile ve öğretmen toplam puanları ile CADÖ ve CÖDÖ toplam puanları.

#### 4.7. DEHB Alt Tipleri

DEHB grubunda DEHB-DE ve DEHB-B alt tipleri ilk başvuru, tanı ve tedavi alma yaşları, eş tanı dağılımları, genel klinik değerlendirme puanları ile belirlenen bozukluk şiddeti, akran ilişkileri, okul başarıları, psikiyatrik soygeçmişleri ve aile ve öğretmen ölçek puanları açısından karşılaştırıldı (Tablo 14).

DEHB güncel alt tipleri; DEHB-B alt tipi 46 (%65,7) ve DEHB-DE alt tipi 24 (%34,3) hastadan oluşmaktaydı. DEHB-HA alt tipi olan kız yoktu. İlk başvuru, tanı alma süreleri ve eş tanı dağılımları Tablo 14'de gösterilmektedir. Başlangıç yaşları açısından karşılaştırıldığında DEHB-DE alt tipin DEHB-B alt tipe göre daha geç başladığı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Başlangıç yaşları ile tanı arasında geçen süre açısından iki alt tip arasında fark saptanmamıştır.

DEHB-B alt tipte en sık sırasıyla anksiyete bozuklukları, KOKGB iken, DEHB-DE alt tipinde en sık sırasıyla anksiyete bozukluğu, ÖÖB olarak bulunmuştur. DEHB-B alt tipte KOKGB sıklığı daha fazla bulunmuştur ( $p<0,01$ ). ÖÖB belirtileri DEHB-DE alt tipinde daha fazla olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 14.** Alt tipe göre ilk başvuru, tanı süreleri ve eş tanı dağılımları.

	<b>DEHB-B (n=46) ort±ss</b>	<b>DEHB-DE (n=24) ort±ss</b>	<b>İstatistik</b>
Yaş ortalaması	10,4±1,82	9,97±1,74	p>0,05
Ergen sayısı	9 (19,6)	2 (8,3)	p>0,05
Başlangıç yaşı	4,9±1,76	5,8±0,74	p<0,05
İlk başvuru yaşı	7,7±2,31	7,9±1,78	p>0,05
İlk tanı yaşı	7,9±1,94	8,2±1,26	p>0,05
	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	
Anksiyete bozukluğu (≥1)	41(89,1)	18 (75)	p>0,05
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	5 (10,9)	1 (4,2)	p>0,05
Basit fobi	39 (84,8)	16 (66,7)	p>0,05
Yaygın anksiyete bozukluğu	11 (23,9)	2 (8,3)	p>0,05
OKB	6 (13)	4 (16,7)	p>0,05
KOKGB	29 (63)	4 (16,7)	p<0,001
Tik bozukluğu	8 (17,4)	9 (37,5)	p>0,05
Enürezis	10 (21,7)	1 (4,2)	p>0,05
ÖÖB belirtileri	10 (21,7)	10 (41,7)	p>0,05

DB, depresyon, sosyal fobi, enkoprezis, kekeleme/fonolojik bozukluk gözlerden birinde olmadığı için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

DEHB alt tipleri arasında genel klinik değerlendirme puanları ile belirlenen bozukluk şiddeti açısından anlamlı fark bulunmuştur, bozukluk şiddeti DEHB-B alt tipinde daha ağır olarak bulunmuştur (p<0,001). Akran ilişkileri DEHB-B alt tipte daha sorunlu bulunurken (p<0,01), okul başarıları açısından iki alt tip arasında fark saptanmamıştır (Tablo 15).

Aile öyküsü açısından iki alt tip karşılaştırıldığında DEHB-B alt tipte ailede DEHB sıklığı daha yüksek oranda bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 15). Ailede psikiyatrik tedavi alan kişi varlığı, ailede DB ve antisosyal kişilik bozukluğu, ailede madde/alkol bağımlılığı, ebeveynde DEHB, ailede tik bozukluğu ve ailede OKB/obsesif kompulsif belirtilerin öyküsü DEHB-B alt tipte daha fazla oranda bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi.

**Tablo 15.** Alt tipe göre bozukluk şiddeti, akran ilişkileri, okul başarıları, ailede DEHB sıklığı.

	DEHB-B (n=46)	DEHB-DE (n=24)	İstatistik
<b>GKD puanları<sup>a</sup> (ort±ss)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	
	1,9±0,90	0,8±0,76	p<0,001
Hafif	3 (6,5)	9 (37,5)	
Orta	11 (23,9)	10 (41,7)	
Belirgin	21 (45,7)	5 (20,8)	
Ağır/çok ağır	11 (23,9)	0	
<b>Akran ilişkileri (sorunlu)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	
	21 (45,7)	3 (12,5)	p<0,01
<b>Okul başarısı (başarısız)</b>	25 (54,3)	14 (58,3)	p>0,05
<b>Ailede DEHB<sup>b</sup></b>	36 (78,3)	13 (54,2)	p<0,05

<sup>a</sup> Genel klinik değerlendirme puanı

<sup>b</sup>Psikiyatri doktoru tarafından saptanmış tanılar ve yoğun belirtilerin olduğu durumlar birlikte verilmiştir.

#### 4.8. DEHB Grubunda Yaş Gruplarına Göre Klinik Durum ve Ölçek Puanları

11 yaş ve daha küçük çocukların olduğu grup (n=59) ile 12 yaş ve daha büyük çocuğun bulunduğu ergen grup (n=11) eş tanı sayısı, eş tanı türü açısından ve akran ilişkileri, okul başarısı, genel klinik değerlendirme puanları açısından karşılaştırılmış ama iki yaş grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Aile ve öğretmen DSM-IV ölçek puanları dağılımına göre 11 yaş ve daha küçük çocukların olduğu grup (n=59) ile 12 yaş ve daha büyük çocuğun bulunduğu ergen grup (n=11) karşılaştırılmıştır. Toplam puanların dağılımı ergenlerde daha düşük oranlarda bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir.

#### 4.9. DEHB Grubunda Eş Tanısı KOKGB Olan ve Olmayan Gruplar

KOKGB olan (n=33) ve olmayan (n=37) iki grup DEHB alt tipi akran ilişkileri ve okul başarıları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 16). ÖÖB, KOKGB olmayan grupta daha fazla sıklıkta bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. KOKGB olan grupta akran ilişkileri aile ve öğretmen tarafından daha sorunlu olarak bildirdikleri ama öğretmenin oranın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Okul başarısı açısından iki grup açısından fark bulunmamıştır.

**Tablo 16.** KOKGB eş tanısı olan ve olmayanların farkları.

	KOKGB yok (n=37)	KOKGB var (n=33)	İstatistik
<b>DEHB alt tipi</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	
DE alt tip	20 (54,1)	4 (12,1)	p<0,001
B alt tip	17 (45,9)	29 (87,9)	p>0,05
ÖÖB belirtileri	11 (29,7)	9 (27,3)	p>0,05
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	30 (81,1)	29 (87,9)	p>0,05
<b>Akran ilişkileri (sorunlu)</b>			
Aile	8 (21,6)	16 (48,5)	p<0,05
Öğretmen	14 (37,8)	16 (48,5)	p>0,05
<b>Okul başarısı (başarısız)</b>	20 (54,1)	19 (57,6)	p>0,05

İki grup arasında sosyodemografik özellikler, ilk başvuru yaşı, tanı ile başlangıç yaşı arasında geçen süre gibi değişkenlerle ve aile öyküsünde DEHB, davranım bozukluğu/antisosyal kişilik bozukluğu, alkol/madde bağımlılığı açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

#### 4.10. DEHB Grubunda Eş Tanısı ÖÖB Olan ve Olmayan Gruplar

Eş tanısında ÖÖB belirtileri olan ve olmayan iki grup karşılaştırılmıştır (Tablo 17).

**Tablo 17.** ÖÖB belirtileri olan ve olmayanların farkları.

	<b>ÖÖB (n=50) n(%)</b>	<b>yok</b>	<b>ÖÖB var (n=20) n(%)</b>	<b>İstatistik</b>
<b>DEHB alt tipi</b>				p>0,05
DE alt tip	14 (28)		10 (50)	
B alt tip	36 (72)		10 (50)	
KOKGB	25 (50)		9 (45)	p>0,05
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	44 (88)		15 (75)	p>0,05
<b>Akran ilişkileri (sorunlu)</b>				
Aile	17 (34)		7 (35)	p>0,05
Öğretmen	17 (34)		13 (65)	p<0,05
				p<0,001
<b>Okul başarısı (başarısız)</b>	20 (40)		19 (95)	
	<b>(n=31)</b>		<b>(n=10)</b>	
<b>WISCR puanları<sup>a</sup></b>	<b>ort±ss</b>		<b>ort±ss</b>	
Sözel	93,16±13,35		84,20±12,64	p>0,05
Performans	103,13±13,99		94,10±9,99	p>0,05
Tüm	98,06±11,95		88,10±11,61	p<0,05

<sup>a</sup>WISC-R puanlarına ulaşılabilen 41 çocuk üzerinden verilmiştir.

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇLAR

Bu çalışmada kliniğe başvuran ve DSM-IV'e göre DEHB tanısı alan ilköğretim çağındaki kızların sosyodemografik özellikleri, eş tanı dağılımları ve psikososyal özellikleri sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır.

Hasta grubunda DEHB-DE ve DEHB-B alt tip grupları,  $\geq 12$  yaş ve  $< 12$  yaş gruplar, KOKGB eş tanısı olan ve olmayan gruplar, ÖÖB eş tanısı olan ve olmayan gruplar, ikiden fazla ve ikiden az sayıda anksiyete bozukluğu gruplar birbiriyle karşılaştırılmış ve bulgular literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

**Sosyodemografik veriler açısından bakıldığında** anne ve baba eğitim durumu dışında DEHB grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Anne ve baba eğitim durumu sosyoekonomik düzeyi yansıması açısından değerlendirildiğinde kontrol grubunun sosyoekonomik düzeyinin daha yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. Literatürde düşük sosyoekonomik düzey ile yıkıcı davranış bozuklukları arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Tiet ve ark, 2001; Biederman ve ark, 2002). Ancak çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi ortaya koyucu başka değişkenlerin de dikkate alınarak değerlendirme yapılması daha uygun olabilir. Ancak ülkemizde bu alanda standart ve objektif değerlendirme yöntemleri bulunmaması işleri zorlaştırmaktadır.

**Tıbbi özgeçmiş öyküsü açısından bakıldığında**, iki grup arasında tam konuşma yaşı ve tuvalet eğitiminin kazanıldığı yaş dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Tam konuşma yaşı açısından iki karşılaştırıldığında tam konuşma DEHB grubunda anlamlı olarak, normal gelişim sınırları içinde ama daha geç olduğu görülmüştür. Konuşma gecikmesi yaşamış olguların okul çağındaki daha çok dikkat problemleri sergilediği (Ornoy ve ark,1993), yine ağır dikkat problemi olanlarda hem yaşlıtlarına göre daha geç konuşma ve tuvalet eğitimi kazanırken sorunlar yaşayabildikleri klinik pratikte gözlenen bir durumdur. Ayrıca ICD-10'da hiperkinetik bozukluk tanımlanırken, sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiğinden söz edilmektedir. Gebelikte sigara öyküsü varlığı DEHB olan çocukların

ailelerinde sıkça bildirilmektedir (Milberger ve ark, 1996; Kotimaa ve ark, 2003). Bu çalışmada DEHB grubunda daha sık bulunmuş olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

**DEHB grubuna bozukluk öyküsü açısından bakıldığında**, DEHB başlangıç yaşı, ilk başvuru yaşı ile başlangıç yaşı ve tanı arasında geçen süreler birbirinden farklı olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Aileler belirtilerin başlangıç yaş ortalaması ( $5,2\pm 1,54$ ) olarak yaklaşık anaokulu yaşlarına denk düşen yaşları bildirmişlerdir. DEHB-DE alt tipi ile DEHB-B alt tipin başlangıç yaşı açısından karşılaştırıldığında ise aileler tarafından DEHB-B alt tipin daha erken başlangıçlı olarak bildirildiği bulunmuştur. Aşırı hareketlilik gibi çevreden kolayca gözlemlenen sorunlar daha erken fark edilirken, dikkat eksikliği belirtilerinin işlevsellik üzerine etkilerinin aile ve öğretmenler tarafından ancak okul çağlarında fark edildiği bilinmektedir. Erkeklerde hiperaktivite ve dürtüsellik davranışlarının daha ağır ve daha dikkat çekici olması ve kızlarda daha fazla olasılıkla DEHB-DE alt tipinin görülmesi nedeniyle gelişimsel olarak kız DEHB'lerin erken tanınması zor hale gelmektedir. Ama bu bulgudan yola çıkarak kızlarda DEHB'nin geç fark edildiği ve kızların geç tanı aldığı yorumunu getirmek zordur. Bu durum ülkemizde çocuk ruh sağlığı hizmetlerinin yeterince yaygın olmaması ve toplumda DEHB farkındalığının az olması nedeniyle cinsiyetten bağımsız bir durum nedeniyle de olabilir.

Bu çalışmada çocuk psikiyatrisine kimin yönlendirdiği ile ilgili değerlendirme de yapılmıştır. DEHB olan kızların en sık ebeveynleri tarafından (%64,3) sonra sırasıyla öğretmenleri (%27,1) ve hem öğretmenleri hem ebeveynleri (%8,6) tarafından gerekli görülerek yönlendirdiği saptanmıştır. Bu bulgu en azından bu çalışma örneğinde, DEHB belirtilerini ebeveynlerin daha sık, öğretmenlerin ise daha az fark ediyor olduğuna işaret edebilir.

**DEHB grubu ile kontrol grubu arasında sosyal, akademik ve davranışsal, duygusal özellikler karşılaştırıldığında** DEHB grubunda tüm sayılan alanlarda daha fazla bozulma olduğu bulunmuştur. Akran ilişkileri

açısından iki grup karşılaştırıldığında hem öğretmen hem aile DEHB grubunu daha sorunlu olarak bildirmiştir. Aileler DEHB grubunu kardeş ilişkileri, anne baba ile ilişki ve oyun gibi kurallı aktivitelere katılımları açısından daha sorunlu olarak bildirmişlerdir. Güçler ve Güçlükler Anketinde (GGA) sosyal davranış puanları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Tüm bu bulgular genel literatür verileriyle uyumludur (Thurber ve ark, 2002; Rielly ve ark, 2006). GGA, Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Checklist, CBCL) ile korelasyon katsayıları karşılaştırılarak incelenmiş ve GGA'nın içselleştirme ve dışsallaştırma problemlerini saptamada ÇDDÖ kadar etkin olduğu belirlenmiştir (Goodman ve Scott, 1999).

Aile ve öğretmenler okul başarısını; matematik, yazma ve okuma başarılarını iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak bildirmişlerdir. DEHB grubunda okul başarısı daha düşük, matematik, yazma ve okuma becerileri hem aile hem de öğretmenler tarafından daha sorunlu bildirilmiştir. Derse özel ders desteği gerekliliği öyküsü açısından iki grup karşılaştırılmıştır ve sırasıyla 32(%45,7) ve 15(%25) olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular da genel DEHB literatürüyle uyumludur (Hudziak ve ark, 1998, Biederman ve ark, 1999).

Olumsuz olay sayısı DEHB grubunda özellikle de KOKGB eş tanısı olan kız DEHB olgularında daha fazla sayıda bulunmuştur. Kontrol grubuyla olumsuz olay türüne göre karşılaştırıldığında ailenin finansal durumundaki olumsuz gidiş öyküsü, ebeveynler arası çatışma, herhangi bir suça veya kazaya tanık olma DEHB olan çocukların ailelerinde sıkça bildirilen ve sıklıkla KOKGB eş tanısı ile ilişkisi ortaya konan durumlardır (Tiet ve ark, 2000; Biederman ve ark, 2002).

Psikiyatrik soygeçmiş açısından bakıldığında DEHB grubunun anne-baba, kardeş ve diğer birinci derece akrabalarında hem DEHB hem de diğer psikiyatrik bozuklukların daha fazla olduğunu gösteren sonuçlar, DEHB'nin etiolojisinde cinsiyetten bağımsız olarak genetik faktörlerin rolü olduğu hipoteziyle uyumludur.

DEHB olgularının birinci ve ikinci derece akrabaları ile kardeşleri arasında da daha fazla oranda DEHB görülmektedir (Faraone ve ark, 1994; Faraone ve ark, 2001; Faraone ve ark, 2005). Davranım bozukluğu eş tanısı olan çocukların ailelerinde alkol/madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu oranları da daha yüksek bildirilmektedir. DEHB olan kızların ailelerinde DEHB dışında, depresyon ve anksiyete bozuklukları için de artmış bir risk olduğu bildirilmektedir (Faraone ve ark, 2000).

Aydın ve arkadaşlarının DEHB tanısı olan çocuğun (n=69) ebeveynlerinde DEHB sıklığı ile ilgili yaptıkları çalışmada sıklık oranını %39,7 olarak bildirmektedirler (Aydın ve ark, 2006). Bu çalışmada ise 25 hastanın (%35,7) ebeveyninde DEHB tanısı ya da yoğun belirtileri öyküsü olduğu bulunmuştur. Ama Aydın ve arkadaşlarının çalışmalarında olduğu gibi ölçek kullanılarak ayrıntılı bir değerlendirme yapılmamıştır.

**WISC-R zeka bölümü puanları açısından bakıldığında**, toplam puan ortalaması  $95,96 \pm 12,49$  olarak bulunmuştur. WISC-R ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve sırasıyla performans>tüm>sözel zeka bölümü puanları şeklinde sıralanmıştır

Literatürdeki bazı çalışmalarda klinik beklentiyi destekler şekilde WISC-R'dan elde edilen profilin DEHB ile ilişkili olduğu; bazı çalışmalarda ise, WISC-R profilinin DEHB'yi ayırt etmede yeterli olmadığına bulunduğu bildirilmektedir (Faraone ve ark, 1993, Mahone ve ark. 2003, Naglieri ve ark. 2005). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında DEHB tanısı olan kızlar istatistiksel olarak daha düşük akademik başarı ve IQ gösterdikleri bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 1999; Gershon, 2002). Ancak bu çalışmada kontrol grubuna WISC-R testi uygulanmamış ve sadece DEHB grubundaki WISC-R ortalama puan dağılımı verilmiştir. Klinik örneklemlerinde DEHB tanısı olan kız çocukların sözel, performans ve tüm IQ puanlarında erkeklere göre daha düşük puanlar aldıkları bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman ve ark, 2002; Gershon, 2002). Bu alanda daha kesin yargıya varmak için cinsiyet farklarını göz önünde tutarak, klinik ve klinik dışı daha geniş DEHB örneklemlerinde zeka değerlendirmesini inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

**DEHB grubu ve kontrol grubu aile ve öğretmen ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldığında,** alt ölçek ve toplam puanları DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

DSM-IV'e dayalı YDB tarama ve değerlendirme ölçeği katılımcıların hem ailesine hem de öğretmenine verilmiştir. DEHB grubu kontrollere göre tüm alt ölçekler ve toplam puanda hem öğretmen hem de aileden daha yüksek puan almışlardır. En yüksekten düşüğe doğru sırasıyla DE alt ölçeği, HA ve dürtüsellik alt ölçeği, KOKGB ve DB alt ölçeklerinden almışlardır. Tüm alt ölçek ve toplam puanları aileler tarafından daha yüksek bildirilmiştir. DE ve DB alt ölçeğinde ise aile puanları öğretmenlerden daha yüksek olmasına karşın, istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Gaub ve Carlson DEHB ve cinsiyet farkları ile ilgili metanaliz çalışmasında kliniğe başvuran kızlarda dikkat eksikliği semptomlarındaki bozulmanın erkeklere göre daha ağırken işlevsellikteki bozulmalarının benzer olduğunu bildirmektedir (Gaub ve Carlson, 1997). Sharp ve arkadaşlarının yaptığı cinsiyet farklarını inceleyen başka bir çalışmada ise erkeklerde hiperaktivite puanlarının daha yüksek olduğu ve kızlarda DEHB'nin en iyi yordayıcısının ailelerin doldurduğu çocuk ve gençlerde davranış değerlendirme ölçeğindeki (ÇDDÖ) dikkat sorunları puanı olduğunu bildirmektedirler. Aynı çalışmada kızlar için öğretmenlerin doldurduğu ÇDDÖ dikkat sorunlarının böyle bir yordayıcılığı bulunmamıştır (Sharp ve ark, 1999). Literatürdeki bu bulgularla bu çalışmadan elde edilen dikkat eksikliği puanlarının daha yüksek olması bulgusuyla uyumludur.

Ayrıca literatürde hem aile hem öğretmenlerin aynı çocuk için benzer ölçekleri doldurduğu az sayıda çalışma vardır (Gaub ve Carlson, 1997). Bu çalışmalarda hem öğretmen hem de aileler dikkat eksikliği, hiperaktivite, dışsallaştırma sorunlarını erkek çocukların kızlara göre daha fazla düzeyde sergiledikleri bildirilmektedir. Dışsallaştırma davranış puanlarında aile ve öğretmen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı (Gaub ve Carlson, 1997; Gershon, 2002) bulgusu bu çalışmadaki davranım bozukluğu alt ölçeğinde aile ve öğretmen ölçekleri arasında fark olmadığı bulgusuyla uyumludur. Bu bulgu DEHB tanı grubunda davranım bozukluğu

gibi dışardan kolayca gözlemlenebilen bir durumda hem aile ve hem öğretmen puanlarının örtüştüğünü, davranım bozukluğunu aile ve öğretmenlerin benzer derecede sorun olarak gördüklerine de işaret edebilir. Ancak çalışmanın örnekleminde ÇDŞG-ŞY ile davranım bozukluğu tanısı saptanmış sadece bir hasta olduğundan daha geniş örneklemlerle kız DEHB ile ilgili klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Gaub ve Carlson metaanaliz çalışmasında aile ile öğretmen ölçek puanlarının farklı olmasını her ikisinin farklı bağlantılar kullanmasıyla ilgili olmasından kaynaklanabileceği üzerinde durmaktadır. Öğretmenler aileye göre problemi olan çocuğu aynı yaş ve cinsiyette daha fazla çocukla karşılaştırma şansına sahiptir. Ama eğer öğretmenler hem kızları hem de erkekleri, normal erkek çocukları ile karşılaştırıyorsa, erkeklerin daha çok davranışsal problemler sergilediği düşünülürse öğretmenlerin yalnız ağır düzeyde etkilenen kızları tanıyabildikleri yorumu yapılmaktadır (Gaub ve Carlson, 1997).

Bu çalışma örnekleminde aileler öğretmenlere göre tüm ölçek puanlarını daha sorunlu olarak bildirmişlerdir. Öğretmenler ise DEHB olan kızları kontrollere göre dikkat eksikliği, hiperaktivite, akran ilişkileri, okul başarıları alanlarında daha fazla sorunlu olarak bildirmelerine rağmen, ölçek puanlarında ailelere göre daha az sorunlu olarak bildirmişlerdir. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde DEHB olan kız çocuklarını öğretmenlerin ailelere göre daha az oranda çocuk psikiyatrisine yönlendirmesi bulgusu da şaşırtıcı olmamıştır. DEHB olan kızların 45'i (%64,3) ebeveynleri tarafından, 19'u (%27,1) öğretmenleri tarafından ve 6'sı (%8,6) hem öğretmenleri hem ebeveynleri tarafından gerekli görülerek çocuk psikiyatrisine yönlendirilmiştir. Bu nedenle öğretmenlerin ailelere göre daha ağır bulduğu veya sadece öğretmenlerin yönlendirdiği DEHB olan kızların olduğu daha geniş örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç vardır.

**DEHB grubuna ergen olanlar (≥12 yaş) ve ergen olmayanlar(<12 yaş) şeklinde iki grup olarak bakıldığında,** aile ve öğretmenlerden alınan sorun şiddetini gösteren ölçek toplam puan dağılımı ergenlerde daha düşük bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak

hiperaktivite semptomlarında yaşla birlikte azalma olduğu ve hastaların bir kısmının klinik tanıdan çıktığı bilinmektedir (Weiss ve Weiss,.2002a). Bu durum bu çalışmada elde edilen bulguyla uyumlu değildir. Örneklemdeki ergen sayısının az olmasıyla ilgili olabilir ki bu nedenle daha geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**DEHB alt tipleri açısından bakıldığında**, bu çalışmada en sık %65,7 oranında DEHB-B alt tip ve %34,3 oranında DEHB-DE alt tip bulunmuştur. DEHB-HA alt tipine sahip olan kız saptanmamıştır. Bu bulgu literatürdeki diğer klinik örneklemlerli çalışmalarda uyumludur. Literatürde, Biederman ve arkadaşları 6-18 yaşları arasında (ortalama  $11,2\pm 3,4$ ) DEHB olan çocuk ve ergen kızlarla yaptığı çalışmada sırasıyla en sık DEHB-B alt tip %59 oranında, DEHB-DE alt tip %27, DEHB-HA %7 olarak bildirmektedir (Biederman ve ark, 1999). Yine Biederman ve arkadaşlarının DEHB olan ergen kızlarda yaptıkları çalışmalarında alt tip oranları %75 DEHB-DE, %25 DEHB-B alt tipin var olduğu, DEHB-HA alt tipin saptanmadığı bildirilmektedir (Biederman ve ark, 2001).

Ülkemizde Yolga Tahiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan klinik bir örnekleme DEHB alt tipleri araştırılmış ve kız çocuklarda erkeklere benzer bir sırayla en sık DEHB-B alt tip (%77,5) ve sonra sırasıyla DEHB-HA alt tip (%18,8) ve DEHB-DE alt tipin (%3,6) geldiği görülmüştür (Yolga Tahiroğlu ve ark, 2005). Bilgiç ve arkadaşlarının yaptığı klinik örneklemlerli başka bir çalışmada ise alt tipler oranı sırasıyla % 76,2 DEHB-B, % 15,3 DEHB-DE alt tip, % 8,5 DEHB-HA alt tip olarak bildirilmektedir (Bilgiç ve ark, 2006).

DEHB-HA alt tip tanısının okul öncesi dönemde daha sık konduğu ve en sık erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir (Weiss ve Weiss, 2002). Tüm bu bulgular bu çalışmanın örnekleminde DEHB-HA alt tipin olmamasını açıklamaya yardımcı olabilir.

**DEHB alt tiplerinde başlangıç yaşları açısından farka bakıldığında**, bu çalışmada aileler DEHB-DE alt tipin DEHB-B alt tipe göre anlamlı olarak daha geç başladığını (sırasıyla  $5,8\pm 0,74$  ve  $4,9\pm 1,76$ ) bildirmişlerdir.

Erkek çocuklarla karşılaştırıldığında DEHB-DE alt tipin kız çocuklarda 2.2 kat daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Biederman ve ark, 2002). Ayrıca DEHB-DE alt tipin belirtilerinin fark edilmesi daha çok DSM-IV'te de kesme noktası olan 7 yaşından sonra olduğu bildirilmektedir (Barkley ve Biederman, 1997).

Ülkemizde alt tiplerle ilgili yapılan bir çalışmada DEHB-DE alt tipi ne DEHB-B alt tipine göre daha geç tanı konulduğu bildirilmektedir (Yolga Tahiroğlu ve ark, 2005).

**DEHB alt tiplerine eşlik eden eş tanılar açısından bakıldığında,** DEHB-B alt tipinde en sık sırasıyla anksiyete bozuklukları, KOKGB ve ÖÖB iken, DEHB-DE alt tipinde en sık sırasıyla anksiyete bozukluğu ve ÖÖB olarak bulunmuştur. DEHB-B alt tipinde KOKGB sıklığı anlamlı olarak fazla bulunmuştur. ÖÖB belirtileri DEHB-DE alt tipinde daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bu bulgu literatürde DEHB-B alt tipte DEHB-DE alt tipine göre daha fazla dışsallaştırma bozukluklarının eşlik ettiği DEHB-DE alt tipine de daha sık ÖÖB belirtilerinin sıklıkla eşlik ettiği bulgusuyla (Morgan ve ark, 1996) uyumludur.

**DEHB grubuna eş tanılar açısından bakıldığında,** sadece 3 hastada (%4,3) hiçbir eş tanı bulunmamıştır. Yaşam boyu eş tanı dağılımı ise sırasıyla yıkıcı davranış bozuklukları (KOKGB ve DB) 35 (%50) ile ÖÖB belirtileri 20 hastada (%28,6), basit fobi dahil anksiyete bozukluğu 59 hastada (% 84,3), enürezis 20 hastada (%28,6), tik bozukluğu (hepsi gelip geçici tik bozukluğu) 17 hastada (%24,3) bulunmuştur.

DEHB grubunda % 95,7 oranında eş tanı bulunmuştur. Bu yüksek eş tanı oranı ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak ayrıntılı bir biçimde bozukluk taraması yapılmasından kaynaklanabilir. DEHB'ye başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik etmesi olasılığı oldukça yüksektir. Ayrıca literatürde klinik örneklerde toplum çalışmalarına göre daha fazla eş tanı görüldüğü bildirilmektedir (Greene ve ark, 2001). DEHB'ye eşlik eden diğer tanıların görülme oranları % 60-100 arasında değişen oranlar olarak bildirilmektedir (Kuhne ve ark, 1997).

Bu çalışmada eştanı sayısı ortalaması  $2,7 \pm 1,45$  olarak bulunmuştur. 12 çocuğun (%17,1) bir, 18 çocuğun (%25,7) iki, 16 çocuğun (%22,9) üç, 12 çocuğun (%17,1) dört, 7 çocuğun (%10) beş, iki çocuğun (%2,9) altı eş tanısı bulunmuştur.

Literatürde DEHB olan çocuklarda yaşam boyu davranım bozukluğu %25; karşıt olma karşı gelme bozukluğu %46; major depresyonu %44; anksiyete bozukluklarını %35 olarak bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1998). Özgül öğrenme bozuklukları ise %10-90 arasında farklı oranlarda eş tanı olarak bildirilmektedir (Weiss ve Weiss; 2002). Sharp ve arkadaşları DEHB olan kız çocuklarla ilgili yaptıkları çalışmada eş tanı oranlarının KOKGB % 50, davranım bozukluğu % 2, depresyon % 7, ayrılık anksiyetesi bozukluğu % 2, basit fobi % 7, başka türlü adlandırılmayan tik bozuklukları, % 2, enürezis % 12, okuma bozukluğu % 8 olduğunu bildirmektedir (Sharp ve ark, 1999).

**KOKGB eş tanısı açısından bakıldığında**, bu çalışmada KOKGB 33 hastada (%47,1), davranım bozukluğu 1 hastada (%1,4) bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda KOKGB DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklardan biri olarak bildirilmiştir (Biederman, 1998). Bizim bulgularımız da bunu destekler niteliktedir.

Literatürde kızlarda davranım bozukluğu ve KOKGB sıklığının erkeklerde görülenin yarısı kadar olduğu bildirilmektedir. (Gaub ve Carlson, 1997; Greene ve ark, 2001; Gershon, 2002). Diğer yandan kızlarda DSM-IV'e göre yıkıcı davranış bozukluklarına ait tanı ölçütleri geliştirilmesi ve geçerlilik çalışmalarının genelde erkeklerde yapılması, kullanılan ölçeklerde sadece açık (*overt*) saldırganlık semptomlarına odaklanması gibi nedenlerle kızlarda bu durumların olduğundan daha az tanındığı bildirilmektedir (Ohan ve Johnston, 2005). Kızlarda daha sık görülen örtük (*covert*) olan dışsallaştırma problemleri (Monuteaux ve ark, 2004) psikososyal işlevselliği bozsa bile sıklıkla erişkinler tarafından hem hızlı bir şekilde fark edilmemekte hem de daha az problemliler olarak kabul gördüğü bildirilmektedir (Ohan ve Johnston, 2005). Bu yüzden cinsiyete özgü semptom listeleri oluşturarak bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, KOKGB eştanısı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında KOKGB'nin en sık DEHB-B alt tipte görüldüğü bulunmuştur. Bu bulgu toplum ve klinik örneklemlerle uyumludur (Kuhne ve ark, 1997; Biederman ve ark, 1999; Rucklidge ve Tannock, 2001; Levy ve ark, 2005).

Olumsuz yaşam olayları sayısı KOKGB'si olan grupta anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Literatürde YDB ile olumsuz yaşam olayları arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (Tiet ve ark, 2001).

**ÖÖB eş tanısı açısından bakıldığında**, kullanılan tanı yöntemine göre sıklığı % 10 ile % 90 arasında değiştiği bildirilmektedir (Weiss ve Weiss, 2002a). Bilgiç ve arkadaşları tarafından yapılan klinik örneklemlerle bir çalışmada DEHB'li olan 217 çocuk ve ergenin % 21,7'sinde ÖÖB eştanısı olduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmada ÖÖB belirtileri de olan DEHB'li hastalarda okul başarısı olmayanlara göre daha düşük görülmüştür. Bu bulgu genel literatürle uyumludur. ÖÖB belirtileri varlığı ilk başvuru yaşını etkilememiş, ilk başvuru yaşı açısından ÖÖB belirtileri olan ve olmayan DEHB grupları arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır. İki grup arasında tüm zeka bölümü puanı dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tüm zeka bölümü puanı ÖÖB belirtileri olan grupta daha düşük bulunmuştur.

Öngider ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, DEHB tanısı konan 151 çocukta ÖÖB'si olan ve olmayan iki grup arasında sözel zeka bölümü dışında anlamlı fark bulunmamıştır. Sözel zeka bölümü puanı ÖÖB'si olanlarda daha düşük olarak bildirilmektedir (Öngider ve ark 2008). Bilgiç ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir klinik çalışmada DEHB'de ÖÖB eştanısı görülmesi ile zeka bölümü puanları arasında ilişki bulunamadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada WISC-R testine ulaşılabilen ÖÖB belirtileri olan 10 hasta ile ÖÖB belirtileri olmayan 31 hasta karşılaştırılmıştır. Tüm zeka bölümü puanı dışında ÖÖB olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sözel puanı ÖÖB olan grupta daha düşük, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgumuz bu yönüyle Öngider ve

arkadaşlarının çalışmalarına benzer olsa da bu alandaki karışık sonuçları netleştirmek için daha geniş örneklemlerle klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anksiyete bozukluğu eş tanısı açısından bakıldığında**, bu çalışmada DEHB grubunda basit fobi dahil herhangi bir anksiyete bozukluğu 59 hastada (%84,3), kontrol grubunda 16 çocukta (%26,7) olarak bulunmuştur. Basit fobi 55 hastada (%78,6), yaygın anksiyete bozukluğu 13 hastada (%18,6), ayrılık anksiyetesi bozukluğu 6 hastada (%8,6), OKB 10 hastada (%14,3), sosyal fobi 1 hastada (%1,4) saptanmıştır.  $\geq 2$  anksiyete bozukluğu olanların sayısı 28 (%40) olarak bulunmuştur. Kontrol grubuna göre DEHB olan kızların daha çok anksiyete bozukluğu eş tanısı olduğu bulunmuştur.

Biederman ve arkadaşlarının DEHB olan kızların klinik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında  $>2$  sayıda anksiyete bozukluğu sayısı oranını %34 ve en sık yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bulgusuyla uyumlu bir sonuç bulunmuştur (Biederman ve ark, 1999). Bu çalışmada anksiyete bozukluğu oranının yüksek olması ÇDŞG-ŞY yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak ayıntılı bir biçimde bozukluk taraması yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca anksiyete bozuklukları çocukluk çağında en sık görülen bozukluklardandır.

Bu çalışmada anksiyete bozuklukları açısından iki alt tip arasında fark bulunmamıştır. Literatürde DEHB-DE olan çocuklarda daha fazla oranda içselleştirme sorunları olduğu yönünde bulgu olsa da (Biederman ve ark, 1991) Eiraldi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB-B alt ip ile DEHB-DE alt tip arasında içselleştirme sorunları açısından fark bulunmamıştır (Eiraldi ve ark, 1997).

**Depresyon eş tanısı açısından bakıldığında**, bu çalışmada depresyon 6 hastada (%8,6) bulunmuştur. Literatürde duygudurum bozuklukları DEHB olgularının %20-30'unda birlikte görüldüğü bildirilirken, duygudurum bozukluklarının uzun süren DEHB belirtilerine ikincil olarak mı geliştiği, yoksa bu belirtilerden bağımsız olarak mı ortaya çıktığı tartışmaları devam etmektedir (Biederman ve ark, 1998). Depresyonun kızlarda özellikle puberta başlangıcından sonra arttığı (Biederman ve ark, 2002) göz önüne

alınır, bu çalışmada az sayıda hastada depresyon bulunmasının nedeni örneklemedeki ergen sayısının az olmasına bağlı olabilir. Yine de bu alanda daha büyük örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Tik bozukluğu açısından bakıldığında**, hepsi gelip geçici tik bozukluğu olan sıklık 17 hastada (%24,3) olarak bulunmuştur. DEHB hastalarının %20'sinin tik bozukluğu olduğu bildirilmektedir (Peterson ve ark, 2001). Bu çalışmada DEHB-DE alt tipinde tik bozukluğu oranının bileşik alt tipe göre daha fazla olduğu bulgusu daha büyük örneklemlerle çalışmalar yapılarak ortaya konmalıdır.

**Dışa atım bozuklukları açısından bakıldığında**, DEHB grubunda enürezis nokturna 20 hastada (%28,6) ve enkoprezis 7 hastada (%10) bulunmuştur. Primer enürezis nokturnanın, DEHB'li hastalarda sık olarak bulunduğu bilinmektedir ama aralarındaki ilişki tam olarak anlaşılabilmiştir. DEHB'li hastalarda primer enürezis nokturna sıklığı %21-32 bildirilmektedir. Primer enürezis nokturna ve DEHB arasındaki ilişki, paylaşılan bir genetik mekanizmayı da yansıtıyor olabilir (Bailey ve ark, 1999).

**İletişim bozuklukları açısından bakıldığında**, DEHB grubunda sadece 1 hastada kekeleme ve 2 hastada fonolojik bozukluk olarak, hastaların %4,3'ünde bulunmuştur. Biederman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kız DEHB olguları arasındaki iletişim bozuklukları oranı %15 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın örnekleminin az olması nedeniyle daha düşük oran bulunmuş olabilir.

Bu çalışmada klinik bir örnekleme DEHB olan kızların sosyodemografik, eş tanı ve psikososyal özellikleri incelenmiştir. DEHB olan kızlar kontrollere göre okul başarıları daha düşük, akran ilişkileri, anne baba ve kardeş ilişkileri daha sorunlu olarak; eş tanı ve ailelerinde DEHB öyküsü sıklığı daha fazla oranda bulunmuştur. Bileşik alt tipe en sık eş tanıları sırasıyla anksiyete bozuklukları, karşıt olma karşı gelme bozukluğu; dikkat eksikliği baskın alt tipe ise anksiyete bozukluğu, özgül öğrenme bozukluğu belirtileri olarak bulundu. Hasta grubunda tüm ölçek puanlarını aileler öğretmenlere göre daha sorunlu bildirmiştir. Bu bulguların tüm DEHB olan kızlara genellenebilmesi için daha büyük örneklemlerle hem klinik hem de

toplumsal örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç vardır. DEHB tanısı olanların klinik gidişinde getirdiği psikiyatrik, akademik, sosyal alandaki morbidite nedeniyle erken tanınması ve tedavisi önemlidir. Bu arada DEHB'nin tek bir klinik görünümünün olmayabileceği, cinsiyet, yaş, alt tip, eş tanı gibi değişkenlerle bu görünümün değişebileceği unutulmamalıdır. Bu açıdan kızlardaki DEHB cinsiyete özgü özelliklerinin daha iyi anlaşılması; toplum sağlığı kapsamında özellikle de kız çocuklarının ruhsal sağlığı açısından da önemlidir.

### **5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları**

Katılımcıların klinik değerlendirmeleri araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY ile yapılmış olmasına karşın, Özgül Öğrenme Bozukluğu tanısı bu görüşme formuyla taranamamaktadır. Bu nedenle ÖÖB tanısı araştırmacı tarafından, yarı yapılandırılmış bir çocuk ve ebeveyn görüşmesi ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocukta özgül öğrenme güçlüğü belirtilerinin varlığı araştırılarak konmuştur.

Katılımcıların psikiyatrik aile öyküsünde her ne kadar psikiyatri alanında uzman bir doktor tarafından konulan tanılar ve tedaviler dikkate alınmaya çalışılsa da öykü alınırken anlatılan işlevselliği bozan yoğun belirtilerin varlığı da tanıya dahil edilmiş, herhangi bir ölçek uygulaması ile durum netleştirilmeye çalışılmamıştır.

WISC-R profilleri açısından sadece test sonuçlarına ulaşılabilen 41 hastanın verileri üzerinden analizler yapılmıştır. Ayrıca kontrol grubuna WISC-R testi uygulanarak bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Bu çalışmada amaç doğrudan DEHB'deki cinsiyete özgü farkları ortaya koymak olmamasına karşın literatürde üzerinde daha az çalışma bulunan kız DEHB ile ilgili klinik bir örneklemede sosyodemografik, eş tanı ve psikososyal özellikler incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarını tüm DEHB olan kızlara genellemek doğru olmamakla birlikte bu alanda daha geniş örneklemlerle klinik ve toplum örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç olduğu hissedilmektedir.

## 6. KAYNAKLAR

- Abikoff HB, Jensen PS, Arnold LL, Hoza B, Hechtman L, Pollack S, Martin D, Alvir J, March JS, Hinshaw S, Vitiello B, Newcorn J, Greiner A, Cantwell DP, Conners CK, Elliott G, Greenhill LL, Kraemer H, Pelham We JR, Severe JB, Swanson JM, Wells K, Wigal T. Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *J Abnorm Child Psychol.* 2002;30(4): 349-59.
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- Andersen SL, Rutstein CM, Benzo JM, Hostetter JC, Teicher MH. Sex differences in dopamine receptor overproduction and elimination. *Neuropharmacology and Neurotoxicology Neuroreport* 1997;8(14): 1495–1498.
- Andersen SL, Teicher MH. Sex Differences In dopamine receptors and their relevance to ADHD. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews* 2000;24: 137–141.
- Angold A, Costello EJ, Farmer EM, et. al. Impaired but undiagnosed. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (2): 129-37
- Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri* 2007;10: 28-37.
- Arnold LE. Sex differences in ADHD: Conference Summary. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996;24(5): 555-569.
- Astellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, Vaituzis AC, Blumenthal JD, Nelson J, Bastain TM, Zijdenbos A, Evans AC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *General Psychiatry* 2001;58(3): 289-295.
- Bailey JN, Ornitz EM, Gehricke JG, Gabikian P, Russell AT, Smalley SL. Transmission of primary nocturnal enuresis and attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr.* 1999;88(12):1364-8.

- Bakar EE, Soysal Ş, Kiriş N, Şahin A, Karakaş S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun değerlendirilmesinde Wechsler çocuklar için zeka ölçeği geliştirilmiş formunun yeri. *Klinik Psikiyatri* 2005;8: 5-17.
- Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age of onset criterion for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (9): 1211-1221
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, et al. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulations contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics* 2003; 111(1): 97-109.
- Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord*. 2005;89(1-3): 35-44.
- Biçer D. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan erişkinlerin dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik belirtileri ile eştanı ve psikososyal profili. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):564-577. Review.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(4): 526-533.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, Sprich-Buckminster S, Ugaglia K, Jellinek MS, Steingard R, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(9): 728-738.
- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*. 1995;152(11): 1652-1658.

- Biederman J. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A life span perspective. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(7): 4-16.
- Biederman J, Mick E, Faraone S. Depression in attention deficit hyperactivity disorder children: True depression or demoralization? *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 53:437-46.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T., et al. Gender differences in a sample of adult with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Res* 1994;53:13-29.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*. 2002;159(1):36-42.
- Biederman J, Faraone Sv, Monuteaux Mc. Differential effect of environmental adversity by gender: rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9): 1556-62.
- Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, Mick E, Faraone SV. Absence of gender effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1083-1089
- Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Klein KL, Price JE, Faraone SV. Psychopathology in females with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A controlled, five-year prospective study. *Biological Psychiatry* 2006;60(10): 1098-1105.
- Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(8): 966-75.
- Bilgiç A, Kılıç BG, Gürkan K, Aysev A. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı konulan bir kinik örnekleme yıkıcı davranış bozuklukları ve özgül öğrenme bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006;13(2): 54-60.
- Bradley JD, Golden CJ. Biological Contributions to the presentation and understanding of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a review. *Clin Psychol Rev* 2001; 21 (6): 907-29
- Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(8): 978-987.

- Castellanos FX, Rapoport JL. Etiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1992;1: 373-384.
- Castellanos FX, Marvasti FF, Ducharme JL, Walter JM, Israel ME, Krain A, Pavlovsky C, Hommer DW. executive function oculomotor tasks in girls with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(5): 644-50.
- Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, Walter JM, Sharp W, Tran T, Vaituzis AC, Blumenthal JD, Nelson J, Bastain TM, Zijdenbos A, Evans AC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(3): 289-95.
- Chabildas N, Pennington BF, Willcut EG. A comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *J Abnormal Child Psychol* 2001;29(6): 529-540.
- Chandola CA, Robling MR, Peters TJ, Melville-Thomas G, McGuffin P. Pre- and perinatal factors and the risk of subsequent referral for hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992;33(6): 1077-1090.
- Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34(6): 851-867.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, et al. Prevalence and Development of Pyschiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Pyschiatry* 2003;60(8): 837-844.
- Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy IF. ve ark. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1997;4; 10-18.
- Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş ve ark. Conners anababa derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara 1998.
- Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş Dereboy F. Conners Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği. *Türk Psikiyatri Derneği* 2007;18(1); 48-58.
- Disney ER, Elkins IJ, McGue M, et al. Effects ADHD, Conduct Disorder and Gender Substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10): 1515-21.

- Duran Ş. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı ve eştanı durumları. Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
- Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CM. Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder among 6- to 12-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4): 503-14.
- Eme Rf. Selective Female Affliction in the developmental disorders of childhood: a literature review. *Journal Of Clinical Child Psychology* 1992;21(4): 354-364.
- Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirmesi çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001;8; 132-144.
- Eremsoy E, Karancı AN, Kazak-Berument S. Güçler ve Güçlükler Anketinin (The Strengths and Difficulties, SDQ) Türk örneklem için psikometrik özellikleri. 14. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, 2006.
- Ernst M, Liebenauer LL, King AC, Fitzgerald GA, Cohen RM, Zametkin AJ. Reduced brain metabolism in hyperactive girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994 Jul-Aug;33(6):858-68.
- Ernst M, Cohen RM, Liebenauer LL, Jons Ph, Zametkin AJ. Cerebral glucose metabolism in adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10): 1399-406.
- Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13: 354-361.
- Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, Spencer T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I, Perrin J, Chen JW, ve Tsuang MT () Intellectual performance and school failure in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and in their siblings. *J Abnorm Psychol* 1993;102(4): 616-623.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E, Doyle AE, Wilens T, Spencer T, Frazier E, Mullen K. A Family study of psychiatric comorbidity in girls and boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2001;50(8): 586-592.

- Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Attention-Deficit Disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype. *Biol Psychiatry*. 2000;48(1): 21-9.
- Faraone SV. Report from the 4th international meeting of the attention deficit hyperactivity disorder molecular genetics network. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2003;121B(1): 55-59.
- Faraone SV, Perlis R, Doyle AE, et al. Molecular genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry* 2005;57(11): 1313-23.
- Faraone SV, Biederman J, Milberger S. An Exploratory study of ADHD among second-degree relatives of ADHD children. *Biological Psychiatry* 1994;35(6): 398-402.
- Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8): 1036-45.
- Gershon J, Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal Of Attention Disorders*. *J Atten Disord*. 2002;5: 143-156.
- Giedd JN, Castellanos FX, Rajapakse JC, Vaituzis AC, Rapoport JL. Sexual dimorphism of the developing human brain. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 1997;21:1185–201
- Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1999;27(1); 17-24.
- Gordon M, Antshel KM, Faraone S, etl. Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's criterion B. *ADHD Report* 2005; 13 (4): 1-8.
- Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst P. Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005;44(2): 159-169.
- Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst P, Ettridge K. Are ADHD gender patterns moderated by sample source? *Journal Of Attention Disorders* 2006;10(1), 36-43.
- Greene RW, Biederman J, Faraone SV, et al. Social impairment in girls with ADHD: patterns, gender comparisons, and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(6): 704-710

- Guy W. Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology, revised edition. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Dept. of Health, Education and Welfare Publication (ADM), 1976: 218-222.
- Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) "Strength And Difficulties Questionnaire – SDQ" Anne-Baba formunun Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 15. Ulusal ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Bursa, 2004.
- Hechtman L. Long-term outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994;1: 553-565.
- Hechtman L. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds) Kaplan and Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott, Williams & Wilkins 2005;pp:3183 – 3195.
- Hinshaw SP, Carte ET, Sami N, Treatung JJ, Zupan BA. Preadolescent girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *J. Consult Clin Psychol.* 2002 Oct; 70(5): 1099-1111.
- Hoza B, Gerdes AC, Mrug S, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, Arnold LE, Abikoff HB, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Jensen PS, Kraemer HC, March JS, Newcorn JH, Severe JB, Swanson JM, Vitiello B, Wells KC, Wigal T. Peer-Assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005;34(1): 74-86.
- Hudziak JJ, Heath AC, Madden PF, et al. Latent class and factor analysis of DSM-IV ADHD: a twin study of female adolescents. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(8): 848-857.
- Jackson DA, King AR. Gender Differences in the effects of oppositional behavior on teacher ratings of ADHD symptoms. *J Abnorm Child Psychol.* 2004;32(2): 215-24.
- James A, Taylor E. Sex differences in the hyperkinetic syndrome of childhood. *J Child Psychol Psychiatry.* 1990;31(3): 437-446.
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, March JS, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Wells KC, Wigal T, Vitiello B. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(2): 147-158.

- Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, Hechtman L, Hinshaw SP, Pelham WE, Wells KC, Conners CK, Elliott GR, Epstein JN, Hoza B, March JS, Molina BS, Newcorn JH, Severe JB, Wigal T, Gibbons RD, Hur K. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8): 989-1002.
- Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, et al. Iron deficiency in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(12):1113-1115.
- Kotimaa AJ, Moilanen I, Taanila A, et al. Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (7): 826-33.
- Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biedermann J, Greenhill L, Hynd GW, Barkley GA, Newcorn J, Jensen P, Richters J, Garfinkel B, Kerdyk L, Frick PJ, Ollendick T, Perez D, Hart EL, Waldman I, Shaffer D. DSM-IV field trials for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994;151: 1673-1685.
- Lavigne JV, Cicchetti C, Gibbons RD, Larsen L, DeVito C. Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(12):1393-1400.
- Mahone EM, Miller TL, Koth CW, Mastofsky SH, Goldberg MC, Dencla MB. Differences between WISC-R and WISC-III performance scale among children with ADHD. *Psychol Sch* 2003;40(4): 331-340.
- Max JE, Arndt S, Castillo CS, et al. Attention-deficit hyperactivity symptomatology after traumatic brain injury: a prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(8): 1141-1147.
- Milberger S, Biederman J, Faraone SV, et al. Pregnancy, delivery and infancy complications and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: issues of gene-environment interaction. *Bio. Psychiatry* 1997; 41 (1): 65-75.
- Milberger S, Biederman J, Faraone SV, et al. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for Attention Deficit Hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry* 1996;153(9): 1138-1142.
- Monuteaux MC, Fitzmaurice G, Blacker D, et al. Specificity in the familial aggregation of overt and covert conduct disorders symptoms in a referred attention deficit-hyperactivity disorder sample. *Psychol Med* 2004;34 (6): 1113-1127.

- Morgan AE, Hynd GW, Riccio CA, Hall J. Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(3): 325-33.
- MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorderVthe Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56: 1088Y1096.
- Naglieri JA, Goldstein S, Delauder BY, Schwebach A Relationships between the WISC-III and the cognitive assessment system with Conners' Rating Scales and Continuous Performance Tests. *Arch Clin Neuropsychol*, 2005;20: 385-401.
- Ohan JL, Johnston C. What is the social impact of ADHD in girls? a multi-method assessment. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35: 239–250.
- Ornoy A, Uriel L, Tennenbaum A. Inattention, hyperactivity and speech delay at 2-4 years of age as a predictor for ADD-ADHD syndrome. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 1993;30(3):155-63
- Özcan EM, Eğri M, Kutlu ON, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı: Önçalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1998;5: 2-3.
- Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention deficit hyperactivity disorder in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 40(6):685-695.
- Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence Of ADHD: A Systematic Review And Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6): 942-948.
- Popper CW , Gammon GD, West SA, Bailey CE. Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence, Disruptive Behavior Disorders. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry*, 5th Edition, Chapter 21, 20 Eylül 2000, ([www.psychiatryonline.com/](http://www.psychiatryonline.com/))
- Quinn PO. Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *Jclp/In Session* 2005;61(5): 579–587.
- Quinn P, Wigal S. perceptions of girls and ADHD: results from a national survey *Medgenmed.* 2004; 6(2): 2-11.

- Robison LM, Skaer TL, Sclar DA, Galin RS. Is Attention Deficit Hyperactivity Disorder increasing among girls in the us? trends in diagnosis and the prescribing of stimulants. *Cns Drugs* 2002;16(2): 129-37.
- Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1995.
- Schachar R, Wachsmuth R. Hyperactivity and parental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31(3): 381-392.
- Seidman LJ, Biederman J, Faraone SV, Weber W, Mennin D, Jones J. A pilot study of neuropsychological function in girls with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(3): 366-73.
- Seidman LJ, Biederman J, Monuteaux MC, Valera E, Doyle AE, Faraone SV. Impact of gender and age on executive functioning: do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ neuropsychologically in preteen and teenage years? *Developmental Neuropsychology* 2005;27(1): 79–105.
- Schneider H, Eisenberg D. Who receives a diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in the united states elementary school population? *Health Module, Pediatrics* 2006;117(4): 1401-1411.
- Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11): 1432-1437.
- Stahl SM. *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Application*. 2<sup>nd</sup> Edition, Cambridge University Press, 2000.
- Staller J, Faraone SV. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in girls epidemiology and management. *therapy in practice*. *Cns Drugs* 2006; 20;(2): 107-123.
- Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy IF ve ark. Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-1. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995;2; 131-141.
- Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6: 5-10.
- Taşkın B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri ile cinsiyet ve davranışsal özellikler arasındaki ilişkinin klinik dışı bir grupta değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2006.

- Thurber JR, Heller TL, Hinshaw SP. The social behaviors and peer expectation of girls with attention deficit hyperactivity disorder and comparison girls. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2002;31(4): 443-452.
- Tiet QQ, Bird HR, Howen CW, Moore R, Wu P, Wicks J, Jensen PS, Goodman S, Cohen P. Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001;29(2) :153-164.
- Weiss M, Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. in: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook.* 3<sup>rd</sup> Edition, Baltimore: Lippincott, Williams&Wilkins 2002a;pp:645.
- Weiss M, Weiss G. Developmental neurobiological and psychosocial aspects of hyperactivity, impulsivity and attention. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook.* 3<sup>rd</sup> Edition, Baltimore: Lippincott, Williams&Wilkins 2002b;pp:366-370.
- Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Annu. Rev. Med.* 2002;53: 113–131.
- Willcutt EG, Pennington BF, DeFries JC. Etiology of inattention and hyperactivity/impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28 (2): 149-59
- Zalecki CA, Hinshaw SP. Overt and relational aggression in girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology* 2004;33(1): 125-137.
- Zametkin AJ, Liebenauer LL, Fitzgerald GA, King AC, Minkunas DV, Herscovitch P, Yamada EM, Cohen RM. Brain metabolism in teenagers with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 May;50(5):333-40.

## Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Adı soyadı:..... Protokol no:  
Doğum tarihi:.....Görüşme tarihi:.....  
Polikliniğe ilk başvuru tarihi:.....(Eski hasta / Yeni hasta )  
Görüşme yapılan ebeveyn: Anne Baba Her ikisi  
Semt: Telefon/e-posta:

Okul ve sınıfı:  
Sınıftaki kişi sayısı:  
Öğretmenin cinsiyeti / yaşı / kaç yıllık öğretmen:  
Hangi elini kullanıyor? Yazarken: Sağ Sol Her ikisi

### AİLENİN SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ İLE İLGİLİ SORULAR:

Anne-babanın evlilik durumu: Beraber Ayrı Boşanmış Ölü Üvey  
Kaç kardeşi var?  
Kaçınıcı çocuk?  
Kaç kız kaç erkek kardeşi var?  
Annenin en son bitirdiği okul hangisidir? Yüksekokul Lise Ortaokul İlkokul Okur yazar  
Okur yazar değil  
Babanın en son bitirdiği okul hangisidir? Yüksekokul Lise Ortaokul İlkokul Okur yazar  
Okur yazar değil  
Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı? Yok SSK Emekli sandığı Bağ-Kur Yeşil Kart  
Özel Sigorta Diğer...  
Babanın çalıştığı iş:  
İşsiz Memur Emekli İşçi Serbest meslek sahibi Kendi başına çalışan  
İşveren (en fazla 5 işçi çalıştıran) İşveren (6 veya daha fazla işçi çalıştıran)  
Çiftçi (en fazla 1 işçi çalıştıran) Çiftçi (2 veya daha fazla işçi çalıştıran)  
Diğer.....  
Annenin çalıştığı iş:  
Memur Emekli İşçi Serbest meslek sahibi Kendi başına çalışan  
İşveren (en fazla 5 işçi çalıştıran) İşveren (6 veya daha fazla işçi çalıştıran)  
Çiftçi (en fazla 1 işçi çalıştıran) Çiftçi (2 veya daha fazla işçi çalıştıran)  
İşsiz/ev kadını/diğer.....

### BAŞVURU VE TAKİP İLE İLGİLİ SORULAR:

Çocuk psikiyatrisine ilk başvuru yaşı (nereye):  
İlk başvuru yakınması:(DEHB belirtileri dışında yakınma, DEHB belirtileriyle ilgili  
yakınma)  
Güncel yakınması:(DEHB belirtileri dışında yakınma, DEHB belirtileriyle ilgili  
yakınma)  
DEHB belirtileri nedeniyle kim tarafından yönlendirildiği:  
DEHB başlangıç yaşı:  
DEHB ilk tanı yaşı (kaçınıcı sınıfta):  
DEHB ilk ilaç tedavisinin başlandığı yaş:  
DEHB başlangıç yaşı ile ilk tanı arasındaki süre:  
DEHB başlangıç yaşı ile ilk ilaç tedavisi arasında geçen süre:  
Şimdiye kadar önerilen tedavi müdahaleleri neler? (sıklık, süre ve doz)  
İlaç tedavisi:

Özel eğitim:

Terapi (rehberlikten veya psikolog tarafından danışmanlık, bireysel psikoterapi..):

**Ek ders desteği (özel öğretmen, dersane) gerekmiş mi? (Gerekiyse hangi derslerde)  
Kaynaştırma eğitim programında (Bireysel Eğitim Programı) mı?**

**GENEL KLİNİK DEĞERLENDİRME PUANI (GKD):**

**TIBBİ ÖZGEÇMİŞ İLE İLGİLİ SORULAR:**

Gebelik süresince sigara / alkol kullanımı (varsa süre ve adet):

Annenin ve babanın doğumdaki yaşı:

Gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde problem var mı?

Bebekken bakımını kim yapmış?

Ne kadar anne sütü almış?

Konuşma / yürüme / tuvalet eğitimi (ay):

Tıbbi herhangi bir hastalık / travma / ameliyat:

**SOYGEÇMİŞ İLE İLGİLİ SORULAR (ANNE BABA, KARDEŞ VE BİRİNCİ DERECE AKRABALARDA):**

**DEHB** (Yok Tanı yok ama belirtileri var (kimde olduğu) Saptanmış tanı var  
(kimde olduğu)

**Kardeşte saptanmış DEHB tanısı:** Yok Tanı yok ama belirtileri var(varsa kardeşin cinsiyeti)

Saptanmış tanı var (varsa kardeşin cinsiyeti)

**Kardeşte DEHB tanısına yönelik ilaç kullanımı:** Var (ne olduğu) Yok

**Davranım Bozukluğu/Antisosyal Kişilik Bozukluğu:**

**Madde/alkol bağımlılığı:**

**Yasal sorun:**

**Depresyon:**

**İntihar (tamamlanmış / tamamlanmamış):**

**Tik:**

**Takıntı:**

**Ailede bu tanılara yönelik tedavi alan var mı? (varsa kim olduğu ve tanının kim tarafından konulduğu)**

## Ek 2. Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Çocuğunuzun durumuna en uygun olan dereceyi işaretleyiniz. Teşekkürler.

		Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1.	Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar ( Örneğin tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2.	Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır				
3.	Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır				
4.	Kolayca heyecanlanır düşünmeden hareket eder				
5.	Faaliyetlerde hep başı çekmek ister				
6.	Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner				
7.	Sık sık veya kolayca ağlar				
8.	Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır				
9.	Hayale dalıp gider, hayal kurar				
10.	Öğrenme güçlüğü çeker				
11.	Yerinde rahat duramaz kıpır kıpırdır				
12.	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar				
13.	Yerinde duramaz her an hareket halindedir				
14.	Zarar vericidir (eşyalara)				
15.	Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler				
16.	Utangaçtır				
17.	Yaştlarına göre başı daha çok derde girer				
18.	Yaştlarına göre konuşması farklıdır (Örn: bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç konuşma)				
19.	Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar				
20.	Kavgacıdır				
21.	Somurtur, surat asar veya küser				
22.	Çalma huyu vardır				
23.	Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür				
24.	Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili)				

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

		Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
25.	İşlerini bitirmekte zorlanır				
26.	Çabuk kırılır veya gücenir				
27.	Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer				
28.	Tekrarlayıcı bir hareketi / faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29.	Merhametsizdir				
30.	Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir)				
31.	Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker				
32.	Baş ağrıları vardır				
33.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir				
34.	Kuralları veya sınırlanmaları sevmez, onlara uymaz				
35.	Sürekli kavga eder				
36.	Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez				
37.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder				
38.	Diğer çocukları rahatsız eder				
39.	Temelde mutsuz eder				
40.	Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41.	Mide ağrıları vardır				
42.	Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43.	Vücudunda başka ağrıları da vardır				
44.	Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır				
45.	Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır				
46.	Övünür, yüksekte atar				
47.	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz				
48.	Bağırsakları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır				

**Ek 3. DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği**

	I. A BÖLÜM DİKKATSİZLİK	Yok (0)	Biraz (1)	Fazla (2)	Çok fazla (3)
1.	Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar				
2.	Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker				
3.	Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür				
4.	Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevleri tamamlayamaz				
5.	Görev etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker				
6.	Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır				
7.	Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak araç-gereç) kaybeder				
8.	Dikkati kolayca dağılır				
9.	Günlük etkinliklerde unuttandır				
	II B BÖLÜM AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK				
10.	Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır				
11.	Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz				
12.	Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşuşturur ya da tırmanır (Gençlerde ve erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)				
13.	Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker				
14.	Hep hareket halindedir ya da sanki motor takmış gibi davranır				
15.	Çok konuşur				
16.	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir				
17.	Sirasını beklemekte güçlük çeker				
18.	Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (Başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar)				
	II. BÖLÜM				
19.	Kontrolünü kaybeder				
20.	Erişkinlerle tartışır				
21.	Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder				
22.	Başkalarını isteyerek rahatsız eder				
23.	Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar				
24.	Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır				
25.	Kızgın ve güceniktir				
26.	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister				

**Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var**

	<b>III. BÖLÜM A-İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık</b>	<b>Yok (0)</b>	<b>Biraz (1)</b>	<b>Fazla (2)</b>	<b>Çok fazla(3)</b>
27.	Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir				
28.	Kavga dövüş başlatır				
29.	Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb.) kullanır				
30.	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır				
31.	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır				
32.	Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar				
33.	Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar				
	<b>III. BÖLÜM B-Mala Zarar Verme</b>				
34.	Ciddi has vermek amacıyla yangın çıkarır				
35.	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında)				
	<b>III. BÖLÜM C-Dolandırıcılık ya da Hırsızlık</b>				
36.	Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer				
37.	Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır)				
38.	Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)				
	<b>III. BÖLÜM D-Kuralları Ciddi Biçimde Bozma</b>				
39.	13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir				
40.	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)				
41.	13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma				

## GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB<sup>4-16</sup>

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı: .....

Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ek 4. Güçler ve Güçlükler Anketi- Ebeveyn Formu</b>			
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az birğ yakın arkadaşı vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder, yada onlarla alay eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

**Lütfen sayfayı çeviriniz – arka sayfada birkaç soru daha var**

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet - Biraz	Evet - Oldukça Ciddi	Evet - Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız:

• Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1-5 ay	6-12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza: .....

Tarih: .....

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz)

**Yardıminiz için teşekkür ederiz**

© Robert Goodman, 2002

## Ek 5. Genel Performans Değerlendirme Formu-Aile

<p><b>A. Okul başarısı</b></p> <p>(1) Ağır düzeyde okul başarısızlığı (2) Orta düzeyde okul başarısızlığı (3) Hafif düzeyde okul başarısızlığı (4) Orta seviyede (5) Sınıf ortalamasının üstünde (6) Çok iyi</p>	<p><b>B. Yazması</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>
<p><b>C. Okuması</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>	<p><b>D. Matematik</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>
<p><b>E. Kardeşleriyle ilişkileri</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>	<p><b>F. Anne babasıyla ilişkileri</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>
<p><b>G. Akranlarıyla ilişkileri</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>	<p><b>H. Kuralları olan aktivitelere katılımı (oyun gibi)</b></p> <p>(1) Problemlı (2) Biraz problemlı (3) Orta seviyede (4) Ortalamanın üstünde (5) Çok iyi</p>

## Ek 6. Olumsuz Yaşam Olayları Listesi

Aşağıda sıralanmış yaşam olayları nedeniyle çocuğunuzun ve ailenizin hayatında önemli bulduğunuz bir değişiklik yaşandı mı?

Olumsuz Yaşam Olayları	Hayır	Evet ise açıklama
1.Ciddi hastalık veya yaralanma		
2.Suç/kazaya tanık olma		
3.Suç/şiddet/tecavüz mağduru olma		
4.Yakın arkadaşının ciddi hastalığının olması veya yaralanması		
5.Kız/erkek arkadaşından ayrılma		
6.Yakın bir arkadaşının kaybı		
7.Yeni bir okula başlayacak olma		
8.Ailenin taşınması		
9.Ailede alkol/madde sorunu öyküsü		
10.Ailede ruhsal/duygusal sorun öyküsü		
11.Ailede ciddi hastalık/yaralanmanın olması		
12.Ailede birinin ölümü		
13.Ailede birinin tutuklanması		
14.Kız/erkek kardeşin evi terk etmesi		
15.Ebeveynlerin eskisinden daha fazla tartışması (ebeveynler arası fiziksel şiddet dahil)		
16.Ebeveynlerin ayrılması		
17.Ebeveynlerin boşanması		
18.Yeni üvey anne ya da babanın olması		
19.Bir ebeveynin sıklıkla ev dışında olması		
20.Anne ya da babanın iş kaybı		
21.Ebeveynin parasal durumundaki olumsuz değişiklik		
22.Ebeveynin yeni bir işe girmesi		
23.Ebeveynin yasal sorunlarının olması		
24.Ebeveynin hapse girmesi		

## Ek 7. Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

Lütfen her cümle için en uygun durumu işaretleyiniz. Teşekkürler.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1.	Kıpır kıpırdır.				
2.	Beklenmeyen zamanlarda uygunsuz sesler çıkartır.				
3.	İstekleri hemen yerine getirilmelidir.				
4.	Bilmiş tavırları vardır, bilgiçlik taslar.				
5.	Aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz.				
6.	Eleştiriye kaldıramaz.				
7.	Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz.				
8.	Diğer çocukları rahatsız eder.				
9.	Hayallere dalar.				
10.	Somurtur, surat asar.				
11.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
12.	Kavgacıdır.				
13.	Büyüklerin sözünden çıkmaz.				
14.	Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir.				
15.	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
16.	Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister.				
17.	Genellikle arkadaş grubuna alınmıyor.				
18.	Başka çocuklar tarafından kolayca yönlendiriliyor.				
19.	Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır.				
20.	Liderlik özelliğinden yoksundur.				
21.	Başladığı işin sonunu getiremez.				
22.	Çocuksudur, olduğundan daha küçükmüş gibi davranır.				
23.	Hatalarını inkar eder veya suçu başkalarının üzerine atar.				
24.	Diğer çocuklarla iyi geçinemez.				
25.	Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.				
26.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
27.	Öğretmenle işbirliğine girmez.				
28.	Öğrenme güçlüğü çeker.				

**Ek 8. Genel Performans Değerlendirme Formu- Öğretmen**

<p><b>A. Okuması</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>	<p><b>B. Matematik</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>
<p><b>C. Yazılı ifadesi (kompozisyon gibi)</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>	<p><b>D. Akranlarıyla ilişkisi</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>
<p><b>E. Yönergelere uyması</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>	<p><b>F. Sınıf düzenini etkileme</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>
<p><b>G. Sınıf içi ödevlerini tamamlama</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>	<p><b>H. Organizasyon becerileri ya da görev ve etkinliklerini düzenleme becerileri</b></p> <p>(1) <i>Problemlili</i> (2) <i>Biraz problemlili</i> (3) <i>Orta seviyede</i> (4) <i>Sınıf ortalamasının üstünde</i> (5) <i>Çok iyi</i></p>

## Ek 9. Güçler ve Güçlükler Anketi-Öğretmen Formu

### GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

O4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı öğrencinin son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Öğrencinin Adı: .....

Kız / Erkek

Doğum Tarihi: .....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder, yada onlarla alay eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

**Lütfen sayfayı çeviriniz – arka sayfada birkaç soru daha var**

Genel olarak, bu öğrencinin aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet - Biraz	Evet - Oldukça Ciddi	Evet - Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız **evet** ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız:

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1-5 ay	6-12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler öğrenciyi sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, öğrencinin günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Akranları ile ilişkisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da sınıfın tümüne zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza: .....

Tarih: .....

Sınıf öğretmeni / Rehber öğretmen / Müdür yard. / Diğer (lütfen belirtiniz)

**Yardımanız için teşekkür ederiz**

© Robert Goodman, 2002

## Ek 10. Araştırma Etik Kurul Onayı

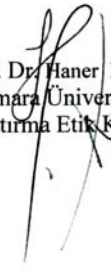
### MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK- 64  
Konu:

25.01.2008

Sayın : Doç.Dr. Ayşe RODOPMAN ARMAN

MAR-YÇ-2007-0277 protokol nolu “İlköğretim çağındaki kızlarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu:: Kliniğe başvuran bir grupta sosyodemografik, eş tanı ve psikososyal özelliklerin değerlendirilmesi ” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

  
Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurul Başkanı

## Ek 11. İl Millî Eğitim Müdürlüğü Çalışma İzin Yazısı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.34.00.18.580/ 1130/29910  
Konu : Anket(Zeynep YAMAN)

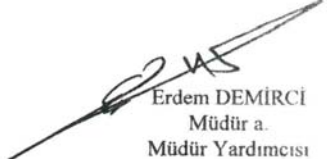
25 Mart 2008

Dr. Zeynep YAMAN'A  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD

- İlgi : a) Valilik Makamının 24/03/2008 tarih ve 18.580 / 1112/29396 sayılı Oluru.  
b) Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.  
c) 04/03/2008 tarihli yazınız.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğrencisi Zeynep YAMAN'ın İlimizde Altunizade Hafize Özal İlköğretim Okulu'nda uygulanmak üzere "İlköğretim Çağındaki Kızlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; Kliniğe Başvuran Bir Grupta Sosyo-Demografik, Eş Tanı ve Psikososyal Özelliklerin Değerlendirmesi" konulu anket çalışması yapma isteği İlgi (a) Valilik Oluru ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi, gereğinin İlgi(a) Valilik Oluru doğrultusunda, gerekli duyurunun anketçi tarafından yapılmasını, işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Kültür Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.

  
Erdem DEMİRCİ  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

**EKLER :**  
Ek-1. İlgi(a) Valilik Oluru  
2. Ek: Anket Soruları.

NOT : Verilecek cevapta tarih, kayıt numarası, dosya numarası yazılması rica olunur.  
Adres : İstanbul Millî Eğitim Müdürlüğü A.Blok Ankara cad. No:2 Cağaloğlu  
Tel. ve Fax : 212 526 13 82 İnternet : www.istanbul-meb.gov.tr E-mail : apk@istanbul-meb.gov.tr