

**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN**  
**FARKLI GÖRÜNÜMLERİNDE PSİKİYATRİK**  
**EŞ TANILARIN ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. GÖKÇEN GÜVEN**

**TEZ DANIŞMANI**

**DOÇ. DR. MURAT COŞKUN**

**İSTANBUL – 2016**

## TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca ihtiyacım olduğu her an desteğini hissettiğim, eğitimimde büyük emekleri olan, gerek tez çalışmam gerekse diğer bilimsel çalışmalarda yönlendirme, katkı ve yardımlarından faydalandığım tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Murat Coşkun'a,

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Süleyman Salih Zoroğlu'na,

Klinik açıdan gelişmemde çok büyük payları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Behiye Alyanak, Doç. Dr. Ayşe Kılınçaslan, Doç. Dr. Osman Abalı ve Uzm. Dr. İlyas Kaya'ya,

Birlikte çalışma, paylaşma, öğrenme deneyimini yaşadığım eski yeni tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizde birlikte çalıştığımız bütün psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve personelimize,

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında birlikte çalıştığım değerli hocalarım, asistan arkadaşlarım ve hemşirelere,

Sevgi ve ilgilerini her zaman yanımda hissettiğim ve bugüne kadar üzerimde sonsuz emekleri olan aileme,

En derin sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Gökçen Güven

## İÇİNDEKİLER

|                                                    |      |
|----------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                      | II   |
| İÇİNDEKİLER.....                                   | III  |
| TABLO VE GRAFİK LİSTESİ.....                       | VI   |
| KISALTMALAR.....                                   | VIII |
| ÖZET .....                                         | 1    |
| ABSTRACT .....                                     | 2    |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....                               | 4    |
| 2.GENEL BİLGİLER .....                             | 7    |
| 2.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ..... | 7    |
| 2.1.1.DEHB Tanımı .....                            | 7    |
| 2.1.2.DEHB Tarihçesi ve Tanı Kriterleri.....       | 7    |
| 2.1.3.DEHB'nin Farklı Görünümleri .....            | 13   |
| 2.1.4.Epidemiyoloji.....                           | 14   |
| 2.1.5. Etiyoloji.....                              | 15   |
| 2.1.5.1.Genetik etkenler.....                      | 15   |
| 2.1.5.2.Beyinde yapısal değişiklikler .....        | 15   |
| 2.1.5.3.Nörokimyasal Faktörler .....               | 16   |
| 2.1.5.4.Çevresel Faktörler .....                   | 16   |
| 2.1.5.5. Nöropsikolojik Veriler .....              | 17   |
| 2.1.6.Klinik Özellikler .....                      | 19   |
| 2.1.6.1.0–3 Yaş Arası .....                        | 19   |
| 2.1.6.2.Okul Öncesi Dönem.....                     | 19   |

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| 2.1.6.3.Okul Çağı .....                         | 20 |
| 2.1.6.4.Ergenlik Dönemi.....                    | 21 |
| 2.1.6.5.Yetişkinlik Dönemi.....                 | 21 |
| 2.1.7.Değerlendirme .....                       | 22 |
| 2.1.8.Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar .....  | 23 |
| 2.1.8.1.Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ..... | 24 |
| 2.1.8.2.Davranım Bozukluğu .....                | 24 |
| 2.1.8.3.Anksiyete Bozuklukları.....             | 26 |
| 2.1.8.4.Depresyon.....                          | 27 |
| 2.1.8.5.Bipolar Bozukluk.....                   | 28 |
| 2.1.8.6.Otizm Spektrum Bozuklukları.....        | 28 |
| 2.1.8.7.Özel Öğrenme Bozuklukları.....          | 29 |
| 2.1.8.8.Zihinsel Yetersizlik.....               | 30 |
| 2.1.8.9.Obsesif Kompulsif Bozukluk.....         | 30 |
| 2.1.8.10.Tik Bozuklukları .....                 | 31 |
| 2.1.8.11.Uyku Bozuklukları .....                | 31 |
| 2.1.8.12.Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....     | 32 |
| 2.1.9.Tedavi .....                              | 34 |
| 2.1.9.1.İlaç tedavileri .....                   | 34 |
| 2.1.9.1.1.Psikostimulanlar .....                | 34 |
| 2.1.9.1.1.1.Amfetaminler .....                  | 34 |
| 2.1.9.1.1.2.Metilfenidat.....                   | 35 |
| 2.1.9.1.2.Stimulan Dışı İlaçlar .....           | 36 |
| 2.1.9.1.2.1. Atomoksetin .....                  | 36 |
| 2.1.9.1.2.2. Alfa2 Agonistler.....              | 37 |

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.9.1.2.3. Antidepresanlar .....                                                                                                                                            | 37 |
| 2.1.9.1.2.4. Atipik Antipsikotikler .....                                                                                                                                     | 38 |
| 2.1.9.2.İlaç dışı tedaviler .....                                                                                                                                             | 38 |
| 2.1.10. Gidiş.....                                                                                                                                                            | 39 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM .....                                                                                                                                                       | 41 |
| 3.1.Olgular.....                                                                                                                                                              | 41 |
| 3.2.Veri Toplama Araçları.....                                                                                                                                                | 42 |
| 3.2.1.Sosyodemografik Veri Formu .....                                                                                                                                        | 42 |
| 3.2.2.Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni<br>Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) .....                                          | 42 |
| 3.2.3.Çocuk Depresyon Envanteri (Child Depression Inventory-CDI .....                                                                                                         | 42 |
| 3.2.4.Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)<br>(The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - SCARED)<br>Anne Baba Formu ve Çocuk Formu ..... | 43 |
| 3.2.5.Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Anketi (Pediatric Sleep Questionnaire, PSQ).43                                                                                           |    |
| 3.2.6.Yeme Tutumu Testi (Eating Attitudes Test).....                                                                                                                          | 44 |
| 3.3.İstatistiksel Değerlendirme .....                                                                                                                                         | 44 |
| 4.BULGULAR .....                                                                                                                                                              | 45 |
| 5.TARTIŞMA .....                                                                                                                                                              | 66 |
| 6.SONUÇ .....                                                                                                                                                                 | 75 |
| 7.KISITLILIKLAR.....                                                                                                                                                          | 76 |
| 8.KAYNAKLAR.....                                                                                                                                                              | 77 |
| 9.EKLER.....                                                                                                                                                                  | 89 |

## TABLO VE GRAFİK LİSTESİ

### TABLolar

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1:</b> Olguların yaşı ile yaş ve cinsiyete göre dağılımları .....                                                                                      | 45 |
| <b>Tablo 2:</b> Olguların eğitim ve son dönem okul başarısı durumu .....                                                                                        | 46 |
| <b>Tablo 3:</b> Olguların kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk oldukları.....                                                                                        | 46 |
| <b>Tablo 4:</b> Olguların beden kitle endeksi ve tıbbi hastalık öyküsü.....                                                                                     | 47 |
| <b>Tablo 5:</b> Olguların prematurite, kuvöz bakımı, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli ve anne sütü süresi özellikleri .....                              | 47 |
| <b>Tablo 6:</b> Olguların gelişim özellikleri.....                                                                                                              | 47 |
| <b>Tablo 7:</b> Ebeveynlerin yaş, eğitim, iş, psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özellikleri .....                                                   | 48 |
| <b>Tablo 8:</b> Zekâ testi sonuçları, DEHB tanı konma yaşı, ilk başlanan tedavi ve ilaç tatili özellikleri.....                                                 | 49 |
| <b>Tablo 9:</b> Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanılarının sıklığı .....                                                                                      | 50 |
| <b>Tablo 10:</b> Yaşam boyu psikiyatrik eş tanılarının cinsiyete, yaş grubuna ve DEHB'nin farklı görünümüne göre dağılımı .....                                 | 53 |
| <b>Tablo 11:</b> Toplam yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısı .....                                                                                                | 54 |
| <b>Tablo 12:</b> Cinsiyet ve yaş grubuna göre tanı sayısı ortalamalarının karşılaştırılması .....                                                               | 55 |
| <b>Tablo 13:</b> DEHB farklı görünümünün dağılımı .....                                                                                                         | 55 |
| <b>Tablo 14:</b> İki grup arasındaki yaş ve cinsiyet dağılımlarının karşılaştırılması .....                                                                     | 56 |
| <b>Tablo 15:</b> İki grup arasında kardeş durumunun karşılaştırılması .....                                                                                     | 56 |
| <b>Tablo 16:</b> İki grup arasında son dönem okul başarısının karşılaştırılması .....                                                                           | 56 |
| <b>Tablo 17:</b> İki grup arasında prematurite, kuvöz bakımı, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli ve anne sütü süresi özelliklerinin karşılaştırılması..... | 57 |
| <b>Tablo 18:</b> İki grup arasında gelişim özelliklerinin karşılaştırılması .....                                                                               | 57 |
| <b>Tablo 19:</b> İki grup arasında ebeveynlerin yaş, eğitim, iş, psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özelliklerinin karşılaştırılması .....           | 58 |

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 20:</b> İki grup arasında psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özelliklerinin karşılaştırılması .....                                | 59 |
| <b>Tablo 21:</b> İki grup arasında boy, ağırlık, beden kitle endeksinin ve tıbbi hastalık öyküsünün karşılaştırılması .....                            | 59 |
| <b>Tablo 22:</b> İki grup arasında zeka test sonuçları, DEHB tanı konma yaşı, ilk başlanan tedavi ve ilaç tatili özelliklerinin karşılaştırılması..... | 60 |
| <b>Tablo 23:</b> İki grup arasında güncel psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması .....                                                              | 61 |
| <b>Tablo 24:</b> İki grup arasında yaşam boyu psikiyatrik tanılarının karşılaştırılması.....                                                           | 62 |
| <b>Tablo 25:</b> Yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısının karşılaştırılması.....                                                                          | 63 |
| <b>Tablo 26:</b> İki grupta ortalama psikiyatrik eş tanı sayısının karşılaştırılması .....                                                             | 63 |
| <b>Tablo 27:</b> İki grupta DEHB belirti şiddetinin karşılaştırılması .....                                                                            | 63 |
| <b>Tablo 28:</b> İki grup arasında çocuk depresyon ölçeğinin karşılaştırılması .....                                                                   | 64 |
| <b>Tablo 29:</b> İki grup arasında çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeğinin karşılaştırılması...                                           | 64 |
| <b>Tablo 30:</b> İki grup arasında yeme tutumu ölçeğinin karşılaştırılması .....                                                                       | 65 |
| <b>Tablo 31:</b> İki grup arasında çocuklarda uyku alışkanlıkları anketinin karşılaştırılması .....                                                    | 65 |

## GRAFİKLER

|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Grafik 1:</b> Yaşam boyu psikiyatrik tanılarının dağılımı.....                                      | 50 |
| <b>Grafik 2:</b> Yaşam boyu psikiyatrik tanılarının cinsiyete göre dağılımları .....                   | 53 |
| <b>Grafik 3:</b> Yaşam boyu psikiyatrik tanılarının çocuk-ergen grubuna göre dağılımları .....         | 54 |
| <b>Grafik 4:</b> Yaşam boyu psikiyatrik eş tanı alan olguların DEHB farklı görünümüne göre dağılımı .. | 62 |

## KISALTMALAR

**AAB:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

**AN:** Anoreksiya Nervosa

**BKE:** Beden Kitle Endeksi

**BN:** Bulimiya Nervosa

**BPB:** Bipolar Bozukluk

**ÇDŞG-ŞY:** Okul Çağı Çocukları için Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

**DA:** Dopamin

**DB:** Davranım Bozukluğu

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**DE:** Dikkat Eksikliği

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**MPH:** Metilfenidat

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**NA:** Noradrenalin

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**OSB:** Otistik Spektrum Bozukluğu

**ÖB:** Öğrenme Bozuklukları

**PB:** Panik Bozukluk

**SAB:** Sosyal Anksiyete Bozukluğu

**SD:** Standart Sapma

**SSRI:** Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

**TB:** Tourette Bozukluğu

**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu

**YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu



## ÖZET

**Arka plan ve amaç:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrlikle seyreden, çocukluk çağında başlayan, belirtileri kişisel, sosyal ve mesleki alanlarda zorluklara neden olabilen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'nin üç farklı görünümü vardır; hem dikkat eksikliğinin hem hiperaktivite ve dürtüselliğin olduğu DEHB-Bileşik Görünüm, dikkat eksikliğinin daha baskın olduğu DEHB-Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm ve hiperaktivite/dürtüselliğin daha baskın olduğu DEHB-Hiperaktivite/Dürtüsel Görünüm. Görünümlere göre klinik özellikler ve komorbidite değişmektedir. Bu çalışmada amacımız, DEHB tanısı alan olguların sosyodemografik özelliklerini, gelişim özelliklerini, DEHB başlangıç yaşının, psikiyatrik eş tanılarının sıklıklarını ve eş tanıların yaş grubu ve cinsiyet ile ilişkisinin araştırılması ayrıca DEHB'nin farklı görünümlerine göre bu özelliklerin karşılaştırılması, DEHB'nin farklı görünümlerine göre DEHB, depresyon ve anksiyete belirti şiddetinin, ayrıca uyku ve yeme bozukluklarının karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda takip edilen 6–18 yaş arası, zihinsel geriliği olmayan ve otizm spektrum bozukluğu tanılarını almayan, DSM-5'e göre DEHB tanısı alan 154 olgu değerlendirilmiştir. 2015 Ekim- 2016 Mayıs tarihleri arasında araştırmacı tarafından takip edilen, çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan olgular kontrol muayeneleri için polikliniğe geldikleri gün araştırmacı tarafından bu çalışmaya davet edilmiş, gönüllü olanların görüşmeleri yapılmıştır. Çalışma hakkında aile ve çocuğa bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formu ebeveynlerden biri tarafından imzalanmıştır. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Formu, Çocuk Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Anketi uygulanmıştır.

**Bulgular:** 154 olgudan 121'inde (% 78,6) en az bir yaşam boyu psikiyatrik eş tanı mevcuttu. Olguların 33'ünde (%21,4) psikiyatrik komorbidite saptanmamıştır. Yaşam boyu toplam psikiyatrik tanı ortalamasının  $2,69 \pm 1,34$  olduğu görülmüştür. En sık eşlik eden tanılar anksiyete

bozuklukları, enürezis ve KOKGB olarak saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarından en sık yaygın anksiyete bozukluğu görülmüştür. Çalışmaya katılan 154 olgunun 115'i (%74,7) erkek, 39'u (%25,3) kızdı. Cinsiyetler açısından yaşam boyu psikiyatrik tanılar karşılaştırıldığında; kızlarda depresyon ve sosyal anksiyete bozukluğunun erkeklere oranla daha yüksek olduğu, erkeklerde ise DEHB bileşik görünüm sıklığının kızlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş grubuna göre değerlendirdiğimizde; olguların 79' u (%51,3) çocuk, 75'i (%48,7) ergendi. Eş tanılar açısından bu grupları karşılaştırdığımızda çocuk olgularda enürezis tanısı daha fazla görülmüştür. 154 olgunun %41,9'unda (n=63) dikkat eksikliği baskın görünümlü DEHB, %59'1'inde de (n=91) bileşik görünümlü DEHB tanısı mevcuttu. Olguların hiçbirisinde hiperaktif/dürtüsel görünümlü DEHB bulunmamaktaydı. Farklı görünümlere göre eş tanıları karşılaştırdığımızda DE baskın görünümdeki olgularda yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu daha yüksek oranlarda görülürken; DEHB bileşik görünümdeki olgularda KOKGB, enürezis ve enkoprezis daha yüksek oranlarda bulunmuştur. İki grup arasında Çocuk Depresyon Envanteri, Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği, Yeme Tutumu Testi puanları açısından fark bulunmamış iken DEHB bileşik görünümdeki olguların Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Anketinden DEHB dikkat eksikliği baskın görünümdeki olgulara göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

**Sonuç:** Kliniğe başvuran DEHB'li olgularda çok sık olarak başka psikiyatrik hastalıklar eşlik etmektedir. DEHB'de psikiyatrik eş tanıların bilinmesi, DEHB'nin farklı görünümlerinde farklı klinik özellikler ve farklı psikiyatrik eş tanıları olabileceğinin bilinmesi, çocuk ve ergenlerle görüşme yapılırken bunların göz önünde bulundurulması maskelenmiş semptomların yakalanmasını sağlayacak, tedavi planını değiştirecek ve prognozu olumlu yönde etkileyecektir.

**Anahtar Kelimeler:** dikkat eksikliği, hiperaktivite, alt tip, görünüm, çocuk, ergen, komorbidite

## ABSTRACT

**Background and aim:** Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by inattention/lack of attention, chaotic activity and impulsivity which begins in childhood and causes difficulties in individual, social and occupational areas. There are different presentations of ADHD; ADHD combined presentation: both inattention, and hyperactivity and impulsivity; ADHD predominantly inattentive presentation; ADHD predominantly hyperactive/impulsivity presentation. Clinical characteristics and comorbidity varies among different presentations. In this study, we aimed to investigate sociodemographic and development characteristics, age of onset, rates of psychiatric comorbidities and relations of its with age group and gender of those diagnosed with ADHD. We also aimed to evaluate those features among different subtypes of ADHD as well as depression and anxiety symptom severity, and sleep and eating disorders.

**Methods:** 154 cases between 6–18 years of age followed by Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry diagnosed with ADHD according to DSM-V and who aren't meeting the criteria for neither intellectual disability nor autism spectrum disorder were assessed. From 2015 October to 2016 May, individuals who are meeting the eligibility criteria for study were invited to study and interviewed with the volunteer ones at the date of their own follow up examination date. Informed consent was obtained from parents after full disclosure of study for both parents and children. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Now and Lifetime Version, Attention Deficit Hyperactivity Assessment Form, Child Depression Inventory, Screen for Child Anxiety Related Disorders, The Eating Attitudes Test, Children's Sleep Habits Questionnaire were applied to all participants.

**Results:** 121 of 154 cases (% 78,6) had at least one lifetime psychiatric comorbidity. Individual number without defined psychiatric comorbidity was 33 (%21,4). Mean lifetime psychiatric diagnosis was  $2,69 \pm 1,34$ . Most common co-occurring diagnoses were anxiety disorders, enuresis and ODD. Generalized anxiety disorder was most common among anxiety disorders. 115 (%74,7) of participants were male and 39 (%25,3) were female. When lifetime psychiatric diagnoses were compared by gender; depression and social anxiety disorder were

higher in females than males; and rates of ADHD combined presentation were higher in males than females. When assessed by age groups; 79 (%51,3) of participants were child and 75 (%48,7) was adolescent. When we compare comorbid diagnoses by these groups, diagnosis of enuresis were found to be higher in children. 41,9% of participants were ADHD predominantly inattentive presentation and 59,1% were ADHD combined presentation. No ADHD predominantly hyperactive/impulsive presentation diagnosis were given. When we compare comorbid diagnoses by different presentations; rates of generalized anxiety disorder and social anxiety disorder were higher in individuals with ADHD predominantly inattention presentation; rates of enuresis, encopresis and ODD were higher in individuals with ADHD combined presentation. Individuals with ADHD combined presentation were tend to score higher on Children's Sleep Habits Questionnaire than individuals with ADHD predominantly inattentive presentation. No significant difference were found on Child Depression Inventory, Screen for Child Anxiety Related Disorders, The Eating Attitudes Test scores between two groups.

**Conclusion:** ADHD in individuals referring to the clinic is commonly accompanied by other psychiatric disorders. Awareness of comorbidities of ADHD, and knowing that clinical features and psychiatric comorbidities may vary among different subtypes and considering those variations while interviewing with children and adolescents may help defining subtle symptoms, modify treatment plan and improve prognosis.

**Keywords:** attention deficit, hyperactivity, subtype, presentation, child, adolescent, comorbidity

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (APA 2013). Dikkat eksikliği; kişinin yaşına, bilişsel düzeyine, sosyal ve kültürel özelliklerine oranla odaklanmada güçlük yaşaması, bir işe odaklanabildikten sonra dikkatinin dış uyaranlarla kolayca dağılabilmesi unutkan olması, işlerini organize etmekte güçlük yaşaması, sık sık dikkat hataları yapması ve hareketli, aceleci, daha konuşkan olmasıdır. Dürtüsellik ise kişinin düşünmeden eyleme geçmesi olarak tanımlanmaktadır.

DEHB'nin üç farklı görünümü vardır; hem dikkat eksikliğin hem de hiperaktivite ve dürtüsellik olduğu DEHB-bileşik görünüm, dikkat eksikliğin baskın olduğu DEHB-dikkat eksikliği baskın görünüm ve hiperaktivite/dürtüsellik baskın olduğu DEHB-hiperaktivite/dürtüsel görünüm. DEHB dünya genelinde bütün sosyal sınıf ve ırklarda görülen yaygın bir bozukluktur. Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki metaanaliz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,29 (Polanczyk ve ark. 2007) ve %5,9-7,1 (Willcutt 2012) olduğu gösterilmiştir.

DEHB; çocukluk çağında başlayan bir durumdur ve çocuk ve ergenlerde erişkinlere göre daha sık görülmektedir. Erişkinlikte tanı alan olgularda da belirtilerin sıklıkla çocukluk dönemlerinde başladığı bildirilmektedir. Hem klinik hem epidemiyolojik örneklemelerde DEHB erkeklerde kızlara oranla daha sık oranda görülmektedir. Epidemiyolojik örneklemde erkek/kız oranı 2-3/1 iken, klinik örneklemde erkek/kız oranı 2-9/1 olarak bildirilmiştir (Kooij 2014, UKAAN'da sözel sunum). Bu farklılığın sebeplerinin kızlarda davranış problemlerinin erkeklere oranla daha az olmasından dolayı hastane başvurusu sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Polanczyk ve Rohde 2007).

DEHB genetik, nörolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülen, nedeni tam olarak bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Bu bağlamda; moleküler genetik çalışmaları, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki bozukluklara odaklanmış ve farklı genlerin DEHB'nin etiyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Beyin görüntüleme çalışmalarında DEHB'si olanlarda kontrollere göre prefrontal korteks, striatum, serebellum, corpus collosumda değişiklik olduğu bildirilmiştir. DEHB'nin nörokimyasal etyolojisini açıklamaya çalışan araştırmalar, temelde dopaminerjik sistem ve indirekt olarak noradrenerjik sistemin önemini gündeme getirerek DEHB'nin

katekolaminerjik işlev bozukluğu olduğu öne sürülmüştür. Çevresel faktörleri inceleyen çalışmalar da ileri anne yaşı, gebelikte düşük folik asit düzeyi (Schlotz ve ark. 2010), gebelik döneminde alkol kullanımı (Streisguth ve ark. 1995), doğum esnasında zedelenme ve düşük doğum ağırlığı (Smith, Barkley ve Shapiro 2006), yetersiz anne eğitimi, sosyal zorluklar, ailede DEHB öyküsü (Gurevitz ve ark. 2014), ebeveyn stresi ve ebeveynlik tarzı, erken duygusal yoksunluklar, ayrılıklar ve evlat edinme (Latimer ve ark. 2014) gibi pek çok pre-peri-postnatal risk faktörünü DEHB gelişimi açısından yordayıcı bulunmuştur.

DEHB'nin klinik özellikleri farklı yaşam evrelerine göre değişmektedir. Okul öncesi dönemdeki DEHB'li çocukların akademik alanda akranlarına göre daha düşük performans gösterirler, aşırı hareketliliklerinden ve dürtüselliklerinden dolayı yaralanmalar sebebiyle daha fazla acil servis başvuruları olmaktadır. Tırmanma, arabaların üzerine çıkma, kimyasal madde içme sonucu zehirlenme, pencerelerden atlama gibi davranışlar görülebilir (Murray 2010).

DEHB'nin asıl fark edilmesi okul döneminde olmaktadır, özellikle dikkat eksikliği baskın görünümlü olgularda hastane başvuruları bu dönemde olmaktadır. Okul yıllarında kurallara uymakta zorluk, sınıfta oturmakta problem, ders esnasında yanındaki arkadaşıyla konuşma, teneffüslerde aşırı hareketlilik, acelecilik, sıra bekleyememe, parmak kaldırmadan konuşma, ısrarcılık ayrıca dersi takip etmekte zorluk, ödevlerini alamama, eşya kaybetme, unutkanlık sık görülen özelliklerdendir. Ergenlikte okul çağında görülen dağınıklık, unutkanlık, odaklanma ve organizasyon bozukluğu, dürtüsellik özellikleri devam eder. Aşırı hareketlilik yerine 'iç huzursuzluğu' daha çok görülür. Aile ilişkilerinde zorluklar en fazla bu dönemde görülmektedir.

Birçok epidemiyolojik ve klinik çalışma komorbiditesi olmayan DEHB olgularının sadece %13–32,3 oranında olduğunu, DEHB ye %70 oranlarında ek bir psikiyatrik durumun eşlik ettiğini bildirmektedir (Granizadeh 2009, Larson ve ark. 2011). Yakın zamanda yapılan bir çalışma sonucuna göre DEHB'de en az bir komorbid hastalık bulunma oranı %52 iken, %26'sında iki veya daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır (Jensen ve Steinhausen 2014). Bu çalışmada yaş aralıklarına göre komorbidite durumu incelendiğinde; erken çocukluk döneminde tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm ve zihinsel yetersizlik en çok komorbid durumlar iken, çocuklukta ve erken ergenlikte kaygı bozuklukları, tik bozukluğu, davranım bozukluğu ve geç ergenlikte de madde kullanım bozukluğu ve psikoz sık görülmektedir. Bu çalışmanın sonucuna göre DEHB'li olguların; %16,5'inde karşıt olma karşı gelme bozukluğu/davranım bozukluğu, %15,4'ünde gelişimsel bozukluklar, %12,4'ünde otizm spektrum bozuklukları, %7,8'inde zihinsel yetersizlikler, %4,8'inde tik bozuklukları, %4,1'inde bağlama bozuklukları, %1,6'sında

depresyon, %1,3'ünde anksiyete bozuklukları, %1,7'sinde obsesif kompulsif bozukluk ve %1,5'inde eliminasyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Jensen ve Steinhausen 2014). Cinsiyetlere göre bakıldığında; kızlarda kaygı, depresyon, yeme bozukluğu; erkeklerde ise otizm, tik bozukluğu ve gelişimsel sorunlar daha fazla görülmektedir (Mukaddes 2015). DEHB'de komorbid psikiyatrik durumların bilinmesi, çocuk ve ergenlerle görüşme yapılırken komorbiditelerin göz önünde bulundurularak maskelenmiş semptomların yakalanması, tedavi planını değiştirecek ve prognozu olumlu yönde etkileyecektir.

DEHB'li çocukların ebeveynlerinin %55 ile %74'ü çocuklarında uyku problemleri olduğunu bildirmişlerdir (Cortese 2009). En fazla uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluk yaşadıkları, ayrıca bu durumun DEHB semptom şiddetini arttırdığı bildirilmiştir (Owens 2005). Moreau ve arkadaşlarının (2013) yaptığı DEHB'li çocuklarda uyku bozuklukları ve yürütücü işlevler arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada kısa uyku süresinin yürütücü işlevlerde bozukluğa yol açtığı bildirilmiştir. Uykuya dalmakta sıkıntıları olan grupta bipolar bozukluk riski olduğu söylenmektedir (Gillberg 2014). Uyku DEHB'nin günlük işlevselliğini primer olarak etkilediğinden uyku bozukluklarının belirlenip buna yönelik önlemler alınması son derece önemlidir.

Bu çalışmada amacımız; çocukluk ve ergenlik dönemi DEHB'de farklı görünümlere göre eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yarı yapılandırılmış klinik görüşmeyle saptanması, DEHB semptom şiddetinin, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların ve alt tiplerin uyku ve yeme alışkanlıklarına etkilerinin belirlenmesidir. DEHB farklı görünümlerinin ayrı ayrı ele alınıp sosyodemografik özelliklerinin, başlangıç yaşı ve seyrinin, cinsiyet özelliklerinin, uyku ve yeme bozukluklarına etkisinin saptanması gibi yararlar beklenmektedir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu**

#### **2.1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (APA 2013). Dikkat Eksikliği kişinin yaşına, sosyal ve kültürel özelliklerine oranla odaklanmada güçlük yaşaması, unutkan olması, işlerini organize etmekte güçlük yaşaması, bir işe odaklanabildikten sonra dikkatinin dış uyaranlarla kolayca dağılabilmesi, işlerinde sık sık dikkat hataları yapması ve dikkat gerektiren işlerden kaçınması olarak tanımlanmaktadır. Hiperaktivite, kişinin gelişim düzeyine göre daha hareketli, aceleci, daha konuşkan olmasıdır. Dürtüsellik ise kişinin düşünmeden eyleme geçme olarak tanımlanmaktadır.

#### **2.1.2.DEHB Tarihçesi ve Tanı Kriterleri**

DEHB tarihte ilk olarak Rusya Çariçesi büyük Katerina'nın doktoru olan Melchior Adam Weikard tarafından gündeme getirilmiştir. 1770 yılında Dr. Weikard'ın yazdığı bir tıp kitabının bir bölümü dikkat eksikliği ile ilgilidir. Daha sonrasında İskoçyalı hekim Crichton, 1970 yılında çocuklarda olan dikkat bozukluklarından bahsetmiş, 1845 yılında da Hoffman, epilepsisi olan bir çocukta aşırı hareketliliği tarif etmiştir. Sonrasında DEHB, 1902 yılında, George Still adındaki bir İngiliz hekim tarafından tanımlanmıştır. Dr. Still bu durumu 'ahlaki yetersizlik' (moral defect) olarak tanımlamış, bu tabloda duygu düzenleme sorunları, hiperaktivite, dürtü kontrol sorunu ve odaklanmada bozukluk olduğunu bildirmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1917'de ortaya çıkan ensefalit salgını DEHB'ye olan ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgında hastalanan çocuklarda düzelme aşamasında DEHB belirtilerine benzer hareketler saptanmış; bundan dolayı, bu bozukluğun beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüş ve bu durumdan minimal beyin hasarı (minimal brain damage, MBD) olarak söz edilmeye başlanmıştır (Gillberg 2014). Ancak 1940'lı yıllarda bu çocuklarda beyin hasarını düşündürecek bir nedene rastlanmamış ve Clements ve Peters bozukluğu "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak adlandırmışlardır. Böylece 'minimal beyin hasarı' yerine 'minimal beyin işlev bozukluğu' terimi yerleşmiştir (Weis ve Weis 2002).

1980’li yıllarda Sir Michael Rutter bu tanının uygun olmadığını, birçok çocukta herhangi bir beyin hasarı ya da belirlenmiş bir işlev bozukluğu olmaksızın bu belirtilerin görülebileceğini bildirmiştir. Bu görüş de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun davranışsal biçimde tanımlanmasının başlangıcı olmuştur (Mukaddes 2015).

Amerika Psikiyatri Birliğinin (APA) DSM-2 de bu bozukluğu ‘Çocuklardaki hiperkinetik sendrom’ olarak tanımlamasıyla DEHB ilk kez sınıflama sistemine girmiştir. DSM 2’de tanı hiperaktivite, dikkat kısalığı, kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir (APA 1968). DSM-3’de DEHB alt gruplara ayrılarak, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılmıştır ve temel belirtiler dikkatsizlik, huzursuzluk ve ataklık olarak belirlenmiştir (APA 1998). DSM-3\_R’de tanı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak belirlenerek on dört belirti sıralanmış ve tanı için sekiz belirtinin olması şartı bildirilmiştir (APA 1987). DSM-4’te de aynı şekilde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu başlığı altında yer almıştır (APA 2000).

DSM-4’de DSM-3-R’a ek önemli tanısal açıklamalar yer almıştır; DEHB’nin de dâhil edildiği yıkıcı davranış bozuklukları alt başlığı içinde, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğuna da yer verilmiş, bunlar DEHB’den farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir. Bulguların en az 6 aydır devam ediyor olması gerektiği belirtilmiş ve semptomların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerekliliğinin vurgulanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’ ün kullandığı ICD-10 ‘da ise bozukluk ‘Hiperkinetik Bozukluk’ olarak adlandırılmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 1992).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı Mayıs 2013’te yayımlanan DSM-5 ile yaşam boyu süren bir bozukluk olduğunun altı çizilerek ve bu bağlamda birtakım değişiklikler yapılarak son halini almıştır. Bu değişiklikler özetle şu şekildedir (Pekcanlar Akay ve Ercan 2016);

- DSM-4’te DEHB ‘Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar’ kategorisinde, ‘Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları’ başlığı altında bulunurken DSM-5 te ‘Nörogelişimsel Bozukluklar’ kategorisinin altında yer almaktadır.

- DSM-5’de 17 yaşından büyük olgularda tanı için dikkat eksikliği ve hiperaktivite alanlarında DSM-4 kriterlerindeki 6 ölçüt yerine 5 ölçüt varlığı yeterli bulunmuştur. Çünkü bugüne kadar yapılan çalışmalar erişkin DEHB olan olgularda 5 veya 6 DEHB ölçütü karşılayan olgular

arasında herhangi bir farklılık bulunmadığını göstermektedir. Ayrıca erişkinlerin çocukluğuna ait anımsadıkları belirtiler güvenilir olmayabileceği göz önünde bulundurulmuştur.

- DEHB'nin başlangıç yaşı olarak 7 yaşın kesin bir biçimde ifade edilmesi uzun yıllardır tartışılmaktaydı. DEHB bileşik görünüm ve DEHB hiperaktivite baskın görünüm olan olgularda belirtilerin 7 yaşından önce başlaması ve bir miktar bozulmaya yol açması şeklindeki ölçüt DSM-4'te genellikle onay görmekle birlikte DEHB-DE baskın görünüm olan olgularda bu sorun oluşturmaktaydı.

- Okul öncesi dönemde dikkatin sistematik bir şekilde değerlendirilmesi mümkün olmadığından dikkat eksikliği olan olguların okul döneminde değerlendirilmesi, hatta akademik olarak sınanmaları için biraz üst sınıflara gelmeleri beklenmesi göz önüne alınarak yaş kriteri değiştirilmiştir.

- DEHB'nin tanısal geçerliliğin çok üst düzeyde olmasına karşın farklı görünüm için bu durum söz konusu değildir. Yapılan araştırmalar farklı görünümün yıllar içinde değişiklikler gösterdiğini belirtmektedir. Özellikle 4-5 hiperaktivite/dürtüsellik ölçütünü karşılayan DEHB dikkat eksikliği baskın görünümlü olgularının bileşik görünümlü olgulardan farklı olmayabileceği, süreç içinde bu kategoriler arasında sürekli bir geçirgenlik olduğu görülmüştür. Bu durumda DSM-5'e dördüncü bir alt kategori eklenmesi önerilmiştir. DEHB-Restriktif olarak adlandırılması önerilen bu grubun de ölçütlerini karşılayan ancak 3'ten az hiperaktivite/dürtüsellik ölçütleri olan olgular olması önerilmiştir. Ancak yeterli nöropsikolojik ve nörobiyolojik veri olmaması nedeniyle bu değişiklikten vazgeçilmiştir. Sonuç olarak DSM-5 çalışma grubu DEHB farklı görünümde bir değişiklik yapmamış sadece DEHB farklı görünümünün geçerliliğinin düşük olmasına vurgu yapması bakımından 'alt tip' kavramını 'görünüm' kavramıyla değiştirilmiştir.

- DSM-4 'te Otistik Spektrum Bozukluğu (OSB) olan olgularda DEHB eş tanısı konmasına izin verilmemekteydi. DSM-4'te yer alan bu dışlama ölçütüne karşın OSB olan olguların en azından %50 kadarında DEHB görüldüğü bildirilmekte ve bu iki bozukluğun bir arada görüldüğü durumların tedavisine ilişkin sayısız araştırma bulunmaktaydı. DSM-5 'te DEHB tanısı için OSB'nin dışlama ölçütü olması kaldırılmıştır. Yani her iki bozukluğun komorbid olarak görüldüğü resmi olarak kabul edilmiştir.

## DSM-5' e Göre DEHB Tanı Ölçütleri

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A.</b> Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirtili, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1. Dikkatsizlik:</b> Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:<br><b>Not:</b> Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmanca tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. |
| <b>a.</b> Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde) iste ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>b.</b> Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>c.</b> Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>d.</b> Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>e.</b> Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).                                                                                                                                                                                                               |
| <b>f.</b> Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).                                                                                                                                                                                                           |
| <b>g.</b> Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>h.</b> Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>i.</b> Çoğu kez, günlük etkinliklerde unuttandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:</b> Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal okulla/ işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:<br><b>Not:</b> Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. |
| <b>a.</b> Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>b.</b> Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>c.</b> Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>d.</b> Çoğu kez, boş zaman etkinliklerini sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>e.</b> Çoğu kez, ‘her an hareket halinde’dir, ‘kıçına bir motor takılmış’ gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).                                                                                                                                                                                                            |
| <b>f.</b> Çoğu kez aşırı konuşur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>g.</b> Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>h.</b> Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>i.</b> Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).                                                                                                                                                               |
| <b>B.</b> On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>C.</b> Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| etkinlikler sırasında).                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>D.</b> Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.                                                                                                                                       |
| <b>E.</b> Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu). |

|                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Olup olmadığını belirtiniz:</i></b>                                                                                                                                                                              |
| <b>314.01 (F90.2)</b> Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.                                                            |
| <b>314.00 (F90.0)</b> Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütleri karşılanmış, ancak A2 ( aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.                 |
| <b>314.01 (F90.1)</b> Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Varsa belirtiniz:</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Tam olmayan yatışma gösteren:</b> Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. |

|                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>O sıradaki ağırlığını belirtiniz:</i></b>                                                                                                                                                                        |
| <b>Ağır olmayan:</b> Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.                             |
| <b>Orta derecede:</b> Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma ‘ağır olmayan’ la ‘ağır’ arasında orta bir yerdedir.                                                                                                      |
| <b>Ağır:</b> Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirtileri vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur. (Köroğlu, 2014). |

### 2.1.3.DEHB’nin Farklı Görünümleri

Son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak DEHB alt tipi ayrımı yapılır. DSM-5 ’te bu klinik durumlardan ‘görünüm’ olarak bahsedilmektedir.

#### ***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm***

Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri yoktur veya altıdan azdır. En az altı aydır süren dikkatsizlik belirtileri vardır (Köroğlu, 2014). Bu çocukların bilişsel olarak uyku halinde, uyuşuk, sürekli hayal kuran, kafası karışmış ve sosyal olarak geri çekilmiş olarak uyuşmuş bilişsel tempoya (sluggish cognitive tempo) sahiptirler (Hartman ve ark. 2004). Dikkat eksikliği bozukluğu olan çocuklar okulda hiperaktivite ve dürtüsellikleri olmamasından dolayı ve dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve organizasyonu ile ilgili zorluklar yaşamaları sebebiyle esas olarak öğrenmeyle ilgili zorluk yaşarlar. Kızlarda, erkeklere olan oranla daha sık görülür (Weiss 2002).

#### ***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-Dürtüsellığın Önde Geldiği Görünüm***

Dikkatsizlik belirtileri altı kriter sayısının altındadır. Dokuz Hiperaktivite-Dürtüsellığın belirtisinin altısı karşılanıyordur. Bu grup Dikkat Eksikliği görünümünden daha erken tanı alırlar. Çünkü hareketli ve fevri davranışlarından ötürü okulda, evde ve sosyal ortamlarda uyum sorunları yaşarlar. Öğrenme güçlüğü yaşamayabilirler (Weiss 2002). Erkeklerde kızlara göre daha sıktır görülmektedir (Canat 1998, Şenol 2008). Hiperaktivite önde gelen görünümün

DEHB Bileşik görünüm erken durumu olduğunu önerenler vardır. Bu görünümde araştırmalar oldukça kısıtlıdır (Barkley 2015).

### ***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm***

Ana belirtilerin üçü de aynı zamanda vardır. DEHB tanısı alanların çoğu bu grupta yer alır. En sık gözlenen tiptir. Bu çocuklar hem okul hem ev yaşamında güçlükler yaşarlar (Weiss ve Weiss 2002).

#### **2.1.4.Epidemiyoloji**

DEHB, dünya genelinde bütün sosyal sınıf ve ırklarda görülen yaygın bir bozukluktur. Bütün yönleriyle tıp alanındaki en çok araştırılmış bozukluk olan DEHB'nin epidemiyolojisi hakkında tüm dünyada çok fazla sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalarda DEHB sıklığına ilişkin %0,2–0,4 ile %23,4–27 gibi birbirlerinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. Son yıllarda yapılan oldukça kapsamlı iki meta analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,29 (Polanczyk ve ark. 2007) ve %5,9-7,1 olduğu (Willcutt 2012) gösterilmiştir. Bu çalışmalarda DEHB prevalansındaki farklı sonuçların metodolojik özelliklerden kaynaklandığı, aslında DEHB'nin tüm dünyada hemen hemen eşit sıklıkta görülen bir bozukluk olduğu vurgulanmıştır (Polanczyk ve ark. 2007, Willcutt 2012).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada DSM-4 tanı kriterlerine göre yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesi kullanılarak öğretmenlerden, ebeveynlerden ve çocukların kendilerinden bilgi alınarak DEHB prevalansı dört yıl boyunca değerlendirilmiştir. DEHB prevalansı ilk yıl için %13, 38, ikinci yıl için %12, 53, üçüncü yıl için %12, 22 ve dördüncü yıl için %12, 9 olarak saptanmıştır (Ercan 2013).

DEHB; çocukluk çağında başlayan bir durumdur ve çocuk ve ergenlerde erişkinlere göre daha sık görülmektedir. Erişkinlikte tanı alan olgularda da belirtilerin sıklıkla çocukluk dönemlerinde başladığı bildirilmektedir. Olguların yarısından fazlasında 7 yaş öncesi, %93'ünde 12 yaş öncesi, %98'inde 16 yaş öncesi başlamaktadır (Barkley 2014).

Hem klinik hem epidemiyolojik örneklemelerde DEHB erkeklerde kızlara oranla daha sık oranda görülmektedir. Epidemiyolojik örneklemde erkek/kız oranı 3/1 iken, klinik örneklemde erkek/kız oranı 9/1 olarak bildirilmiştir. Bu farklılığın sebeplerinin kızlarda davranış problemlerinin erkeklere oranla daha az olması ve hastane başvurusu sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. (Polanczyk ve Rohde 2007).

Dikkat eksikliği olgularından genelde tanı almadan atlanan vakaların oranı %50'dir, ancak hiperaktivitesi olanlarda tanı atlanması %5'tir (Kooij 2010).

Farklı DEHB görünümüleri arasında en sık görülen görünümün dikkat eksikliği görünümü olduğu, ikinci sıklıkla alt bileşik görünümün, en az görülenin de hiperaktivite-dürtüselliğin önde geldiği görünüm olduğu tespit edilmiştir (Willcutt 2012).

### **2.1.5. Etiyoloji**

DEHB genetik, nörolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülen, nedeni tam olarak bilinmeyen etiyolojik açıdan heterojen bir bozukluktur DEHB 'de tek bir sebepten çok birçok etkenin rol aldığını belirtilmektedir (Barkley 2015).

#### **2.1.5.1.Genetik etkenler**

Genetik etkenlerin DEHB etiyolojisinde genetik etkenlerin etiyolojide temel rol oynadığı belirtilmiştir. Moleküler genetik çalışmaları, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki bozukluklara odaklanmış ve farklı genlerin DEHB'nin etiyolojisinde rol oynadığı saptanmıştır. Bu alanda 8 gen tanımlanmış, bu genlerden DRD4, DRD5, Dopamin Transporter 1 (DAT1), Dopamin Beta Hidroksilaz Enzim (DBH), serotonin transporter enzim (5-HTT), serotonerjik reseptör (HTR1B) ve synaptosomal-associated protein-25 KDA (WW-25) DEHB ile istatistiksel olarak anlamlı bağlantılı bulunmuştur (Faraone ve ark. 2005). DRD4 geni ile ilgili değişikliklerin DEHB' ye yol açtığı varsayılan dopamin reseptörüne yanıtızlığa aracılık etmesinden dolayı bu gen özel önem taşımaktadır. Ayrıca DRD4 geninin varyantları, DEHB olan erişkinlerin ailelerindeki DEHB ile de ilişkili bulunmuştur (Spencer ve ark. 2002).

Ebeveynlerinde DEHB olan çocuklara, kontrol gruplarına göre 2-8 kat fazla oranda DEHB tanısı konulmaktadır. Ayrıca DEHB belirtilerinin ve dışavurum davranışlarının şiddet düzeyi ebeveynleriyle uyum göstermektedir (Barkley 2015).

DEHB'li olguların %55' inde aile öyküsü vardır. Tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı bozukluk oranları %51, çift yumurta ikizlerinde %33' tür (Cyr ve Brown 2000, Weiss 2002).

#### **2.1.5.2.Beyinde yapısal değişiklikler**

DEHB'li çocuklarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında DEHB'si olanlarda kontrollere göre prefrontal korteks, striatum, serebellum, corpus collosumda değişiklik olduğu bildirilmiştir (Spencer ve ark. 2002). Manyetik rezonans (MRI) görüntüleme çalışmaları sonucunda DEHB'li

çocuklarda beyin hacminin daha küçüldüğü özellikle frontal lob, serebellum, korpus kallosumun bazı bölümleri ve bazal gangliyanın aynı yaş grubundaki DEHB si olmayan bireylerden daha küçük olduğu gözlemlenmiştir. Bu hacim küçüklüğünün ergenlik dönemi boyunca da devam ettiği, yaşlılarını yakalamanın söz konusu olmadığı bildirilmiştir. DEHB li çocukların kardeşlerini de kapsayan bir çalışma bu olgularda daha küçük bir beyne yatkınlık olduğunu bu durumdan serebellumun da etkilendiği belirtilmiştir (Gillberg 2014). Bazal gangliyanın hacim olarak küçük olması diğer aile bireylerinde de görülürken, serebellumun küçük olmasını sadece DEHB’li bireylerde görülmesi serebellum ile DEHB arasındaki bir bağlantıyı akla getirmektedir (Castellanos ve ark. 2002).

2012 yılında Hart ve arkadaşlarının yaptığı 11 fMRI (Functional Magnetic Resonans) çalışmasının regresyon metaanalizinde ilaç tedavisi almayan DEHB olgularında sağ dorsolateral prefrontal kortexte aktivasyonda azalma olduğunu ancak uzun süreli psikostimulan kullanımının prefrontal aktivasyonu normalleştirebileceği ileri sürülmüştür.

fMRI çalışmaları beynin iki işlevsel bölgesi frontal-amigdala-occipital ve frontal-temporal-occipital arasındaki bağlantılarda değişimlerden bahsetmektedir. Bu bulgular DEHB’nin daha geniş kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiğini göstermektedir (Cocchi ve ark. 2012).

#### **2.1.5.3.Nörokimyasal Faktörler**

DEHB’nin nörokimyasal etiyolojisini açıklamaya çalışan araştırmalar, temelde dopaminerjik sistem ve indirekt olarak noradrenerjik sistemin önemini gündeme getirerek DEHB’nin katekolaminerjik işlev bozukluğu olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca bazı çalışmalar, serotonerjik sistemin agresyon ile arasındaki bağlantı sebebi ile DEHB ile bağlantılı olabileceğini öne sürmektedir (Mukaddes 2015).

#### **2.1.5.4.Çevresel Faktörler**

Bu alanda yapılan çalışmalar sonucunda birçok pre-peri-postnatal risk faktörü DEHB gelişimi açısından yordayıcı bulunmuştur; doğum esnasında zedelenme ve düşük doğum ağırlığı (Smith ve ark. 2006), gebelik döneminde alkol kullanımı (Streisguth ve ark. 1995), ileri anne yaşı, yetersiz anne eğitimi, sosyal zorluklar, ailede DEHB öyküsü (Gurevitz ve ark. 2014), ebeveyn stresi ve ebeveynlik tarzı, erken duygusal yoksunluklar, ayrılıklar ve evlat edinme (Latimer ve ark. 2014), gebelikte düşük folik asit düzeyi (Schlotz ve ark. 2010). Anne ve babada DEHB belirtilerinin olmasından bağımsız olarak gebelik döneminde sigara ve alkole maruz kalma ile

düşük doğum ağırlığı öyküsü mevcut olanlarda DEHB gelişme riskinin iki-üç kat, ebeveynlerinde DEHB belirtileri olanlarda ve genetik faktörlerin varlığında bu riskin sekiz kat fazla olduğu bildirilmektedir (Spencer ve ark. 2002).

Beslenme ile ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde, bir çalışma şekerin DEHB belirtilerini arttırıp arttırmadığını ortaya çıkarmak için şekeri DEHB'li olguların diyetinden çıkarılmış ancak bu diyetin DEHB belirtileri açısından farklılık oluşturmadığı, bu diyetin hiçbir olumlu etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Mukaddes 2015).

Şeker ile aynı şekilde dondurulmuş ya da yapay gıdaların DEHB oluşumunda etkili olduğunu gösteren bilimsel kanıtlar yoktur (Barkley 2015; Şenol 2008; Weiss 2002). Kurşuna maruz kalmanın DEHB belirtileri varyansını %4 etkilediği tahmin edilmektedir. Kurşun içinde DEHB oluşumunda etken rolü olmadığı söylenebilir (Barkley 2015).

Beslenme alanında başka bir görüş de DEHB'li bireylerde bazı maddelerin emiliminin farklı olduğu görüşüdür. En çok omega-3, omega-4, omega-6 yağ asitlerinin normal kontrollerden farklı emilimi olduğu öne sürülmüş, dolayısı ile bu bireyler iyi beslendiklerinde bile bu maddeleri yeterince alamadıkları bildirilmiştir (Antalis ve ark. 2006, Young ve ark. 2004).

#### **2.1.5.5.Nöropsikolojik Veriler**

Yürütücü işlevler, yüksek düzeydeki bilişsel işlevler olarak tanımlanmıştır. Tepki ketleme, planlama, organizasyon, soyutlama, çalışma belleği, dikkati bir yönden başka bir yöne çevirebilme, sözel akıcılık, duyguların düzenlenmesi, daha önceden kazanılmış bilgi ve becerilerin uygun ortamda amaca yönelik kullanılabilmesi yetilerini kapsamaktadır (Lezak ve ark. 2004).

Yürütücü işlevler, bireylerin, bilişsel, duygusal ve sosyal davranışlarının düzenlenmesinde rol oynarlar ve prefrontal bölgenin fonksiyonları arasında yer alırlar (Araujo Jiménez 2014).

DEHB'nin prefrontal korteks ile ilişkili gelişimsel bir bozukluk olduğunun belirlenmesi ve bununla ilgili çalışmaların artmasıyla birlikte bu bozukluğu açıklamaya çalışan nöropsikolojik kuramların gelişimi ortaya çıkmıştır Bunlar; Barkley'in yürütücü işlev modeli (1997) Brown'un yürütücü işlev modeli (2005) dir.

Barkley'in modeline göre hedefe ulaşmak için kişilerin hareketlerini planlamasını ve kontrol etmesini sağlayan 5 yürütücü işlev vardır. Bunlar;

1. Tepki Ketleme: Bir duruma karşı baskın tepkiyi ketleme, süregiden bir davranışı ketleme, karar vermede bir gecikme olmasına izin verme ve bu gecikme periyodunu başka durumlar olsa bile koruma-gecikmeyi sürdürme işlevidir.

2. Çalışma belleği: Bir görev üzerinde çalışırken gerekli olan bilgiyi zihninde tutma işlevidir. Görevi zamanında tamamlamak ve amaca uygun eylem gerçekleştirmek için gereklidir. Geçmiş değerlendirmek, geleceği planlamak için gerekli araçları sağlar.

3. Dilin içselleştirilmesi: İçsel konuşma yapmaya, kendine sorular sormaya, kendine öğretmeye ayrıca problemlerin çözümü için formülasyon yapmaya olanak sağlar.

4. Duygulanım motivasyonu: Duyguları ve canlılık-uyarılmışlık düzeyini kontrol etmeye, uzun dönemli hedeflere ulaşmada içsel motivasyon sağlamaya, anlık tutkularını ve eğilimlerini dizginleyebilmeye uygun sosyal davranışta bulunabilmeye imkan verir.

5. Genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi ve yeniden yapılandırılması: Analiz ve sentezi kullanarak, sözel veya sözel olmayan yeni ve yaratıcı davranış kalıplarının geliştirilmesi için gereklidir.

Barkley 5 yürütücü işlevden esas sorunun tepki ketlemede olduğunu ve bunun diğer 4 yürütücü işlevi de hiyerarşik bir şekilde etkileyerek psikolojik ve sosyal yetilerde bozulmaya yol açtığını ileri sürmüştür (Barkley 2006).

Thomas Brown'un yürütücü işlev modelinde ise 6 ayrı işlev tanımlanmış, bu modelde işlevlerin Barkley'in modelinden farklı olarak hiyerarşik bir yapılanma göstermediği belirtilmiştir. Brown modelindeki yürütücü işlevler şu şekildedir;

1. Aktivasyon-Harekete geçme: Planlama, önceliklerin belirlenmesi, harekete geçme
2. Odaklanma: Odaklanma, dikkati sürdürebilme ve dikkatin görevlere kaydırılması
3. Gayret: Uyanıklığı düzenleme, gayretleri sürdürebilme, bilişsel işlem hızı
4. Duygu: Frustrasyonu yönetme ve duygulanımı düzenleme, değişen duyguların yönetimi
5. Hafıza: Çalışan belleği kullanması ve anımsama

6. Eylem: kendi eylemlerini düzenleme ve kontrol etme.

Bu modelde işlevler ayrı kümelerde gösterilmiş olsa da günlük işlevsellik için devamlı birlikte hızlı ve bilinçsizce çalıştıkları, işlevlerin beyin gelişimiyle birlikte yetişkinliğe doğru karmaşık hale geldiği belirtilmiştir.

### **2.1.6.Klinik Özellikler**

DEHB'nin klinik özellikleri farklı yaşam evrelerine göre değişmektedir. Farklı evrelerde DEHB klinik görünüşleri şu şekildedir;

#### **2.1.6.1. 0–3 Yaş Arası**

Bu yaş grubundaki bilgiler oldukça kısıtlıdır, geriye dönük çalışmalar bu yaş grubunda DEHB'nin risk faktörlerini belirlemeye çalışmıştır. Johnson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 1 yaşında görülen motor aktivite ile 7 yaşındaki DEHB arasındaki ilişki saptanmaya çalışılmış ancak bu durum DEHB'yi yordayan bir faktör olarak bulunmamıştır. Erkek çocuklarında motor aktivite ile DEHB Dikkat eksikliği baskın tip arasında bir ilişki bulunmuştur (Johnson ve ark. 2014).

Gillberg 1 yaşından küçük çocuklarda erken yürümenin eğer bu duruma erken sosyal ve dil gelişimi eşlik etmiyorsa DEHB'yi yordayan bir faktör olabileceğini belirtmiştir (Gillberg 2014).

Başka bir çalışmada Gillberg 3 yaşından küçük çocuklarda dil, sosyal gelişim, motor koordinasyon, dikkat, aktivite, davranış, uyku alanlarında sorun varsa multidisipliner bir yaklaşımda bulunmak gerektiğini, ilerleyen yaşlarda başka bozukluklar için öngörücü olduğunu belirtmiştir (Gillberg 2010).

#### **2.1.6.2.Okul Öncesi Dönem**

Okul öncesi dönemde ebeveynler DEHB'li çocuklarının aşırı hareketliliği, dürtüsellikleri, dikkatsizlikleri, beraberinde gelen öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları, akran ilişkilerinde zorlukları nedeniyle çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvururlar (Ghuman ve Ghuman 2013).

Bu yaş grubundaki DEHB'li çocukların aşırı hareketliliklerinden ve dürtüselliklerinden dolayı yaralanmalar sebebiyle daha fazla acil servis başvuruları olmaktadır. Tırmanma, arabaların üzerine çıkma, kimyasal madde içme sonucu zehirlenme, pencerelerden atlama gibi davranışlar görülebilir (Murray 2010).

Akademik alanda akranlarına göre daha düşük performans gösterirler. DEHB’li çocuklarda okul öncesi dönemin daha ilk yıllarında yürütücü işlevlerde görülen sapmalar bildirilmiştir. Erken okul öncesi dönemde (3–5 yaş), DEHB’li çocukların, tepki ketleme, isteklerini erteleme, görsel ve işitsel sürdürülen dikkat, motor kontrol alanlarında sağlıklı çocuklara göre daha fazla problem yaşadıkları belirtilmektedir (Seidman 2006).

Çalışmalar, okul öncesi dönemdeki DEHB belirtileri ve yürütücü işlev bozukluklarının dikkatsizlik, zayıf dürtü kontrolü ve zayıf planlama becerisi gibi özellikler nedeniyle devam eden yıkıcı davranış bozukluklarının erken işaretleri olabileceğini göstermektedir (Fischer 2005).

### **2.1.6.3.Okul Çağı**

DEHB’nin asıl fark edilmesi okul döneminde olmaktadır, özellikle dikkat eksikliği baskın alt tip olan olgularda hastane başvuruları bu dönemde olmaktadır. Okul yıllarında kurallara uymakta zorluk, sınıfta oturmakta problem, ders esnasında yanındaki arkadaşıyla konuşma, teneffüslerde aşırı hareketlilik, acelecilik, sıra bekleyememe, parmak kaldırmadan konuşma, ısrarcılık ayrıca dersi takip etmekte zorluk, ödevlerini alamama, eşya kaybetme, unutkanlık sık görülen özelliklerdendir. DEHB tanısı için en az iki ortamda işlevsellikte bozulma olması gerektiğinden bu dönemde öğretmenlerden alınan bilgiler büyük önem taşımaktadır.

Bu dönemde yürütücü işlevler açısından daha fazla zorluk yaşarlar. Willcutt ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir meta-analizde, 83 çalışma incelenmiş; çoğunlukla, DEHB’li bireylerin tepki ketleme ve sürdürülen dikkat alanlarında, sağlıklı kontrollere göre önemli farklılık sergiledikleri ifade edilmiştir.

Planlama ve çalışma belleğinin yanı sıra bilişsel esneklikte de düşük işlev bildirilmiş; bilişsel esneklikteki düşüklüğün, planlama ve çalışma belleğindeki düşüklükten daha hafif düzeyde olduğu belirtilmiştir. DEHB ve kontrol grupları arasındaki farkın zekâ, akademik seviye ve başka bir psikiyatrik tanı ile açıklanamayacağı ifade edilmiştir (Willcutt ve ark. 2005).

Başka bir meta-analizde 18 çalışma incelenmiş, 15’inde, DEHB’li çocukların sağlıklı kontrollere göre, yürütücü işlev testlerinde düşük performans gösterdikleri saptanmıştır. Bu çalışmalarda, değerlendirme için 60 farklı nöropsikolojik test kullanılmış ve DEHB’li çocukların bu testlerden 47’sinde bozukluk gösterdiğini bildirmişlerdir. DEHB’li çocuklar, 60 testin hiçbirinde, sağlıklı kontrol olgularından daha başarılı bir performans gösterememişlerdir (Pennington ve Ozonoff 1996).

#### **2.1.6.4.Ergenlik Dönemi**

Ergenlikle birlikte zihinsel, fiziksel, duygusal değişimler başlar, bu değişimler çocuk ile anne babası arasında çatışmalara, tartışmalara neden olur. Ergenlik döneminde birey cinsellik, alkol, madde gibi birçok yeniliklerle karşılaşır. Hem ergenliğin getirdiği değişimlerle başa çıkmak, hem de kendini bu yeniliklere karşı koruma bir normal gelişen bir ergen için çok zordur, DEHB’li olmak bu zorluklarla başa çıkmayı daha da zorlaştırmaktadır (Pekcanlar Akay ve Ercan 2016).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda DEHB prevalansı 10–13 yaş grubu için 12,8%, 14–16 yaş grubu için 9,0% , 17–20 yaş grubu için 6,0% oranında bulunmuştur ( Skounti ve ark. 2007). Yaşın artmasıyla birlikte hiperaktivitenin açık belirtileri gerilemekte ancak dikkatsizlik belirtileri devam etmektedir (Biederman ve ark. 2000). Bu yaş grubunda en sık dikkat eksikliği görünümü, bunu takiben bileşik görünüm ve ez az da hiperaktif/dürtüsel görünüm görülmektedir (Mukaddes 2015).

Ergenlikte okul çağında görülen dağınıklık, unutkanlık, odaklanma ve organizasyon bozukluğu, dürtüsellik özellikleri devam eder. Aşırı hareketlilik yerine ‘iç huzursuzluğu’ daha çok görülür. Aile ilişkilerinde zorluklar en fazla bu dönemde görülmektedir.

Yürütücü işlevlerde de sorunlar devam etmektedir. 12 yaş altı DEHB’li çocuklar daha çok inhibisyon ve çalışma belleği alanlarında güçlük yaşarken, ergenlerin planlama alanlarında daha belirgin zorluk bulunduğu belirtilmiştir (Wolraich ve ark. 2005).

Biederman ve arkadaşlarının 6–18 yaş arasındaki DEHB tanılı kız çocuklarını 5 boyunca takip ettikleri çalışmalarında, başlangıçta yürütücü işlev bozukluğu gösteren olguların %79 unun, beşinci yılın sonunda da bu bozukluğu sürdürdüklerini belirtilmiştir ( Biederman ve ark. 2008).

DEHB’li ergenlerde madde ve alkol bağımlılığı geliştirme riskleri akranlarına göre 2–3 kat daha yüksektir ( Lee ve ark. 2011). Ayrıca özellikle davranım bozukluğunun eşlik ettiği DEHB’li ergenler yaşlılarından daha erken yaşlarda riskli cinsel ilişkiye başlarlar (Galéra ve ark. 2010).

#### **2.1.6.5.Yetişkinlik Dönemi**

Eskiden DEHB çocukluk çağı bozukluğu olarak biliniyordu. Ancak yapılan çalışmalar sonucunda çocuklukta DEHB tanısı almış bireylerin en az %50’sinin yetişkinlik döneminde de

DEHB tanısını aldığı bildirilmiştir (Fayyad ve ark. 2007). Yetişkinlerin %4-5'i DEHB tanısı almaktadır (Kooij ve ark. 2012).

Yetişkin DEHB'lilerde DEHB'ye ait temel zorlukların önemli bir bölümü sürmektedir. Ancak bazı belirtiler nörobiyolojik zemindeki değişimle birlikte daha hafiflemiş olarak görülmektedir. Çocukluk döneminde ailelerinin sosyal ve akademik alanlardaki desteğine alışmış bu bireyler yetişkinlik dönemlerinde sorumluluklarının artmasıyla birlikte zorluk yaşarlar. Düşük planlama, organize olma becerileri devam etmektedir. DEHB'nin temel belirtileri haricinde DEHB'li bireylerde sık rastlanılan emosyonel labilite ve öfke patlamaları sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Surman ve ark. 2013).

Yetişkin DEHB'lilerde dikkatsizlik ve planlama becerisi eksikliği sebebiyle maddi konularda sıkıntılar, faturalarını ödememe söz konusudur. Bu yetişkinlerin hiperaktiviteleri iç huzursuzluğu, rahatlayamama, gerginlik, aşırı spor yapma, toplantılarda oturamama şeklinde kendini belli eder. Dürtüsellikleri nedeniyle öncelikli ihtiyaçlarını ihmal edip dürtüsel bir şekilde para harcama, trafik kazaları ve kuralları ihlal etme, sık partner değiştirme, uygunsuz cinsel birliktelikler ve sık iş değiştirme görülür. Amerika'da yapılmış bir çalışma, ortalama bir bireyin aynı işte devam etme süresinin 21,5 ay, DEHB'li bireylerde ise bu sürenin 9 ay olduğu bildirilmiştir (Mukaddes 2015).

### **2.1.7.Değerlendirme**

Çocukluk çağıının en sık görülen psikiyatrik bozukluğu olması açısından kliniğe gelen her olguda DEHB değerlendirmesinin yapılması faydalı olacaktır. DEHB klinik bir tanıdır. Görüşme yapılırken gelişimsel perspektifi önemseyen yapılandırılmış bir görüşme yapılması, mümkün olan tüm bilgi kaynaklarından (çocuk/ergen, ebeveyn, okul, özel öğretmen, etüt, spor öğretmenleri) bilgi alınması, bütün diğer psikiyatrik bozukluklar ve yaşam olaylarının, tıbbi özgeçmişinin, aile öyküsünün değerlendirilmesi zorluk yaşadığı alanlar dışında çocuğun güçlü yönlerinin de ele alınması önemlidir (Mukaddes 2015).

Anne-baba ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması, birtakım testler yapılması DEHB tanısı konulurken uygulanan işlemlerdir. Öğretmenden alınan bilgiler tanı ve tedavinin her aşamasında önemlidir. DEHB belirtilerinin klinik özelliklerinin, sınıf ve okul ortamında, çocuğun bireysel olarak değerlendirildiği ortamlara oranla çok daha belirginleştiği bilinmektedir (Ercan ve Aydın 1999).

Okul öncesi dönemdeki aşırı hiperaktivite, dikkatsizlik gibi temel belirtiler çocuğun gelişimine uygunluk açısından değerlendirilmelidir. Okul öncesi dönemde hiperaktif çocukların ayırıcı tanısında DEHB olanlarda belirtiler daha kalıcı ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırganlık, korkusuzluk ve karşı olma durumları izlenmektedir (Şenol 2008). Daha sonraki yaşlarda ise görüşmede algı, dikkat, planlama ve organizasyon yeteneklerini değerlendirmeye yönelik oyunlar seçilebilir. Bu oyunlar sırasında DEHB olan çocukların aceleci tavırları, sağ sol ayırımı, planlama ve organizasyon yapmada zorluk çekmeleri, kısa sürede oynanan oyundan sıkılmaları, bir süre hareketsiz durmada ve sıra beklemekte güçlük çekmeleri hemen göze çarpabilir ve tanı koymaya yardımcı olabilir (Ercan 2008). Ancak çocuğun görüşmede DEHB belirtilerini göstermemesi DEHB olmadığını göstermez.

DEHB tanısı koydurucu hiçbir psikometrik test yoktur. Ancak çocuğun zekâ düzeyi ve akademik başarısı arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesi ve öğrenme bozukluğuyla ayırıcı tanı yapılması bakımından testler yararlı olabilir (Ercan 2008).

EEG özellikle aile ve çocukta nöbet öyküsü varsa ya da öyküde organik temeli vurgulayan ayrıntılar varsa yapılmalıdır (Canat 1998).

### **2.1.8.Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar**

Birçok epidemiyolojik ve klinik çalışma komorbiditesi olmayan DEHB olgularının sadece %13-32,3 oranında olduğunu, DEHB ye genellikle komorbid bir psikiyatrik durumun eşlik ettiğini bildirmektedir. (Granizadeh 2009, Larson ve ark. 2011). Dünya çapında epidemiyolojik ve klinik araştırmalarda en sık görülen komorbid durumlar karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) olarak DEHB'li çocukların %4- 60'ında görülmektedir. İkinci sıklıkta ise ortalama %25 oranında anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları gelmektedir (Jensen ve Steinhausen 2014).

Yakın zamanda yapılan bir meta analiz sonucuna göre DEHB'de en az 1 komorbid hastalık bulunma oranı %52 iken, %26'sında iki veya daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Bu meta analizde yaş aralıklarına göre komorbidite durumu incelendiğinde; erken çocukluk döneminde tepkisel bağlanma bozukluğu, otizm ve zihinsel yetersizlik en çok komorbid durumlar iken, çocuklukta ve erken ergenlikte kaygı bozuklukları, tik bozukluğu, davranım bozukluğu ve geç ergenlikte de madde kullanım bozukluğu ve psikoz sık görülmektedir (Jensen ve Steinhausen 2014). Cinsiyetlere göre bakıldığında; kızlarda kaygı,

depresyon, yeme bozukluğu; erkeklerde ise otizm, tik bozukluğu ve gelişimsel sorunlar daha fazla görülmektedir ( Mukaddes 2015).

#### **2.1.8.1.Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu**

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) tekrarlanan olumsuz, karşı gelen, kurallara uymayan ve düşmanca davranışların en az 6 aydır varlığı ile karakterize edilen çocukluk çağıının psikiyatrik bozukluklarından biridir (APA 2004). Konulan kuralları reddetme, başkalarını kızdıracak davranışlar yapma, başkalarına kızgın olma, sık tartışma, kendi hataları için başkalarını suçlama, sık öfkelenme ve kontrol kaybı, intikamcılık, alınganlık ve çabuk kızma kriterlerinden en az dördünü göstermesiyle KOKGB tanısı konulur (Köroğlu 2014).

Aslında bu özellikler 2-4 yaşları arasında ayrıca ergenlik döneminde pek çok çocuğun gösterdiği davranışsal özelliklerdir, ancak bu durum sürekli hale gelip işlevselliği bozduğunda bu tanı akla gelmelidir.

Epidemiyolojik çalışmalara göre görülme oranı ortalama %3,3 olarak bulunmuştur (APA 2013). Erkeklerde kızlardan daha sık görülmektedir. KOKGB %40-%60 oranında DEHB'ye eşlik etmektedir. Çocukluk çağıında DEHB'lilerde en sık görülen komorbid durumdur (Mukaddes 2015). KOKGB DEHB'ye eşlik ettiğinde okulla ilgili sorunlar, okul reddi ve arkadaş sorunlarının daha sık olduğu belirtilmiştir (Barkley 2015).

Karşıt olma bozukluğu temelde yanlış ebeveyn tutumlarından kaynaklandığı düşünülen bir hastalık olduğundan anne baba eğitimi yüksek önem taşımaktadır. DEHB ve KOKGB komorbiditesi ileri davranım bozukluğu gelişmesi için risk oluşturur. Karşıt olma bozukluğu belirtilerinin çok erken yaşta başlaması, ailede anti sosyal kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu bulunması da bu olguların davranım bozukluğu tanısı alması açısından yüksek risk faktörleridir (Hinshaw ve Lee 2003).

#### **2.1.8.2.Davranım Bozukluğu**

Davranım bozukluğu başkalarının temel haklarının ya da yaşına uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı yineleyici biçimde ve sürekli bir davranış örüntüsüdür.

Bu davranışlar dört ana gruba ayrılabilir;

1-İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık (başkalarına kabadayılık etme, gözdağı verme, göz korkutma - kavga başlatma - başkalarını ağır yaralayabilecek bir gereç kullanma- insanlara karşı acımasız davranma - hayvanlara karşı acımasız davranma - kişinin gözü önünde çalma - birini cinsel etkinlikte bulunmaya zorlama)

2-Eşyaları kırıp dökme (ağır zarar vermek amacıyla bile bile yangın çıkarma - başkalarının eşyalarına bile bile zarar verme)

3-Dolandırıcılık ya da hırsızlık (başkasının evine, yapısına ya da arabasına zorla girme - elde etmek, çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerden kaçmak için sıklıkla yalan söyleme -başkaları görmeden sıradan olmayan nesneleri çalma)

4-Kuralları büyük ölçüde çiğneme (anne babasının yasaklarına karşın, on üç yaşından itibaren başlayarak, sık sık geceyi dışarda geçirme - anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken, en az iki gece evden kaçma ya da aradan uzun bir süre geçmeden dönmediği evden bir kez kaçma - on üç yaşından itibaren sık sık okuldan kaçma)

5- Tanı ölçütünden üç ya da daha fazlasının son 12 ay boyunca bulunması ve son 6 ay boyunca en az bir davranışın bulunması gerekmektedir (Köroğlu 2014). Davranım bozukluğunun çocukluk çağına başlayan tipi ve daha geç, ergenlik çağına başlayan tipi vardır. DEHB’li çocuklarda DB genelde çocukluk çağına başlamaktadır (IACAPAP 2007). Davranım Bozukluğu çocuk ve ergenlerde %2–8 oranında görülmektedir. Erkek çocuklarında DEHB, nörogelişimsel gecikme gibi risk faktörleri olduğundan DB erkek çocuklarında daha sık görülmektedir. Erkek/kız oranı çeşitli çalışmalarda 4/1- 10/1 oranında görüldüğü saptanmıştır (IACAPAP 2007). 6-7 yaşlarındaki DEHB’lilerde %10 davranım bozukluğu, 10 yaşına geldiklerinde %30-40 ve 13 yaşa geldiklerinde bu grubun yarısında sosyal dışavurumlar vardır ve bu grubun yarısı da yetişkinlik döneminde antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almaktadır (Gillberg 2014). DB komorbiditesi DEHB gidişatını olumsuz etkilemekte, ciddi düzeyde toplumsal ve ailevi işlev bozukluğuna neden olmaktadır (Barkley 2004). DEHB’ye komorbid pek çok bozuklukta tedaviye başlarken öncelik en çok işlev bozukluğu yapan belirtilere verilirken KOKGB/DB komorbid olgularda DEHB ilaçları ile tedaviye başlamak ve gerektiğinde başka ilaçlarla kombine etmek uygundur.

### 2.1.8.3. Anksiyete Bozuklukları

DEHB'ye %10–40 oranında, ortalama %25 oranında anksiyete bozuklukları eşlik eder (Jensen ve Steinhausen 2014). Ayrıca anksiyete bozukluğu bulunan çocuklarda da DEHB sıklığının yüksek olduğu görülmektedir (Jarrett 2013). Sciberras ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB'li çocukların %26'sında bir anksiyete bozukluğu komorbiditesi, %39'unda iki anksiyete bozukluğu komorbiditesi görülmüştür. Bu bozukluklar sırası ile sosyal fobi (%48), yaygın anksiyete bozukluğu (%34), ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%32), obsesif kompulsif bozukluk (%8), travma sonrası stres bozukluğu (%6) ve panik bozukluk (%2) olarak bildirilmiştir (Sciberras ve ark. 2014).

DEHB'ye anksiyete bozukluklarının eşlik etmesi yürütücü işlevlerde sorunlara (özellikle dikkat ve bilişsel esneklik ve hafızada) sebep olmaktadır (Jarrett 2013) ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi birçok araştırmada kötü prognoz olarak belirtilmiştir (Decanini ve ark 2013). DEHB'li olgulara KOKGB/DB eşlik ettiğinde anksiyete bozuklukları gelişmesi kaçınılmaz görülmektedir (Bilgiç ve ark 2013). DEHB ve anksiyete bozuklukları pek çok belirti açısından, özellikle motor huzursuzluk, sinirlilik ve odaklanma güçlükleri açısından benzerlik göstermektedir. DEHB'li çocukların sadece zorluk yaşadıkları alanlarda gergin olmaları, belirtilerin on iki yaşından önce başlaması gerekliliği, DEHB'nin seyrinin yaşam boyu olması; anksiyeteli çocukların ise genel olarak gergin olmaları, her yaşta görülebilmesi, anksiyete bozukluğunun seyrinin daha kısa süreli olması ayırıcı tanı açısından yol göstericidir. Anksiyete belirtileri tedavi edildikten sonra DEHB'nin değerlendirilmesi de doğru tanı koymak açısından faydalıdır.

Yetişkinlik döneminde DEHB ve anksiyete bozuklukları komorbiditesi %26-63 oranlarında bildirilmiştir (Kooij 2010). Sıklıkla sosyal fobi, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluklarının olduğu görülmektedir. Anksiyete bozukluğu olan klinik çalışmalarda da DEHB oranı %20-30, epidemiyolojik çalışmalarda da %17 olarak bildirilmiştir (Kooij 2010). Yetişkinlik döneminde aslında DEHB olan olgular asabiyet, içsel huzursuzluk, odaklanma güçlüğü belirtileriyle deneyimsiz uzmanlar tarafından yanlışlıkla anksiyete bozukluğu tanısı alabilmektedirler.

Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olan yetişkinlerin %72'sinde DEHB saptandığı bildirilmiştir. Bu durumun özellikle dikkat eksikliği baskın DEHB alt tipinde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada saf SAB ve DEHB'ye komorbid sosyal anksiyete bozukluğu kıyaslanmış; DEHB'nin eşlik ettiği SAB'da daha erken

başvuru, daha fazla majör depresyon ile birliktelik ve majör depresyon başlangıç yaşının daha erken olduğu ve daha fazla atipik depresyon olduğu görülmüştür. Komorbid olgularda ayrıca daha fazla intihar girişimi ve bipolar bozukluk birlikteliği de bildirilmiştir (Koyuncu ve ark 2014).

#### **2.1.8.4. Depresyon**

Çocuk ve ergenlerde depresyon; üzüntü, mutsuzluk, aktivitelere ilgisizlik ve bunlardan keyif alamama, yemek ve uyku alışkanlıklarında değişiklik ve ölüm düşünceleri ile karakterizedir. Çocuklarda irritabilite, ergenlerde ise öfke daha ön plana çıkan belirti olabilir (Gaze, Kepley ve Walkup 2006). Yeterli ciddiyetteki depresif belirtilerin en az 2 haftadır bulunması ‘majör depresyon’ , orta şiddette (major depresyonu karşılamayan) 1 yıldır bulunması ‘distimi’ olarak değerlendirilir (APA 2013).

Jehsen ve Steinhausen’in 2014 yılında yaptığı 14.825 DEHB’li çocuk ve ergenin değerlendirildiği çalışmada DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde depresyon komorbiditesi % 1,6 olarak bildirilmiştir. DEHB’li bireylerde depresyon gelişmesi riski DEHB’si olmayan bireylere göre 5,5 kat daha fazladır, yetişkin DEHB olgularında %11,5–53,5 oranlarında tekrarlayıcı depresyon bulunmaktadır (Kooij ve ark. 2012). DEHB’nin eşlik ettiği grupta yürütücü işlev bozukluklarına bağlı yaşanan zorluklar, başarısızlıklar, sosyal ortamlarda reddedilişler, çevreden sürekli olumsuz mesaj almalar depresyona zemin hazırlamaktadır. Depresyon DEHB’li bireylerde insan ilişkilerinin, sosyal ortamlarda kabul görmeyen önemli olduğu ergenlik döneminde daha fazla görülmektedir.

Beck’in depresyonu açıklamaya yönelik bilişsel modeline göre depresif kişiler sistematik olarak negatif bilişsel yapıya sahiptirler. Bu olumsuz düşünceler onların kendilerini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak değerlendirmelerine neden olmaktadır. Özellikle küçük yaşlarda çocukların ailelerinden ve çevrelerinden aldıkları olumsuz geri bildirimler, çocuklarda olumsuz benlik algısı oluşmasına, özgüvenlerinin yeterince gelişmemesine neden olmakta, bu durum da depresyona yatkınlığı arttırmaktadır (Pekcanlar Akay ve Ercan 2016). Bu açıdan bakıldığında DEHB’li çocukların küçük yaşlardan itibaren dikkat dağınıklıkları, aşırı hareketlilikleri ve dürtüsellikleri sonucu uygunsuz davranışlarından dolayı olumsuz geri bildirim almış olmaları depresyon açısından bu çocuklarda risk faktörüdür.

#### **2.1.8.5.Bipolar Bozukluk**

DEHB ve bipolar bozukluğun (BPB) birlikteliği ya da ayırıcı tanısı tam olarak aydınlatılamamış bir durumdur. Bu DEHB'nin belirtilerinin manik atak belirtileri (distraktibilite, aşırı konuşma, hiperaktivite) ile örtüşmesinden tanı ile tartışmalı durumlardan kaynaklanmaktadır (Weiss 2002). DEHB ve BPB %10–20 sıklıkla birlikte görülmektedir (Barkley 2003). BPB'ü olan bireylerde DEHB'nin daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Faraone ve ark. 2001). Yetişkinleri inceleyen çalışmalarda da DEHB'li bireylerde BPB gelişme ihtimalinin %19,4 oranında, DEHB'si olmayan bireylerde BPB gelişme ihtimalinin ise %3,1 olduğu vurgulanmış; bu riskin DEHB'li bireylerde 6,2 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir (Kessler ve ark. 2006).

Çocukluk çağında BPB ve DEHB'nin ayırımını yapmak zordur; BPB'da görülen aşırı hareketlilik, uyku ihtiyacı azalması epizodiktir. Grandiyozite mevcuttur ve cinsel istek ve eylemlerde epizodik bir artıştan söz edilebilir. Bu özellikler hipomani/maniyi DEHB'den ayıran en belirgin özelliklerdir. DEHB'li bireylere BPB eklenince rutinde görülen hiperaktivite, çok konuşma, dağınıklık, dürtüsellüğün şiddeti artmakta, daha ağır bir psikopatoloji söz konusu olmaktadır. DEHB'li BP bireylerde daha fazla epizod, daha erken başlangıç yaşı ve daha fazla psikiyatrik komorbidite söz konusudur (Mukaddes 2015)

#### **2.1.8.6.Otizm Spektrum Bozuklukları**

Otizm Spektrum Bozuklukları sosyal- iletişimsel alanda yetersizlikler ve tekrarlayıcı davranış paterni ile seyreden, belirtileri çoğunlukla ömür boyu süren, nörogelişimsel bir bozukluktur (APA 2013).

DSM–4 'te OSB olan olgularda DEHB eş tanısı konmasına izin verilmemekteydi. DSM-4'te yer alan bu dışlama ölçütüne karşın OSB olan olguların en azından %50 kadarında DEHB görüldüğü bildirilmekte ve bu iki bozukluğun bir arada görüldüğü durumların tedavisine ilişkin sayısız araştırma bulunmaktaydı. DSM–5'te DEHB tanısı için OSB'nin dışlama ölçütü olması kaldırılmıştır. Yani her iki bozukluğun komorbid olarak görüldüğü resmi olarak kabul edilmiştir (Akay A, Ercan ES 2016).

DEHB'li çocukların %12,4 ünde OSB varlığı ve erkeklerde kızlara oranla 1,5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Jehnsen ve Steinhausen 2014). OSB'li çocuklarda da %28,2 oranında DEHB tanısı bildirilmiştir (Simonoff ve ark. 2008).

DEHB'li çocuklardaki sosyal beceri eksikliği OSB ile benzeşmektedir; evcilik, öğretmencilik gibi empati geliştiren oyunları DEHB'li çocuklar sıkıcı buldukları için oynamak istemezler.

Ayrıca dikkatsizlikleri ve dürtüsellikleri sebebiyle kurallı oyunlara katılmakta ve sürdürmekte böylece arkadaş ortamlarına girmekle ilgili zorluk yaşamaktadırlar. Ayaz ve arkadaşlarının yaptıkları DEHB’de sosyal karşılıklılığı incelemeye yönelik yaptıkları bir çalışmada DEHB’lilerin yüzlerdeki emosyon yorumlamada düşük becerileri olduğunu ve dikkat problemlerinin karşılıklı sosyal etkileşimde yetersizliğe yol açtığı bildirilmiştir (Ayaz ve ark. 2013). Öte yandan OSB’li çocukların çoğunda da dikkatsizlik, hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri mevcuttur.

#### **2.1.8.7.Özel Öğrenme Bozuklukları**

Öğrenme bozuklukları (ÖB) biyolojik temelli bir nörogelişimsel bozukluk olup, bilişsel düzeyde yetersizlikler ve buna bağlı davranışsal sorunlarla seyreden bir bozukluktur (APA 2013).

Öğrenme bozukluğu eğitsel becerilerin kişinin yaşına göre beklenenden önemli, ölçülebilir derecede altında olması ile tanımlanan okul /işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini ileri derecede bozan, genellikle okul yıllarında başlayan bir bozukluktur. Bu Çocuklarda gerekli müdahalelere rağmen uygunsuz, yanlış ya da yavaş okuma, okuduğunu anlamada güçlük, yazdığını okumada ve sayılarda, hesap yapmada zorluk, matematiksel neden sonuç ilişkisi kurmada zorluk vardır (Köroğlu 2013).

ÖB sıklığının çocuklarda %5-15 ve yetişkinlerde %4 oranında olduğu, erkeklerde 2-3 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (APA 2013). En sık rastlanılan okuma bozukluğudur. DEHB’li çocuklarda ÖB oranı %2,8 olarak bildirilmiştir.(Jehnsen ve Steinhausen 2014) Okuma bozukluğu özellikle DEHB dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tipte daha sık görülmektedir. ÖB ve DEHB birlikteliği yıkıcı davranış bozuklukları açısından risk oluşturmaktadır (Willcutt ve Pennington 2000).

Yapılan farklı çalışmalarda DEHB’li çocuklarda ÖB görülme oranı %18-45 olarak bildirilirken; ÖB olan çocuklarda DEHB görülme oranı %18-42 olarak bildirilmiştir (Germanò ve Gagliano 2010).

Hem DEHB hem öğrenme bozukluğunda işlem hızı, zaman işleme, dikkat, odaklanma, sözel çalışma belleği, planlama becerileri, tepki ketleme, görsel mekânsal çalışma belleği gibi yürütücü işlev alanlarında yetersizlikler bildirilmiştir. Klinik özelliklere bakıldığında okuma bozukluğunun kızlarda daha çok dikkatsiz tip, erkeklerde ise hem dikkatsiz hem de kombine tip DEHB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Sexton ve ark.2012).

#### **2.1.8.8.Zihinsel Yetersizlik**

Zekâ kişinin bellek, algı, soyutlama, gerçeği değerlendirme, kavramsallaştırma gibi bilişsel işlevlerini; düşünebilme, öğrenme ve uyum amaçları için bütünleştirerek kullanabilme yetilerini içeren geniş bir kavramdır. Zihinsel yetersizlik kişinin yaşına ve konumuna uygun işlevselliği göstermemesinin yanı sıra motor gelişimi, dil kullanma yeteneği bozuk, anlama ve kavrama yaşlılarından olması durumudur. Zihinsel yetersizliği olan bireylerde DEHB oranının genel popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Neece ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada zihinsel yetersizlikteki çocukların %52'sinde başka bir psikiyatrik komorbidite bulunmuş, %40'ında DEHB olduğu vurgulanmıştır. Bu çocuklarda en sık DEHB dikkat eksikliği alt tipi görülmüştür (Neece ve ark. 2013). DEHB'li olgularda ise zihinsel yetersizlik oranı %7,9 olarak bildirilmiştir (Jehnsen ve Steinhausen 2014).

Zihinsel yetersizliği olan çocuklarda DEHB tanısı hiperaktivite ve dürtüselliğe bağlı bulgularla daha kolay konulabilmektedir. Çünkü bu çocuklarda dikkati değerlendirmek zordur, akranları ile onları kıyaslayarak dikkat işlevlerinden söz etmek adilane değildir. Zihinsel yetersizliği olan çocukları takvim yaşlarına göre değil zekâ yaşlarına göre değerlendirmek ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik zekâ yaşına göre beklenen düzeyden fazla ise DEHB tanısı koymak uygundur. Bu çocuklarda komorbid DEHB olması tabloyu daha da ağırlaştırmaktadır.

#### **2.1.8.9.Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesif kompulsif bozukluk toplumda %2–3 arasında görülen, obsesyonlar ve kompulsiyonlarla karakterize bir hastalıktır (Brem ve ark. 2014). Obsesyonlar; uygunsuz ve belirgin sıkıntıya neden olan istem dışı ortaya çıkan fikir, düşünce, dürtü ve eylemlerdir. Kompulsiyonlar ise; bir obsesyona tepki olarak çıkan tekrarlayıcı, amaca yönelik, belli kuralları olan davranış, eylem ve zihinsel uğraşılardır.

Hem DEHB'de hem OKB'de dikkat sorunları vardır. DEHB de bu sorun birincil problem olarak görülürken OKB'de genelde anksiyeteye bağlı olabileceği düşünülmektedir. DEHB'de görülen yürütücü işlev bozuklukları OKB'de de görülebildiği söylenmektedir (Mukaddes 2015).

DEHB'nin OKB ve Tik bozuklukları ile yüksek oranda birliktelik gösteren, genetik komponentleri olan bir nöropsikiyatrik bozukluk olduğu bilinmektedir. Fakat bu üç psikiyatrik durum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ortak etiyolojik zeminden kaynaklanabileceğini göstermektedir (Mathews ve Grados 2011).

Bir meta analiz çalışmasında DEHB'li olguların %1,7 'sinde OKB görülmüştür (Jehnsen 2014). OKB ve DEHB komorbiditesini inceleyen az sayıda çalışma vardır. DEHB alt tipleri ile OKB arasındaki bağlantının gösterildiği bir çalışmada erişkin OKB-DEHB grubunda %48 DEHB-dikkat eksikliği alt tipi, % 36 Bileşik tip tespit etmişlerdir (Anholt ve ark. 2010).

OKB-DEHB grubunda obsesif kompulsif belirtilerin başlangıç yaşı OKB grubuna göre daha erkendir OKB-DEHB grubunda diğer grupla karşılaştırıldığında daha fazla simetri obsesyonu, sıralama ve biriktirme kompulsiyonları saptanmıştır (Kılıç 2015).

#### **2.1.8.10.Tik Bozuklukları**

Tik Bozuklukları (TB) genellikle çocukluk çağında başlayan ailevi geçişi olan, göz kırpma, yüz buruşturma, omuz oynatma, karın germe gibi tekrarlayıcı motor tikler ve boğaz temizleme, öksürme veya başka sesler çıkarma gibi vokal tiklerle karakterizedir.

Tikleri olan çocuklarda en sık bildirilen komorbid psikiyatrik hastalıktır DEHB'dir. Bilimsel çalışmalarda %21'den %90'a kadar değişen oranlar bildirilmektedir (Mol Debes 2013). Bu oranların toplum örneklemeleriyle karşılaştırıldığında çok daha yüksek olduğu görülmektedir (Scahill ve ark. 2005). Klinik örneklemelerde DEHB'nin daha fazla görülmesi beklenen bir durumdur; çünkü DEHB belirtileri hem tiklerden daha önce ortaya çıkar hem de daha fazla işlevsellik kaybına neden olur, bu durum da ailelerin kliniklere başvurmalarına sebep olmaktadır.

DEHB ile TB arasındaki ilişkinin ortak genetik etiyoloji ile ilgili olabileceği öne sürülmüş olsa da iki bozukluk arasındaki genetik bir bağlantı henüz net olarak ortaya konulamamıştır. Yapılan çalışmalarda TB olan vakaların birinci derece yakınlarında DEHB insidansında artış görülmemiştir (Mathews ve Grados 2011). DEHB ve TB birlikteliğinde hem yıkıcı davranış bozuklukları hem de diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etme ve bunlara bağlı işlevsellik kaybının daha fazla olduğu (Sukhodolsky ve ark. 2003), bu çocukların okulda ve akranları arasında davranış sorunları nedeniyle daha az sevilen, daha agresif ve içe kapanık çocuklar oldukları bildirilmiştir (Debes, Hjalgrim ve Skov 2010).

#### **2.1.8.11.Uyku Bozuklukları**

Uyku, geri dönüşlü olarak algısal kopuşun ve çevreye cevapsızlığın olduğu davranışsal bir durumdur. Uygunun fizyolojik ritminin ruh sağlığının davranışsal ve duygusal alanlarının korunmasında etkisi vardır.

DEHB’li çocuklarda en sık görülen uyku bozuklukları; az uyarılma ile seyreden uyku paterni; narkolepsi ve hipersomni, gecikmiş uyku başlaması latensisi, huzursuz bacak sendromu, uykuda solunum bozukluğu ve epilepsi/elektiriksel deşarjdır. DEHB farklı görünümünden en fazla uyku bozukluğu yaşayan görünüm DEHB bileşik görünümüdür. Dikkat eksikliği baskın görünümde ise uyku bozuklukları en az görülmektedir (Mukaddes 2015).

Ülkemizde Yürümez ve arkadaşının yaptığı DEHB bileşik görünümlü çocuklarda uyku bozuklukları ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada DEHB’de uyku bozuklukları sıklığı %84,8 olarak bulunmuş, bu grupta gece uyanmalarının sık olduğu fiziksel, psikososyal ve toplam yaşam kalitesi bu çocuklarda daha düşük bulunmuştur. Komorbiditenin uyku bozukluklarını arttırmadığı bildirilmiştir. Öğrenme bozukluğu olanlarda parasomnilerin daha sık olduğu belirtilmiştir (Yürümez ve ark.2016).

DEHB’li çocukların ebeveynlerinin %55 ila %74’ü çocuklarında uyku problemleri olduğunu bildirmişlerdir (Cortese ve ark. 2009). En fazla uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluk yaşadıkları, ayrıca bu durumun DEHB semptom şiddetini arttırdığı bildirilmiştir (Owens 2005). Uykuya dalmakta sıkıntıları olan grupta bipolar bozukluk riski olduğu söylenmektedir (Gillberg 2014).

Ebeveyn ölçekleri kullanılarak yapılan araştırmalarda DEHB’li çocuklarda kontrol gruplarına kıyasla daha fazla uyku direnci, uykuya dalmakta güçlük, uzamış gece uyanmaları gibi daha fazla uyku bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir (Owens ve ark. 2000). Ancak aktigrafi ve polisomnografi gibi objektif ölçümler her zaman ebeveynlerin bildirimlerini aynı şekilde onaylamamıştır (Cohen-Zion ve Ancoli-Israel 2004).

Moreau ve arkadaşlarının yaptığı DEHB’li çocuklarda uyku bozuklukları ve yürütücü işlevler arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir araştırmada kısa uyku süresinin yürütücü işlevlerde bozukluğa yol açtığı bildirilmiştir (Moreau ve ark. 2013). ‘Uyku etkinliği’ terimi uyuyarak geç zamanın yatakta geçen toplam süreye oranıdır. Aktigrafide uyku etkinliği düşük olan bireylerin yüksek olan bireylere göre daha çok davranış sorunları sergiledikleri ve daha çok dikkatsizlik sorunları yaşadıkları bildirilmiştir (Sadeh ve ark. 2002).

#### **2.1.8.12.Beslenme ve Yeme Bozuklukları**

Son yıllarda DEHB’nin tikanırcasına yeme bozukluğu, bulimia nervosa ve anoreksiya nervosa ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Nazar ve ark 2008). Birkaç varsayım bu durumu öne sürmektedir; DEHB’li bireylerdeki dürtüsellik uygunsuz yeme davranışına yol açmaktadır ve

DEHB'ye birçok komorbid durum eşlik etmekte bu durumlara bağlı yeme bozuklukları ortaya çıkabilmektedir, ayrıca zayıf yeme alışkanlıkları ve beslenme eksiklikleri DEHB semptomlarına yol açabilmektedir (Ptacek ve ark 2016). Erişkinlerde yapılan bir çalışma bulimia nervosa tanılı bireyin %25'de DEHB saptanırken, kontrol grubunda bu oran %2,5'tur (Seitz ve ark 2013). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları komorbiditesini inceleyen fazla çalışma bulunmamaktadır.

DEHB'deki yürütücü işlev bozuklukları komorbid yeme bozuklukları için en iyi açıklayıcı olabilir. DEHB'li bireyler planlama ve sağlıklı davranışları sürdürme ve kendi hijyenlerini koruma konusunda zorluk yaşarlar. Bu bireylerde yeme ile ilgili en fazla sıkıntı obezite olmaktadır (Ptacek ve ark 2014).

Yeme bozuklukları daha çok kızlarda görülür; kızlarda DEHB semptomları maskelendiğinden dolayı daha az DEHB tanısı konulmasına bağlı olarak yeme bozuklukları DEHB'de olduğundan daha az olarak komorbid durum olarak görülüyor olabilir (Quinn 2004).

Ergenlerdeki yeme alışkanlıklarını inceleyen bir çalışmada DEHB'li ergenlerin geleneksel üç öğün yeme alışkanlıklarından ziyade batı tarzı yeme alışkanlıkları olduğu; yağ, şeker ve sodyum oranı yüksek besinleri tercih ettikleri, Omega-3 yağ asidi, lif ve folattan fakir besinleri aldıkları gözlenmiştir. Demir eksikliği ve düşük ferritin düzeyleri DEHB ve bilişsel- davranışsal gelişim geriliği ile ilintili bulunmuştur (Konofal 2004, Millichap 2006). Çinko eksikliği özellikle orta doğuda DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Çinko DEHB patofizyolojisinde dopamin metabolizmasında önemli bir kofaktördür ayrıca çinko takviyesinin tedavide kullanılan amfetamin dozlarını düşürdüğü bildirilmiştir (Arnold 2011). Omega3, omega6 poliansature yağ asitleri takviyesinin de çinkoya benzer biçimde nöronal gelişimi desteklediği ve DEHB semptomlarına karşı koruyucu olduğu çalışmalarda desteklenmiştir (Colter ve ark. 2008).

Obezite DEHB'de sık karşılaşılan bir durumdur. Bu durum ortak nörobiyolojik ve genetik faktörler üzerinden oluşmaktadır. Obezite ve DEHB komorbiditesini inceleyen ilk çalışmada Altfas erişkin DEHB olgularında %27,4 oranında obezite olduğunu bildirmiş; tedavi sonrasında bu bireylerde tedavisiz gruplara göre daha fazla kilo kaybı olduğunu açıklamıştır (Altfas 2002). Benzer çalışmalar daha sonra çocuk ve kadınlar için de yapılmıştır. Başka bir çalışmada DEHB'li çocuklarda obezite oranı %9,3 olarak gösterilmiş, DEHB'lilerin 2 kat daha fazla oranda obezite riski taşıdığını vurgulanmıştır (Zwaan ve ark. 2011). DEHB bileşik görünümde diğer tiplere nazaran daha fazla obezite ve yüksek ağırlık gözlenmektedir (Yang ve ark. 2013).

### **2.1.9. Tedavi**

DEHB ile tedaviye başvuran kişilerde sorunların şiddeti birbirinden farklıdır, bu sebeple ayrıntılı bir psikiyatrik muayenenin ardından eş tanılar araştırıldıktan sonra hedef semptomlar seçilerek tedaviye başlanmalıdır. DEHB'li bireyle uzun vadeli ve kısa vadeli hedefler görüşülmeli, olguların beklentileri gerçekçi düzeyde tutulmalıdır. Tedavi başlangıcında ve süresince tansiyon, nabız, boy ve kilo ölçümü önemlidir. DEHB yaşamın pek çok alanını etkileyen pek çok ek davranışsal sorun ve psikiyatrik komorbidite ile seyreden bir bozukluk olduğu için çok boyutlu bir tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Bunlar ilaç tedavileri, psikoeğitsel-danışmanlık- davranışçı yaklaşımlardır (Mukaddes 2015).

#### **2.1.9.1.İlaç tedavileri**

##### **2.1.9.1.1. Psikostimulanlar**

DEHB tedavisinde en çok kullanılan, etkinliği yüzlerce plasebo kontrollü, açık uçlu çalışma ile kanıtlanmış ilaç grubudur. Klinik yanıt davranış çizelgeleri, nöropsikolojik testler ile nicel olarak değerlendirildiğinde psikostimulanların plaseboya göre etki oranları oldukça yüksek; ortalama 1,0 olarak bulunmuştur, bu da herhangi bir psikotropik tedavi için oldukça yüksek bir değerdir. Yapılan çalışmalarda psikostimulanlar ile çocukların dikkatinde %75, sınıftaki davranışlarında %90 ve bilişsel işlevlerinde %50 iyileşme görülmüştür (Kooij 2010). Ayrıca sadece DEHB'nin çekirdek semptomlarına değil; aynı zamanda karşıt olma ve davranış bozuklukları, dürtüsellğe bağlı saldırgan davranışlar ve sosyal etkileşim gibi sorunlu alanlarda da belirgin düzelme oluşturduğu bildirilmiştir (Connor ve ark 2002).

##### **2.1.9.1.1.1. Amfetaminler**

Ülkemizde bulunmamaktadır, diğer ülkelerde kullanılan amfetamin grubu ilaçlar Adderal (amfetamin ve dekstroamfetamin) Dexedrine (dekstroamfetamin sulfat) ve Vyvanse (lisdeksamfetamin)'dir. Bu ilaçlar merkezi sinir sisteminde hem dopamin (DA) hem de noradrenalin (NA) seviyesini arttırarak merkezi sinir sistemi uyarıcısı olarak işlev görürler. Prefrontal kortekste DA seviyesini hem gerilimi engelleyerek, hem de sinaptozomların boşaltılması yoluyla arttırmakta ve böylelikle DEHB semptomlarının kontrol altına alınmasını sağlamaktadır.

#### 2.1.9.1.1.2. Metilfenidat

1957 yılından bu yana DEHB tedavisinde kullanılmaktadır. Dopamin agonistidir. Özellikle prefrontal korteks ve striatum bölgelerinde DA ve NA sinaptik alana salınımını arttırarak doğrudan ve bu monoaminlerin taşıyıcılarının inhibisyonu ile presinaptik bölgeden geri emilimlerinin engellenmesini sağlayarak dolaylı etki gösterdiği düşünülmektedir (Findling 2008).

Stimulanlar DEHB olgularının %70-80'inde etkili olmakla birlikte vakaların %20-30'unda yeterli etkinlik görülememektedir (Ercan ve ark. 2009). Metilfenidata (MPH) yanıtın belli genlerin polimorfizminin ilaca duyarlılıkla ilgili olduğu gösterilmiştir (Mick ve ark. 2008).

Okul çağındaki çocuklar, ergenler ve erişkinlerle yapılan çalışmalarda MPH'nin etki büyüklüğü 0,9 civarında bulunmuştur (Faraone ve ark. 2004). Okul öncesi çocuklarda MPH'nin etki büyüklüğü 0,22–0,87 olarak doza bağımlı olarak değişmektedir (Greenhill ve ark. 2006).

Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) çalışmasında; ilaç tedavisi, davranışsal terapi ve ikisinin bir arada uygulanması karşılaştırılmıştır. MTA çalışmasında; yaşları 7–9 arası 579 çocukla stimulan kullanımından on dört ay sonraki sonuçlar elde edilmiş, ilaç tedavisinin ve kombine tedavinin tek başına davranışçı terapiye göre daha etkin olduğunu gösterilmiştir (Jehnsen ve ark 1999).

Ülkemizde metilfenidat prepatlarından Concerta (uzun etkili) , Ritalin (kısa etkili) ve Medikinet (yarı kısa yarı uzun etkili) bulunmaktadır. Metadate, Methylin, Daytrana ve Qillivant XR henüz ülkemizde bulunmayan metilfenidat preperatlarıdır.

Kısa etki süreli MPH ortalama 2–4 saat etkili olup, alındıktan 30 dakika sonra etkisi başlamaktadır. Yemeklerle alındığında etkisi biraz daha geç başlamaktadır. Çocuk ve ergenlerde uygun doz 10-60 mg veya 0,3-1,5 mg/kg aralığındadır. Metilfenidat tedavisi esnasında 0.3 mg/kg dozunda dikkat, 0.6 mg/kg dozunda sosyal becerilerde düzelme beklenir (Cyr ve Brown 2000). Doz genellikle 10mg/g olarak başlanır ve haftalık kontrollerle en etkin doz bulunana kadar artırılır. Genelde günlük 2–4 kez kullanımı uygundur, bunu belirleyen de bireyin günlük yaşamdaki işlevselliği ve belirtilerin şiddetidir. Günde birkaç kez ilaç almak DEHB'li bireyler için zor olabilir, bu durumda uzun etkili formlar tercih edilmelidir.

Uzun etkili MPH (Concerta) OROS (osmotik kontrollü- salınım uzamış uygulama sistemi teknolojisi ile üretilmiştir. Sabahları günde bir kez uygulanır ve okul saatlerinde etkin olmasının

yanı sıra öğleden sonra ve akşamın erken saatlerinde etkisini gösterir. Çocuk ve ergenler için önerilen doz 18–72 mg ve 0,4–1,8 mg/kg aralığındadır. (Mukaddes NM). Sabahları tok karna alınır, etkisi 8–12 saat kadar sürer. Uzun etkili MPH düşük dozlardan başlanıp, işlevsellik ve yan etki değerlendirilerek etkin doza bir iki haftalık aralıklarla çıkılır. Çocuklarda başlangıç dozu 18 mg'dır. Tüm günü kapsayan bir tedavi hedefi varsa tek doz concerta yeterli gelmemektedir. Bu durumda tedaviye akşamüstü kısa etkili MPH eklenebilir.

Medikinet Retard %50 ani ve %50 kontrollü salınımlı kapsüldür. Etki süresi 8 saate kadardır. Kapsül içeriği sıvı veya yumuşak besinlerle alınabildiği için özellikle tablet ve kapsülleri yutmada zorluk çeken çocuklarda kullanım kolaylığı sağlayabilir. 6–18 yaş grubunda sabah bir kez verilmek üzere 10 mg ile başlayıp günlük en yüksek doz 90 mg'a (2,1 mg/kg) kadar çıkılabilir.

Psikostimulanların baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı ve uykusuzluk gibi yan etkileri olmaktadır. Bazı çocuklar ilacın etkisi azaldığında, kısa bir süre için hafif sinirli hale geldikleri ve belli-belirsiz hiperaktif görüldükleri geri tepme (rebound) etkisi yaşarlar. Motor tik öyküsü olan çocuklarda bazı olgularda MPH tikleri şiddetlendirebilirken bazılarında tikleri etkilemediği hatta iyileştirdiği için bir süre gözlem yapılmalıdır. MPH uzun süre kullanımı ile ilgili diğere bir endişe olası büyüme geriliğidir. Kullanım dönemlerinde böyle bir etki olabilir ve ilaç tatili verilmeksizin uzun yıllar boyunca kullanılırsa boyda birkaç santimetre kısalık olabileceği bildirilmiştir. İlaç tatilleri ile bu durumun önüne geçilebilir (Kaplan Sadock 2016).

#### **2.1.9.1.2.Stimulan Dışı İlaçlar**

##### **2.1.9.1.2.1.Atomoksetin**

Atomoksetin (Strattera) 2002 yılından itibaren kullanılan 6 yaş ve üzerindeki çocuklarda DEHB tedavisi için onaylanmış bir norepinefrin gerilim engelleyicisidir. Mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte NA taşıyıcısının seçici olarak engellenmesiyle ilgili olduğuna inanılmaktadır. Etki büyüklüğü 0,7 civarındadır (Michelson ve ark. 2001). Etki büyüklüğü MPH'dan düşüktür ancak 24 saat etkinlik sağlaması bir avantaj olarak sunulmaktadır.

Atomoksetin gastrointestinal sistemden iyi emilir ve maksimum plazma düzeyine alımından 1–2 saat içinde ulaşılır. DEHB'li çocuk ve erişkinlerde dikkatsizliğin yanı sıra dürtüsellğe de faydası olduğu bilinmektedir. Atomoksetinde doz kilo temellidir ve yanıt doza bağımlıdır, uygulamada

0,5 mg/kg dozunda başlanarak yavaş titrasyon ile ortalama bir ayda 1,2mg/kg dozuna çıkmak gerekir. FDA'nın onayladığı en yüksek doz 1,4 mg/kg/gün veya 100 mg/ gün'dür.

Atomoksetinin yan etkileri iştahsızlık, hafif sedasyon, ağız kuruluğu, mide bulantısı, terleme, uykusuzluk, gerginlik, çarpıntı, nabız ve kan basıncında artıştır. Kardiyak sorunu olanlarda kullanımı önerilmemektedir. Glokomu olanlarda kontriendikedir. İntihar riskini arttırabildiği ile ilgili görüşlerin son bir meta analiz çalışması ile ciddi bilimsel temeli olmadığı noktasında gündeme gelmiştir (Mukaddes 2015). Sadece çocuk yaş grubunda intihar düşüncesini az da olsa arttırabileceği bildirilmiştir ( Bangs ve ark. 2014).

#### **2.1.9.1.2.2.Alfa 2 Agonistler**

Alfa 2 agonistlerden klonidin yavaş salımlı formu ve guanfasin DEHB tedavisinde kullanılmaktadır. Bir meta analiz çalışması bu grubun DEHB'nin hem dikkat eksikliği hem hiperaktivite belirtilerinin yanı sıra karşıt gelme davranışlarını da azaltmada plasebodan üstün geldiğini göstermiştir (Hirota ve ark. 2014).

Yalnız başlarına veya stimulanlara tamamlayıcı olarak kullanılabilirler, stimulanlara oranla terapotik etkinliklerinin geç başladığı, etki boyutlarının daha düşük olduğu fakat tedaviye eklendiklerinde plaseboya oranla %25 daha fazla klinik düzelme sağladıkları bildirilmiştir (Kollins ve ark 2011).

Klonidin hipertansiyon tedavisinde de kullanılmaktadır. Emosyonel labilite, uykusuzluk veya stimulan kullanımı ile artan tiklerin olduğu DEHB'li bireylerde kullanılabileceği, dürtüsellik ve hiperaktivite gibi DEHB'nin çekirdek sorunlarında belirgin düzelme sağladığı bildirilmiştir (AACAP 2007).

#### **2.1.9.1.2.3.Antidepresanlar**

Eski çalışmalarda trisiklik antidepresanlardan imipraminin ve desimipraminin DEHB tedavisindeki etkinlikleri gösterilmiş ancak bu etkinin DEHB'nin çekirdek semptomlarından ziyade dikkat eksikliği semptomlarına iyi geldiği bildirilmiştir (Garfinkel 1983). Psikostimulan veya atomoksetine yanıt alınamayan DEHB'ye anksiyete, depresyon, enürezis nokturna, tik bozukluklarının eşlik ettiği durumlarda tek başına veya stimulanlarla kombine olarak kullanılabilir. Kardiyovasküler ve kolinerjik etkilerinden dolayı dikkatli kullanılmalıdır.

Reboksetin ve selegilin tedavilerinin DEHB’de etkili olabileceği yönünde araştırmalar mevcuttur ancak rutin kullanımını önerecek yeterli veri bulunmamaktadır.

Bupropion noradrenerjik bir antidepresandır ve daha çok sigara bırakma endikasyonu gibi bağımlılık davranışlarının tedavisinde kullanılmaktadır. DEHB tedavisinde metilfenidata yakın bir düzelme gösterdiğini bildiren çift-kör randomize kontrollü bir çalışma yapılmıştır (Jafarania ve ark 2012). Ancak genel olarak DEHB endikasyonunda tedavide rutin kullanımı uygulama kılavuzlarında önerilmemiştir.

#### **2.1.9.1.2.4. Atipik Antipsikotikler**

Atipik antipsikotiklerden özellikle risperidonun ağır agresivitenin ön planda olduğu DEHB’de etkili olduğuna dair çalışmalar vardır. Eğer MPH ve atomoksetin ile dürtüsellik ve agresyonda olumlu gelişme elde edilememişse tedaviye antipsikotik eklenebilir. Bir çalışmada stimulanların %10,8 vakada antipsikotikler, %5,5 vakada atomoksetin ve %5,3 vakada klonidin ile kombine edildiği bildirilmiştir, aynı çalışmada stimulanların herhangi bir durumda kesildiği durumlarda da antipsikotikler tercih edilebildiği bu durumlardaki ilaç tercihinde başka bir stimulan %7,9 ile ilk tercih olurken, atipik antipsikotikler %5,5, atomoksetin ise %4,7 olarak bulunmuştur (Amor ve ark 2014). Atipik antipsikotiklerim atomoksetinden daha fazla tercih edilmesi dikkat çekicidir.

Atipik antipsikotikler kullanılırken kilo alma, sedasyon veya ekstrapiramidal semptomlar gibi yan etkilerin takip edilmesi gerekmektedir.

#### **2.1.9.2. İlaç dışı tedaviler**

İlaç tedavisinde uyum konusunda sorun olduğu ve eşlik eden birçok sorunun sadece ilaçla düzelmediği için ek olarak psikoterapotik-eğitsel destek önem kazanmaktadır.

Psikoeğitim daha tanı konulduktan sonra zaman kaybetmeden yapılmalıdır, DEHB tanısının sadece çocuk/ergen üzerinde değil ebeveynler, kardeşler üzerinde de etkisi vardır. Bu etkiler hem olumlu hem de olumsuz olabilirler. Hastalığın tedavisi ve gidişatı aileler tarafından merak edilen konulardandır. Bu nedenle bozukluğun doğası, tedavisi ve gidişi konusunda aktif bir bilgilendirme yapılmalıdır.

DEHB tanısı konulmuş çocuklarda aile ilişkileri genel olarak olumsuz ve engelleyicidir. DEHB tanısı alan çocuklar diğer çocuklara göre aileleri tarafından daha fazla uyarılırlar. Bu nedenle ilaç dışı tedaviler içerisinde aile tedavisini, ebeveyn eğitim programlarını eklemek gerekmektedir (Barkley 2002) Aile tedavisi sonucunda çocuktaki DEHB bulgularında anlamlı azalma bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Biederman ve ark.1996).

Bilişsel davranışçı tedavinin desteğiyle DEHB'li çocukların kendilerini ve davranışlarının farkına varmaları ve olumsuz davranışlarını kontrol etmeleri sağlanır. Verilen ödevler ve yapılan araştırmalar sayesinde öfke dışı vurum davranışları ve sosyal durumlarla ilgili problem çözme yöntemleri öğretilir. Antshel ve arkadaşlarının 68 DEHB tanılı ergende BDT uygulaması ile ilgili yaptığı çalışmada tedavi öncesi ve sonrasını karşılaştırarak, pek çok alanda anlamlı düzeyde olumlu gelişme bildirmiştir. En çok okula devam, ilaç dozu, ebeveyn bildirimindeki yıkıcı davranışlar ve öğretmenin bildirdiği dikkatsizlik alanlarında olmuştur. Bu yöntem en çok kaygı ve depresyonun eşlik ettiği DEHB sonra saf DEHB en son da karşıt olma belirtilerinin eşlik ettiği DEHB'de faydalı bulunmuştur. BDT yapılan bu grup daha az ilaç dozuyla, gerçek hayatta, okulda, ders notlarında daha çok başarı göstermiştir (Antshel ve ark. 2012).

DEHB'li çocukların önemli bir kısmının eğitsel desteğe ihtiyacı vardır, sınıfta doğru düzgün ders dinleyemedikleri için akranlarına göre düşük başarı gösterirler, bu çocuklara eğitsel destek verilmeli; okulda davranışçı yaklaşımlarla desteklenmelidir.

Ayrıca DEHB'li çocuklar ince ve kaba motor becerileri geliştirme, öfke deşarjı, amaca yönelik hareket etme, kuralları öğrenme konusunda faydalı olması açısından spor programlarına yönlendirilmelidir. Akademik alanda yetersiz kalan bazı DEHB'li çocukların spor alanında elde ettikleri başarılarla benlik saygıları artmakta ve bu çocuklar yetenekli oldukları bir alanda gelişme şansı bulmaktadırlar (Mukaddes 2015).

#### **2.1.10.Gidiş**

DEHB çocukluk çağında başlayan ve olguların büyük bir kesiminde ergenliğe (%60-80) ve erişkinliğe (%40-60) kadar devam eden bir bozukluktur (AACAP 2007). Motor hiperaktivite çoğunlukla geç çocukluk ya da erken erişkinlik döneminde kaybolur. Orta şiddette ya da şiddetli reziduel DEHB belirtileri (içsel huzursuzluk, yerinde duramama, kıpırdanma) dışarıyla iyi uyum yapmış bazı erişkinlerde bile devam edebilir.

İzlem alışmalarında DEHB’li çocukların ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde önemli psikiyatrik, akademik ve sosyal sorunlarla karşılaştığı bildirilmiştir (Barkley ve ark. 2008). DEHB’li çocuklarda akranlarına göre daha fazla yaralanma riski, insan ilişkilerinde sorunlar, potansiyellerinin altında başarı gösterdikleri, zgven azalması ve depresyon gösterilmiştir (Barkley 2015).

DEHB’li bireylerde daha fazla suça yönelme görülmektedir. DEHB’ye eşlik eden karşıt olma karşı gelme bozukluğu ilerleyen dönemde davranım bozukluğuna erişkinlik döneminde de anti sosyal kişilik bozukluğuna gidişin habercisidir. Çocukken DEHB tanısı alanların %10’unda erişkinlikte suç işleme olduğu (Rasmussen ve Gillberg 2000) ve hapiste olan grupta DEHB oranının %60 olduğu bildirilmiştir (Gillberg 2014).

DEHB tanısı almış olan ocukların DEHB’li olmayan çocuklara göre ergenlik döneminde uyuyşturucu madde deneme ve sigara kullanım oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir, genel popülasyondakinden yüksek olarak %30 oranında madde kullanımı bildirilmektedir (Biederman ve ark. 2006).

Shaw ve arkadaşlarının 2012 yılında 351 çalışmayı inceleyerek hazırladıkları meta analizde DEHB’nin uzun süreli gidişini incelemişlerdir. Çalışmaların %74’ tedavi edilmemiş grubun gidişatının normallerden daha kötü olduğunu saptamıştır. Çalışmaların %72’si tedavi edilmiş grupların tedavi edilmemiş gruplardan daha iyi durumda olduklarını bildirmiştir. Çalışmaların %11’i tedavi edilen DEHB ile normal kontrolleri kıyaslamaktadır. Bazı çalışmalarda bu grubun tam normal kontrollerle benzerlik gösterdiği, bazılarında ise tedaviye rağmen istenen düzeyde iyilik halinin olmadığını belirtmiştir. DEHB tedavisinin %100’nde tedavinin araba kullanma ve obezite üzerine katkısı olduğu, %90’ında benlik saygısına faydası olduğu, %83’nde sosyal işlevsellikte katkısı olduğu, %71’inde akademik hayatı olumlu etkilediği, %67’sinde ilaç ve madde bağımlılığı riskini azalttığı, %50’sinde antisosyal davranışları azalttığı, %33’nde mesleki olarak olumlu etkilerde bulunduğu saptanmıştır (Shaw ve ark. 2012)

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Olgular

Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda takip edilen 6–18 yaş arası DEHB tanısı alan 154 olgu değerlendirilmiştir. Araştırmacı tarafından takip edilen, çalışmaya dahil edilme ölçütlerine uyan olgular çalışma süresi boyunca kontrol muayeneleri için polikliniğe geldikleri gün araştırmacı tarafından bu çalışmaya davet edilmiş, gönüllü olanların görüşmeleri yapılmıştır. Görüşmeler tek seans ve ortalama 75 dakika sürmüştür. Çalışma hakkında aile ve çocuğa bilgi verildikten sonra aydınlatılmış onam formu ebeveynlerden biri tarafından imzalanmıştır. Daha sonra sırayla sosyodemografik veri formu ve Okul Çağı Çocukları için Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. 11 yaşından büyük çocuklara Yeme Tutumu Testi verilmiştir. Çocuk Depresyon Envanteri ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği çocuklar tarafından doldurulmuştur. Çocuğun yaşının 8'den küçük olması durumunda Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Anne Baba Formu ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Anketi ve DEHB Değerlendirme Formu ebeveyn tarafından doldurulmuştur.

Çalışmanın yürütülmesi için İstanbul Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek 1).

Olguların çalışmaya dâhil edilme kriterleri:

1. DSM-5 kriterlerine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olmak
2. 4-18 yaş arasında olmak
3. Ailelerin bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması
4. Zeka düzeyinin 70 üzerinde olması
5. Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almış olmamak

Olguların çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri:

1. 4-18 yaş aralığının dışında olmak
2. Çocuk veya ailenin çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması
3. Zekâ düzeyinin 70 puandan düşük olması
4. Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almak

### **3.2. Veri Toplama Araçları**

#### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu ile katılımcıların ve anne-babalarının sosyodemografik özellikleri, kardeş sayıları, sosyoekonomik seviyeleri, tıbbi ve psikiyatrik öyküleri, akraba evliliği gibi alanlardaki özellikleri tespit edilmiştir (Ek 2).

#### **3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)**

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. “Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi” olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan “tanı amaçlı tarama görüşmesi” 200 kadar özgül belirti ve davranış değerlendirir. Duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozuklukları içerir. “Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği” olarak adlandırılan üçüncü bölüm 43 çocuğun şu andaki genel işlev düzeyini belirlemek için genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tüm görüşme 45–120 dakika sürer. Ölçeğin Türkçe ’ye çeviri-geri çevirisi ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gökler ve ark. 2004) (Ek 3).

#### **3.2.3. Çocuk Depresyon Envanteri (Child Depression Inventory-CDI)**

Kovacks tarafından 1981 yılında geliştirilen çocuk ve gençlerin depresyon düzeylerini değerlendirmek için kullanılan bu anket formu 6–17 yaş aralığında uygulanmak üzere hazırlanmıştır. 27 maddeden oluşmaktadır. Her maddede çocuğun son iki haftasını değerlendirerek aralarından seçim yapacağı cümle setleri bulunmaktadır. Bu cümle setleri çocukluk depresyonun belirtilerine karşı ifadeleri içermektedir. Bu ölçekten alınan puanlar, depresyon düzeyini ya da şiddetini göstermektedir. Verilen yanıtlara 0 ile 2 arasında değişen puanlar verilir. B, E, G, H, İ, J, L, N, O, P, Ş, Ü, V maddeleri, ters olarak puanlanan maddelerdir. Bu puanların toplanmasıyla, depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54’ tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir.

Kesim noktası 19' dur. Yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık kat sayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliği ise 0.72 olarak belirlenmiş olup bu envanterin iyi düzeyde geçerlilik ve güvenirlik katsayısına sahip olduğu söylenilebilir. Ölçek 1990 yılında Öy tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Ek 4).

### **3.2.4.Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders SCARED) Anne Baba Formu ve Çocuk Formu**

Birmaher ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen ÇATÖ-anne baba formu ve ÇATÖ-çocuk formu çocuğun anksiyetesini değerlendiren 41 maddeden oluşmaktadır (Birmaher ve ark. 1997). Her madde, belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. Toplam puan ve 5 ayrı faktör puanı elde edilir. Toplam puan kesim noktası 25 olarak önerilmektedir ve bir anksiyete bozukluğu varlığına işaret edebileceği düşünülmektedir. Her bir faktör ayrı bir anksiyete bozukluğuna işaret eder. Her biri ayrı hesaplanan 5 faktör puanının kendi kesim noktaları vardır ve sırasıyla şöyle hesaplanır:

Panik Bozukluk ve somatik belirtiler: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38. maddenin toplam puanı 7 ve üzeri;

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 ve 37. maddenin toplam puanı 9 ve üzeri;

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31. maddenin toplam puanı 5 ve üzeri;

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41. maddenin toplam puanı 8 ve üzeri;

Okul Korkusu: 2, 11, 17 ve 36. maddenin toplam puanı 3 ve üzeri;

ÇATÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Çakmakçı 2004)(Ek 5).

### **3.2.5. Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Anketi (Pediatric Sleep Questionnaire, PSQ)**

Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin kısaltılmış formu 33 maddeden oluşmaktadır (Owens ve ark. 2000). Anne babalardan maddeleri "Genellikle=3, Bazen=2, Nadiren=1" şeklinde puanlamaları istenmektedir. Toplam test puanı maddelerden tek tek elde edilen puanların toplanması ile elde edilmektedir. Ayrıca parasomniya, gün boyu uykululuk (daytime sleepiness), uyku anksiyetesi (sleep anxiety), gece uyanma (night waking), uyku süresi (sleep duration), uykuya dalmakta güçlük (sleep onset delay), solunumla ilgili uyku sorunları (sleep disordered breathing), yatma zamanına direnç (bedtime resistance) gibi uluslararası uyku sınıflandırmasına (ICSD-2) göre çocuklarda görülen uyku bozukluklarını tarayan 8 alt ölçeği bulunmaktadır. Toplamda elde edilen 41 puan kesim noktası olarak kabul edilmekte ve bunun

üzerindeki değerler “klinik düzeyde anlamlı” olarak değerlendirilmektedir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Fiş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test arasında korelasyon katsayısı 0.81 olarak saptanmıştır (Fiş ve ark 2010) (Ek 6).

### **3.2.6.Yeme Tutumu Testi (Eating Attitudes Test)**

Yeme bozukluğu olan hastaları değerlendirmek amacıyla 1979’da geliştirilmiştir (Garner ve Garfinker 1979). 40 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeği olup, altı dereceli Likert tipinde yanıtlanmakta ve 11 ile 70 yaşları arasındaki kişilere uygulanabilmektedir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi, tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Öte yandan ölçek toplumda YB hastalarını belirlemek için bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır. Türkiye’de ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır ve ölçeğin kesme noktası 30 puan olarak bulunmuştur (Savaşır ve Erol 1989) (Ek 7).

### **3.3.İstatiksel Değerlendirme**

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Mann-Whitney u test ve bağımsız örneklem t test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare test ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 22,0 programı kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Bu çalışma Ekim 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında kliniğimizde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile takip edilen 154 olgu ile yapılmıştır.

Çalışmaya katılan 154 çocuk ve ergenin 115'i (%74,7) erkek, 39'u (%25,3) kızdı. Erkek/kız oranı 2,9 idi. Olguların yaşı ortalama 142,2 ay (SD 33,5 ) (11,8 yıl)'dır. Yaş gruplarına göre on iki yaş altı çocuk, on iki yaş üstü ergen olarak değerlendirildiğinde; olguların %51'i çocuk (n=79; 55 erkek, 25 kız), %49'u ergendi (n=75; 60 erkek, 15 kız) (Tablo 1).

**Tablo 1: Olguların yaşı ile yaş ve cinsiyete göre dağılımları**

|               |       | Min-Maks | Medyan | Ort.±s.s. |        |
|---------------|-------|----------|--------|-----------|--------|
| Yaş (ay)      |       | 77 - 215 | 140    | 142,2     | ± 33,5 |
| Kız olgular   |       |          |        | 137,3     | ± 32,9 |
| Erkek olgular |       |          |        | 143,8     | ± 33,6 |
|               |       |          |        | n         | %      |
| Cinsiyet      | Erkek |          |        | 115       | 74,7%  |
|               | Kız   |          |        | 39        | 25,3%  |
| Yaş Grubu     | Çocuk |          |        | 79        | 51,3%  |
|               | Ergen |          |        | 75        | 48,7%  |

|          |       | Cinsiyet |       | Toplam |
|----------|-------|----------|-------|--------|
|          |       | Çocuk    | Ergen |        |
| Cinsiyet | Erkek | 55       | 60    | 115    |
|          | Kız   | 24       | 15    | 39     |
| Toplam   |       | 79       | 75    | 154    |

Olguların eğitim süreleri 1 ile 12 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 6,2 (SD 2,7) 'dir.

Olguların son dönemdeki okul başarılarına bakıldığında 43 (%27,9) olgu takdir belgesi almış, 44 (%28,6) olgu teşekkür belgesi almış, 43 (%27,9) olgu belge almamış ancak zayıf not da getirmemiş, 24 (%15,6) olgu karnelerinde zayıf notlar getirmişti (Tablo 2)

**Tablo 2: Olguların eğitim ve son dönem okul başarıları durumu**

|          |          | n  | %     |
|----------|----------|----|-------|
| Sınıfı   | I        | 4  | 2,6%  |
|          | II       | 7  | 4,5%  |
|          | III      | 8  | 5,2%  |
|          | IV       | 29 | 18,8% |
|          | V        | 10 | 6,5%  |
|          | VI       | 24 | 15,6% |
|          | VII      | 17 | 11,0% |
|          | VIII     | 19 | 12,3% |
|          | IX       | 15 | 9,7%  |
|          | X        | 8  | 5,2%  |
|          | XI       | 6  | 3,9%  |
|          | XII      | 7  | 4,5%  |
| Son      | Takdir   | 43 | 27,9% |
| Dönem    | Teşekkür | 44 | 28,6% |
| Okul     | Orta     | 43 | 27,9% |
| Başarısı | Zayıf    | 24 | 15,6% |

Olguların kardeş sayıları tablo 3’de gösterilmiştir. Olguların büyük çoğunluğu (n=102, %66,2) anne babalarının ilk çocuğuydu.

**Tablo 3: Olguların kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk oldukları**

|                |            | n   | %     |
|----------------|------------|-----|-------|
| Kardeş Sayısı  | I          | 33  | 21,4% |
|                | II         | 85  | 55,2% |
|                | III        | 30  | 19,5% |
|                | VI ve üstü | 6   | 3,9%  |
| Kaçınıcı Çocuk | 1          | 102 | 66,2% |
|                | 2          | 40  | 26,0% |
|                | 3          | 12  | 7,8%  |
|                | ≥ 4        | 2   | 1,3%  |

Olguların boy, ağırlık ve beden kitle endeksleri tablo 4’te gösterilmiştir. Olguların 59’unda tıbbi hastalık öyküsü vardı, bunların 33’ü (%21,4) geniz eti operasyonu olmuştu. 3 olguda (%1,9) epilepsi, 5 olguda (%3) astım bulunmaktaydı (Tablo 4).

**Tablo 4: Olguların beden kitle endeksi ve tıbbi hastalık öyküsü**

|                | Min-Mak   | Ort.±s.s./n-% |
|----------------|-----------|---------------|
| Boy (cm)       | 119 - 190 | 150,6 ± 17,6  |
| Ağırlık (kg)   | 20 - 110  | 46,7 ± 17,3   |
| BKE            | 14 - 35   | 20,3 ± 4,1    |
| Tıbbi Hastalık |           | 59 38,3%      |

**Tablo 5: Olguların prematürite, kuvöz bakımı, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli ve anne sütü süresi özellikleri**

|                            |          | n  | %     |
|----------------------------|----------|----|-------|
| Prematürite                |          | 23 | 14,9% |
| Kuvöz Bakımı               |          | 21 | 13,6% |
| Gebelikte Sigara Kullanımı |          | 27 | 17,5% |
| Doğum Şekli                | NVY      | 72 | 46,8% |
|                            | C/S      | 82 | 53,2% |
|                            | Yok      | 6  | 3,9%  |
|                            | <3 Ay    | 14 | 9,1%  |
|                            | 3-6 Ay   | 26 | 16,9% |
| Anne Sütü Süresi           | 6-12 Ay  | 37 | 24,0% |
|                            | 12-24 Ay | 51 | 33,1% |
|                            | > 24 Ay  | 20 | 13,0% |

Olguların büyük çoğunluğu (n:116, %75,3) bir yaş ve öncesinde yürümeye başlamıştı. Anlamli kelime söyleme zamanları da aynı şekilde çoğunun (n: 122, %79,2) bir yaş ve öncesiydi. Olguların gelişim özellikleri tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6: Olguların gelişim özellikleri**

|                       |               | n   | %     |
|-----------------------|---------------|-----|-------|
| Yürüme Zamanı         | 12 Ay Öncesi  | 116 | 75,3% |
|                       | 12 Ay sonrası | 38  | 24,7% |
|                       | < 1 Yaş       | 122 | 79,2% |
| Anlamli kelime        | 1-2 Yaş       | 29  | 18,8% |
|                       | > 2 Yaş       | 3   | 1,9%  |
|                       | 1-2 Yaş       | 53  | 34,4% |
| Cümle kurma zamanı    | 2-3 Yaş       | 76  | 49,4% |
|                       | 3-4 Yaş       | 19  | 12,3% |
|                       | > 4 Yaş       | 6   | 3,9%  |
| Tuvalet eğitim zamanı | Zamanında     | 141 | 91,6% |
|                       | Gecikmiş      | 13  | 8,4%  |

Ebeveyn özelliklerine bakıldığında; annelerin yaşları 23 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalama 38,7 (SD 6,3) iken; babaların yaşları 31 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalama 42,9 (SD 7) yıldır. En sık görülen psikiyatrik hastalıklar anksiyete bozukluğu ve depresyon idi. En sık görülen tıbbi hastalıklar hipotiroidi, diabetes mellitus ve hipertansiyon idi. Ebeveynlerin yaş, eğitim, iş, psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özellikleri tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7: Ebeveynlerin yaş, eğitim, iş, psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özellikleri**

|                      |                | Anne          |       | Baba          |       |
|----------------------|----------------|---------------|-------|---------------|-------|
|                      |                | Ort.±s.s./n-% |       | Ort.±s.s./n-% |       |
| Yaş                  |                | 38,7 ± 6,3    |       | 42,9 ± 7,0    |       |
| Eğitim Durumu        | Okula Gitmemiş | 5             | 3,2%  | 0,0           | 0,0%  |
|                      | İlkokul        | 69            | 44,8% | 58            | 37,7% |
|                      | Ortaokul       | 15            | 9,7%  | 15            | 9,7%  |
|                      | Lise           | 40            | 26,0% | 45            | 29,2% |
|                      | ≥ Üniversite   | 25            | 16,2% | 36            | 23,4% |
| Çalışma Durumu       | Çalışmıyor     | 112           | 72,7% | 3             | 1,9%  |
|                      | Çalışıyor      | 42            | 27,3% | 151           | 98,1% |
| Psikiyatrik Hastalık |                | 19            | 12,3% | 13            | 8,4%  |
| Tıbbi Hastalık       |                | 42            | 27,3% | 27            | 17,5% |
|                      |                |               |       | n             | %     |
| Ailede DEHB öyküsü   |                |               |       | 61            | 39,6% |
| Anne-Baba Ayrılığı   | Yok            |               |       | 142           | 92,2% |
|                      | Var            |               |       | 12            | 7,8%  |
| Akraba Evliliği      |                |               |       | 14            | 9,1%  |

Olguların çoğuna WISC-R testi uygulanmıştı. Testlerin toplam ve alt puanları tablo 8’de gösterilmiştir. Olguların DEHB tanısı konma yaşı 2 ila 10 arasında değişiyordu, tanı konma yaşı ortalama 7,3 (SD 2,3) idi. İlk başlanan tedavi olguların 133’ünde (%86,4) metilfenidat, 3’ünde (%1,9) atomoksetin, 18’inde (%11,7) antipsikotik ilaçlardı. Olguların 58’inde (%37,7) yazın ve hafta sonu ilaç tatili yapılmamış olup, 96’sında (%62,3) bu dönemlerde ilaç tatili yapılmıştı (Tablo 8).

**Tablo 8: Zekâ test sonuçları, DEHB tanı konma yaşı, ilk başlanan tedavi ve ilaç tatili özellikleri**

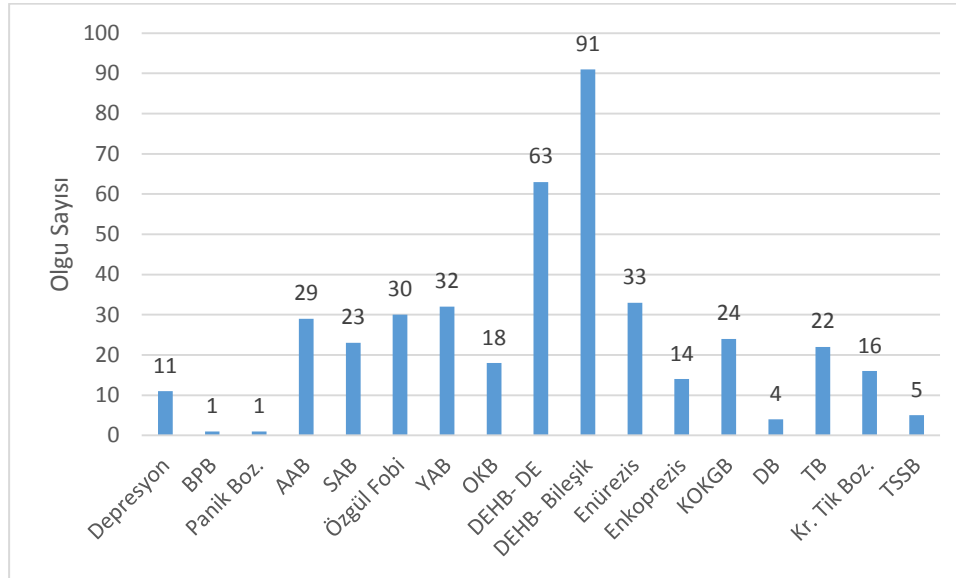
|                          |                | Min-Mak  | Medyan | Ort.±s.s./n-% |       |
|--------------------------|----------------|----------|--------|---------------|-------|
| <i><b>Zeka Testi</b></i> |                |          |        |               |       |
| Zeka Testi               | WISC-R         |          |        | 126           | 81,8% |
|                          | Stanford-Binet |          |        | 16            | 10,4% |
|                          | Catell         |          |        | 7             | 4,5%  |
| WISC-R Sözel Puan        |                | 63 - 128 | 93     | 93,4 ± 13,4   |       |
| WISC-R Performans Puan   |                | 58 - 153 | 95     | 97,9 ± 16,9   |       |
| WISC-R Toplam Puan       |                | 70 - 140 | 95     | 97,3 ± 14,9   |       |

|                        |              | Min-Maks | Medyan | Ort.±s.s./n-% |          |
|------------------------|--------------|----------|--------|---------------|----------|
| DEHB tanısı konma yaşı |              | 2 - 15   | 7      | 7 ± 230,0%    |          |
|                        |              |          |        | <b>n</b>      | <b>%</b> |
| İlk Başlanan Tedavi    | Metilfenidat |          |        | 133           | 86,4%    |
|                        | Atomoksetin  |          |        | 3             | 1,9%     |
|                        | Antipsikotik |          |        | 18            | 11,7%    |
| İlaç Tatili            | Yapılmadı    |          |        | 58            | 37,7%    |
|                        | Yapıldı      |          |        | 96            | 62,3%    |

154 olguda güncel psikiyatrik tanılardan sırasıyla en fazla yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobiler ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu görülmüştür. Yaşam boyu psikiyatrik tanılardan ise sırasıyla en fazla enürezis ve yaygın anksiyete bozukluğu görülmüştür. Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanılarının sıklığı tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 9: Güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanıların sıklığı**

|                                   | Güncel Psikiyatrik Tanı |       | Yaşam Boyu Psikiyatrik Tanı |       |
|-----------------------------------|-------------------------|-------|-----------------------------|-------|
|                                   | n                       | %     | n                           | %     |
| Depresyon                         | 4                       | 2,6%  | 11                          | 7,1%  |
| Bipolar Bozukluk                  | 1                       | 0,6%  | 1                           | 0,6%  |
| Psikoz                            | 0                       | 0,0%  | 0                           | 0,0%  |
| Panik Bozukluğu                   | 0                       | 0,0%  | 1                           | 0,6%  |
| Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu     | 13                      | 8,4%  | 29                          | 18,8% |
| Sosyal Anksiyete Bozukluğu        | 8                       | 5,2%  | 23                          | 14,9% |
| Özgül Fobi                        | 22                      | 14,3% | 30                          | 19,5% |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu        | 25                      | 16,2% | 32                          | 20,8% |
| Obsesif Kompulsif Bozukluk        | 12                      | 7,8%  | 18                          | 11,7% |
| Enürezis                          | 9                       | 5,8%  | 33                          | 21,4% |
| Enkoprezis                        | 5                       | 3,2%  | 14                          | 9,1%  |
| Anoreksiya Nervosa                | 0                       | 0,0%  | 0                           | 0,0%  |
| Bulimiya Nervosa                  | 1                       | 0,6%  | 1                           | 0,6%  |
| Karşıt olma karşı gelme bozukluğu | 19                      | 12,3% | 24                          | 15,6% |
| Davranım Bozukluğu                | 4                       | 2,6%  | 4                           | 2,6%  |
| Tourette Bozukluğu                | 10                      | 6,5%  | 22                          | 14,3% |
| Motor/Vokal Tik Bozukluğu         | 3                       | 1,9%  | 16                          | 10,4% |
| Sigara Kullanımı                  | 2                       | 1,3%  | 2                           | 1,3%  |
| Alkol Kullanımı                   | 0                       | 0,0%  | 0                           | 0,0%  |
| Madde Kullanımı                   | 0                       | 0,0%  | 0                           | 0,0%  |
| Travma Sonrası Stres Bozukluğu    | 0                       | 0,0%  | 5                           | 3,2%  |

**Grafik 1: Yaşam boyu psikiyatrik tanıların dağılımı**

## **Olgular yaş gruplarına göre (çocuk-ergen) değerlendirildiğinde;**

### ***Güncel Tanılarda;***

79 çocuk olgudan 2 olgu depresyon, 1 olgu bipolar bozukluk, 8 olgu AAB, 4 olgu SAB, 13 olgu özgül fobi, 10 olgu YAB, 6 olgu OKB, 8 olgu enürezis, 5 olgu enkoprezis, 12 olgu KOKGB, 3 olgu DB, 5 olgu TB, 2 olgu kronik tik bozukluğu tanısı almıştır.

75 ergen olgudan 2 olgu depresyon, , 5 olgu AAB, 4 olgu SAB, 15 olgu özgül fobi, 6 olgu YAB, 6 olgu OKB, 1 olgu enürezis, 5 olgu enkoprezis, 7 olgu KOKGB, 1 olgu DB, 5 olgu TB, 2 olgu kronik tik bozukluğu, 2 olgu sigara kullanımı tanısı almıştır.

Çocuk ve ergen grubu güncel tanıların sıklığı açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldığında enürezis ve enkoprezis çocuk olgularda anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Çocuk olgularda enürezis ( $p=0,020$ ) ve enkoprezis ( $p=0,027$ ) tanısı daha fazla Diğer tanılar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Yaşam boyu tanılarda;***

79 çocuk olgudan 4 olgu depresyon, 15 olgu AAB,12 olgu SAB, 14 olgu özgül fobi, 15 olgu YAB, 10 olgu OKB, 22 olgu enürezis, 9 olgu enkoprezis, 15 olgu KOKGB, 3 olgu DB, 13 olgu TB, 7 olgu tik bozukluğu, 1 olgu TSSB tanısı almıştır.

75 ergen olgudan 7 olgu depresyon, 1 olgu panik bozukluk, 14 olgu AAB, 11 olgu SAB, 16 olgu özgül fobi, 11 olgu YAB, 8 olgu OKB, 9 olgu enürezis, 5 olgu enkoprezis, 1 olgu bulimiya nervosa, 9 olgu KOKGB, 1 olgu DB, 9 olgu Tourette, 9 olgu tik bozukluğu, 2 olgu sigara kullanımı, 4 olgu TSSB tanısı almıştır.

Çocuk ve ergen grubu yaşam boyu tanıların sıklığı açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldığında enürezis çocuk olgularda anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p=0,046$ ). Çocuk olgularda enürezis tanısı daha fazla görülmüştür.

## **Olgular cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde;**

### ***Güncel tanılarda;***

39 kız olgudan 3 olgu depresyon, 4 olgu AAB, 4 olgu SAB, 8 olgu özgül fobi, 10 olgu YAB, 3 olgu OKB, 3 olgu enürezis, 1 olgu enkoprezis, 1 olgu bulimia nervosa, 4 olgu KOKGB, 1 olguda kronik tik bozukluğu tanısı almıştır.

115 erkek olgudan 1 olgu depresyon, 1 olgu bipolar bozukluk, 9 olgu AAB, 4 olgu SAB, 14 olgu özgül fobi, 14 olgu YAB, 9 olgu OKB, 6 olgu enürezis, 4 olgu enkoprezis, 14 olgu KOKGB, 4 olgu DB, 9 olgu TB, 3 olgu kronik tik bozukluğu, 2 olgu sigara kullanımı tanısı almıştır.

Kız ve erkek olgular güncel tanıların sıklığı açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldığında kız olgularda depresyon anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kız olgularda depresyon tanısı daha fazla görülmüştür. Diğer tanıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

### ***Yaşam boyu tanılarda;***

39 kız olgudan 6 olgu depresyon, 10 olgu AAB, 10 olgu SAB, 10 olgu özgül fobi, 12 olgu YAB, 3 olgu OKB, 6 olgu enürezis, 2 olgu enkoprezis, 1 olgu bulimiya nervosa, 4 olgu KOKGB, 3 olgu TB, 2 olgu kronik tik bozukluğu, 2 olgu TSSB tanısı almıştır.

115 erkek olgudan 5 olgu depresyon, 1 olgu bipolar bozukluk, 1 olgu panik bozukluk, 19 olgu AAB, 13 olgu SAB, 20 olgu özgül fobi, 20 olgu YAB, 15 olgu OKB, 27 olgu enürezis, 12 olgu enkoprezis, 20 olgu KOKGB, 4 olgu DB, 19 olgu TB, 14 olgu kronik tik bozukluğu, 2 olgu sigara kullanımı, 3 olgu TSSB tanısı almıştır.

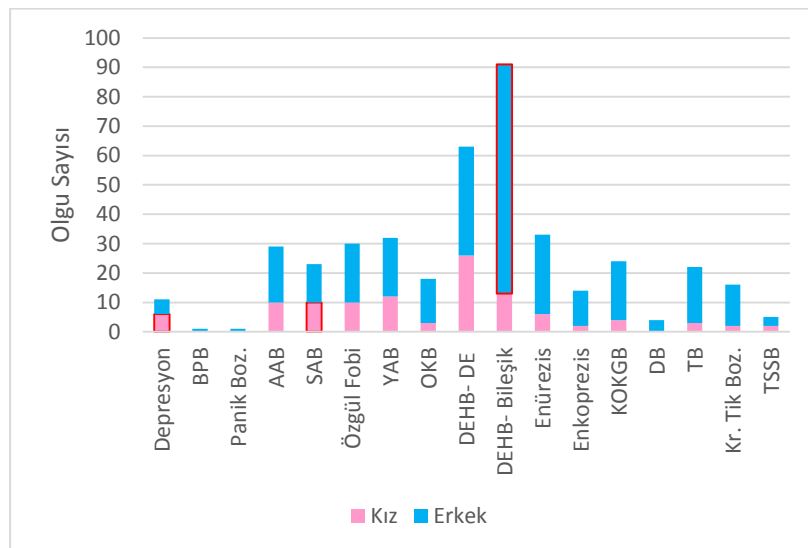
Kız ve erkek olgular yaşam boyu tanıların sıklığı açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldığında depresyon ( $p=0,021$ ) ve SAB ( $p=0,030$ ) kızlarda anlamlı olarak farklı bulunurken erkeklerde DEHB bileşik görünüm ( $p=0,000$ ) farklı bulunmuştur. Kızlarda depresyon ve SAB tanısı erkeklere oranla daha yüksektir. Erkeklerde ise DEHB bileşik görünüm sıklığı kızlara oranla daha yüksektir. Diğer tanıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Yaşam boyu psikiyatrik eş tanıların cinsiyete, yaş grubuna ve DEHB'nin farklı görünümüne göre dağılımı tablo 10'da gösterilmiştir.

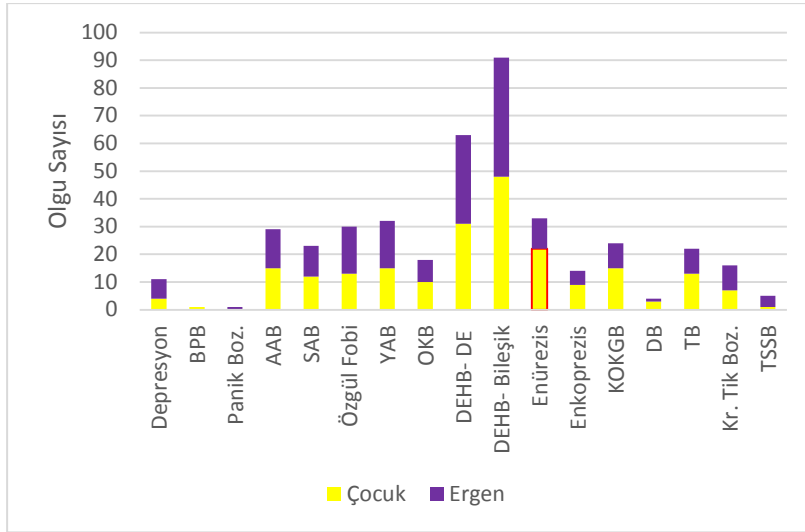
**Tablo 10: Yaşam boyu psikiyatrik eş tanıların cinsiyete, yaş grubuna ve DEHB'nin farklı görünümüne göre dağılımı**

| Yaşam Boyu Psikiyatrik Eş tanı | KIZ OLGULAR (n=39)       |                       |                          |                       | ERKEK OLGULAR (n=115)    |                        |                          |                        |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|
|                                | Çocuk (n=24)             |                       | Ergen (n=15)             |                       | Çocuk (n=55)             |                        | Ergen (n=60)             |                        |
|                                | De Baskın Görünüm (n=15) | Bileşik Görünüm (n=9) | De Baskın Görünüm (n=11) | Bileşik Görünüm (n=4) | DE Baskın Görünüm (n=16) | Bileşik Görünüm (n=39) | DE Baskın Görünüm (n=21) | Bileşik Görünüm (n=39) |
| Depresyon(n=11)                | 3                        | -                     | 2                        | 1                     | -                        | 1                      | 2                        | 2                      |
| BPB (n=1)                      | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | 1                      | -                        | -                      |
| Psikoz (n=0)                   | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | -                      | -                        | -                      |
| PanikB. (n=1)                  | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | -                      | -                        | 1                      |
| AAB (n=29)                     | 2                        | 3                     | 4                        | 1                     | 2                        | 8                      | 3                        | 6                      |
| SAB (n=23)                     | 6                        | -                     | 3                        | 1                     | 3                        | 3                      | 3                        | 4                      |
| Özgül Fobi (n=30)              | 6                        | -                     | 3                        | 1                     | 1                        | 7                      | 4                        | 8                      |
| YAB (n=32)                     | 5                        | 2                     | 3                        | 2                     | 4                        | 4                      | 6                        | 6                      |
| OKB (n=18)                     | -                        | 1                     | 1                        | 1                     | 2                        | 7                      | 2                        | 4                      |
| Enürezis (n=33)                | 2                        | 2                     | 2                        | -                     | 3                        | 15                     | 2                        | 7                      |
| Enkoprezis (n=14)              | -                        | 1                     | -                        | 1                     | 1                        | 7                      | 1                        | 3                      |
| AN (n=0)                       | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | -                      | -                        | -                      |
| BN (n=1)                       | -                        | -                     | -                        | 1                     | -                        | -                      | -                        | -                      |
| KOKGB (n=24)                   | 4                        | -                     | -                        | -                     | -                        | 11                     | 1                        | 8                      |
| DB (n=4)                       | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | 3                      | -                        | 1                      |
| TB.(n=22)                      | 3                        | -                     | -                        | -                     | 7                        | 3                      | 3                        | 6                      |
| Kr.TikB. (n=16)                | 1                        | 1                     | -                        | -                     | 2                        | 3                      | 4                        | 5                      |
| Sigara (n=2)                   | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | -                      | 1                        | 1                      |
| Alkol (n=0)                    | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | -                      | -                        | -                      |
| Madde (n=0)                    | -                        | -                     | -                        | -                     | -                        | -                      | -                        | -                      |
| TSSB (n=5)                     | -                        | -                     | 2                        | -                     | -                        | 1                      | -                        | 2                      |

**Grafik 2: Yaşam boyu psikiyatrik tanıların cinsiyete göre dağılımları**



**Grafik 3: Yaşam boyu psikiyatrik tanıların çocuk-ergen grubuna göre dağılımları**



Olguların 33'ünde (%21,4) komorbidite saptanmamıştır. Olguların 121'inde (% 78,6) en az bir yaşam boyu komorbid tanı mevcuttu. Yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısı tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11: Toplam yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısı**

|                                | Yaşam Boyu Psikiyatrik Tanı |       |
|--------------------------------|-----------------------------|-------|
|                                | n                           | %     |
| <b>Toplam Psikiyatrik Tanı</b> |                             |       |
| 1 (sadece DEHB'si olanlar)     | 33                          | 21,4% |
| 2                              | 40                          | 26,0% |
| 3                              | 42                          | 27,3% |
| 4                              | 27                          | 17,5% |
| 5                              | 6                           | 3,9%  |
| 6                              | 5                           | 3,2%  |
| 7                              | 0                           | 0,0%  |
| 8                              | 1                           | 0,6%  |

Cinsiyet ve yaş grubuna göre tanı sayısı ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12: Cinsiyet ve yaş grubuna göre tanı sayısı ortalamalarının karşılaştırılması**

|                                  | Kız Olgular | Erkek Olgular |       |
|----------------------------------|-------------|---------------|-------|
|                                  | Ort.± s.s.  | Ort.± s.s.    | p     |
| Yaşam Boyu                       |             |               |       |
| Ortalama Psikiyatrik Tanı Sayısı | 2,71 ± 1,48 | 2,68 ± 1,3    | 0,902 |

|                                  | Çocuk Olgular | Ergen Olgular |       |
|----------------------------------|---------------|---------------|-------|
|                                  | Ort.± s.s.    | Ort.± s.s.    | p     |
| Yaşam Boyu                       |               |               |       |
| Ortalama Psikiyatrik Tanı Sayısı | 2,75 ± 1,29   | 2,62 ± 1,4    | 0,543 |

#### **Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm ve Bileşik Görünüm DEHB'nin Karşılaştırılması**

154 olgunun %41,9'unda (n=63) dikkat eksikliği baskın görünümlü DEHB, %59,1'inde de (n=91) bileşik görünümlü DEHB tanısı mevcuttu. Olguların hiçbirisinde hiperaktif/impulsif görünümlü DEHB bulunmamaktaydı (Tablo 13)

**Tablo 13: DEHB farklı görünümlerin dağılımı**

|                   | n  | %     |
|-------------------|----|-------|
| DE Baskın Görünüm | 63 | 40,9% |
| Bileşik Görünüm   | 91 | 59,1% |

DE baskın görünüm ve bileşik görünüm DEHB grubunda hastaların yaşları anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde kız olgu oranı bileşik görünümde anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 14).

**Tablo 14: İki grup arasındaki yaş ve cinsiyet dağılımlarının karşılaştırılması**

|          |       | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                                     |
|----------|-------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------------------------|
|          |       | Ort.±s.s./n-%     | Med   | Ort.±s.s./n-%   | Med   |                                       |
| Yaş (ay) |       | 145,1 ± 32,3      | 141   | 140,1 ± 34,4    | 139   | 0,376 <sup>t</sup>                    |
| Cinsiyet | Erkek | 37                | 58,7% | 78              | 85,7% | <b>0,000</b> <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|          | Kız   | 26                | 41,3% | 13              | 14,3% |                                       |

<sup>t</sup> t test / <sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde kardeş sayısı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde son sıralardaki kardeş olma oranı bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 15).

**Tablo 15: İki grup arasında kardeş durumunun karşılaştırılması**

|               |            | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                                     |
|---------------|------------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------------------------|
|               |            | n                 | %     | n               | %     |                                       |
| Kardeş Sayısı | I          | 15                | 23,8% | 18              | 19,8% | 0,751 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
|               | II         | 32                | 50,8% | 53              | 58,2% |                                       |
|               | III        | 14                | 22,2% | 16              | 17,6% |                                       |
|               | VI ve üstü | 2                 | 3,2%  | 4               | 4,4%  |                                       |
| Kaçmıcı Çocuk | 1          | 39                | 61,9% | 63              | 69,2% | <b>0,044</b> <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|               | 2          | 15                | 23,8% | 25              | 27,5% |                                       |
|               | 3          | 9                 | 14,3% | 3               | 3,3%  |                                       |
|               | ≥ 4        | 2                 | 3,2%  | 0               | 0,0%  |                                       |

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde son dönemdeki okul başarısı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 16).

**Tablo 16: İki grup arasında son dönem okul başarısının karşılaştırılması**

|                         |          | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                              |
|-------------------------|----------|-------------------|-------|-----------------|-------|--------------------------------|
|                         |          | n                 | %     | n               | %     |                                |
| Son Dönem Okul Başarısı | Takdir   | 12                | 19,0% | 31              | 34,1% | 0,163 <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                         | Teşekkür | 18                | 28,6% | 26              | 28,6% |                                |
|                         | Orta     | 22                | 34,9% | 21              | 23,1% |                                |
|                         | Zayıf    | 11                | 17,5% | 13              | 14,3% |                                |

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde prematüre doğum oranı, , kuvöz bakım oranı, gebelikte sigara kullanım oranı, doğum şekli, anne sütü alma süresi anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 17).

**Tablo 17: İki grup arasında prematurite, kuvöz bakımı, gebelikte sigara kullanımı, doğum şekli ve anne sütü süresi özelliklerinin karşılaştırılması**

|                            |          | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                              |
|----------------------------|----------|-------------------|-------|-----------------|-------|--------------------------------|
|                            |          | n                 | %     | n               | %     |                                |
| Prematurite                | Yok      | 53                | 84,1% | 78              | 85,7% | 0,786 <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                            | Var      | 10                | 15,9% | 13              | 14,3% |                                |
| Kuvöz Bakımı               | Yok      | 57                | 90,5% | 76              | 83,5% | 0,216 <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                            | Var      | 6                 | 9,5%  | 15              | 16,5% |                                |
| Gebelikte Sigara Kullanımı | Yok      | 52                | 82,5% | 74              | 81,3% | 0,960 <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                            | Var      | 11                | 17,5% | 16              | 17,6% |                                |
| Doğum Şekli                | NVY      | 31                | 49,2% | 41              | 45,1% | 0,612 <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                            | C/S      | 32                | 50,8% | 50              | 54,9% |                                |
| Anne Sütü Süresi           | Yok      | 4                 | 6,3%  | 2               | 2,2%  | 0,577 <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                            | <3 Ay    | 8                 | 12,7% | 6               | 6,6%  |                                |
|                            | 3-6 Ay   | 10                | 15,9% | 16              | 17,6% |                                |
|                            | 6-12 Ay  | 15                | 23,8% | 22              | 24,2% |                                |
|                            | 12-24 Ay | 19                | 30,2% | 32              | 35,2% |                                |
|                            | > 24 Ay  | 7                 | 11,1% | 13              | 14,3% |                                |

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde yürüme zamanı, cümle kurma zamanı, tuvalet eğitimi kazanma zamanı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde anlamlı kelime söyleme bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha uzun bir dönem olduğu görülmüştür (Tablo18).

**Tablo 18: İki grup arasında gelişim özelliklerinin karşılaştırılması**

|                       |               | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                                     |
|-----------------------|---------------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------------------------|
|                       |               | n                 | %     | n               | %     |                                       |
| Yürüme Zamanı         | 12 Ay Öncesi  | 47                | 74,6% | 69              | 75,8% | 0,863 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
|                       | 12 Ay sonrası | 16                | 25,4% | 22              | 24,2% |                                       |
| Kelime Konuşma        | < 1 Yaş       | 45                | 71,4% | 77              | 84,6% | <b>0,047</b> <sup>X<sup>2</sup></sup> |
|                       | 1-2 Yaş       | 16                | 25,4% | 13              | 14,3% |                                       |
|                       | > 2 Yaş       | 2                 | 3,2%  | 1               | 1,1%  |                                       |
| Cümle Konuşma         | 1-2 Yaş       | 21                | 33,3% | 32              | 35,2% | 0,182 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
|                       | 2-3 Yaş       | 27                | 42,9% | 49              | 53,8% |                                       |
|                       | 3-4 Yaş       | 11                | 17,5% | 8               | 8,8%  |                                       |
|                       | > 4 Yaş       | 4                 | 6,3%  | 2               | 2,2%  |                                       |
| Tuvalet eğitim Zamanı | Zamanında     | 56                | 88,9% | 85              | 93,4% | 0,321 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
|                       | Gecikmiş      | 7                 | 11,1% | 6               | 6,6%  |                                       |

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde anne ve babanın ayrı olma oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde ve bileşik görünümde anne yaşı, anne eğitim dağılımı, anne çalışma durumu anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. Baskın Tip DEHB ve Bileşik Tip DEHB grubunda baba yaşı, baba eğitim dağılımı, baba çalışma durumu anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 19).

**Tablo 19:iki grup arasında ebeveynlerin yaş, eğitim, iş, psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özelliklerinin karşılaştırılması**

|                     |                | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                   |
|---------------------|----------------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------|
|                     |                | Ort.±s.s./n-%     | Med   | Ort.±s.s./n-%   | Med   |                     |
| Anne-Baba Ayrılığı  | Yok            | 57                | 90,5% | 85              | 93,4% | 0,505 <sup>x²</sup> |
|                     | Var            | 6                 | 9,5%  | 6               | 6,6%  |                     |
| Anne Yaşı           |                | 39,0 ± 6,5        | 38    | 38,5 ± 6,1      | 38    | 0,681 <sup>t</sup>  |
| Anne Eğitim Durumu  | Okula Gitmemiş | 2                 | 3,2%  | 3               | 3,3%  | 0,309               |
|                     | İlkokul        | 27                | 42,9% | 42              | 46,2% |                     |
|                     | Ortaokul       | 10                | 15,9% | 5               | 5,5%  |                     |
|                     | Lise           | 14                | 22,2% | 26              | 28,6% |                     |
|                     | ≥ Üniversite   | 10                | 15,9% | 15              | 16,5% |                     |
| Anne Çalışma Durumu | Çalışmıyor     | 43                | 68,3% | 69              | 75,8% | 0,300 <sup>x²</sup> |
|                     | Çalışıyor      | 20                | 31,7% | 22              | 24,2% |                     |
| Baba Yaşı           |                | 43,7 ± 6,9        | 43    | 42,3 ± 7,0      | 41    | 0,162 <sup>t</sup>  |
| Baba Eğitim Durumu  | İlkokul        | 22                | 34,9% | 36              | 39,6% | 0,843 <sup>x²</sup> |
|                     | Ortaokul       | 6                 | 9,5%  | 9               | 9,9%  |                     |
|                     | Lise           | 18                | 28,6% | 27              | 29,7% |                     |
|                     | ≥ Üniversite   | 17                | 27,0% | 19              | 20,9% |                     |
| Baba İş Durumu      | Çalışmıyor     | 1                 | 1,6%  | 2               | 2,2%  | 0,706 <sup>x²</sup> |
|                     | İşçi           | 34                | 54,0% | 47              | 51,6% |                     |
|                     | Memur          | 7                 | 11,1% | 6               | 6,6%  |                     |
|                     | Serbest        | 21                | 33,3% | 36              | 39,6% |                     |

<sup>t</sup> t test / <sup>x²</sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde annede psikiyatrik hastalık ve annede tıbbi hastalık oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde ve bileşik görünümde babada psikiyatrik hastalık ve babada tıbbi hastalık oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde akraba evliliği oranı bileşik görünümde anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 20).

**Tablo 20: İki grup arasında psikiyatrik ve tıbbi hastalık durumları, aile özelliklerinin karşılaştırılması**

|                             |     | DE Baskın |       | Bileşik Görünüm |       | P                   |
|-----------------------------|-----|-----------|-------|-----------------|-------|---------------------|
|                             |     | n         | %     | n               | %     |                     |
| Annede Psikiyatrik Hastalık | Yok | 59        | 93,7% | 76              | 83,5% | 0,060 <sup>X²</sup> |
|                             | Var | 4         | 6,3%  | 15              | 16,5% |                     |
| Annede Tıbbi Hastalık       | Yok | 44        | 69,8% | 68              | 74,7% | 0,503 <sup>X²</sup> |
|                             | Var | 19        | 30,2% | 23              | 25,3% |                     |
| Babada Psikiyatrik Hastalık | Yok | 59        | 93,7% | 82              | 90,1% | 0,437 <sup>X²</sup> |
|                             | Var | 4         | 6,3%  | 9               | 9,9%  |                     |
| Babada Tıbbi Hastalık       | Yok | 49        | 77,8% | 78              | 85,7% | 0,203 <sup>X²</sup> |
|                             | Var | 14        | 22,2% | 13              | 14,3% |                     |
| Ailede DEHB                 | Yok | 42        | 66,7% | 50              | 54,9% | 0,167 <sup>X²</sup> |
|                             | Var | 21        | 33,3% | 40              | 44,0% |                     |
| Akraba Evliliği             | Yok | 53        | 84,1% | 87              | 95,6% | 0,015 <sup>X²</sup> |
|                             | Var | 10        | 15,9% | 4               | 4,4%  |                     |

<sup>X²</sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde boy, ağırlık, beden kitle endeksi oranı ve tıbbi hastalık öyküsü oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 21).

**Tablo 21: İki grup arasında boy, ağırlık, beden kitle endeksinin ve tıbbi hastalık öyküsünün karşılaştırılması**

|              | DE Baskın Görünüm |     | Bileşik Görünüm |     | P                  |
|--------------|-------------------|-----|-----------------|-----|--------------------|
|              | Ort.±s.s.         | Med | Ort.±s.s.       | Med |                    |
| Boy (cm)     | 149,3 ± 26,1      | 149 | 150,2 ± 17,6    | 149 | 0,848 <sup>m</sup> |
| Ağırlık (kg) | 47,1 ± 17,1       | 45  | 46,9 ± 18,0     | 43  | 0,680 <sup>m</sup> |
| BKE          | 19,4 ± 3,7        | 19  | 18,8 ± 3,2      | 18  | 0,098 <sup>m</sup> |

<sup>m</sup> Mann-whitney u test

|                |     | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                   |
|----------------|-----|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------|
|                |     | n                 | %     | n               | %     |                     |
| Tıbbi Hastalık | Yok | 36                | 57,1% | 59              | 64,8% | 0,334 <sup>X²</sup> |
|                | Var | 27                | 42,9% | 32              | 35,2% |                     |

<sup>X²</sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde yapılan farklı zeka testlerinin dağılımı ve WISC-R sözel puanı, WISC-R performans puanı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde zeka testi toplam skoru bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak yüksekti.

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde DEHB tanısı konma yaşı, ilk başlanan tedavi oranları anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde ilaç tatili oranı bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti (Tablo 22).

**Tablo 22: İki grup arasında zeka test sonuçları, DEHB tanı konma yaşı, ilk başlanan tedavi ve ilaç tatili özelliklerinin karşılaştırılması**

|                        |                | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                         |
|------------------------|----------------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------------|
|                        |                | Ort.±s.s./n-%     | Med   | Ort.±s.s./n-%   | Med   |                           |
| Zeka Testi             | WISC-R         | 54                | 85,7% | 72              | 79,1% | 0,711 <sup>x²</sup>       |
|                        | Stanford Binet | 6                 | 9,5%  | 10              | 11,0% |                           |
|                        | Catell         | 2                 | 3,2%  | 5               | 5,5%  |                           |
| WISC-R Sözel Puan      |                | 91,3 ± 14,5       | 89    | 94,9 ± 12,4     | 95    | 0,354 <sup>m</sup>        |
| WISC-R Performans Puan |                | 98,9 ± 14,3       | 96    | 97,2 ± 18,7     | 94    | 0,891 <sup>m</sup>        |
| WISC-R Toplam Puan     |                | 97,0 ± 14,9       | 95    | 97,6 ± 15,0     | 94    | <b>0,018</b> <sup>m</sup> |

<sup>m</sup> Mann-whitney u test / <sup>x²</sup> Ki-kare test

|                        |  | DE Baskın Görünüm |     | Bileşik Tip DEHB |     | P                  |
|------------------------|--|-------------------|-----|------------------|-----|--------------------|
|                        |  | Ort.±s.s./n-%     | Med | Ort.±s.s./n-%    | Med |                    |
| DEHB Tanısı Konma Yaşı |  | 7,8 ± 2,5         | 7   | 6,9 ± 2,2        | 7   | 0,746 <sup>m</sup> |

|                     |              | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                          |
|---------------------|--------------|-------------------|-------|-----------------|-------|----------------------------|
|                     |              | n                 | %     | n               | %     |                            |
| İlk Başlanan Tedavi | Metilfenidat | 59                | 93,7% | 74              | 81,3% |                            |
|                     | Atomoksetin  | 1                 | 1,6%  | 2               | 2,2%  |                            |
|                     | Antipsikotik | 3                 | 4,8%  | 15              | 16,5% |                            |
| İlaç Tatili         | Yapılmadı    | 11                | 17,5% | 47              | 51,6% | <b>0,000</b> <sup>x²</sup> |
|                     | Yapıldı      | 52                | 82,5% | 44              | 48,4% |                            |

<sup>x²</sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde güncel tanılarda depresyon bipolar bozukluk, psikoz, panik bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa, davranım bozukluğu, tourette bozukluğu, tik bozuklukları, sigara, alkol, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde sosyal anksiyete bozukluğu oranı bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti. DE baskın görünümde OKB, KOKGB oranı bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha düşüktü (Tablo 23).

**Tablo 23: İki grup arasında güncel psikiyatrik tanıların karşılaştırılması**

|                                       | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                                     |
|---------------------------------------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------------------------|
|                                       | n                 | %     | n               | %     |                                       |
| <b><i>Güncel Psikiyatrik Tanı</i></b> |                   |       |                 |       |                                       |
| Depresyon                             | 3                 | 4,8%  | 1               | 1,1%  | 0,160 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Bipolar Bozukluk                      | 0                 | 0,0%  | 1               | 1,1%  | 1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Psikoz                                | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |
| Panik Bozukluğu                       | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |
| Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu         | 4                 | 6,3%  | 9               | 9,9%  | 0,437 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Sosyal Anksiyete Bozukluğu            | 6                 | 9,5%  | 2               | 2,2%  | <b>0,044</b> <sup>X<sup>2</sup></sup> |
| Özgül Fobi                            | 11                | 17,5% | 11              | 12,1% | 0,349 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu            | 13                | 20,6% | 12              | 13,2% | 0,218 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| OKB                                   | 1                 | 1,6%  | 11              | 12,1% | <b>0,017</b> <sup>X<sup>2</sup></sup> |
| Enürezis                              | 1                 | 1,6%  | 8               | 8,8%  | 0,061 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Enkoprezis                            | 1                 | 1,6%  | 4               | 4,4%  | 0,334 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Anoreksiya Nervosa                    | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |
| Bulimiya Nervosa                      | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |
| KOKGB                                 | 1                 | 1,6%  | 18              | 19,8% | <b>0,001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup> |
| Davranım Bozukluğu                    | 0                 | 0,0%  | 4               | 4,4%  | 0,145 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Tourette Bozukluğu                    | 3                 | 4,8%  | 7               | 7,7%  | 0,468 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Motor/Vokal Tik Bozukluğu             | 1                 | 1,6%  | 2               | 2,2%  | 1,000 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Sigara Kullanımı                      | 0                 | 0,0%  | 2               | 2,2%  | 0,513 <sup>X<sup>2</sup></sup>        |
| Alkol Kullanımı                       | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |
| Madde Kullanımı                       | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |
| Travma Sonrası Stres Bozukluğu        | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                                     |

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fischer test)

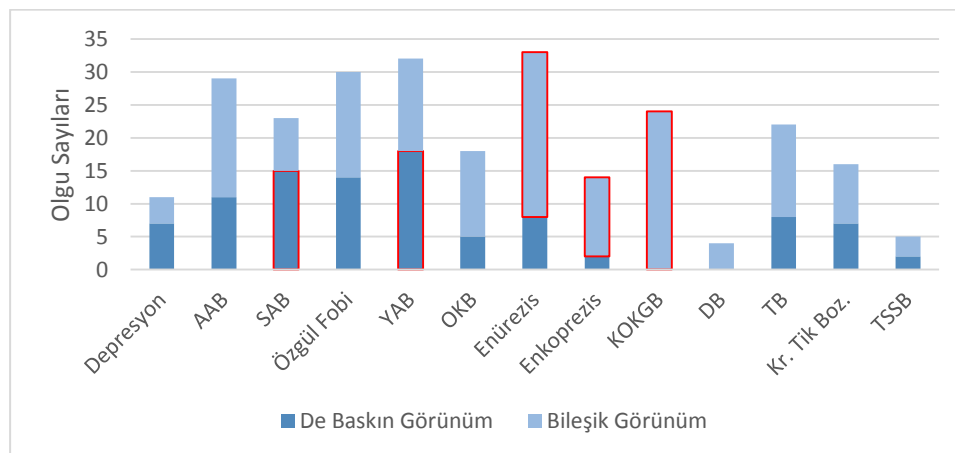
DE baskın görünümde YAB, SAB anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). DEHB bileşik görünümde KOKGB, enkoprezis, enürezis anlamlı olarak farklı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). DE baskın görünümdeki olgularda YAB ve SAB gibi içe atım bozuklukları daha yüksek oranlarda görülürken; DEHB bileşik görünümdeki olgularda KOKGB, enürezis ve enkoprezis gibi dışa atım bozuklukları yüksek oranlarda bulunmuştur (Tablo 24).

**Tablo 24: İki grup arasında yaşam boyu psikiyatrik tanıların karşılaştırılması**

|                                           | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                          |
|-------------------------------------------|-------------------|-------|-----------------|-------|----------------------------|
|                                           | n                 | %     | n               | %     |                            |
| <b><i>Yaşam Boyu Psikiyatrik Tanı</i></b> |                   |       |                 |       |                            |
| Depresyon                                 | 7                 | 11,1% | 4               | 4,4%  | 0,101 <sup>X²</sup>        |
| Bipolar Bozukluk                          | 0                 | 0,0%  | 1               | 1,1%  | 0,410 <sup>X²</sup>        |
| Psikoz                                    | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                          |
| Panik Bozukluğu                           | 0                 | 0,0%  | 1               | 1,1%  | 0,408 <sup>X²</sup>        |
| Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu             | 11                | 17,5% | 18              | 19,8% | 0,777 <sup>X²</sup>        |
| Sosyal Anksiyete Bozukluğu                | 15                | 23,8% | 8               | 8,8%  | <b>0,008</b> <sup>X²</sup> |
| Özgül Fobi                                | 14                | 22,2% | 16              | 17,6% | 0,425 <sup>X²</sup>        |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu                | 18                | 28,6% | 14              | 15,4% | <b>0,038</b> <sup>X²</sup> |
| OKB                                       | 5                 | 7,9%  | 13              | 14,3% | 0,251 <sup>X²</sup>        |
| Enürezis                                  | 8                 | 12,7% | 25              | 27,5% | <b>0,034</b> <sup>X²</sup> |
| Enkoprezis                                | 2                 | 3,2%  | 12              | 13,2% | <b>0,038</b> <sup>X²</sup> |
| Anoreksi Nervosa                          | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                          |
| Bulumiya Nervosa                          | 0                 | 0,0%  | 1               | 1,1%  | 0,410 <sup>X²</sup>        |
| KOKGB                                     | 0                 | 0,0%  | 24              | 26,4% | <b>0,000</b> <sup>X²</sup> |
| Davranış Bozukluğu                        | 0                 | 0,0%  | 4               | 4,4%  | 0,096 <sup>X²</sup>        |
| Tourette Bozukluğu                        | 8                 | 12,7% | 14              | 15,4% | 0,687 <sup>X²</sup>        |
| Kronik Tik Bozukluğu                      | 7                 | 11,1% | 9               | 9,9%  | 0,764 <sup>X²</sup>        |
| Sigara Kullanımı                          | 1                 | 1,6%  | 1               | 1,1%  | 0,777 <sup>X²</sup>        |
| Alkol Kullanımı                           | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                          |
| Madde Kullanımı                           | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  | -                          |
| Travma Sonrası Stres Bozukluğu            | 2                 | 3,2%  | 3               | 3,3%  | 0,990 <sup>X²</sup>        |

<sup>X²</sup> Ki-kare test (Fischer test)

**Grafik 4: Yaşam boyu psikiyatrik eş tanı alan olguların DEHB farklı görünümüne göre dağılımı**



DE baskın görünümlü olguların %89' unda en az bir komorbid bozukluk, bileşik tip olguların ise %88,3'ünde en az bir komorbid bozukluk vardı. Psikiyatrik tanı sayısının karşılaştırılması tablo 25'de gösterilmiştir.

**Tablo 25: Yaşam boyu psikiyatrik tanı sayısının karşılaştırılması**

|                                       | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       |
|---------------------------------------|-------------------|-------|-----------------|-------|
|                                       | n                 | %     | n               | %     |
| <b><i>Toplam Psikiyatrik Tanı</i></b> |                   |       |                 |       |
| 1                                     | 17                | 11,0% | 18              | 11,7% |
| 2                                     | 15                | 9,7%  | 25              | 16,2% |
| 3                                     | 16                | 10,4% | 26              | 16,9% |
| 4                                     | 9                 | 5,8%  | 18              | 11,7% |
| 5                                     | 3                 | 1,9%  | 3               | 1,9%  |
| 6                                     | 1                 | 0,6%  | 4               | 2,6%  |
| 7                                     | 0                 | 0,0%  | 0               | 0,0%  |
| 8                                     | 1                 | 0,6%  | 0               | 0,0%  |

DE baskın görünümlü olgulardaki ortalama komorbidite sayısı bileşik görünümlü olgulardaki komorbidite sayısı ile anlamlı olarak fark göstermemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26: İki grupta ortalama psikiyatrik eştanı sayısının karşılaştırılması**

|                                    | DE Baskın Görünüm | Bileşik Görünüm | p     |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|-------|
|                                    | Ort.± s.s.        | Ort.± s.s.      |       |
| Yaşam Boyu                         |                   |                 |       |
| Ortalama Psikiyatrik Eştanı Sayısı | 1,58 ± 1,43       | 1,73 ± 1,24     | 0,468 |

DE baskın görünümde dikkat eksikliği puanı ve hiperaktivite/ dürtüsellik puanı bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak düşüktü (Tablo 27).

**Tablo 27: İki grupta DEHB belirti şiddetinin karşılaştırılması**

|                                 | DE Baskın Görünüm |     | Bileşik Görünüm |     | p                        |
|---------------------------------|-------------------|-----|-----------------|-----|--------------------------|
|                                 | Ort.±s.s.         | Med | Ort.±s.s.       | Med |                          |
| Dikkat Eksikliği Puanı          | 11,2 ± 5,2        | 11  | 14,8 ± 5,7      | 15  | <b>0,000<sup>m</sup></b> |
| Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanı | 8,2 ± 5,4         | 8   | 15,3 ± 6,2      | 15  | <b>0,000<sup>m</sup></b> |

<sup>m</sup> Mann-whitney u test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde Çocuk Depresyon Envanteri (Child Depression Inventory-CDI) puanı, 19 üstü CDI puanı olan hasta oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 28).

**Tablo 28: İki grup arasında çocuk depresyon envanterinin karşılaştırılması**

|     |      | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                   |
|-----|------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------|
|     |      | Ort.±s.s./n-%     | Med   | Ort.±s.s./n-%   | Med   |                     |
| CDI |      | 11,3 ± 7,4        | 10    | 11,5 ± 6,8      | 10    | 0,753 <sup>m</sup>  |
| CDI | < 19 | 55                | 87,3% | 79              | 86,8% | 1,000 <sup>X²</sup> |
|     | ≥ 19 | 8                 | 12,7% | 12              | 13,2% |                     |

<sup>X²</sup> Ki-kare test (Fischer test)

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğinin alt grupları olan panik bozukluk, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete, okul korkusu puanları ve toplam ölçek puanı ayrıca kesim noktası olan 25 puan üstü alan olguların oranı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 29).

**Tablo 29: İki grup arasında çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeğinin karşılaştırılması**

|                               |      | DE Baskın Görünüm |       | Bileşik Görünüm |       | P                   |
|-------------------------------|------|-------------------|-------|-----------------|-------|---------------------|
|                               |      | Ort.±s.s./n-%     | Med   | Ort.±s.s./n-%   | Med   |                     |
| Panik Bozukluk                |      | 5,5 ± 4,6         | 4     | 5,5 ± 4,6       | 4     | 0,924 <sup>X²</sup> |
| Yaygın Anksiyete Bozukluğu    |      | 5,5 ± 4,0         | 5     | 5,3 ± 3,5       | 5     | 0,947 <sup>X²</sup> |
| Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu |      | 5,6 ± 3,3         | 6     | 5,8 ± 3,5       | 5     | 0,864 <sup>X²</sup> |
| Sosyal Anksiyete Bozukluğu    |      | 6,3 ± 3,5         | 6     | 5,9 ± 3,1       | 6     | 0,457 <sup>X²</sup> |
| Okul Korkusu                  |      | 1,7 ± 1,8         | 1     | 1,9 ± 1,7       | 2     | 0,221 <sup>X⁴</sup> |
| Scared Toplam                 |      | 24,6 ± 13,3       | 24    | 24,4 ± 12,0     | 22    | 0,960 <sup>X²</sup> |
| Scared Kesim Puanı            | < 25 | 33                | 52,4% | 52              | 57,1% | 0,559 <sup>X²</sup> |
|                               | ≥ 25 | 30                | 47,6% | 39              | 42,9% |                     |

<sup>X²</sup> Ki-kare test

DE baskın görünümde ve bileşik görünümde yeme tutumu ölçeği puanı anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 30).

**Tablo 30: İki grup arasında yeme tutumu ölçeğinin karşılaştırılması**

|                                 | DE Baskın Görünüm |     | Bileşik Görünüm |     | P                  |
|---------------------------------|-------------------|-----|-----------------|-----|--------------------|
|                                 | Ort.±s.s.         | Med | Ort.±s.s.       | Med |                    |
| Yeme Tutumu Ölçeği Toplam Puanı | 15,3 ± 11,6       | 11  | 16,8 ± 9,8      | 14  | 0,763 <sup>m</sup> |

<sup>m</sup> Mann-whitney u test

DE baskın görünümde toplam uyku skoru puanı bileşik görünümünden anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak düşüktü. DE baskın görünümde yatma zamanına direnç, uykuya dalmakta güçlük, uyku süresi, uyku anksiyetesi, gece uyanma, parasomniya, solunum ile ilgili uyku sorunları, gün boyu uykululuk skorları anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir. DE baskın görünümde ve bileşik görünümde toplam uyku miktarı, gece uyanma olduğunda uyanık kalma süresi anlamlı ( $p > 0.05$ ) farklılık göstermemiştir (Tablo 31).

**Tablo 31: İki grup arasında çocuklarda uyku alışkanlıkları anketinin karşılaştırılması**

|                                   | DE Baskın Görünüm |     | Bileşik Görünüm |     | P                        |
|-----------------------------------|-------------------|-----|-----------------|-----|--------------------------|
|                                   | Ort.±s.s.         | Med | Ort.±s.s.       | Med |                          |
| <b>Uyku Ölçeği</b>                |                   |     |                 |     |                          |
| Yatma Zamanına Direnç             | 8,7 ± 2,7         | 8   | 9,2 ± 3,2       | 8   | 0,359 <sup>m</sup>       |
| Uykuya Dalmakta Güçlük            | 1,4 ± ,7          | 1   | 1,5 ± ,8        | 1   | 0,523 <sup>m</sup>       |
| Uyku Süresi                       | 3,9 ± 1,5         | 3   | 4,2 ± 1,6       | 4   | 0,233 <sup>m</sup>       |
| Uyku Anksiyetesi                  | 5,7 ± 2,3         | 5   | 6,3 ± 2,4       | 6   | 0,146 <sup>m</sup>       |
| Gece Uyanma                       | 3,7 ± ,9          | 3   | 3,9 ± 1,3       | 3   | 0,457 <sup>m</sup>       |
| Parasomniya                       | 8,8 ± 2,2         | 8   | 9,1 ± 2,0       | 9   | 0,187 <sup>m</sup>       |
| Solunum İle İlgili Uyku Sorunları | 3,3 ± ,8          | 3   | 3,5 ± 1,2       | 3   | 0,416 <sup>m</sup>       |
| Gün Boyu Uykululuk                | 12,3 ± 3,8        | 12  | 13,1 ± 4,1      | 13  | 0,258 <sup>m</sup>       |
| Toplam Puan                       | 47,8 ± 8,2        | 46  | 50,8 ± 9,1      | 50  | <b>0,033<sup>m</sup></b> |

<sup>m</sup> Mann-whitney u test

|                                            | DE Baskın Görünüm |     | Bileşik Görünüm |     | P                  |
|--------------------------------------------|-------------------|-----|-----------------|-----|--------------------|
|                                            | Ort.±s.s.         | Med | Ort.±s.s.       | Med |                    |
| Uyku Miktarı (Dk)                          | 537,8 ± 72,8      | 540 | 522,9 ± 66,6    | 540 | 0,332 <sup>m</sup> |
| Gece Uyandıığında Uyanık Kalma Süresi (Dk) | 7,4 ± 16,4        | 4   | 5,2 ± 10,9      | 3   | 0,557 <sup>m</sup> |

<sup>m</sup> Mann-whitney u test

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda; DSM-5' e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan, IQ skoru 70'in üzerinde olup yaygın gelişimsel bozukluk tanısı almayan 154 çocuk ve ergen incelenmiştir. Bu olguların dikkat eksikliği baskın ve bileşik görünümüleri psikiyatrik eş tanı, sosyodemografik özellikler, başlangıç yaşı, cinsiyet özellikleri açısından değerlendirilmiş ve farklı görünümlere göre DEHB belirti şiddeti, depresyon ve anksiyete belirtileri ayrıca uyku ve yeme alışkanlıkları karşılaştırılmıştır. Bulgular güncel literatür ile karşılaştırılarak 3 ana başlık altında tartışılacaktır: 1) Sosyodemografik özellikler 2) DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik tanılar ve 3) Dikkat eksikliği baskın ve bileşik görünümün karşılaştırılması

### Sosyodemografik özellikler

Olguların %25' i kız, %75'i erkekti. DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha yaygın olup, erkek/kız oranı 2/1'den 9/1 gibi yüksek bir orana kadar değiştiği bilinmektedir (Kaplan 2016). Ayrıca kızlarda daha fazla dikkat eksikliği baskın görünüm görüldüğünden, klinik başvuru erkeklere göre daha az olmaktadır. Çalışmamızda erkek/kız oranının 2,9 olarak bulunması Türkiye ve dünyada yapılmış çalışmalarla bulunan değerlerle uyumludur.

Olguların ortalama yaşı 11,8 yıl  $\pm$  2,8 idi. DEHB tanısı konma yaşlarına bakıldığında olguların ortalama 7,3  $\pm$  2,3 yaşında olduğu görüldü. Literatürde DEHB'nin başlangıç yaşına bakıldığında olguların yarısından fazlasında 7 yaş öncesinde %93'ünde 12 yaş öncesinde başladığı bildirilmektedir (Barkley 2014).

Çalışmamızda annelerin yaklaşık yarısının, babaların yaklaşık üçte ikisinin ortaokul ve üzeri seviyede eğitim gördüğü bildirilmiştir. İstanbul ili için ortalamasına baktığımızda; ortaokul ve üzeri düzeyde eğitim görme oranları kadınlarda %48,94, erkeklerde ise %57'dir (Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı, İstanbul İli Verileri). Çalışmaya alınan çocukların anne ve babalarının eğitim seviyelerinin Türkiye ve İstanbul ortalamasında olduğu görülmektedir.

### DEHB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

DEHB'ye eşlik eden yaşam boyu psikiyatrik tanılar incelendiğinde %78,6 sının (n=88) en az bir komorbid bozukluk tanısı aldığı, %21,4'ünün (n=33) ise DEHB dışında psikiyatrik bozukluk tanısı almadığı görülmüştür. Souza ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada DEHB tanısı alan 421 çocuk ve ergenin %70,1'inde psikiyatrik ek tanı tespit edilmiştir (Souza ve ark. 2004).

Kore’de DEHB tanısı almış 105 çocuk ve ergenle yapılan başka bir çalışmada olguların %76,2’sinde en az bir psikiyatrik tanının DEHB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir (Byun ve ark. 2006). İran’da DEHB tanılı 171 çocuk ve ergen ile yapılan başka bir çalışmada ise psikiyatrik bozukluk sıklığı %73 olarak bulunmuştur (Ghanizadeh 2009). Bizim çalışmamızdaki komordite oranları yukarıda bahsedilen Souza ve arkadaşları, Byun ve arkadaşları ve Ghanizadeh’ in çalışmalarındaki komorbidite oranları ile uyumludur. 2015 yılında yayınlanan Jehnsen ve Steinhausen’in Danimarka’da 15 yıllık hastane kayıtlarını inceleyerek yaptıkları çalışmada 14.825 DEHB’li çocuk ve ergende komorbidite oranını %52 olarak tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da komorbidite oranının beklenenden düşük saptandığı bu durumun klinisyenlerin DEHB tanısına odaklanmaları nedeniyle komorbiditelerin gözden kaçabileceği ayrıca klinisyenlerin örneğin çocuk ve ergenlerin yaşadığı anksiyete belirtilerini bir bozukluk değil de DEHB’nin zorluklarına karşı yaşanan bir stres tepkisi olarak algılayabileceği bu durumda ek tanı koyma sıklığının azalabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Sonuçta bahsedilen çalışmada olgular yapılandırılmış görüşmeler ile değil hastane kayıtlarına göre değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda DEHB’ye en sık eşlik eden yaşam boyu psikiyatrik tanıları enürezis (%21,4), YAB (%20,8) ve özgül fobi (%19,5)’dir. Daha önce yapılan çalışmalarda %50’nin üzerinde olan oranlarda KOKGB en sık görülen eş tanı olarak bildirilmiştir. İkinci sık görülen eş tanı ise anksiyete bozuklukları olarak bildirilmiştir ( Souza ve ark 2004, Ghanizadeh 2009, Yüce ve ark. 2013, Hergüner ve Hergüner 2012). Bizim çalışmamızda önceki çalışmaların tersine KOKGB anksiyete bozukluklarından daha az oranda görülmüştür. Bu durumun nedeni gönüllülük esasına dayanan bir çalışma olmasından kaynaklanabilir; olgular aileleriyle birlikte kliniğimizde kontrol randevularına geldikleri gün araştırmacı tarafından çalışmaya davet edilmişler, istekli, gönüllü olanların görüşmeleri yapılmıştır. Anksiyeteli olguların kendileri hakkında daha duyarlı ve hassas olmaları nedeniyle çalışmaya katılmaya daha istekli olabileceği, KOKGB olan olguların ve bunların ailelerinin ise böyle bir çalışma katılma konusunda daha az istekli olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda anksiyete bozukluklarından en sık YAB görülmüştür. Yüce ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da DEHB’ye en sık eşlik eden anksiyete bozukluğu YAB olarak bildirilmiştir. Çalışmamızı destekler şekilde, Elia ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ve Last ve arkadaşlarının (1992) çalışmasında da sadece YAB sıklığı diğer anksiyete bozukluklarına nazaran anlamlı derecede farklı yüksek çıkmıştır.

Yaşam boyu en sık komorbid tanı enürezis (%21,4) olmuştur. Güncel tanılardan farklı olarak yaşam boyu tanılardan enürezisin anksiyete bozukluklarından daha fazla görülmesi olguların daha erken yaşlarda enürezis tanısı almaları ve yaş ilerledikçe iyileşme görülmesi olabilir. Çünkü yaş arttıkça enürezis yaygınlığı azalmakta, 7 yaşında oran %10'a, ergenlikte %2'ye inmektedir (Franco ve ark 2013). Aynı şekilde ayrılık anksiyetesi bozukluğunun da yaşam boyu tanıda güncel tanılara oranla daha sık olarak görülmesinin nedeni ayrılık anksiyetesi bozukluğunun en sık görüldüğü yaş aralığının 7-12 olması, ergenlik döneminde keskin bir azalma olması olabilir (Eisen ve Schaefer 2005). Ayrılık anksiyetesi bozukluğu 12 yaş öncesi çocuklarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur (APA 2013). Bizim örneklemimizde yaş ortalaması 11,8'dir.

Yaş grubuna göre değerlendirdiğimizde de çocuk yaş grubunda eliminasyon bozuklukları sıklığı ergen grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek oranlarda bulunmuştur. Enürezisin yaş arttıkça yaygınlığının azaldığı bilindiğinden bu beklenen bir durumdur. Enürezisin DEHB olan olgularda olmayanlara göre 2-3 kat daha sık görüldüğü ve dikkat eksikliği puanları ile enürezis arasında yakın ilişki olduğu gösterilmiştir (Elia ve ark 2009). DEHB'li çocuklarda görülen öncelik belirlemede yetersizlik ve zayıf kendini denetleme becerisinin enkopreze sebep olduğu düşünülmektedir (Johnston ve Wright 1993).

Cinsiyete göre eş tanıları değerlendirdiğimizde kızlarda depresyon ve SAB oranları erkeklere oranla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan Yüce ve arkadaşlarının çalışmasında anksiyete bozuklukları ve depresyonun kızlarda daha çok görüldüğü (Yüce ve ark. 2013), Jehsen ve Steinhausen'in 2014 yılında yaptığı çalışmada erkeklerde daha çok OSB, TB, KOKGB; kızlarda ise duygudurum bozuklukları, anksiyete ve yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu bulgular bizim verilerimizle uyumludur. Ancak yapılan başka iki çalışmada da cinsiyetler açısından komorbidite oranlarında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir (Byun ve ark. 2006, Ghanizadeh 2009).

Anksiyete bozukluklarının DEHB olgularının ortalama %25'inde görüldüğü ve bu oranın genel topluma göre 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Souza ve ark. 2005, Jehnsen ve Steinhausen 2014). Sciberras ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB'li çocukların %26'sında bir anksiyete bozukluğu komorbiditesi görülmüştür (Sciberras ve ark.2014). Bizim çalışmamızda DEHB'li çocukların %27,9'unda bir anksiyete bozukluğu, %6,5'inde iki anksiyete bozukluğu eş tanısı görülmüştür. Bizim çalışmamızdaki veriler Sciberras ve arkadaşlarının çalışmasındaki verilerle uyumludur. DEHB'ye anksiyete bozukluklarının eşlik etmesi birçok araştırmada daha yüksek oranda dikkat sorunları, okul reddi ve duygudurum bozukluğu ile ilişkili olduğu ve sosyal uyumu

azalttığı, kötü prognoz göstergesi olduğu belirtilmiştir (Bowen ve ark. 2008, Decanini ve ark 2013). Ayrıca anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği DEHB'nin ayrı bir alt tip olduğu ve DEHB/Kaygılı Tip olarak tanımlanabileceği belirtilmektedir (Power ve ark. 2004).

Çalışmamızda yaşam boyu tanılarda %2,6 olguda davranım bozukluğu vardı. Yazında, davranım bozukluğunun DEHB'ye eşlik eden sık bozukluklardan biri olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. 6-7 yaşlarındaki DEHB'lilerde %10 davranım bozukluğu, 10 yaşına geldiklerinde %30-40 ve 13 yaşa geldiklerinde bu grubun yarısında sosyal dışavurumlar vardır (Gillberg 2014). 2012 yılında ülkemizde, Konya'da 133 çocuk ile yapılan bir araştırmada davranım bozukluğu sıklığı %6,3 oranında bulunmuştur (Hergüner ve Hergüner 2012). Bizim çalışmamızda komorbid davranım bozukluğu oranı önceki çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında belirgin şekilde daha düşük çıkmıştır. Bu durum diğer bir yıkıcı davranış bozukluğu olan KOKGB'nun çalışmamızda literatüre göre daha az sıklıkta görülmesiyle aynı şekilde bu çalışmaya daha çok anksiyeteli ailelerin katılmak istemeleri, davranış bozukluğu olan olguların ve ailelerinin katılıma gönüllü olmamaları ile ilişkili olabilir. DEHB'yi KOKGB ve DB gelişimi için bir risk etmeni olarak değerlendiren bir çalışmada DEHB belirtilerinin şiddetinin artmasıyla yıkıcı davranış bozuklukların ortaya çıktığı, hafif düzeydeki karşıt olma belirtilerinin DEHB olarak, orta ve ağır düzeydeki belirtilerin ise KOKGB ve DB olarak kendini gösterdiği, bundan dolayı DEHB, KOKGB ve DB'nin bir yelpaze içerisinde birbirinin devamı olarak yorumlanabileceği öne sürülmüştür (Connor ve ark. 2010).

OKB ve DEHB komorbiditesini inceleyen az sayıda çalışma vardır. Bizim çalışmamızda OKB eş tanısı %11,7 oranında saptanmıştır. Hastane kayıtları ile değerlendirilerek yapılan bir çalışmada DEHB'li olguların %1,7 'sinde OKB görülmüştür (Jehnsen ve Steinhausen 2014). Hergüner ve Hergüner'in çalışmasında (2012) OKB eş tanısı %3, Yüce ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) %5,6 oranında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda OKB eş tanı sıklığı diğer çalışmalardan belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum yine örneklem seçiminde katılıma daha çok hevesli olan anksiyeteli ve obsesif 'gönüllü' ailelerin çalışmaya dahil edilmesi olabilir.

Bir gözden geçirme yazısında DEHB'de depresif bozuklukların sıklığı %9-38 arasında verilmiştir (Pliszka 1998). Depresyon bozukluğu yaşam boyu tanıda %7,1 oranında, bipolar bozukluk %0,6 oranında görülmüştür. Bu veriler Türkiye'de yapılan komorbidite çalışmaları ile uyumludur (Hergüner ve Hergüner 2012, Yüce ve ark.2013). Ancak literatürdeki oranlara göre duygudurum bozuklukları daha az sıklıkta görülmüştür. Bu durum Türk ailelerinin çocuklarının

duygusal zorluklarından ziyade hiperaktiviteye, agresyona daha fazla dikkat etmeleri, çocukların da olumsuz duygularını ifade etmek ile ilgili zorluk yaşamaları nedeniyle olabilir.

Olgularımızın %17,5'inin annesinde gebeyken sigara içme öyküsü vardı. Hayvan çalışmalarında gebelik esnasında nikotine maruz kalmanın çocuklarda hiperaktivite ile sonuçlanabileceği ve bu etkinin kalıcı olabileceği görülmüştür. Muhtemel mekanizmalar, dopaminerjik sistemin ve çok sayıdaki nikotinerjik reseptörün modülasyonu olabilir. Milberg'in 1998'de yaptığı ve kontrol karşılaştırmalı bir çalışmada, gebelik esnasında annenin sigara içmesinin, annede DEHB gibi risk oluşturacak hastalıklardan bağımsız olarak çocukta DEHB oluşması riskini dört kat arttırdığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bilgiler geriye dönük olarak annenin gebelik sürecinde sigara içme durumu sorularak toplanmıştır. Gebe iken ne kadar miktarda sigara içildiği ve doğum sonrasında sigara içilmesi sorgulanmamıştır (Milberg 1998).

### **DEHB'nin farklı görünümünün karşılaştırılması**

DEHB'nin farklı görünümlere göre dağılımına bakıldığında; olguların %59,1'inin (n=91) DEHB bileşik görünüm ve %40,1'inin (n=63) DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm tanısı aldığı belirlendi. DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği görünüm tanısı alan hasta bulunmamaktaydı. Epidemiyolojik çalışmalarda DEHB farklı görünümleri arasında en sık görülen görünümün dikkat eksikliği baskın görünüm, ikinci sıklıkla bileşik görünüm, en az görülen de hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği görünüm olduğu bildirilmiştir (Willcutt 2012, Spencer ve ark. 2007). Bizim çalışmamız klinik örnekleme yapılmıştır. Literatürde klinik örnekleme yapılan başka çalışmalarda; 2006 yılında Byun ve arkadaşlarının çalışmasında (%67), 2009 yılında Ghanizadeh'in çalışmasında (%43) ve 2012'de Hergüner'in çalışmasında (%61) ve 2013 yılında Yüce ve arkadaşlarının çalışmasında (%86) da farklı görünümlerden en sık DEHB bileşik görünüm olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın oranları bahsedilen çalışmalarla uyumludur. Bu çalışmalarda bileşik görünümün fazla görülmesinin nedeni; klinik örnekleme yapılıyor olması, bu görünümde agresyonun, yıkıcı davranışların varlığı ayrıca komorbid durumların fazlalığı nedeniyle hastane başvurusunun daha fazla olması olabilir.

Cinsiyete göre farklı görünümlerin sıklığına bakıldığında; kızlarda bileşik görünüm %33,3 (n=13) ve DE baskın görünüm %66,6 (n=26) sıklıkta erkeklerde bileşik görünüm %67,8 (n=78) ve DE baskın görünüm %32,2 (n=37) sıklıkta belirlendi. Kızlarda dikkat eksikliği baskın görünüm daha sık görülmüştür. Farklı görünümlerin cinsiyete göre oranları ile ilgili belirlediğimiz oranlar, tüm dünyada kabul gören ve temel kitaplarda yer alan bilgilerle uyum içindedir. Bileşik görünümün erkeklerde, dikkat eksikliği baskın görünümün ise kızlarda daha

sık görüldüğü önceki çalışmalarda da belirtilmiştir (Rucklidge 2010, Byun ve ark.2006). Cinsiyete göre farklılıkları araştırıldığı bir çalışmada kızlarda daha düşük dikkat seviyesi ve erkeklerde daha fazla hiperaktivite olduğu bildirilmiştir (Graub ve Carison 1997).

DEHB dikkat eksikliği baskın görünüm ve bileşik görünümlü olguların yaşları, DEHB tanısı konma yaşları farklılık göstermemiştir. DEHB'li çocuklarda obezite oranı %9,3 olarak gösterilmiş, DEHB'lilerin 2 kat daha fazla oranda obezite riski taşıdığını vurgulanmıştır (Zwaan ve ark. 2011). DEHB bileşik görünümde diğer tiplere nazaran daha fazla obezite ve yüksek ağırlık gözlenmektedir (Yang ve ark. 2013). Çalışmamızda biz de DEHB'nin farklı görünümdeki olgularında bu durumu karşılaştırdık ancak DE baskın görünüm ve bileşik görünüm arasında boy, ağırlık değerleri ve beden kitle endeksleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Her iki grupta DEHB tanısı konma yaşları farklılık göstermemiştir aslında bileşik görünümlü olguların hiperaktiviteden dolayı aslında daha erken tanı almaları beklenirken, bizim örneklemimiz daha çok okul çağı çocuklarından oluştuğundan, öğretmenlerin çocukların hiperaktivite yanında dikkat ile ilgili zorluklarını bildirmelerinden dolayı tanı konma yaşları arasında fark görülmemiş olabilir. Ayrıca ailelerin çocuklardaki hiperaktiviteye daha toleranslı olmaları buna karşın okuldan gelen dikkat eksikliği ile ilgili daha duyarlı olmaları ile ilgili olabilir.

Yapılan bir çalışmada annenin eğitim seviyesinin DE baskın görünümde daha yüksek olduğu bildirilmiş (Ghanizadeh 2009). Literatürde annenin eğitim seviyesi ile bağlantılı olarak DE baskın grupta sosyoekonomik seviyenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda farklı görünümde arasında anne/babanın eğitim seviyesi ile ilgili bir fark bulunmamıştır (Faraone ve ark. 1998).

Dikkat eksikliği baskın görünümde ve bileşik görünümde kardeş sayısı anlamlı farklılık gösterilmemesine rağmen dikkat eksikliği baskın grupta son sıralardaki kardeş olma oranı bileşik görünümde anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum ebeveynlere küçük çocuklarını ağabey ve ablalarıyla kıyas etme fırsatı oluşturup, dikkat eksikliği belirtilerinin daha fazla farkında olmalarıyla ilişkili olabilir. Literatürde bu durum ile ilgili bir değerlendirmeye rastlanmamıştır. Okul başarısında da iki grup arasında fark bulunmamıştır. İki grupta da ilk başlanan tedavinin genel olarak metilfenidat olduğu, eğer çocuk okul öncesi dönemde ise en çok antipsikotik (risperidon) olduğu görülmüştür. Risperidon okul öncesi dönemdeki DEHB bileşik görünümlü olgularda daha çok kullanılmıştır. Literatürde DEHB'li olguların %25-70'inde ilaç tatili uygulandığı bildirilmiştir (İbrahim ve Donyai 2014). Dikkat eksikliği baskın görünümde hafta sonu ve yaz dönemlerinde daha fazla ilaç tatili yapıldığı görülmüştür. Bu durumun nedeni

bileşik görünümde daha fazla dürtüsel davranışların olması ve çocukların buna bağlı olarak sosyal ortamlarda daha fazla zorluk yaşamaları, dışlanmaları, ebeveynlerin bu çocuklardaki davranış sorunları ile baş etmekte zorlanmaları yaz döneminde de çocukların ilaç kullanımını arttırması olabilir.

Çalışmamıza katılan dikkat eksikliği baskın görünüm DEHB olgularında zekâ testi toplam skoru bileşik görünümdeki olgularından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Zekâ düzeyine çevresel faktörlerin etkisini göz önünde bulundurursak bileşik görünümlü DEHB olguları dikkat eksikliği yanında dürtüselliklerinin de olması nedeniyle ders esnasında yerlerine oturmakta güçlük yaşarlar, fevri davranışlarından dolayı akademik grup çalışmalarına diğerleri kadar katılamayabilirler. Okulda dikkat eksikliği baskın görünümlü olgulara nazaran daha fazla etiketlenmelerinden dolayı yeterli eğitim alamayabilirler. Tüm bu sebepler bileşik görünümlü olguların dikkat eksikliği baskın görünümlü olgulara kıyasla daha düşük zekâ skorlarına sahip olmalarını açıklayıcı olabilir. 2006 yılında Byun ve arkadaşları komorbidite çalışmalarında zekâ puanlarını karşılaştırmışlar, ancak bu çalışmada DEHB'nin farklı görünümünde zeka puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB'li çocuklarda obezite oranını araştıran bir çalışmada bu oran %9,3 olarak gösterilmiş, DEHB'lilerin 2 kat daha fazla oranda obezite riski taşıdığını vurgulanmıştır (Zwaan ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda obezite oranı % 1,9'dur. DEHB bileşik görünümde diğer tiplere nazaran daha fazla obezite ve yüksek ağırlık gözlenmektedir (Yang ve ark. 2013). Bizim çalışmamızda farklı görünümlere göre obezite ve beden kitle endeksi açısından fark saptanmamıştır.

DE baskın görünümlü olguların %89' unda en az bir komorbid bozukluk, bileşik tip olguların ise %88,3'ünde en az bir komorbid bozukluk vardı. Bizim çalışmamızda her iki görünümde ortalama psikiyatrik eş tanı sayıları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Önceki çalışmalarda DEHB bileşik görünümlü olgularda daha fazla psikiyatrik eş tanı görüldüğü bildirilmiştir (Byun ve ark. 2004, Hergüner ve Hergüner 2012, Yüce ve ark. 2013)

Psikiyatrik eş tanılara bakıldığında dikkat eksikliği baskın görünümde SAB ve YAB oranları bileşik görünümde daha yüksek oranda görülmüştür. Lahey ve arkadaşları anksiyete bozukluğu görülmesi sıklığının DE baskın görünümdeki olgularda bileşik görünümdeki olgulara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (Lahey ve ark. 1988). Aynı şekilde Hergüner ve Hergüner'in 2012 yılındaki çalışmasında da anksiyete bozuklukları DE baskın görünümde daha sık görülmüştür.

Bizim bulgularımızda bu verileri destekler niteliktedir. SAB'nun bileşik görünümde daha az olması, olguların daha dürtüsel, atılgan daha konuşkan olmalarından dolayı sosyal ortamlarda daha rahat olmalarından kaynaklanabilir. Dikkat eksikliği baskın görünümde olgular sosyal ortamlarda daha pasif kalabilirler. Yüce ve arkadaşlarının çalışmasında da SAB dikkat eksikliği baskın görünümde daha yüksek oranlarda bulunmuştur, DE baskın görünümde %60, bileşik görünümde %12 oranında bulunmuştur (Yüce ve ark. 2013). Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olan yetişkinlerin %72'sinde DEHB saptandığı bildirilmiştir. Bu durumun bizim çalışmamızda olduğu gibi özellikle dikkat eksikliği baskın DEHB alt tipinde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada DEHB'nin eşlik ettiği SAB'da daha erken başvuru, daha fazla majör depresyon ile birliktelik ve majör depresyon başlangıç yaşının daha erken olduğu ve daha fazla atipik depresyon olduğu görülmüştür (Koyuncu ve ark 2014). Power ve arkadaşlarının 2004 yılında, Ghanizadeh'in 2009 yılında yaptıkları çalışmalarda DEHB'nin farklı görünümünde anksiyete bozuklukları eş tanısı açısından farklılık bulunmamıştır.

KOKGB oranı bileşik görünüm DEHB olgularında literatür ile uyumlu olarak dikkat eksikliği baskın görünümde daha yüksek oranda bulunmuştur (Ghanizadeh 2009, Hergüner ve Hergüner 2012, Yüce ve ark. 2013). Bileşik görünümlü olgularının %'26,4'ünde KOKGB bulunurken, dikkat eksikliği baskın görünümlü olguların hiçbirinde KOKGB bulunmamıştır. Dikkat eksikliği baskın görünümlü olgularda daha fazla sosyal içe çekilme bileşik görünümlü olgularda ise daha fazla agresyon ve dışlanma görülmektedir (Mukaddes 2015). Bu durum bizim verilerimizi destekler niteliktedir. KOKGB DEHB'ye eşlik ettiğinde okulla ilgili sorunlar, okul reddi ve arkadaş sorunlarının daha sık olduğu belirtilmiştir (Barkley 2015).

DEHB bileşik görünümde KOKGB'nun yanı sıra enürezis ve enkopresiz tanıları da daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Literatürde enürezis ve DEHB komorbiditesi olan olgularda KOKGB sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ghanizadeh 2010). KOKBG da bileşik görünümde daha sık görüldüğünden bu verilerle bizim çalışmamızın sonuçları arasında bağlantı kurulabilir.

Çalışmamızda DEHB bileşik görünümde güncel OKB oranı, DE baskın görünüme göre daha yüksek çıkmıştır. Önceki çalışmalarda OKB açısından iki grup arasında anlamlı fark gösterilmemiştir (Byun ve ark. 2006, Ghanizadeh 2010).

İki grup arasında DEHB belirti şiddetinin karşılaştırdığımızda dikkat eksikliği baskın görünümde hem dikkat eksikliği alt puanlarının hem de hiperaktivite / dürtüsellik alt puanlarının bileşik

görünümünden anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Bileşik görünümlü olguların ebeveynleri hem dikkat eksikliği maddelerine hem hiperaktivite/dürtüsellik maddelerine daha yüksek puanlar vermişlerdir.

İki grup arasında Çocuk Depresyon Envanteri puanları ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeğinin puanları arasında fark bulunmamıştır. 2006 yılında Byun ve arkadaşları da farklı bir ölçek ile DEHB'nin farklı görünümlerindeki anksiyete ve depresyon şiddetini değerlendirmişler, bizim çalışmamızda olduğu gibi iki grup arasında fark olmadığını belirtmişlerdir.

Literatürde çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları komorbiditesini inceleyen fazla çalışma bulunmamaktadır. Erişkinlerde yapılan bir çalışmada bulimiya nervosa tanılı bireyin %25'de DEHB saptanırken, kontrol grubunda bu oran %2,5'tur (Seitz ve ark 2013). Bizim çalışmamızda DEHB bileşik görünümlü 1 olguda bulimiya nervosa vardı. Çalışmamızda uygulanan Yeme Tutumu Anketi'nde iki grup arasında anlamlı fark çıkmamıştır.

DEHB tanısı konan çocuklarda uyku ile ilgili yakınmalar klinik uygulama sıkça görülmektedir. Corkum ve arkadaşları vakaların %55'inde bu tür yakınmalar olduğunu bildirmişlerdir (Corkum ve ark 1999). DEHB tanısı konan çocuk ve gençlerde uyku sorunlarının %25-50 oranında görüldüğü diğer klinik araştırmalarda belirtilmektedir (Owens 2005). Ülkemizde Yürümez ve arkadaşının yaptığı DEHB bileşik görünümlü çocuklarda uyku bozuklukları ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada DEHB'de uyku bozukluklarının sıklığı %84,8 olarak bulunmuş, komorbiditenin uyku bozukluklarını arttırmadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bu veriyi destekler nitelikte; Uyku Bozukluğu Anketi'nde her iki görünümdeki 154 olgudan 133 olgu (%86,4) kesim puanı olan 41'den yüksek puan aldığı, bu olgularda uyku bozukluğu görülebileceği ortaya çıkmıştır. DEHB bileşik görünümde uyku bozukluğu puanı anlamlı olarak DEHB dikkat eksikliği baskın görünüme oranla daha yüksek bulunmuştur. DEHB farklı görünümlerden en fazla uyku bozukluğu yaşayan görünüm DEHB bileşik görünüm olduğu dikkat eksikliği baskın görünümde ise uyku bozukluklarının en az görülmekte olduğu bilinmektedir (Mukaddes 2015). Bizim çalışmamızda komorbid durumların uyku bozukluğuna etkisi incelenmemiştir. DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik tanıların uyku bozukluklarını nasıl etkilediği ile ilgili yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇ

Kliniğimizde yapılan bu araştırmada; DEHB'ye psikiyatrik bozuklukların yüksek oranlarda eşlik ettiği, bu psikiyatrik eş tanıların yaş ve cinsiyete göre değişebileceği görülmüştür. Çocuk yaş grubunda eliminasyon bozukluklarının ergenlere göre daha sık görüldüğü, kız cinsiyette de depresyon ve SAB'nun erkeklere göre daha sık görüldüğü saptanmıştır.

DEHB ile en sık birlikte görülen bozukluklar enürezis, anksiyete bozuklukları ve KOKGB'dur. Anksiyete bozukluklarından en sık YAB görülmüştür.

DEHB'nin farklı görünümüne göre karşılaştırıldığına; KOKGB, OKB ve eliminasyon bozuklukları DEHB bileşik görünümde, SAB ve YAB'nun DEHB dikkat eksikliği baskın görünümde daha sık olduğu bulunmuştur.

DEHB erkeklerde kızlardan daha yüksek oranda saptanmış; DE baskın görünüm daha çok kızlarda, DEHB bileşik görünüm daha çok erkeklerde görülmüştür. Klinik örnekleme DEHB bileşik görünüm, dikkat eksikliği baskın görünümünden daha fazla görülmüştür.

Ölçek puanlarına göre değerlendirildiğinde iki grupta da yeme bozukluğu görülmediği, anksiyete bozukluğu alt tipleri ve depresyon şiddetlerinde farklılık olmadığı, ebeveynlerin bildirdiği DEHB belirti şiddetinin DEHB bileşik görünümde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ölçek puanına göre her iki grupta da uyku bozukluğu olabileceği sonucuna varılmıştır. DEHB bileşik görünümde uyku ölçeğinden dikkat eksikliği baskın görünüme oranla daha yüksek puanlar alınmıştır.

DEHB olan çocuk ve ergenler psikiyatrik komorbidite açısından rutin olarak değerlendirilmelidir. DEHB'nin farklı görünümünde komorbid psikiyatrik durumların bilinmesi, çocuk ve ergenlerle görüşme yapılırken komorbiditelerin göz önünde bulundurularak maskelenmiş semptomların yakalanması, tedavi planını değiştirecek ve prognozu olumlu yönde etkileyecektir.

## 7. KISITLILIKLAR

DEHB'nin farklı görünümleri arasındaki psikiyatrik eş tanı oranlarını daha iyi değerlendirebilmek amacıyla örneklem sayısının artırılması ve toplum örneklemelerinin de incelenmesi yararlı olacaktır. Klinik örneklem üzerinde yapılan çalışmalar toplum tabanlı çalışmalardan farklı sonuçlar gösterebilmektedir. Bu nedenle bizim sonuçlarımız hastalığın gerçek doğasını tam olarak yansıtmıyor ve komorbidite sıklığının daha yüksek çıkmasını etkiliyor olabilir. Olgular çalışmaya gönüllülük esasına dayanarak dâhil edilmiştir. 'Gönüllü' olan olguların ve ailelerinin daha obsesif ve daha anksiyeteli olabilecekleri, bu durumun da eş tanı sıklığını etkileyebileceği düşünülmüştür. Daha güvenilir sonuçlar için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. Bir diğer önemli kısıtlılık ise psikiyatrik hastaların başlangıç yaşlarının ve tedavi sürelerinin sorgulanmamasıdır.

## 8. KAYNAKLAR

- Altfas J.R., 2002. 'Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment', *BMC Psychiatry*, 2:9–17.
- American Psychiatric Association. 1968. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2nd ed. (DSM-II)', *Washington, DC*.
- American Psychiatric Association. 1980. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III)', *Washington, DC*.
- American Psychiatric Association. 1987. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed rev.(DSM-III-R)', *Washington, DC*.
- American Psychiatric Association. 2000. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed rev.(DSM-IV-TR)', *Washington, DC*.
- American Psychiatric Association. 2013. 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-V)', *Washington, DC*.
- Amor L.B., Sikirica V., Cloutier M. ve ark. 2014. 'Combination and switching of stimulants in children and adolescents with ADHD in Quebec', *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 23:157-166.
- Anholt G.E., Cath D.C., Van Oppen P. 2010. 'Autism and ADHD symptoms in patients with OCD: are they associated with specific OC symptom dimensions or OC symptom severity?' *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40:580-9.
- Antalis C.J., Stevens L.J., Campbell M., Pazdro R., Ericson K., Burgess J.R. 2006. 'Omega-3 fatty acid status in ADHD', *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. Oct-Nov; 75(4-5):299-308.
- Antshel K.M., Faraone S.V., Gordon M. 2012 May 24. 'Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD', *J Atten Disord.*, 18 (6):483-495.
- Araujo Jiménez E.A. 2014. 'Executive function deficits and symptoms of disruptive behaviour disorders in preschool children', *Universitas Psychologica*.
- Arnold L.E, Disilvestro R.A., Bozzolo D., et al. 2011. 'Zinc for attention-deficit/ hyperactivity disorder: placebo-controlled double-blind pilot trial alone and combined with amphetamine', *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 21(1):1–19.
- Ayaz A.B., Ayaz M., Yazgan Y. 2013. 'Alterations in social reciprocity in attention-deficit hyperactivity disorder', *Türk Psikiyatri Derg. Summer*, 24(2):101-10.
- Bangs ME1, Wietecha L.A., Wang S., Buchanan A.S., Kelsey D.K. 2014 Oct. 'Meta-analysis of suicide-related behavior or ideation in child, adolescent, and adult patients treated with atomoxetine', *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 24(8):426-34.

- Barkley R.A. 2002. 'Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children', *J Clin Psychiatry*6, 3(12):36-43.
- Barkley R. 2004. 'Driving Impairments in teens and adults with ADHD', *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2),233-260
- Barkley R. A. 2006. 'A theory of ADHD', In R.A. Barkley (Ed.), 'Attention-deficit hyperactivity disorder, A handbook for diagnosis and treatment' New York: *The Guildford Press*.
- Barkley R.A., Murphy K.R., Fischer M. 2008. 'ADHD in Adults: What the science says', New York: *Guilford Publications*.
- Barkley R. 2014. '24'üncü çocuk ve ergen psikiyatrisi kongresi', *sözel sunum Konya*.
- Barkley R. A. 2015. 'Attention-deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: *The Guildford Press* Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E., and Faraone, S. V. 2002. 'Overview and Neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder', *J Clin Psychiatry*, 63(12), 3-9.
- Biederman J., Faraone S., Milberger S., Curtis S., Chen L., Marrs A. et al. 1996. 'Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence results from a four-year prospective follow-up study', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(3):343-351.
- Biederman J., Mick E., Faraone S.V. 2000. 'Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder', *Impact of Remission Definition and Symptom Type*, *Am J Psychiatry*; 157:816-818.
- Biederman J., Monuteaux M.C., Mick E., Spencer T., Wilens T.E., Silva J.M., Snyder L.E., Faraone S.V. 2006. 'Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study', *Psychol Med.*, 36(2): 167-79.
- Biederman J. et al. 2008. 'Stability of EF deficits in girls with ADHD: a prospective longitudinal followup study into adolescence', *Dev Neuropsychol*.
- Bilgiç A., Türkoğlu S., Özcan O., Tufan A. E., Yılmaz S ve Yüksel T. 2013. 'Relationship between anxiety, anxiety sensitivity and conduct disorder symptoms in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)', *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(9):523-32.
- Birmaher B., Khetarpal S., Brent D., et al. 1997., 'The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(4), 545-53.
- Bloch M. H., J. F. Leckman, H. Zhu, and B. S. Peterson. 2005. 'Caudate volumes in childhood predict symptom severity in adults with Tourette syndrome', *Neurology*, 65: 1253-8.
- Bowen R., Chavira D.A, Bailey K., Stein M.T., Stein M.B. 2008. 'Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting', *Psychiatry Res*, 15:201-209.

- Brem S., Grünblatt E., Drechsler R., Riederer P., Walitza S. 2014. 'The neurobiological link between OCD and ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. Sep;6(3):175-202
- Byun H., Yang J., Lee M., Jang W., Yang J.W., Kim J.H., Hong S.D., Joung Y.S. 2006. 'Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder', *Psychopathology according to subtype. Yonsei Med J*, 47:113-121.
- Canat S. 1998. 'Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu', Güleç C., Köroğlu E. (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı (1.baskı)*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1119-1131.
- Castellanous F.X., Lee P.P., Sharp W., Jeffries N.O., Greenstein D.K., Clasen L.S ve ark. 2002. 'Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder', *JAMA*, Oct 9;288 (14):1740-8.
- Cohen-Zion M. & Ancoli-Israel S. 2004. 'Sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). A review of naturalistic and stimulant intervention Studies', *Sleep Medicine Reviews*, 8, 379–402. doi:10.1016/j.smr.2004.06.002.
- Connor D.F., Glatt S.J., Lopez I.D. ve ark. 2002. 'Psychopharmacology and aggression I: A Meta-Analysis of Stimulant Effects on Overt/Covert Aggression-Related Behaviors in ADHD', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(3):253-61.
- Cyr M., Brown C. S. 2000. 'Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed)', *Topics in Pediatric Psychiatry (1.ed)*. Hong Kong, Adis Bokw: 69-79.
- Cocchi L., Bramati I.E., Zalesky A., Furuwaka E., Fontenelle L.F., Moll J. ve ark. 2012. 'Altered functional brain connectivity in a non-clinical sample of young adults with attention deficit hyperactivity disorder', *J. Neurosci*. Dec 5;32(49):17753-61.
- Colter A.L., Cutler C., Meckling K.A., 2008. 'Fatty acid status and behavioural symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents: a case-control study.' *Nutr J*, 7:8–19.
- Connor D.F., Steeber J., McBurnett K. 2010. 'A review of attention deficit hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder', *J Dev Behav Pediatr*, 31:427-440.
- Corkum P., Moldofsky H., Hogg-Johnson S., Humphries, T. & Tannock, R. 1999. 'Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:1285-93.
- Cortese S., Faraone S.V., Konofal E., Lecendreux M. 2009. 'Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: metaanalysis of subjective and objective studies', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48(9):894–908.

- Cyr M., Brown C.S., 2000. 'Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder In: Palmer KJ (ed).', *Topics in Pediatric Psychiatry (1.ed)*. Hong Kong, Adis Boks, 69- 79.
- Çakmakçı F.K. 2004. 'Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması', *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11(2).
- Daley D., Thompson M. et al. 2003. 'Preschool ADHD: exploring uncertainties in diagnostic validity and utility, and treatment efficacy and safety', *Expert Rev Neurother*, 3:465–476.
- Dean W. Beebe. 'Cognitive, Behavioral, and Functional Consequences of Inadequate Sleep in Children and Adolescents', *Pediatr Clin N Am* 58 (2011) 649–665.
- Debes N., H. Hjalgrim and L. Skov. 2010. 'The presence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obsessive-compulsive disorder worsen psychosocial and educational problems in Tourette syndrome', *J Child Neurol*, 25: 171-81.
- Decanini T. L., Connolly S. D., Simpson D., Suarez, L. and Jacob S. 2013. 'Comparison of Behavioral Profiles for Anxiety-related', *Comorbidities Including ADHD Selective Mutism in Children Depression and Anxiety*, 30:857-864.
- Eisen A.R., Schaefer C.E. 2005. 'Separation Anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assesment and treatment' *Guilford Press*.
- Elia, J., Arcos- Burgos, M., Balton, K. L., Ambrosini, P. J., Berrettini, W., and Muenke, M. 2009. 'ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity.' *Psychiatry Research*, 170 (2-3), 192-198.
- Elia J., Takeda T., Deberardinis R., Burke J., Accardo J., Ambrosini P.J., Blum N.J., Brown L.W., Lantieri F., Berrettini W., Devoto M., Hakonarson H. 2009. 'Nocturnal enuresis: a suggestive endophenotype marker for asubgroup of inattentive attention deficit/hyperactivity disorder', *J Pediatr*, 155:239-244.
- Ercan E.S., Avcı A., Mukaddes N.M. ve ark. 2008. 'DEHB klinik uygulama klavuzu, Türkiye'.
- Ercan E. S. 2008. 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (3.baskı)', *İstanbul: Doğan Yayınevi*.
- Ercan E.S. 2013. 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi', *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüş Raporu Türkiye*.
- Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell RL. 1998. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:185-193.
- Faraone S.V., Biederman J., Monuteaux M.C. 2001. 'Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in girls: further evidence for a familial subtype?', *J Affect Disord.*; 64(1):19-26.

- Faraone S.V., Spencer Thomas, Aleardi Megan, Pagano Christine, Biederman, Joseph M.D. 2004 Feb. 'Meta-Analysis of the Efficacy of Methylphenidate for Treating Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder', *J Clin Psychopharmacol*.24(1):24-9.
- Faraone S.V., Perlis R.H., Doyle A.E., Smoller J.W., Goralnick J.J., Holmgren M.A., Sklar P. 2005. 'Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder', *Biol Psychiatry*. Jun 1 ;57(11)1313-23.
- Fayyad J., Graaf R., Kessler R., Alonso J., Angermeyer M. 2007. 'Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder', *Br J Psychiatry*. May;190:402-9.
- Findling R.L. 2008. 'Evolution of the treatment of ADHD', *A review Clin Ther* 30:942-957.
- Fiş N., Arman A., Ay P., Topuzoğlu A., Güler A.S., Imren S.G., Ersu R., Berkem M. 2010. 'Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği', *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 151-160.
- Franco I., Von Gontard A., De Gennaro M. 2013. 'Evaluation and treatment of nonmonosymptomatic nocturnal enuresis. A standardization document from the International Children 's Continence Society', *J Pediatric Urology*, 9:234-243.
- Galéra C., Messiah A., Melchior M., Chastang J.F. 'Disruptive behaviors and early sexual intercourse', *The GAZEL Youth Study, Psychiatry Research* 177 (2010) 361–363.
- Garfinkel B.D., Wender P.H., Sloman L. ve ark. 1983. 'Tricyclic antidepressant and methylphenidate treatment of ADHD in children', *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 22(4):343-8.
- Garner D.M., Garfinkel P.E. 1979. 'Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa', *Psychological Medicine*, 9(2): 273-279.
- Gaze C., H.O. Kepley, and J. T. Walkup. 2006. 'Co-occurring Psychiatric Disorders in Children and Adolescents With Tourette Syndrome', *Journal of Child Neurology*, 21: 657-64.
- Germanò E., Gagliano A. 2010. *Comorbidity of ADHD and Dyslexia Developmental Neurop*' 35(5), 475–493.
- Ghanizadeh A. 2009. 'Psychiatric comorbidity differences in clinic-referred children and adolescents with ADHD according to the subtypes and gender', *J Child Neurol*, 24:679-684.
- Ghanizadeh A. 2010. 'Comorbidity of enuresis in children with ADHD', *Journal of Attention Disorders*, 13: 464-467.
- Ghuman J.K., Ghuman H.S. 2013. 'Pharmacologic Intervention for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Preschoolers Is It Justified?', *Pediatr Drugs* 15:1–DOI 10.1007/s40272-012-0001-5.

- Gillberg C. 2010. 'The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations', *Research in Developmental Disabilities* 31:1543-1551.
- Gillberg C. 2014. 'ADHD and its many associated problems', *Oxford University Press*.
- Gökler Bahar, Fatih Ünal, Berna Pehlivan Türk, Ebru Çengel Kültür, Devrim Akdemir, and Yasemen Taner. 2004. 'Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği', *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11: 109-16.
- Graub M., Carison C.L. 1997. 'Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(8):1036-1045.
- Greenhill L1, Kollins S., Abikoff H., McCracken J., Riddle M., Swanson J. 2006. 'Efficacy and Safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Nov;45(11):1284-93.
- Gurevitz M., Geva R., Varon M., Leitner Y. 2014. 'Early markers in infants and toddlers for development of ADHD', *J Atten Disord. J a N*, 18(1):14-22.
- Hinshaw S. P. and Lee S. S. 2003. 'Conduct and oppositional defiant disorders. In E.J. Mash and R.A. Barkley (Eds.)', *Child psychopathology (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Hart H., Radua J., Mataix-Cols D., Rubia K. 2012. 'Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention deficit hyperactivity disorder', *Neurosci Biobehav Rev*. Nov, 36(10):2248-56
- Hartman, C. A., Willcutt, E. G., Rhee, S. H., and Pennington, B. F. 2004. 'The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 491-503.
- Hergüner S., Hergüner A. 2012. 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar', *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 49: 114-118.
- Hirota T., Schwartz S., Correll CU. 2014 Feb. 'Alpha-2 agonists for attention-deficit/hyperactivity disorder in youth: a systematic review and meta-analysis of monotherapy and add-on trials to stimulant therapy', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 53(2):153-73.
- Howard A.L., Robinson M., Smith G.J., Ambrosini G.L., Piek J.P., Oddy W.H. 2011 'ADHD is associated with a "western" dietary pattern in adolescents', *J Atten Disord.*, 15(5):403-411.
- IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2007.
- İbrahim K., Donyai P. 2014 'Drug holidays from ADHD medication international experience over the past four decades', *Journal of attention disorders*

- Jafarania M., Mohammadi M., Modabbernia A. ve ark. 2012. 'Bupropion versus methylphenidate in the treatment of children with ADHD: randomized double-blind study. Hum.', *Psychopharmacol Clin Exp* 27, 411-418.
- Jarrett, M. A. 2013. 'Comorbidity of ADHD and Anxiety: From Basic to Applied Research', *The ADHD Report*, 21(5),1-6.
- Jensen P.S., Arnold L.E., Richters J.E. ve ark. (MTA Cooperative Group). 1999. 'A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder', *Arch Gen Psychiatry*, 56:1073-1086.
- Jensen C.M., Steinhausen H.C. 2014. 'Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study', *ADHD Atten Def Hyp Disord* 7:27-38.
- Johnston B.D., Wright J.A., 1993. 'Attentional dysfunction in children with encopresis', *J Dev Behav Pediatr*, 14:381-385.
- Johnson P., Ahamat B., Mcconnachie A., Puckering C., Marwick H. 2014. 'Motor activity at age one year does not predict ADHD at seven yearsInt.', *J. Methods Psychiatr. Res.*, 23(1): 9-18.
- Kessler R.C., Adler L., Barkley R., Biederman J. 2006. 'The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States', *Results From the National Comorbidity Survey Replication*, *Am J Psychiatry*, 163:716-723.
- Kılıç S.M. 2015. 'Erişkin obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun klinik etkisi', *Uzmanlık tezi*.
- Konofal E., Lecendreux M., Arnulf I., Mouren M.C. 2004. 'Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder', *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 158(12):1113-1115. 29.
- Kooij J.J.S. 2010. 'Adult ADHD, Diagnostic assesment and treatment. 2nd edition', *Published by Pearson*.
- Kooij J.J.S., Huss M., Asherson P. ve ark. 2012. 'Distinguishing Comorbidity and Successful Management of Adult ADHD', *Journal of Attention Disorders Supplement to* 16(5) 3S-19S.
- Koyuncu A. , Ertekin E., Yüksel Ç. ,Aslantas B.,Çelebi F., Binbay Z. Tükel R. 2015. 'Predominantly Inattentive Type of ADHD Is Associated With Social Anxiety Disorder', *Journal of Attention Disorders*, Vol., 19(10) 856-864.
- Köroğlu E. 2005. 'Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı', *Hekimler Birliği Yayınları*.
- Köroğlu E. 2014. 'Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından', *Ankara: Hekimler Yayın Birliği*.

- Lahey BB., Pelham WE., Schaughency EA., et al.1998. 'Dimensions and types of attention deficit disorder.' *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 27:330-335.
- Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N 2011 'Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD', *Pediatrics* 127:462–470
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. and Kazdin, A. E., (1992). 'DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics.' *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 1070-1076.
- Latimer K., Wilson P., Kemp J., Thompson L., Sim F., Gillberg C. ve ark. 2012. 'Disruptive Behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors', *Child Care Health Dev.Sep*; 38 (5):1611-28.
- Lee S.S., Humphreys K.L., Flory K., Liu R., Glass K. 2011. 'Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review', *Clinical Psychology Review* 31 328–341.
- Lezak M.D., Howiesen D.B., Loring D.W. 2004. 'Neuropsychological assessment. 4th ed. New York' *Oxford University Press*.
- Mathews C.A., and M.A. Grados. 2011. 'Familiality of Tourette syndrome, obsessive-compulsive disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder: heritability analysis in a large sib-pair sample', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50: 46-54.
- Michelson D.1., Faries D., Wernicke J., Kelsey D., Kendrick K. 2001. 'Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study', *Pediatrics*. Nov;108(5):E83.
- Mick E., Neale B., Middleton F.A., McGough J.J., Faraone S.V. 2008 Dec. 'Genome-wide association study of response to methylphenidate in 187 children with attention-deficit/hyperactivity disorder', *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 5;147B(8):1412-8.
- Millichap J.G., Yee M.M., Davidson S.I. 2006. 'Serum ferritin in children with attention-deficit hyperactivity disorder', *Pediatr Neurol*, 34(3):200–203.
- Mol Debes, N. M. 2013. 'Co-morbid disorders in Tourette syndrome', *Behav Neurol*, 27: 7-14.
- Mukaddes N.M. 2015. 'Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar', *Nobel Tıp Kitapevleri*.
- Murray D.W. 2010. 'Treatment of Preschoolers with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder Curr', *Psychiatry Rep.*, 12:374–381 DOI 10.1007/s11920-010-0142-6.
- Nazar BP, Pinna CM, Coutinho G, et al.2008. 'Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders' *Rev Bras Psiquiatr.* ;30(4):384–389.

- Owens J. A., Maxim R., Nobile C., McGuinn M. & Msall M. 2000. 'Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder', *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 549–555.
- Owens J., Nobile C., McGuinn M., Spirito A. 2000. 'The Children's Sleep Habits Questionnaire', *Construction and validation of a sleep survey for school-aged children*. . *Sleep*, 23, 1043–51.
- Owens J.A. 2005. 'The ADHD and sleep conundrum: a review.', *J Dev Behav Pediatr*, 26(4):312–322.
- Pekcanlar Akay A., Ercan E. 2016. 'Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları', *Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları*.
- Pennington B.F., Ozonoff S. 1996. 'Executive functions and developmental psychopathology', *J Child Psychol Psychiatry*.
- Pliszka S.R. 1998. 'Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview', *Journal of Clinical Psychiatry* 59 (Suppl 7), 50–58.
- Polanczyk G., Rohde L.A. 2007. 'Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan', *Curr Opin Psychiatry*, 20:386–392.
- Polanczyk G., De Lima M.S., Horta B.L. 2007. 'The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis', *Am J Psychiatry*, 164:942–948.
- Power T.J., Costigan T.E., Eiraldi R.B., Leff S.S. 2004. 'Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: do subtype differences exist or not?' *J Abnorm Child Psychol*, 32:27–37.
- Ptacek R., Kuzelova H., Stefano G., Raboch J., Kream R., Goetz M. 2014. 'ADHD and growth: questions still unanswered', *Neuro Endocrinol Lett.*, 35(1):1–6.
- Ptacek R., Stefanol G.B., Weissenberger S., Akotia D., Raboch J. 2016. 'Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges', *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12 571–579.
- Quinn P., Wigal S. 2004. 'Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey', *MedGenMed.*, 6(2):2.
- Rucklidge J.J. 2010. 'Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder', *Psychiatr Clin North Am*, 33:357–373.
- Rasmussen P., Gillberg C. 2000. 'Natural Outcome of ADHD With Developmental Coordination Disorder at Age 22 Years', *A Controlled, Longitudinal, Community-Based Study J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(11):1424–31.

- Sadeh A., Gruber R. & Raviv A. 2002. 'Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children', *Child Development*, 73, 405–417.
- Savaşır I., Erol N. 1989. 'Yeme tutumu testi : anoreksiya nervoza belirtileri indeksi', *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 19-25.
- Schlotz W., Jones A., Philips D.I., Gale C.R., Robinson S.M., Godfrey K.M. 2010. 'Lower maternal folate status in early pregnancy is associated with childhood hyperactivity and peer problems in offspring', *J Child Psychol Psychiatry*. May, 51(5):594-602.
- Scahill L., D. G. Sukhodolsky S. K., Williams, and J. F. Leckman. 2005. 'Public health significance of tic disorders in children and adolescents', *Adv Neurol*, 96: 240-8.
- Sciberras E., Lycett K., Efron D., Mensah F., Gerner B., Hiscock H. 2014. 'Anxiety in children with ADHD', *Pediatrics*, 133(5):801-8.
- Scott H., Kollins, Rakesh Jain, Matthew Brams, Scott Segal, Robert L. Findling, Sharon B. Wigal, Moise Khayrallah Clonidine. 2011. 'Jun Extended-Release Tablets as Add-on Therapy to Psychostimulants in Children and Adolescents' *With ADHD Pediatrics*. 127(6):e1406-13.
- Seidman L.J. 2006. 'Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan', *Clin Psychol Rev*.
- Seitz J., Kahraman-Lanzerath B. , Legenbauer T., Sarrar L. , Herpertz S., Salbach H. , Konrad K. , Dahlmann B. 2013 May. 'The Role of Impulsivity, Inattention and Comorbid' *ADHD in Patients with Bulimia Nervosa PLoS One*, 20;8(5):e63891.
- Sexton C.C., Gelhorn H.L., Bell J.A., Classi P.M.. 2012. 'The Co-occurrence of Reading Disorder and ADHD: Epidemiology, Treatment, Psychosocial Impact, and Economic Burden', *Journal of Learning Disabilities*, 45(6) 538–564.
- Shaw M., Hodgkins P. , Caci H. , Young S., Kahle J. , Woods A.G., Arnold L. 2012. 'A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment', *BMC Medicine*, 10:99.
- Simonoff E., Pickles A., Charman T., Chandler S., Loucas T., Baird G. Aug 2008. 'Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8):921-9.
- Skounti M., Philalithis A. , Galanakis E. 2007. 'Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide', *Eur J Pediatr*, 166:117–123 DOI 10.1007/s00431-006-0299-5.
- Smith B. H., Barkley R. A., and Shapiro C. J. 2006. 'Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E.J.Mash and R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders*', New York: *The Guilford Press*.

- Souza I., Pinheiro M.A., Denardin D., Mattos P., Rohde L.A. 2004. 'Attention deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples', *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13:243-248.
- Souza I., Pinheiro M.A., Mattos P. 2005. 'Anxiety disorders in an attention deficit/hyperactivity disorder clinical sample', *Arq Neuropsiquiatr*, 63:407-409.
- Spencer T.J., Biederman J., Mick E. 2007. 'Attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology', *J Pediatr Psychol*, 32:631-642.
- Streissguth A. P., Bookstein F. L., Sampson, P. D. and Barr H. M. 1995. 'Attention: Prenatal alcohol and continuities of vigilance and attentional problems from 4 through 14 years. Development and psychopathology', 7, 419-446.
- Sukhodolsky D.G., L. Scahill, H. Zhang, B. S. Peterson, R. A. King, P. J. Lombroso, L. Katsovich, D. Findley and J. F. Leckman. 2003. 'Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment', *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42: 98-105.
- Surman C.B., Biederman J., Spencer T., Miller C.A., McDermott K.M., Faraone S.V. 2013. 'Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder', *A controlled study Atten Defic Hyperact Disord*. Sep;5(3):273-81.
- Şenol S. 2008. 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu', *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları*, 3, 293-311.
- Şenol S. 2008. 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu', *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı' Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları*, 3, 293-311.
- Vincent Moreau, Nancie Rouleau, Charles M. Morin Sleep. 'Attention and Executive Functioning in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity', *Disorder Archives of Clinical Neuropsychology*, 28 (2013) 692–699.
- Weis M., Weis G. 2002. 'Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry (3. ed)', *Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins*, 645-670.
- Weis M. and Weis G. 2002. 'Attention deficit hyperactivity disorder', *In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins*: 645-670.
- Willcutt E. G. & Pennington B. F. 2000. 'Psychiatric comorbidity in children and adolescent with reading disability'.
- Willcutt E.G., Doyle A.E., Nigg J., Faraone S.V., Pennington B.F. 2005. 'Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review', *Biol Psychiatry*.
- Willcutt E.G. 2012. 'The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review', *Neurotherapeutics*, 9:490–99.

- Wolraich M.L. et al. 2005. 'ADHD among adolescents', *A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. Pediatrics.*
- Yang R., Mao S., Zhang S., Li R., Zhao Z. 2013. 'Prevalence of obesity and overweight among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey in Zhejiang Province, China', *BMC Psychiatry*, 13(1):133–140.
- Young G.S., Maharaj N.J., Conquer J.A. 2004. 'Blood phospholipid fatty acid analysis of adults with and without ADHD', *Lipids. Feb.*, 39(2):117-23.
- Yüce M., Zoroğlu S., 2006, Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite, Uzmanlık Tezi
- Yürümez E., Kılıç B.G. 2016. 'Relationship Between Sleep Problems and Quality of Life in Children With ADHD', *Journal of Attention Disorders*, Vol. 20(1) 34–40.
- Zwaan M., Gruss B., Müller A., et al. 2011. 'Association between obesity and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in a German communitybased sample', *Obes Facts.*, 4(3):204–211.

## 9. EKLER

EK 1



**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



**Sayı : 1885**

**Tarih : 16.11.2015**

**Konu : Doç. Dr. Murat COŞKUN**

**Sayın Doç. Dr. Murat COŞKUN**  
**Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**

**İlgili : Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalının 27/10/2015 gün ve 337115 sayılı yazı**

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Gökçen GÜVEN' in yürüteceği 2015/1857 dosya numaralı "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerinde Komorbiditenin Araştırılması" başlıklı çalışma kurulumuzun 13/11/2015 tarih ve 19 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
**Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN**  
**İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar**  
**Etik Kurul Başkanı**

**Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu**

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

|                             |                  |                                                                                      |
|-----------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b> | ETİK KURULUN ADI | <b>İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ<br/>KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU</b>                   |
|                             | AÇIK ADRESİ:     | <b>İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET<br/>KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL</b> |
|                             | TELEFON          | <b>0 (212) 414 21 53</b>                                                             |
|                             | FAKS             | <b>0 (212) 414 21 53</b>                                                             |
|                             | E-POSTA          | <b>itfetikkurul@istanbul.edu.tr.</b>                                                 |

BAŞVURU BİLGİLERİ

|                                                     |                                                                                                          |                                          |                                               |                                          |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI                               | "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerinde Komorbiditenin Araştırılması"                   |                                          |                                               |                                          |
| ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU                             | ---                                                                                                      |                                          |                                               |                                          |
| KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI   | Doç. Dr. Murat COŞKUN                                                                                    |                                          |                                               |                                          |
| KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI   | Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                                                               |                                          |                                               |                                          |
| KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi<br>Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı |                                          |                                               |                                          |
| DESTEKLEYİCİ                                        | ---                                                                                                      |                                          |                                               |                                          |
| DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ                    | ---                                                                                                      |                                          |                                               |                                          |
| ARAŞTIRMANIN FAZİ                                   | FAZ 1                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                 |                                               |                                          |
|                                                     | FAZ 2                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                 |                                               |                                          |
|                                                     | FAZ 3                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                 |                                               |                                          |
|                                                     | FAZ 4                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                 |                                               |                                          |
| ARAŞTIRMANIN TÜRÜ                                   | Yeni Bir Endikasyon                                                                                      | <input type="checkbox"/>                 |                                               |                                          |
|                                                     | Yüksek Doz Araştırması                                                                                   | <input type="checkbox"/>                 |                                               |                                          |
|                                                     | Diğer ise belirtiniz :                                                                                   |                                          |                                               |                                          |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                       | TEK MERKEZ<br><input checked="" type="checkbox"/>                                                        | ÇOK MERKEZLİ<br><input type="checkbox"/> | ULUSAL<br><input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI<br><input type="checkbox"/> |

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

|                       |                                                                                               |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | <b>"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Alt Tiplerinde Komorbiditenin Araştırılması"</b> |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER       | Belge Adı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tarihi                              | Versiyon Numarası                                                                                                                                                                           | Dili                                                                                                         |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 26/10/2015                          |                                                                                                                                                                                             | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                             | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                | OLGU RAPOR FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |
|                                | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>            |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>            | Açıklama                                                                                                                                                                                    |                                                                                                              |
|                                | TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | SIGORTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | İLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | YILLIK BİLDİRİM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | SONUÇ RAPORU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | DİĞER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD |                                                                                                              |
| KARAR BİLGİLERİ                | Karar No:19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tarih: 13/11/2015                   |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |
|                                | İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında görevli <b>Doç. Dr. Murat COŞKUN' un</b> sorumluluğunda ve Dr. Gökçen GÜVEN' in yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. |                                     |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                              |

| İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU |                                   |                                                                                                      |                                       |                                       |                            |                                       |        |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--------|
| ÇALIŞMA ESASI                                           |                                   | 19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik |                                       |                                       |                            |                                       |        |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:                         |                                   | Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN                                                                            |                                       |                                       |                            |                                       |        |
| Unvanı/Adı/Soyadı                                       | Uzmanlık Alanı                    | Kurumu                                                                                               | Cinsiyet                              |                                       | Araştırma ile ilişki *     |                                       | İmza   |
| Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN                               | Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji | İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)                                                          | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |        |
| Prof. Dr. Berrin UMMAN                                  | Kardiyoloji                       | İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)                                                | E <input type="checkbox"/>            | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |        |
| Prof. Dr. Ahmet GÜL                                     | Romatoloji                        | İstanbul Tıp Fakültesi                                                                               | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |        |
| Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN                                 | Nöroloji                          | İstanbul Tıp Fakültesi                                                                               | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> |        |
| Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ                                   | Biyoistatistik                    | İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik                                                           | E <input type="checkbox"/>            | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | İZİNLI |

\* :Araştırma ile ilişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

Sayfa 2

EK 2

**SOSYODEMOGRAFİK FORM**

Tarih:

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Kardeş Sayısı:

Telefon :

ANNE ; Yaşı:

Tahsil: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite 5- Yüksek lisans/Doktora

Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest

Sağlık Durumu : 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık 3- Psikiyatrik Hastalık

BABA ; Yaşı:

Tahsil: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite 5- Yüksek lisans/Doktora

Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest

Sağlık Durumu : 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık 3- Psikiyatrik Hastalık

Akraba Evliliği 1- Var

2- Yok

Ayrılık ( var ise kaç yıldır ve çocuk kiminle kalıyor belirtiniz)

KARDEŞLER ( yaş, eğitim, sağlık durumu )

**GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER:**

Hamilelik Süreci: 1- Normal 2- Sorunlu (premature doğum, düşük doğum ağırlığı)

Gebelik süresince madde kullanımı (var ise hangi dönem): 1- yok 2- ilaç  
3- sigara

Doğum Şekli 1- Normal yol ile 2- Sezeryan ile

Küvöz Bakımı 1- Var 2- Yok

Gelişim : Yürüme: 1- 1yaş ve öncesinde 2- 1-2 yaş arasında 3- 2 yaşından sonra

Konuşma: Tek Kelimeler: 1-1yaş ve öncesinde 2-1-2 yaş arasında 3-2 yaşından sonra

Cümle Kurma: 1-1-2 yaş arası 2- 2-3 yaş arası 3- 3-4 yaş arası 4- 4 yaştan sonra

Sosyal Alan: 1- olağan 2- olağan dışı

Tuvalet Eğitimi: 1- Zamanında 2-Geç

Anne Sütü Süresi: 1- hiç emmeme 2- 3 aydan az 3- 6aydan az emme 4- 6-12 ay

5- 12-24 ay 6- 2-3 yıl 7- 3 yıldan fazla

Son 1 yıldaki okul başarısı: 1- takdir 2-teşekkür 3-orta 4- zayıf 5- çok zayıf

Özgeçmiş: Çocuğunuzun tanı konmuş tıbbi bir hastalığı var mıdır? Şimdi (Ş) veya Geçmişte ( G) olduğunu belirtiniz. (epilepsi, bilinç kaybına yol açan kafa travması, geniz eti operasyonu...vs.)

Soygeçmiş: Ailenizde ya da 1. Derece akrabalarınızda DEHB tanısı alan birey var mı ? Var ise kim?

!- yok      2- var

#### TANI VE TEDAVİ SÜRECİ

Çocuğunuza ilk kez DEHB tanısı kaç yaşında konuldu?

İlk başlanan tedavi ne idi? 1- MPH (Ritalin/Concerta)

2- Atomoksetin (Strattera)

3- Antipsikotik (Risperdal / Abilify)

Sizce çocuğunuz düzenli tedavi aldı mı? Almadı ise nedeni ?

Zeka Testi Adı:

Zeka Testi Sonucu:

Boy:

Ağırlık:

Beden Kitle Endeksi:

**Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve  
Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu  
Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)**

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children  
Kiddie-SADS-Lifetime Version (K-SADS-PL)

**Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N**

Türkçe Çevirisi:

**Gökler B, Unal F, Pehlivanurk B, Cengel Kultur E, Akdemir D, Taner Y**



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İstanbul Tıp Fakültesi  
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

## CDI KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Tarih...../...../.....

Yaşı:

Okulu:

Sınıfı : .....

Aşağıda sizinle ilgili bazı cümleler vardır. Harflerin yanında bulunan üç cümleden sizin için en uygun olanını son bir haftayı derlendiren seçiniz. Seçtiğiniz cümlelerin yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. <input type="checkbox"/> Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.<br/> <input type="checkbox"/> Kendimi sık sık üzgün hissedirim.<br/> <input type="checkbox"/> Kendimi her zaman üzgün hissedirim.</p> <p>B. <input type="checkbox"/> İşlerim hiç bir zaman yolunda gitmeyecek.<br/> <input type="checkbox"/> İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.<br/> <input type="checkbox"/> İşlerim yolunda gidecek.</p> <p>C. <input type="checkbox"/> İşlerimin çoğunu doğru yaparım.<br/> <input type="checkbox"/> İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.<br/> <input type="checkbox"/> Herşeyi yanlış yaparım.</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Bir çok şeyden hoşlanırım.<br/> <input type="checkbox"/> Bazı şeylerden hoşlanırım.<br/> <input type="checkbox"/> Hiç bir şeyden hoşlanmam.</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Her zaman kötü bir çocuğum.<br/> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman kötü bir çocuğum.<br/> <input type="checkbox"/> Arada sırada kötü bir çocuğum.</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Arada sırada başıma kötü bir şeylerin gelebileceğinden endişelenirim.<br/> <input type="checkbox"/> Sık sık başıma kötü şeylerin gelebileceğinden endişelenirim.<br/> <input type="checkbox"/> Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Kendimden nefret ederim.<br/> <input type="checkbox"/> Kendimi beğenmem.<br/> <input type="checkbox"/> Kendimi beğenirim.</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Bütün kötü şeyler benim hatam.<br/> <input type="checkbox"/> Kötü şeylerin bazıları benim hatam.<br/> <input type="checkbox"/> Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.<br/> <input type="checkbox"/> Kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama yapmam.<br/> <input type="checkbox"/> Kendimi öldürmeyi düşünmüyorum.</p> <p>J. <input type="checkbox"/> Hergün içimden ağlamak gelir.<br/> <input type="checkbox"/> Bir çok günler içimden ağlamak gelir.<br/> <input type="checkbox"/> Arada sırada içimden ağlamak gelir.</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Her şey her zaman beni sıkır.<br/> <input type="checkbox"/> Her şey sık sık beni sıkır.<br/> <input type="checkbox"/> Her şey arada sırada beni sıkır.</p> <p>L. <input type="checkbox"/> İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.<br/> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.<br/> <input type="checkbox"/> Hiç bir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Herhangi bir şey hakkında karar veremem.<br/> <input type="checkbox"/> Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.<br/> <input type="checkbox"/> Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.</p> <p>N. <input type="checkbox"/> Güzel-yakışıklı sayılırım.<br/> <input type="checkbox"/> Güzel-yakışıklı olmayan yanlarım var.<br/> <input type="checkbox"/> Çirkinim.</p> | <p>O. <input type="checkbox"/> Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.<br/> <input type="checkbox"/> Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.<br/> <input type="checkbox"/> Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.</p> <p>Ö. <input type="checkbox"/> Her gece uyumakta zorluk çekerim.<br/> <input type="checkbox"/> Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.<br/> <input type="checkbox"/> Oldukça iyi uyurum.</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Arada sırada kendimi yorgun hissedirim.<br/> <input type="checkbox"/> Bir çok gün kendimi yorgun hissedirim.<br/> <input type="checkbox"/> Her zaman kendimi yorgun hissedirim.</p> <p>R. <input type="checkbox"/> Hemen her gün canım yemek yemek istemez.<br/> <input type="checkbox"/> Çoğu gün canım yemek yemek istemez.<br/> <input type="checkbox"/> Oldukça iyi yemek yerim.</p> <p>S. <input type="checkbox"/> Ağrı ve sızılardan endişe etmem.<br/> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.<br/> <input type="checkbox"/> Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.</p> <p>T. <input type="checkbox"/> Kendimi yalnız hissetmem.<br/> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman kendimi yalnız hissedirim.<br/> <input type="checkbox"/> Her zaman kendimi yalnız hissedirim.</p> <p>U. <input type="checkbox"/> Okuldan hiç hoşlanmam.<br/> <input type="checkbox"/> Arada sırada okuldan hoşlanırım.<br/> <input type="checkbox"/> Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.</p> <p>Ü. <input type="checkbox"/> Bir çok arkadaşım var.<br/> <input type="checkbox"/> Bir kaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.<br/> <input type="checkbox"/> Hiç arkadaşım yok.</p> <p>V. <input type="checkbox"/> Okul başarımla iyi.<br/> <input type="checkbox"/> Okul başarımla eskisi kadar iyi değil.<br/> <input type="checkbox"/> Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.</p> <p>W. <input type="checkbox"/> Hiç bir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.<br/> <input type="checkbox"/> Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olabilirim.<br/> <input type="checkbox"/> Diğer çocuklar kadar iyiyim.</p> <p>Y. <input type="checkbox"/> Kimse beni sevmez.<br/> <input type="checkbox"/> Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.<br/> <input type="checkbox"/> Beni seven insanların olduğundan eminim.</p> <p>Z. <input type="checkbox"/> Bana söyleneni genellikle yaparım.<br/> <input type="checkbox"/> Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.<br/> <input type="checkbox"/> Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> İnsanlarla iyi geçinirim<br/> <input type="checkbox"/> İnsanlarla sık sık kavga ederim.<br/> <input type="checkbox"/> İnsanlarla her zaman kavga ederim</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

TOPLAM PUAN :

TANI :

NOT :

T. C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)**

SCARED ( Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

**ÇOCUK FORMU** (8 yaş ve büyük)

İsim Soyadı :

Yaş :

Cinsiyeti :

Eğitimi (Sınıfı) :

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olan seçeneği (“doğru değil ya da nadiren doğru”, ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da “çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin. Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

|    |                                                                                 | Doğru Değil<br>ya da<br>Nadiren<br>Doğru | Bazen<br>ya da<br>Kısmen Doğru | Çok Doğru<br>ya da<br>Çoğu Kez<br>Doğru |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| 1  | Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım                                        | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 2  | Okulda başım ağrır                                                              | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 3  | Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam                        | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 4  | Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım                                         | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 5  | Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım                | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 6  | Korktuğumda bayılacak gibi hissederim                                           | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 7  | Gerginim (huzursuzum)                                                           | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 8  | Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim                                      | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 9  | İnsanlar gergin (huzursuz) göründüğümü söyler                                   | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 10 | Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim. | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 11 | Okulda iken karnım ağrır                                                        | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 12 | Korktuğumda delireceğim gibi hissederim                                         | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 13 | Yalnız uyumaktan korkarım                                                       | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 14 | Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığımı beni endişelendirir (kaygılandırır).   | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 15 | Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim                      | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 16 | Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm                          | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 17 | Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).                            | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 18 | Korktuğumda kalbim hızlı çarpar                                                 | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 19 | Titremelerim olur                                                               | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |
| 20 | Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm                                   | ( )                                      | ( )                            | ( )                                     |

|    |                                                                                                                                                                                    | Doğru Değil<br>ya da<br>Nadiren Doğru | Bazen<br>ya da<br>Kısmen Doğru | Çok Doğru<br>ya da<br>Çogu Kez Doğru |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 21 | İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım                                                                                                      | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 22 | Korktuğumda çok terlerim                                                                                                                                                           | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 23 | Endişeli (kaygılı) biriyim                                                                                                                                                         | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 24 | Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.                                                                                                                                  | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 25 | Evde yalnız kalmaktan korkarım                                                                                                                                                     | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 26 | Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım                                                                                                                                 | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 27 | Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim                                                                                                                                       | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 28 | İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler                                                                                                                         | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 29 | Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam                                                                                                                                                 | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 30 | Sıkıntı ( ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım                                                                                                                            | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 31 | Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.                                                                                                                    | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 32 | Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.                                                                                                               | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 33 | Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim(kaygılanırım).                                                                                                                     | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 34 | Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.                                                                                                                                            | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 35 | İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).                                                                                                               | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 36 | Okula gitmekten korkarım.                                                                                                                                                          | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 37 | Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).                                                                                                                             | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 38 | Korktuğumda başım döner.                                                                                                                                                           | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 39 | Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum. | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 40 | Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.                                              | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |
| 41 | Çekingen (utangaç) biriyim.                                                                                                                                                        | ( )                                   | ( )                            | ( )                                  |

**ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)**  
**ANNE-BABA FORMU**

SCARED( Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

Çocuğun ad ve soyadı:

Yaş:

Tarih:

Dosya no:

Asağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve çocuğunuz için doğru olan seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru", ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin. Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak size en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler çocuğunuzu ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

|                                                                                            | 0<br>Doğru<br>Değil<br>Veya<br>Nadiren<br>Doğru | 1<br>Bazen<br>ya da<br>kısmen<br>doğru | 2<br>Çok<br>Doğru<br>ya da<br>çoğu kez<br>doğru |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Çocuğum korktuğunda nefes almakta zorlanır.                                             |                                                 |                                        |                                                 |
| 2. Çocuğumun okulda başı ağrır.                                                            |                                                 |                                        |                                                 |
| 3. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.                        |                                                 |                                        |                                                 |
| 4. Çocuğum ev dışında bir yerde uyuduğunda korkar.                                         |                                                 |                                        |                                                 |
| 5. Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe(kaygı) duyar.             |                                                 |                                        |                                                 |
| 6. Çocuğum korktuğunda bayılacak gibi hisseder.                                            |                                                 |                                        |                                                 |
| 7. Çocuğum gergindir (huzursuzdur).                                                        |                                                 |                                        |                                                 |
| 8. Çocuğum nereye gitsem (sanki gölgem gibi) beni izler.                                   |                                                 |                                        |                                                 |
| 9. İnsanlar çocuğuma gergin (huzursuz) göründüğünü söyler.                                 |                                                 |                                        |                                                 |
| 10. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken kendini gergin(huzursuz) hisseder.    |                                                 |                                        |                                                 |
| 11. Çocuğumun okulda karnı ağrır.                                                          |                                                 |                                        |                                                 |
| 12. Çocuğum korktuğunda delirecekmış gibi hisseder.                                        |                                                 |                                        |                                                 |
| 13. Çocuğum yalnız uyumaktan korkar.                                                       |                                                 |                                        |                                                 |
| 14. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir (kaygılanır).     |                                                 |                                        |                                                 |
| 15. Çocuğum korktuğunda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder.                    |                                                 |                                        |                                                 |
| 16. Çocuğum anne ve babasına kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.                          |                                                 |                                        |                                                 |
| 17. Çocuğum okula gitmek konusunda endişelenir (kaygılanır).                               |                                                 |                                        |                                                 |
| 18. Çocuğum korktuğunda kalbi hızlı çarpar.                                                |                                                 |                                        |                                                 |
| 19. Çocuğumda titremeler olur.                                                             |                                                 |                                        |                                                 |
| 20. Çocuğum kendisine kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.                                 |                                                 |                                        |                                                 |
| 21. Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyar. |                                                 |                                        |                                                 |
| 22. Çocuğum korktuğunda çok terler.                                                        |                                                 |                                        |                                                 |
| 23. Çocuğum endişeli (kaygılı) biridir.                                                    |                                                 |                                        |                                                 |
| 24. Çocuğumun hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkuları olur.                            |                                                 |                                        |                                                 |
| 25. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.                                                  |                                                 |                                        |                                                 |
| 26. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır.                               |                                                 |                                        |                                                 |
| 27. Çocuğum korktuğu zaman boğulacakmış gibi hisseder.                                     |                                                 |                                        |                                                 |
| 28. İnsanlar çocuğuma çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler.                   |                                                 |                                        |                                                 |
| 29. Çocuğum ailesinden uzak olmaktan hoşlanmaz.                                            |                                                 |                                        |                                                 |

|                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 30. Çocuğum sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğinden korkar.                                                                                                                                |  |  |  |
| 31. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar.                                                                                                                         |  |  |  |
| 32. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen(utangaç) olur.                                                                                                                     |  |  |  |
| 33. Çocuğum gelecekte neler olacağı konusunda endişelenir(kaygılanır).                                                                                                                           |  |  |  |
| 34. Çocuğum korktuğunda kusacakmış gibi hisseder                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 35. Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir(kaygılanır).                                                                                                                       |  |  |  |
| 36. Çocuğum okula gitmekten korkar.                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 37. Çocuğum olmuş bitmiş şeyler için endişelenir (kaygılanır).                                                                                                                                   |  |  |  |
| 38. Çocuğum korktuğunda başı döner.                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 39. Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendini izlerken bir şeyler yapması gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olur. |  |  |  |
| 40. Çocuğum bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin(huzursuz) olur.                                                     |  |  |  |
| 41. Çocuğum çekingen (utangaç) biridir.                                                                                                                                                          |  |  |  |

**ÇOCUK UYKU ALIŞKANLIKLARI ANKETİ**  
(Okulöncesi ve Okul çağı çocukları için)

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuyla ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap veriniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizi farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığınız en son haftayı düşünerek soruları yanıtlayınız.  
Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz.

Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: \_\_\_\_\_

|                                                                    | 3<br>Genellikle<br>(5-7) | 2<br>Bazen<br>(2-4)      | 1<br>Nadiren<br>(0-1)    |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Yatağa her gece aynı saatte gider*                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Yattıktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Kendi başına yatağında uykuya dalar*                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta durmak istemez vs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Karanlıkta uyumaktan korkar                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Yalnız başına uyumaktan korkar                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günlük genel uyku miktarı: \_\_\_\_\_ saat, \_\_\_\_\_ dakika  
(gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

|                                                                       | 3<br>Genellikle<br>(5-7) | 2<br>Bazen<br>(2-4)      | 1<br>Nadiren<br>(0-1)    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9) Çok az uyur                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Yeterli miktarda uyur*                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Her gün aynı miktarda uyur*                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Gece yatağını ıslatır                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Uykusunda konuşur                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Gece uykusunda yürür                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşlerinin vs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Uykuda dış gıcırdatır (diş hekimi de bunu size söylemiş olabilir) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                  |                          |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18) Yüksek sesle horlar                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burnundan horultuyla nefes alıp verir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, yada gezide)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) Gece uykudan bağırarak uyanır, terlemiştir, sakinleştirilemez                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyanır                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Gece Uykudan Uyanma

|                                     | 3<br>Genellikle<br>(5-7) | 2<br>Bazen<br>(2-4)      | 1<br>Nadiren<br>(0-1)    |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24) Uykuda bir kez uyanır           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25) Uykuda bir kereden fazla uyanır | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: \_\_\_\_\_

#### Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: \_\_\_\_\_

|                                                   | 3<br>Genellikle<br>(5-7) | 2<br>Bazen<br>(2-4)      | 1<br>Nadiren<br>(0-1)    |
|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26) Sabah kendiliğinden uyanır*                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27) Keyifsiz bir şekilde uyanır                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28) Çocuğu yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31) Sabahları yorgun görünür                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

|                              | 1<br>Uykusu gelmez       | 2<br>Çok uykusu gelir    | 3<br>Uyuyakalır          |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32) Televizyon seyrederken   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33) Arabada yolculuk ederken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                           |                 |        |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|
| Hastanın Adı, Soyadı:                                                     |                 | Tarih: |
| Hastanın Yaşı:                                                            | Değerlendirici: |        |
| Hastanın Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | Eğitim:         |        |
| Boy:                                                                      | Kilo:           |        |
| Baba Eğitim:                                                              | Baba Meslek:    |        |
| Anne Eğitim:                                                              | Anne Meslek:    |        |

### YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima                      d: Bazen  
b: Çok sık                    e: Nadiren  
c: Sık sık                    f: Hiçbir zaman

- |                                                                          | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aklım fikrim yemektedir.                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ailem fazla yememi bekler.                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Yemek yedikten sona kusarım.                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Günde birkaç kere tartılırım.                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Et yemekten hoşlanırım.                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sabahları erken uyanırım.                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                           | a                        | b                        | c                        | d                        | e                        | f                        |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Günlerce aynı yemeği yerim.                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Adetlerim düzenlidir.                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Lokantada yemek yemeyi severim.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Müshil kullanırım.                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Kabızlıktan yakınırım.                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Perhiz yaparım.                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



T. C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İstanbul Tıp Fakültesi  
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**DİKKAT EKSİKLİĞİ / AŞIRI HAREKETLİLİK  
BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME FORMU**

Adı Soyadı : .....

Tarih : ..... / ..... / 20.....

Yaşı : .....

**Aşağıda çocuğunuzun dikkat ve hareketliliği ile ilgili bazı tanımlamalar bulacaksınız. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Tarif edilen durum çocuğunuzda**

- ♦ *HİÇ YOK ise* ..... 0
- ♦ *BAZEN ya da HAFİF ise* ..... 1
- ♦ *ÇOĞUNLUKLA ise* ..... 2
- ♦ *HER ZAMAN ise* ..... 3

**olarak işaretleyiniz**

- |                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar .....                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerinde ya da oyun etkinliklerinde dikkati dağınık .                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür.....                                                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Çoğu zaman talimatları izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da çalışma alanındaki görevlerini tamamlayamaz .....                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker .....                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almada isteksizdir. ....                                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri (Örneğin: Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler) kaybeder ..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Çoğu zaman dikkati dış uyarılarla kolaylıkla dağınık .....                                                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır. ....                                                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur ....                                                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması gereken durumlarda oturduğu yerden kalkar .                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Çoğu zaman uygunsuz durumlarda koşturup durur ya da tırmanır .....                                                                                                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Çoğu zaman sakin bir biçimde oynayamaz ya da boş zamanları geçirme etkinliklerine katılamaz .....                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Çoğu zaman hareket halindedir ve sanki bir motor tarafından sürülüyormuş gibidir .....                                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Çoğu zaman çok konuşur .....                                                                                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Çoğu zaman soruları soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır .....                                                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Çoğu zaman sırasını bekleme gücü vardır .....                                                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. Örneğin: Konuşmalara ya da oyunlara müdahale eder .....                                           | 0 | 1 | 2 | 3 |

## **DR. GÖKÇEN GÜVEN ÖZGEÇMİŞİ**

Adı-Soyadı: Gökçen GÜVEN

Doğum Tarihi: 30.05.1984

Adres: İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Esnaf Hastanesi Ek hizmet binası, Beyazıt, Fatih, İstanbul.

E-mail: dr.gokcenguven@gmail.com

### **İş Geçmişi:**

Ocak 2009 – Temmuz 2013 Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 112 İl Ambulans Servisi

Ağustos 2011 – Mayıs 2013 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

03.06.2013’den itibaren İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Katıldığı Ulusal Kongreler ve Toplantılar**

- VII. Prof. Dr. Atalay Yörükoğlu Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları Çalıştayı, 27 Ocak 2012, Hacettepe Tıp Fakültesi, Ankara
- Mualla Öztürk Anısına XXV. Sempozyum, 20-22 Şubat 2012, Ankara Tıp Fakültesi, Ankara
- 22. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 24-27 Nisan 2012, Bolu
- 24. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi 9-12 Nisan 2014, Konya
- 25. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 1-4 Nisan 2015, İstanbul
- 26. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi 13-16 Nisan 2016, İzmir
- 1. Selahattin Şenol Bahar Okulu, Metodoloji Kongresi, Mart 2015, Antalya

### **Katıldığı Kurslar**

- Prof. Dr. Bahar Gökler, Haftalık Ergen Süpervizyonları, 2011 Eylül- 2012 Ocak, Ankara,
- Psikofarmakoloji Derneği Psikoz Çalışma Grubu, Belirtiden Teşhis ve Değerlendirmeye Psikoz, 28 Aralık 2013, İstanbul,
- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, anestezi EKT uygulama ve eğitim merkezi, Elektro konvülsif tedavi eğitim ve uygulaması. Mayıs 2014, İstanbul,
- Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapiler Eğitimi, POEM, Doç. Dr. Vahdet Görmez, Eylül 2015 – Temmuz 2016, 16 Oturum,
- Psikodinamik Kuramlar Kursu, Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, Psikoterapi Komisyonu, 10 Ocak 2015 – 3 Nisan 2016,
- Kiddie-Sads kursu (Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- şimdi ve yaşam boyu versiyonu örneğinde yapılandırılmış görüşme teknikleri) tanısallık değerlendirme kursu (eğitmen: Doç. Dr. Ebru Çengel Kültür), 26. Ulusal kongre kapsamında, Nisan 2016 İzmir,

#### **Klinik içi Sunumlar**

- Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tedavisi,
- Erken Başlangıçlı Şizofreni, Vaka Sunumu,
- DEHB’de Yürütücü İşlevler ve Nöropsikolojik Testler,
- Nörogelişimsel Bozukluklarda DSM Değişiklikleri,
- İnternet Ruh Sağlığına yararlı mıdır, zararlı mıdır? – İkili münazara.

#### **Poster Sunumları ve Sözel Bildiriler**

- Suisid Girişimi olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik değerlendirme ve prognozu belirleyen faktörlerin araştırılması, G 1. Selahattin Şenol Metodoloji Kongresi, Mart 2015, Antalya, Araştırma projesi sunumu,
- Bipolar Bozukluk Tanılı anne ve babaların çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişimi açısından olası risk faktörlerinin araştırılması; uzunlamasına bir izlem çalışması, Koçtaş Ş, **Güven G**, Çakır S, , 25. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, Nisan,2015, İstanbul, Sözel Bildiri,
- Suisid Girişimi Olan Ergenlerde Psikiyatrik Değerlendirme ve Risk Faktörlerinin Araştırılması, **Güven G**, Mutluer T, Kılıçarslan A, Alyanak A, 25. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, Nisan,2015, İstanbul, Sözel Bildiri,

- Comparison of Adolescent with Depression and Anxiety Disorders; Psychiatric Symtoms, Self Esteem, Parental Attitues and Identity Development, Aghazade S, Erden S, Uzun Ö, Taşkiran C, **Güven G**, Akdemir D, Çuhadaroğlu Çetin F, 2012 17. Ergen Günleri, 2012, Samsun,
- Tek Yumurta İkizlerinde Paylaşılmış Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tourette Bozukluğu ; Bir Olgu Sunumu, **Güven G**, Coşkun M, 26. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi 13-16 Nisan 2016, İzmir, Poster Sunumu,
- Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanısı Konulan Çocuk ve Ailelerinin Tedaviye Uyumunun Değerlendirilmesi, Çalışkan E, Nalbant K, **Güven G**, Erden S, Aslan C, Ünal F, 22. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 24-27.04.2012, Bolu.

