

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Işık GÖRKER

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU VE KARŞIT OLMA KARŞI GELME
BOZUKLUĞU EŞTANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE
İRRİTABİLİTE DÜZEYİ İLE DUYGUSAL-
DAVRANIŞSAL PROBLEMLER VE İŞLEVSELLİK
DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Rana COŞKUN

EDİRNE-2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, değerli katkılarıyla bu tezin oluşmasında büyük emeği olan tez danışmanım, saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. Işık GÖRKER'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Eğitimim süresince desteğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Leyla BOZATLI'ya, bilgi ve tecrübelerini koşulsuzca paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Hasan Cem AYKUTLU'ya, her zaman yanımda olan ve birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum roket takımım Dr. Sezin AYSAN ve Dr. Lara Naz KULAKSIZ'a, içten ve samimi arkadaşlığıyla keyifle çalıştığım Selen CANSEVER'e, sevgisi, anlayışı ve desteğiyle en büyük gücüm olan eşim Ahmet COŞKUN'a, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve hayatım boyunca her konuda yanımda olan, sevgileri ve desteğiyle beni daima güçlendiren canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

SİMGE VE KISALTMALAR.....	4
GİRİŞ VE AMAÇ	5
GENEL BİLGİLER	7
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	7
KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU.....	19
GEREÇ ve YÖNTEM	34
BULGULAR	40
TARTIŞMA	59
SONUÇLAR.....	72
ÖZET.....	74
SUMMARY	76
KAYNAKLAR.....	78
EKLER	94

SİMGE VE KISALTMALAR

CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Form

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Baskın Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-B: Bileşik Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB-H: Hiperaktivite Baskın Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic Statistical Manual (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

ICD: International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu

GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), çocukluk ve ergenlik döneminde sıkça karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. DEHB, dikkat süresinde azalma, dürtü kontrolünde güçlük ve hiperaktivite belirtileriyle tanımlanırken; KOKGB, otorite figürlerine karşı olumsuz tutum, karşı gelme davranışları ve saldırganlık ile kendini göstermektedir (1). DEHB ile birlikte psikiyatrik eştanı oldukça sık görülmektedir. KOKGB için %40-80 oranında DEHB'ye eşlik ettiği bildirilmektedir (2). Bu iki bozukluğun eştanısı bireyin akademik, sosyal ve duygusal yaşamını ciddi oranda etkilemektedir (3).

Bu bozukluklarla ilişkili en önemli klinik özelliklerden biri irritabilitedir. İritabilite; bireyin düşük hayal kırıklığı toleransı, çevresel stres faktörlerine aşırı duyarlılık ve öfke patlamaları gibi belirtilerle tanımlanır (4). DEHB ve KOKGB tanısı alan bireylerde irritabilitenin, duygusal-davranışsal sorunların ve işlevsellik düzeyinin belirlenmesinde kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir (5).

Bu çalışmada, DEHB ve KOKGB eştanısı olan çocuk ve ergenlerde irritabilite düzeyinin duygusal-davranışsal problemler ve işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu hipotez edilmektedir. İritabilite düzeyi yüksek olan bireylerde, duygusal ve davranışsal problemlerin daha şiddetli olduğu ve irritabilite ile öfke, kaygı ve depresif semptomlar gibi duygusal problemler arasında pozitif bir ilişki bulunduğu öngörülmektedir. Ayrıca, irritabilite düzeyi yüksek bireylerin sosyal uyum sorunları ve saldırganlık gibi davranışsal problemler yaşama olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (6). Çalışmamızda, irritabilitenin bireylerin genel işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisinin de anlamlı olduğu hipotez edilmektedir. İritabilite düzeyinin artışıyla, bireylerin aile içi, sosyal,

akademik ve günlük yaşam işlevselliklerinin olumsuz yönde etkileneceği ve genel işlevsellik düzeyinin düşeceği öngörülmektedir. Bunun yanı sıra, iritabilite düzeyinin cinsiyet, yaş, tanı süresi ve semptom şiddeti gibi demografik ve klinik değişkenlere göre farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. DEHB ve KOKGB'nin birlikte görüldüğü bireylerde, yalnızca DEHB ya da yalnızca KOKGB tanısı alan bireylere kıyasla iritabilite düzeyinin daha yüksek olduğu ve buna bağlı duygusal-davranışsal sorunların daha fazla yaşandığı varsayılmaktadır. DEHB'ye eşlik eden KOKGB'nin, iritabilite düzeyini ve işlevsellik kaybını, yalnızca DEHB varlığından daha fazla artıracığı öngörülmektedir (7, 8).



GENEL BİLGİLER

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, ana semptomları dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik olan, sık rastlanan çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarından biridir. DSM-5'te nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Dikkatsizlik; herhangi bir algı problemi olmadığı halde konsantrasyonu sürdürmede güçlük çekilmesi, dağınık ve unutkan olma hali ile giderken, hiperaktivite ve dürtüsellik ise ortama uygun olmayan fazlalıktaki motor hareket, kıpır kıpır olma, çok konuşma, sıklıkla söz kesme, sırasını beklemede güçlük veya yapılan eylemin sonucunu düşünmeden harekete geçme olarak tanımlanabilir (9). DEHB'nin klinik özellikleri değerlendirilerek üç alt tip tanımlanmıştır: dikkat eksikliği baskın görünüm (DEHB-DE), hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm (DEHB-H) ve hiperaktivite ve dikkat eksikliğinin birlikte olduğu bileşik görünüm (DEHB-B) (1, 10). Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu görünümde, odaklanmayı sürdürememe baskındır. Çocuğun dikkatini toplayamaması, düzen ve organizasyon becerileri, unutkanlık ve dikkatinin çabuk dağılması aile ve öğretmenlerin temel şikayetleridir. Hiperaktivite ve dürtüsellüğün baskın olduğu görünümde; bu semptomların yoğunluğu ve kontrolsüz bir şekilde aşırı hareket ve düşünmeden acele eylemler yoğunluktadır. Bu tipte görülen şikayetler; yerinde duramama, sınıf ya da bulunduğu ortamda düzen bozucu hareketler, sabırsız ve aceleci davranma, konuşma ve farklı aktiviteler sırasında bekleyememe şeklindedir. Son olarak bileşik görünümde ise, diğer iki alt tipe ait semptomlar birlikte görülmektedir. En sık görülen DE-DEHB, sonrasında ise B-DEHB ve bunu H-DEHB'nin izlediği bildirilmiştir.(1, 10)

Tanımlama süreci ve kavramsallaşması 18. yüzyıla kadar uzanmaktadır (11). “Dikkat eksikliği” kavramı ilk kez 1775 yılında Alman hekim Melchior Adam Weikard tarafından kullanılmıştır (12). Sir Alexander Crichton’un 1798 yılında, yazdığı eserinde dikkat dağınıklığının her zaman patolojik bir durum olmayabileceğini belirtmiş ve anormal dikkatsizliği, herhangi bir nesneye gerekli düzeyde sabit bir dikkat gösterememe şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca, bazı vakalarında “deliliğin sınırına varacak derecede öfke uyandıran” bir tür dürtüsellik gözlemlediğini ifade etmiştir; ancak hiperaktiviteye dair herhangi bir belirtiden söz etmemiştir (13).

Alman doktor Heinrich Hoffmann’ın 1845 yılında, çocuklara yönelik yazdığı Struwwelpeter isimli kitabında, Fidgety Phil adlı karakter aracılığıyla huzursuz, dikkatsiz ve hiperaktif davranışlar sergileyen bir çocuktan bahsetmiştir. Bu anlatım, Hoffmann’ın DEHB’nin alt türleri arasındaki farklılığı erken dönemde fark etmiş olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır (13, 14).

Sir George Frederic Still’in 1902 yılındaki Goulstonian dersleri, birçok araştırmacı tarafından “DEHB tarihinin bilimsel başlangıç noktası” olarak değerlendirilmiştir. Still, bu derslerde ahlaki kontrol kusuru olarak adlandırdığı, belirgin dikkat ve davranış sorunları sergileyen, aşırı hareketli, otoriteye karşı koyan, disipline uyum sağlamakta zorlanan ve duygu düzenleme güçlükleri yaşayan vakalara yer vermiştir (13). 1908’de Tredgold ve bazı diğer araştırmacılar, erken yaşta ortaya çıkan beyin hasarı ile buna bağlı gelişen davranışsal sorunlar veya öğrenme güçlükleri arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmıştır. Bu durumu yaşayan çocukların bazıları DEHB’nin karakteristik belirtilerine sahip olsa da, büyük bir kısmı günümüzde tanımlanan DEHB tanı kriterlerini tam olarak karşılamamaktadır. Ancak, bu bulgular DEHB kavramının bilimsel temellerinin şekillenmesine ve zamanla gelişmesine önemli bir katkı sağlamıştır (13, 15). Charles Bradley 1937’de, çeşitli davranış bozuklukları olan çocuklarda uyarıcı ilaçların olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir. Bradley, pnömoensefalogram yaptığı hastalarda, işlem sonrası meydana gelen baş ağrısı şikayetini iyileştirmek için uyarıcı ilaç kullandığında, uyarıcı ilaçların çocukların davranışlarında ve okul performanslarında çarpıcı bir iyileşmeye neden olduğunu rastlantısal olarak keşfetmiştir. 1930’larda ve 1940’larda yapılan daha ileri araştırmalarda beyin hasarı ile sapkın davranış arasında nedensel bir bağlantı saptanmış ve bu durum “minimal beyin hasarı” olarak tanımlanmıştır (13).

Zamanla, DEHB’de yapısal bozukluktan ziyade fonksiyonel bozulmanın daha belirleyici olduğu görüşü öne çıkmış ve bu doğrultuda “minimal beyin hasarı” teriminin

“minimal beyin disfonksiyonu” olarak değiştirilmesi önerilmiştir. Hiperaktivite kavramı, 1968 yılında Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-I)'de “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” adıyla yer almıştır. 1980 yılında DSM-III'ün yayımlanmasıyla Amerikan Psikiyatri Birliği, bu bozukluğu “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” (hiperaktivite ile birlikte veya hiperaktivite olmadan) şeklinde yeniden adlandırmıştır. 1987'de yayımlanan DSM-III'ün revize edilmiş formunda (DSM-III-R) ise, bozukluk günümüzde de kullanılan “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” adıyla tanımlanmış ve dikkatsizlik, dürtüsellik ile hiperaktivite belirtileri tek bir semptom listesi altında birleştirilmiştir (13, 16). DSM-IV'de ise belirtilerin türü ve şiddetine göre DEHB'nin 3 alt tipi tanımlanmıştır. Ek olarak DEHB semptomlarının 7 yaşından önce başlamış olması ve mevcut DEHB semptomlarının birden fazla ortamda önemli bozulmaya yol açması kriterleri eklenmiştir. Ayrıca yaygın gelişimsel bozukluk veya psikotik bozukluk kriterlerinin karşılanması ise DEHB dışlama kriteri olarak belirtilmiştir (17). DSM-IV'ten DSM-V'e geçiş sürecinde, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanı kriterlerinde önemli revizyonlar yapılmıştır. Belirtilerin başlangıç yaşı kriteri 12 yaşa yükseltilmiş, otizm spektrum bozukluğunun DEHB ile sık eştanı alması nedeniyle artık dışlama kriteri olarak kabul edilmemiştir. DEHB'nin alt tip kavramı, “görünüm” olarak yeniden adlandırılmış, ayrıca bozukluğun yaşam boyu devam eden yapısı, yetişkin formu ve doğasına ilişkin açıklamalar eklenmiştir. Bununla birlikte, 17 yaş ve üzeri bireyler için tanı kriterleri esnetilmiş ve tanı konulabilmesi için en az 5/9 dikkatsizlik veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtisinin bulunması yeterli görülmüştür. Ayrıca, önceki kriterlerde yer alan “iki veya daha fazla ortamda işlevsellikte bozulma” koşulu yerine, iki ya da daha fazla ortamda en az birkaç semptomun varlığı gerekli olarak belirlenmiştir (17).

Epidemiyoloji

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yaşam boyu devam eden bir bozukluktur. Prevalansı yaş ilerledikçe azalma eğiliminde olsa da, çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin yaklaşık %60'ı yetişkinlikte de tanı kriterlerini karşılamaya devam etmektedir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda, DEHB'nin çocuklar ve ergenler arasındaki prevalansı yaklaşık %5 olarak belirlenerek en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir (18). Türkiye'de yapılmış bir araştırmada okul öncesi DEHB oranı %7,8 bulunmuş olup, başka bir çalışmada ise ilköğretim dönemi çocuklarında bu sıklık %8,6 olarak gösterilmiştir (19). Ülkemizde yapılan 4 yıllık boylamsal bir çalışmada DEHB'nin prevalansının %3-12 arasında değiştiği gösterilmiştir. Bu oran ile dünya çapında yapılan meta-analizler karşılaştırıldığında, Türkiye'deki DEHB prevalansı, dünyadakine oranla daha

yüksek saptanmıştır.(20) Farklı çalışmalardaki bu farklı değerlerin DEHB tanı koyma kriterlerinin ve çalışmaların metodolojik farklılığı kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (21).Danimarka’da 16 yıl süren sağlık kayıt verilerine dayanarak yapılan bir çalışmada, DEHB görülme sıklığının 12 kat arttığı görülmüştür. Ayrıca çocuklarda DEHB erkek/kız oranlarına bakıldığında, okul çağı çocuklarında 7,5:1’den 3:1’e, ergenlerde ise bu oranın 8,1:1’den 1,6:1’e düştüğü gösterilmiştir (22, 23).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, DEHB’nin yalnızca erkeklere özgü bir bozukluk olmadığına işaret etse de, klinik başvuruların büyük bir kısmının erkeklerden oluştuğu gözlemlenmiştir. Erkeklerin, DEHB tanısı alma oranı kızlara kıyasla 2:1 ile 9:1 arasında değişmektedir (24). DEHB’nin tüm alt görünümüleri erkeklerde daha sık görülmekte olup, kız çocuklarında en yaygın alt görünüm dikkat eksikliği baskın görünüm olarak belirlenmiştir (25). Çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin %60-80’inde ergenlik döneminde, %40-60’ında ise yetişkinlikte DEHB belirtilerinin devam ettiği tespit edilmiştir (9).

Etiyoloji

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi, yapılan çok sayıda çalışmaya rağmen tam olarak aydınlatılamamıştır. Çocukluk çağına başlayan nörogelişimsel bozukluklar ve psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda birlikte görülmesi, DEHB’nin öncelikle genetik faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (26). İkizler üzerinde yapılan uzunlamasına bir çalışma, çocukluktan ergenliğe geçiş sürecinde, DEHB’nin temel belirtileri olan dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivitenin genetik etkisinin oldukça güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde nöropsikolojik ve psikososyal bozukluk riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Genetik faktörlerin yanı sıra, kalıtsal olmayan doğum öncesi ve perinatal faktörler, gıda katkı maddeleri, diyet, kurşun maruziyeti, sigara ve alkol kullanımı, hamilelik sırasında annenin sigara içmesi ve düşük doğum ağırlığı gibi çeşitli biyolojik ve çevresel faktörlerin de DEHB için risk oluşturabileceği öne sürülmektedir (26, 27).

Genetik faktörler: Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları, DEHB tanısı alan bireylerin ailelerinde bu bozukluğun daha yüksek oranlarda görüldüğünü ortaya koymaktadır. Yapılan araştırmalar, DEHB tanısı konan çocukların kardeşlerinde bu bozukluğun görülme riskinin kontrol grubuna kıyasla dokuz kat daha fazla olduğunu göstermiştir (28). Yapılan bir çalışma, kalıtılabilirliğin DEHB’nin dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik bileşenleri için benzer oranlarda olduğunu göstermiştir (29). DEHB’de bildirilen %74’lük yüksek kalıtılabilirlik

oranları, gen çalışmalarına öncülük etmiş olup literatürde DEHB ile ilişkili genom çalışmalarının gittikçe arttığı görülmektedir (30).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili genom çapında anlamlı lokusları inceleyen geniş bir metaanalizde, 55.374 kişinin verileri değerlendirilmiş ve DEHB ile bağlantılı 12 bağımsız önemli lokus tespit edilmiştir. Bu meta-analiz sonuçları, DEHB'nin çok sayıda genin etkileşimiyle ortaya çıkan poligenetik bir yapıya sahip olduğunu desteklemektedir (31). Dopamin reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcı gen (DAT1), DEHB ile en fazla ilişkilendirilen ve en çok araştırılan genetik lokusların başında gelmektedir (34). Yapılan çalışmalarda DRD5, 5HTT (serotonin taşıyıcı gen), HTR1B (serotonin 1B reseptör geni) ve SNAP25 (sinaptosomal ilişkili protein 25) dahil olmak üzere birçok aday gen için de önemli ilişkiler belirlenmiştir (32). Ancak, bu genetik lokusların etki büyüklükleri klinik olarak anlamlı olamayacak kadar küçük olup, mevcut araştırmalar hangi genlerin DEHB ile doğrudan ilişkili olduğunu kesin olarak ortaya koyamamaktadır (33).

Çevresel faktörler: DEHB'nin etiyolojisinde genetik yatkınlık belirleyici bir rol oynasa da, çevresel faktörlerin de önemli etkileri olduğu bilinmektedir. DEHB'nin gelişiminde, prenatal dönemde maruz kalınan olumsuz koşullar önemli bir yer tutar. Hamilelik sırasında annenin sigara içmesi, alkol veya madde kullanımı, yetersiz beslenme ve stres, genç anne yaşı ,yüksek gebelik paritesi, hipoksi, fetüs beyinde yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açarak DEHB semptomlarının ortaya çıkma riskini artırabilir (34). Ayrıca, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum gibi faktörlerin de DEHB riskini yükselttiği gözlemlenmiştir (35).

Erken çocukluk döneminde beyin gelişimi çok hassastır ve bu dönemde maruz kalınan çevresel etmenler DEHB semptomlarını tetikleyebilir (33). Omega-3 yağ asitleri, demir, çinko ve magnezyum gibi nörogelişim için kritik besin öğelerinin eksikliğinin, DEHB ile ilişkili bilişsel ve davranışsal bozuklukların gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmektedir. Yapılan araştırmalar, bu besin takviyelerinin DEHB semptomlarında azalma sağlayabildiğini göstermektedir (36). Nikotin, kurşun gibi çevresel toksinlerin, erken yaşam döneminde nörogelişim sürecine zarar vererek dikkat ve özdenetim problemlerine yol açabileceği öne sürülmektedir. Bu olumsuz etkileri destekleyen bilimsel kanıtlar bulunmasına rağmen, bu faktörlerin DEHB'nin etiyolojisindeki rolünü netleştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (33).

Aile içi sıkıntılar, ebeveyn psikopatolojisi, düşük gelire sahip olma, ebeveyn-çocuk arasında çatışma ve düşmanlık, otoriter veya tutarsız ebeveyn yaklaşımları ,erken yaşta bakım verenden ayrı düşme ile şiddetli yoksunluk gibi faktörler DEHB etiyolojisinde çalışılan

psikososyal faktörlerdir. Çalışmalar sonucunda bu gibi psikososyal faktörler ile DEHB arasında kesin bir nedensel ilişki gösterilemese de, bu faktörlerin davranış problemleri gibi ikincil olumsuz sonuçlara yol açarak DEHB'nin görünümünü ve seyrini etkilediği gösterilmiştir (37, 38).

Nörobiyolojik, nöroanatomik ve nörokimyasal faktörler: DEHB, nörogelişimsel bir bozukluk olarak kabul edilmekte olup, yapılan çok sayıda araştırma DEHB'li bireylerin beyin yapısı ve işlevselliğinde belirgin farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır (38). DEHB, uyarılma düzeyi, yürütücü işlevler, davranışsal engelleme, motivasyon, set değiştirme ve çalışma belleği gibi bilişsel süreçlerdeki yetersizliklerle ilişkilendirilmektedir (39). Çalışmalar, DEHB'li bireylerin yürütücü işlevlerinde, özellikle çalışma belleği, davranışsal engellenme, planlama ve organizasyon gibi alanlarda eksiklikler yaşadıklarını ortaya koymaktadır (40, 41). Bununla birlikte, yürütücü işlev bozukluklarının bireyden bireye farklılık gösterdiği ve bazı DEHB'li bireylerde belirgin yürütücü işlev bozuklukları gözlenirken, bazılarında yalnızca belirli alanların etkilendiği veya hiç bozulma görülmediği bilinmektedir (42, 43). Ayrıca, yürütücü işlev bozuklukları yalnızca DEHB'ye özgü olmayıp, anksiyete, depresyon ve KOKGB gibi diğer psikiyatrik durumlarda da görülebilmektedir (44, 45).

Bilişsel süreçler açısından DEHB'li bireyler, değişen çevre koşullarına uyum sağlamakta ve psikolojik durumlarını düzenlemekte zorlanabilirler. Bu durum, günlük yaşamda ve uzun süreli görevlerde semptomların daha belirgin hale gelmesine yol açabilir (46). Ayrıca, pekiştireçlere verilen tepkilerde bireysel farklılıklar gözlemlenmiştir. Bazı bireyler ödül beklentisini yönetmekte güçlük çekerken, bazıları ödüllerin gecikmesine karşı belirgin bir isteksizlik gösterebilir. Bu bulgular, DEHB'li bireylerde motivasyonel ve bilişsel işlevlerdeki çeşitliliği desteklemektedir (47-49).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisine dair yapılan araştırmalarda, beyaz ve gri cevher hacminde veya işlevselliğinde azalma olduğu gösterilmiştir. Özellikle prefrontal korteks, kaudat ve serebellum bölgelerinin bu bozuklukta kritik bir rol oynadığı belirlenmiştir (50, 51). DEHB'li bireylerde, medial prefrontal korteks ve superior prefrontal korteks belirgin olmak üzere kortikal kalınlıkta azalma ve dorsolateral prefrontal korteks yoğunluğunda düşüş bildirilmiştir (52, 53). Son yıllarda yapılan çalışmalar, DEHB'li bireylerde kortikal volümün azaldığına dair kanıtlar sunmaktadır (54). MRI çalışmaları, frontal lob boyutundaki azalma ile DEHB'de gözlenen beyin hacmindeki küçülmenin %48 oranında ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, prefrontal korteksin, sağlıklı kontrollere ve DEHB tanısı olmayan kardeşlere kıyasla, DEHB'li çocuklarda belirgin

ölçüde daha küçük olduğu gösterilmiştir (55). 6-17 yaş arasındaki DEHB'li bireylerle yapılan fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları, serebral korteksin olgunlaşmasında gecikmeler olduğunu ve bu yaş grubunda varsayılan mod ağı (default mode network- DMN) nöromatürasyonunda gecikme ile birlikte DMN bağlantılarında azalma görüldüğünü ortaya koymuştur. DMN'nin temel işlevi, iç gözlem yapmak ve uyarandan bağımsız düşünceler geliştirmek olarak tanımlanmakta olup, DEHB'de dikkat kaynaklarının düzenlenmesindeki bozulma nedeniyle dikkat dağınıklığına yatkınlık artabilir (56). DEHB'li bireylerde belirli beyin alanlarının etkilenmesi, spesifik semptomlarla ilişkilendirilmiştir. Dorsolateral prefrontal korteks dikkat eksikliği ve dikkati sürdürme, dorsal anterior singulat korteks seçici dikkatte değişiklikler ve görevlere odaklanmada güçlük, orbitofrontal korteks dürtüsel belirtiler, suplemer motor alan ise motor/hiperaktif belirtiler ile bağlantılıdır (57). Elektroensefalografi çalışmaları, DEHB'li bireylerde özellikle frontal bölgede artmış teta aktivitesinin bulunduğunu ortaya koymuştur. DEHB bileşik tip tanısı alan bireylerde ise elektroensefalogram kayıtlarında anlamlı beta aktivitesi artışı gözlemlenmiştir (58). İlk elektroensefalogram çalışmalarında DEHB ile artan θ ve artan θ/β oranının düşük uyarılma veya nörolojik olgunlaşmamışlık ile bağlantılı olduğu öne sürülmüş, ancak geniş ölçekli çalışmalar bu bulguları doğrulamamıştır (59-61).

Tanı ve Klinik Görünüm

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, belirtilerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, bireyin işlevsellik düzeyindeki bozulmaların göz önünde bulundurulması ve detaylı bir aile, gebelik ve gelişim öyküsünün alınmasıyla konulan klinik bir tanıdır (62). DSM-5 sınıflandırmasına göre nörogelişimsel bozukluklar kategorisinde yer alan DEHB, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki temel belirti kümesi ile tanımlanmaktadır. Her belirti kümesi dokuz maddeden oluşmakta olup, tanı koyulabilmesi için bu kümelerden en az birinde altı veya daha fazla belirtinin bulunması gerekmektedir (63).DSM-5'e göre DEHB tanı kriterleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. DSM-5 sınıflandırmasına göre DEHB tanı kriterleri (63)

A. Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik/dürtüsellik örüntüsü: 1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan, toplumsal ve okul/iş ile ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki en az altı belirti, en az altı aydır devam etmektedir. Belirtiler yalnızca karşıt olma/karşıt gelmenin, düşmanca bir tutumun ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. 17 yaş ve sonrasında en az beş belirti gereklidir. a) Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında/işte/etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar. b) Çoğu kez iş yaparken veya oyun esnasında dikkatini sürdürmekte güçlük çeker. c) Çoğu kez doğrudan kendisine doğru konuşulurken dinlemiyormuş gibi görünür. d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez, okul görevlerini, sıradan günlük işleri ve sorumlulukları tamamlayamaz. e) Çoğu kez işleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker. f) Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez/bu tür işlere girmek istemez. g) Çoğu kez iş/etkinlik için gerekli nesneleri kaybeder. h) Çoğu kez dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır. i) Çoğu kez günlük etkinliklerde unutkanlıktır. 2) Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan, toplumsal ve okul/iş ile ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki en az altı belirti en az altı aydır devam etmektedir. Belirtiler yalnızca karşıt olma/karşıt gelmenin, düşmanca bir tutumun ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. 17 yaş ve sonrasında en az beş belirti gereklidir. a) Çoğu kez kıpırdanır ya da ellerini ayaklarını vurur veya oturduğu yerde kıvrınır. b) Çoğu kez oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar. c) Çoğu kez uygunsuz ortamlarda koşuşturur ya da bir yerlere tırmanır. d) Çoğu kez boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz. e) Çoğu kez "her an hareket halinde", "motor takılmış" gibi davranır. f) Çoğu kez aşırı konuşur. g) Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır. h) Çoğu kez sırasını bekleyemez. i) Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer. B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtisi olmuştur. C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtisi en az iki ortamda vardır. D. Bu belirtilerin toplumsal, okul ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna/niteliğini düşürdüğüne dair açık kanıtlar vardır. E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun seyri sırasında ortaya çıkmamıştır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Olup olmadığını belirtiniz: 314.01 (F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır. 314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. 314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüsellik baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır. Varsa belirtiniz: Tam olmayan yatışma gösteren: 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. O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir. Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma "ağır olmayan" ile "ağır" arasında orta bir yeredir. Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da
--

belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

Belirti profiline bağlı olarak DEHB, üç farklı alt tipe ayrılmaktadır. Eğer hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri altı ya da daha fazla sayıda gözlemlenirken dikkatsizlik belirtileri beş ya da daha az düzeyde ise hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm tanımlanmaktadır. Bunun aksine, dikkatsizlik belirtileri altı veya daha fazla sayıda olup hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri beş ya da daha az olduğunda dikkatsizlik baskın görünüm olarak adlandırılmaktadır. Hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin en az altı veya daha fazla olması durumunda ise bileşik görünüm tanısı konulmaktadır (24). Bu sınıflandırma, DEHB'nin klinik açıdan daha iyi anlaşılmasını sağlayarak tanı sürecine rehberlik etmekte ve bireye özgü müdahale planlarının oluşturulmasına katkı sunmaktadır.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanı kriterlerinde DSM-5 ile birlikte önemli değişiklikler yapılmıştır. Öncelikle, yetişkinlerde (17 yaş ve üzeri) tanı koymak için gereken belirti sayısı DSM-IV'teki altı belirti eşiğinden beşe düşürülerek daha esnek bir yaklaşım benimsenmiştir. Ayrıca, belirtilerin başlangıç yaşı ile ilgili kriter de güncellenmiştir. DSM-IV'te belirtilerin 7 yaşından önce başlaması gerektiği ifade edilirken, DSM-5 bu sınırı 12 yaşa çekerek daha geniş bir yaş aralığını kapsayacak şekilde revize edilmiştir. Bir diğer önemli değişiklik, DEHB'nin sınıflandırılma biçiminde görülmektedir. DSM-IV'te DEHB; dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik ve bileşik tip olmak üzere üç alt tip şeklinde ele alınırken, DSM-5'te belirtilerin bireylerin yaşına ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişebileceği göz önünde bulundurularak "alt tip" kavramı yerine "baskın görünüm" terimi tercih edilmiştir. Bu değişiklik, DEHB'nin klinik sunumunun sabit olmayabileceğini ve zaman içinde farklı görünüm sergileyebileceğini vurgulamaktadır. DSM-5'teki bir diğer önemli güncelleme, otizm spektrum bozukluğu ile DEHB'nin artık birlikte görülebileceğinin kabul edilmesidir. DSM-IV'te bu iki bozukluk arasında eş tanıllık mümkün değilken, DSM-5 bu durumu değiştirerek hem tanı sürecinde hem de klinik değerlendirmelerde daha bütüncül bir yaklaşım benimsenmesini sağlamıştır (63). ICD-11 ise DEHB'nin tanımlanmasında DSM-5'ten farklı bir yöntem izleyerek belirli bir başlangıç yaşı, minimum belirti sayısı veya süre kriteri belirlememiştir. Bunun yerine, bozukluğun temel özelliklerine odaklanarak, bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen belirtilerin varlığına vurgu yapmaktadır (63).

Okul öncesi dönemde DEHB'nin temel belirtilerine ek olarak, saldırgan davranışlar, öfke nöbetleri, karşıt olma davranışı, akran ilişkilerinde zayıflık, konuşma gecikmesi veya konuşma bozukluğu gibi ek belirtiler gözlemlenebilir (64). Bu çocuklar, diğer çocukların oyunlarını bozabilir, sürekli hareket halinde olabilir, uyku saatlerinde uyumaya direnç

gösterebilir, grup etkinlikleri sırasında uzun süre sessiz kalmakta zorlanabilir ve oyuncaklara zarar verebilirler. Ayrıca, sık sık kazalar yaşayarak düşme ve yaralanma riski taşıdıklarından, bakım verenlerin gözetimine ihtiyaç duyabilirler (65). Okul öncesi dönemdeki DEHB hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünümde olsa da, orta-geç çocukluk döneminden yetişkinliğe olan süreçte yaygın görülen DEHB semptomu dikkatsizliktir. DEHB genellikle okul çağına gelindiğinde daha belirgin hale gelir, çünkü bu dönemde akademik ve sosyal alanlardaki etkileri dikkat çekici boyutlara ulaşır (66-68). Akademik performans düşüklüğü nedeniyle sınıf tekrarının yaşanma ihtimali artar (69). Yaş ilerledikçe DEHB'nin etkileri daha belirgin hale gelir ve aile içi ilişkilerde bozulmalara yol açabilir. Ayrıca, bu dönemde eşitlikler ortaya çıkabilir (70, 71). DEHB tanısı almış bireylerin %65-85'inde belirtiler ergenlik döneminde de devam eder (72, 73). Ergenlikte, okuldan kaçma, öğrenme güçlükleri, düşük benlik algısı, yıkıcı davranışlar, sosyal ve mesleki zorluklar, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi riskli davranışlar ile erken ve korunmasız cinsel ilişki gibi durumlar daha sık görülebilir (74, 75). Aynı zamanda bu dönemde eş tanı alma oranı oldukça yüksektir (76). Aynı zamanda, bu dönemde eş tanı alma oranı oldukça yüksektir (76). Bunun yanı sıra, zaman algısındaki sorunlar nedeniyle ergenler, ödev ve sorumluluklarını son ana bırakma eğiliminde olabilir ve tamamlamakta zorlanabilirler (77).

Eşitlik

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bireylerde yüksek oranda psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan bozukluklarla birlikte görülmektedir. Yapılan araştırmalar, DEHB tanısı alan bireylerin büyük bir kısmında en az bir ek psikiyatrik bozukluk bulunduğunu ve artan eşitliklerin bireylerin işlevselliğinde belirgin bozulmalara yol açtığını ortaya koymuştur (78). ABD'de yapılan bir araştırmada, DEHB tanısı alan çocukların %67'sinde en az bir ek bozukluğun bulunduğu ve eş tanı sayısının artmasının sağlık ile eğitim hizmetlerinden faydalanma gereksinimini artırdığı belirlenmiştir (79). Çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların dağılımı değişkenlik göstermektedir. Çocuklarda en sık karşılaşılan eşitlikler arasında KOKGB ve davranım bozukluğu yer almakta iken, ergenlik döneminde madde kullanım bozuklukları daha fazla ön plana çıkmaktadır. Yetişkinlik döneminde ise anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi durumlar daha sık görülmektedir (78, 80). Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada, DEHB tanısı almış 1000 çocuk ve ergenin değerlendirildiği örnekleme, bireylerin %56,3'ünde en az bir ek psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına

göre, en yaygın eş tanılar arasında KOKGB, davranım bozukluğu, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları yer almaktadır (81). Bunun yanı sıra, tik bozukluğu, enürezis, enkoprezis, selektif mutizm, madde kötüye kullanımı, özgül öğrenme güçlüğü ve bipolar bozukluğun da DEHB'ye eşlik edebileceği belirlenmiştir. Ayrıca, DEHB tanısı alan bireylerin %20-50'sinin otizm spektrum bozukluğu kriterlerini karşıladığı, otizm spektrum bozukluğu tanılı bireylerin ise %28-83'ünde DEHB birlikteliğinin bulunduğu bildirilmiştir (82, 83). KOKGB, DEHB tanısı alan çocukların yaklaşık %60'ında görülmekte olup, en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu eştanının, özellikle bileşik görünümdeki DEHB vakalarında, dikkatsizlik baskın görünüme kıyasla daha yaygın olduğu belirlenmiştir (80). Ayrıca, çocukluk çağında KOKGB tanısı alan bireylerin erişkinlik döneminde daha yüksek psikiyatrik eştanı oranlarına ve psikososyal işlevsellikte bozulmaya sahip olduğu gösterilmiştir (84). DEHB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan bozukluklar arasında öğrenme güçlüğü, kaygı bozuklukları, depresyon, konuşma bozuklukları, epilepsi, görme ve işitme problemleri, Tourette sendromu ve travma sonrası stres bozukluğu yer almaktadır (79). Araştırmalar, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden gelen çocukların daha yüksek oranda eştanı aldığını ve üç veya daha fazla eştanısı olan çocukların okul, akran ve sosyal işlevsellik alanlarında daha fazla zorlandığını ortaya koymaktadır (78).

Tedavi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisinde farmakolojik, psikososyal ve davranışsal yöntemlerin bir arada kullanıldığı bütüncül yaklaşımlar önerilmektedir.(85) Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar, psikostimülanlar ve psikostimülan olmayan ajanlar olarak iki ana gruba ayrılmaktadır.

Psikostimülanlar: DEHB tedavisinde en sık kullanılan farmakolojik ajanlar olup, bu grupta metilfenidat, dekstroamfetamin, karışık amfetamin tuzları ve lisdeksamfetamin gibi ilaçlar bulunmaktadır. Bu ilaçlar, merkezi sinir sisteminde dopamin ve noradrenalin geri alımını inhibe ederek etkili olmaktadır (34). Ülkemizde psikostimülan olarak sadece metilfenidat bulunmaktadır (56). Metilfenidat, kısa (4-6 saat) ve uzun (8-12 saat) etkili formlarıyla oral yoldan uygulanmaktadır. Yüksek etkinlik göstermesine rağmen, iştahsızlık, kilo kaybı, uyku bozuklukları, karın ağrısı ve baş ağrısı gibi yan etkiler yaygın olarak bildirilmektedir (56). Psikostimülanların DEHB'nin temel semptomları olan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik üzerinde olumlu etkiler sağladığı, ayrıca KOKGB ve davranım bozukluğu gibi eştanılı olgularda da faydalı olduğu bildirilmiştir (58). ABD Gıda ve İlaç

Dairesi tarafından 3 yaş ve üzeri çocuklarda kullanımına onay verilen dekstroamfetamin, Türkiye’de onaylanmamıştır. Okul öncesi dönemde psikostimülanların etkinliği ve güvenilirliği konusunda daha fazla değerlendirme yapılması gerektiği belirtilmektedir. Altı yaş ve üzerindeki çocuklar için metilfenidat kullanımı önerilirken, tedavi öncesinde fizik muayene yapılmalı ve takip sürecinde kilo, boy, nabız ve tansiyon gibi parametreler düzenli olarak izlenmelidir (86). Metilfenidat kullanımında en sık gözlenen yan etkiler uykusuzluk, iştahsızlık ve baş ağrısıdır. Uzun süreli kullanımın büyüme geriliğine yol açabileceği öne sürülmekle birlikte, bu etkinin doğrudan ilaç kullanımına bağlı olup olmadığı kesin olarak belirlenmemiştir. Kardiyovasküler yan etkiler nadir görülse de, bilinen kardiyak hastalık öyküsü veya ailede erken yaşta ani ölüm hikayesi olan bireylerde dikkatli olunması gerekmektedir (87).

Psikostimülan Olmayan Ajanlar: DEHB tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç grubudur. Bu grupta atomoksetin, alfa-2 adrenerjik agonistler (klonidin ve guanfasin) ve bazı antidepressanlar bulunmaktadır. Atomoksetin, seçici noradrenalin geri alım inhibitörü olup, noradrenalin ve dolaylı olarak dopamin seviyelerini artırarak etkili olmaktadır. Yapılan meta-analizler, psikostimülan olmayan ilaçların psikostimülanlara göre daha düşük etkinliğe sahip olduğunu göstermektedir (88). En sık bildirilen yan etkiler arasında iştahsızlık, baş dönmesi, yorgunluk, bulantı ve kusma yer almaktadır. Ayrıca, atomoksetinin tam klinik etkinliğe ulaşmasının 6-12 hafta sürebildiği belirtilmektedir (89). Alfa-2 adrenerjik agonistler olan klonidin ve guanfasin, prefrontal korteksteki otoreseptörleri uyararak sinaptik aralıkta noradrenalin birikimini artırmaktadır. Özellikle psikostimülanları tolere edemeyen veya ek semptomları bulunan çocuklarda kullanılabilir. Uzatılmış salınımlı guanfasinin, çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisinde etkili olduğu ve özellikle uykusuzluk ile iştah azalması gibi yan etkileri nedeniyle psikostimülanları tolere edemeyen hastalar için uygun bir seçenek olabileceği belirtilmiştir (90, 91).

Sonuç olarak, DEHB tedavisinde farmakolojik ajanlar, semptomları kontrol altına almak ve bireyin işlevselliğini artırmak açısından önemli bir role sahiptir. Psikostimülanlar, özellikle metilfenidat, en yaygın tercih edilen tedavi seçeneği olup, yüksek etkinlik gösterirken yan etkileri açısından dikkatli değerlendirme gerektirmektedir. Psikostimülanları tolere edemeyen hastalar için atomoksetin ve alfa-2 adrenerjik agonistler alternatif tedavi seçenekleri olarak değerlendirilmektedir. Tedavi sürecinde bireysel ihtiyaçlara göre en uygun farmakolojik ajan seçilmeli ve düzenli takip sağlanmalıdır.

Gidiş

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun seyri bireyden bireye değişkenlik göstermekle birlikte, yapılan çalışmalar çocukluk döneminde tanı alan bireylerin %60-85'inde semptomların ergenlikte, %40-60'ında ise yetişkinlikte devam ettiğini ortaya koymuştur. DEHB semptomlarının şiddeti, sosyoekonomik düzey, akademik başarı, akran ilişkileri ve aile içi dinamikler hastalığın seyrini belirleyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (92). DEHB tanısı alan bireylerin, tanı almayanlara kıyasla her yaş grubunda daha fazla kaza geçirme ve yaralanma riski taşıdığı, akademik başarılarının daha düşük olduğu ve benlik saygısında azalma ile depresif bozukluk veya disfori yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (66). Ayrıca, DEHB tanılı bireylerin yalnızca sosyal çevrelerinden değil, kendi içlerinde de damgalamaya maruz kaldıkları bilinmektedir (93). Toplumun her kesiminde farkındalık ve kabulün artırılması, DEHB tanılı bireylerin prognozunu olumlu yönde etkileyebilecek önemli faktörlerden biridir. Erken tanı ve tedavi, DEHB'nin uzun vadeli etkilerini azaltmada kritik bir rol oynamaktadır. 2008 yılında yapılan bir araştırma, çocukluk döneminde DEHB tedavisine geç başlanmasının, erişkinlik döneminde madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişme riskini artırdığını ortaya koymuştur (66). Bunun yanı sıra, DEHB tanılı bireyler ve aileleri yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda genel sağlık politikaları ve ekonomik zorluklar açısından da etkilenmektedir (94, 95). DEHB semptomları zaman içinde dinamik bir değişim göstermektedir. Hastalık ilerledikçe hiperkinetik belirtiler genellikle azalırken, bireyler günlük yaşamda artan düzensizlik ve organizasyon güçlüğü ile karşı karşıya kalabilmektedir. Yetişkinlik döneminde ek psikiyatrik belirtiler daha belirgin hale gelirken, hiperkinetik semptomlar daha az görülmektedir (96, 97). Uzun süreli izlem çalışmalarında, çocukluk çağında DEHB tanısı alan bireylerin erişkin yaşamda da çeşitli işlevsellik sorunları ile karşılaşma risklerinin yüksek olduğu gösterilmiştir (98-100).

KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU

Tanım ve Tarihçe

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, tekrarlayan şekilde olumsuz, karşıt, kurallara uymayan ve otorite figürlerine yönelik düşmanca davranışlarla karakterize edilen bir bozukluktur. Bu davranışlar en az altı ay boyunca devam etmeli ve bireyin sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğini olumsuz etkilemelidir (63). KOKGB'de görülen öne çıkan belirtiler arasında öfkelenme, tartışma, kurallara uymayı reddetme, başkalarını kasıtlı olarak

rahatsız etme ve hatalarından dolayı başkalarını suçlama yer alır. Bu tür davranışlar, belirli gelişim evrelerinde veya özel koşullarda olağan kabul edilebilse de, KOKGB tanısı konulan bireylerde beklenenden daha sık, şiddetli ve süreklilik gösteren bir şekilde ortaya çıkar (101, 102). KOKGB, özellikle otorite figürleriyle yaşanan yoğun çatışmalarla karakterizedir. Bu bireyler, kendilerine yöneltilen sınırlamalara veya taleplere sert tepkiler vererek, kendi davranışlarını haklı ve uygun görme eğiliminde olurlar. Çevreleri için zorlayıcı ve rahatsız edici olabilseler de, davranım bozukluğunda olduğu gibi başkalarının haklarını ihlal eden eylemler sergilemezler (103). Öğretmen raporlarına dayanan çalışmalar, KOKGB'nin DEHB'den bağımsız bir tanı olduğunu ve belirti kümelerinin farklılık gösterdiğini desteklemektedir (104). Literatürde KOKGB, zaman içinde önemli kavramsal değişikliklere uğramış ve tanı ölçütleri çeşitli revizyonlara tabi tutulmuştur. İlk olarak, 1966 yılında Psikiyatrinin İlerlemesi Grubu'nun Çocuk Psikiyatrisi Komitesi tarafından hazırlanan “Çocukluk Çağındaki Psikopatolojik Bozukluklar: Teorik Olarak Göz Önüne Alınması Gerekenler ve Önerilen Sınıflandırma” adlı raporda, çocuklardaki karşıt kişilik kavramları ele alınmıştır. Bu raporda, olumsuzluk ve itaatsizlik temel belirtiler olarak vurgulanmış olsa da, bozukluk daha çok pasif-agresif davranışlarla ilişkilendirilmiştir (105). 1980 yılında yayımlanan DSM-III'te KOKGB, davranım bozukluğundan bağımsız bir tanı olarak yer almıştır. Tanı konulabilmesi için kural ihlali, öfke nöbetleri, tartışmacı tutum, kışkırtıcı davranış ve inatçılıktan en az ikisinin görülmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca, bu bozukluğun 18 yaşından büyük bireylere de tanı konulabileceği ifade edildiğinden, pasif-agresif kişilik bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. 1987'de yayımlanan DSM-III-R'de ise bozukluğun adı “Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu” olarak değiştirilmiş, belirti sayısı dokuzaya yükseltilmiş ve tanı koymak için gerekli belirti sayısı beş olarak belirlenmiştir (106). DSM-IV'te KOKGB, “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” kategorisi içinde sınıflandırılmıştır. Bu tanı sisteminde, semptomların en az altı ay süreyle devam etmesi ve benzer yaş grubundaki bireylerde görülen davranışlardan daha sık ve belirgin olması gerektiği vurgulanmıştır (107). Ayrıca, tanı koyulabilmesi için bireyin günlük işlevselliğinin belirgin şekilde bozulması ve belirtilerin davranım bozukluğu ölçütlerini karşılamaması gerektiği belirtilmiştir. DSM-IV'te, daha önce dokuz olan belirti sayısı sekize düşürülmüş ve tanı koymak için gerekli belirti sayısı dörde indirilmiştir (103). DSM-5 ile birlikte KOKGB tanı ölçütlerinde önemli revizyonlar yapılmıştır. A tanı ölçütü, “kardeşler dışında başka kişi ya da kişilere karşı gösterilen, karşı koyan ve kinci davranışın eşlik ettiği, sürekli olarak kızgın ve irritabl bir duygudurum” şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca, sekizinci maddede yer alan “sıklıkla” ifadesi, “son 6 ay içinde en az iki kez” şeklinde güncellenmiştir. Bunun yanı

sıra, “davranışlar bir alanda sınırlı olabilir ya da daha ciddi vakalarda birçok alanda görülebilir” maddesi eklenerek bozukluğun yaygınlığına yönelik bir farklılaşmaya gidilmiştir. DSM-5’teki en önemli değişikliklerden biri, önceki tanı sistemlerinde bulunan “davranım bozukluğu varlığında tanı konamaz” kuralının kaldırılmasıdır (63).

Epidemiyoloji

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, çocuk psikiyatrisinde en sık karşılaşılan bozukluklardan biri olmasına rağmen, epidemiyolojisine dair kesin veriler sınırlıdır. Yapılan araştırmalar, KOKGB’nin çoğunlukla davranım bozukluğu ile birlikte ele alındığını ve bu nedenle bağımsız prevalans oranının net olarak belirlenemediğini göstermektedir (103, 108, 109). Literatürde KOKGB prevalansı %1 ile %15 arasında değişen geniş bir aralıkta bildirilmiştir (110). Bu farklılık, örneklem büyüklüğü ve temsiliyeti, tanı kriterlerindeki değişiklikler ve kullanılan metodolojik yaklaşımlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır (108, 109, 111). Örneğin, DSM-III yerine DSM-III-R kullanıldığında aynı örneklemde KOKGB sıklığında %25 oranında azalma görüldüğü bildirilmiştir. DSM-III-R ve DSM-IV karşılaştırıldığında genel prevalans oranında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, DSM-IV kriterlerinin daha ağır semptomları olan çocukları tanımlamada daha duyarlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, KOKGB’nin çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görüldüğü, ancak ergenlik sonrası dönemde cinsiyet oranlarının eşitlendiği rapor edilmiştir (112). Bir metaanalizde, KOKGB’nin dünya genelinde ortalama prevalansının %3,3 olduğu bulunmuştur (113). Bununla birlikte, KOKGB sıklığının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ancak, araştırmaların büyük çoğunluğunun Avrupa ve Amerika’da yürütülmüş olması, coğrafi faktörlerin etkisini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Türkiye’de yapılan boylamsal çalışmalarda, KOKGB prevalansının dört yıllık ortalaması %3,84 olarak rapor edilmiştir (114). Bölgesel düzeyde yapılan çalışmalar ise farklı sonuçlar bildirmektedir. Sivas’ta 6-15 yaş grubunda %11,5, Trabzon’da ise 6-12 yaş grubunda %14,1 olarak bulunmuştur (19). Türkiye’de ilkökul öğrencileriyle yapılan en kapsamlı boylamsal çalışmada, DSM-IV tanı ölçütleri ve yarı yapılandırılmış tanı görüşmeleri kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, KOKGB prevalansı ilk yıl %3,78, ikinci yıl %0,96 olarak belirlenmiştir (115). Nock ve arkadaşları (111) tarafından yürütülen National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) çalışmasında, KOKGB’nin yaşam boyu prevalansı, başlangıç yaşı ve diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisi retrospektif olarak incelenmiştir. Amerika’da 18 yaş üstü 9282 yetişkinin katıldığı bu çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü’nün Composite International Diagnostic Interview (CIDI) aracı kullanılmıştır. Katılımcılar, çocukluk ve ergenlik

dönemlerinde yaşadıkları KOKGB semptomlarını, başlangıç yaşlarını ve belirtilerin zaman içindeki değişimini rapor etmiştir. Çalışmada, DSM-IV/CIDI kriterlerine göre KOKGB'nin yaşam boyu prevalansı %10.2 olarak hesaplanmış olup, erkeklerde (%11,2) ve kadınlarda (%9,2) benzer oranlarda görüldüğü, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (111).

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'nun ortalama başlangıç yaşı 12 olarak saptanmış olup belirtilerin en sık 6 yaş civarında başladığı görülmektedir. Bununla birlikte, erken başlangıç gösteren vakalarda iyileşme sürecinin daha uzun sürdüğü ve KOKGB semptomlarının çocukluk döneminde en yoğun olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %70'i, semptomlarının 18 yaşından önce belirgin bir şekilde azaldığını bildirmiştir (8). KOKGB, diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek düzeyde eştanı almaktadır. NCS-R çalışmasına göre, KOKGB en sık davranım bozukluğu (%12,6), DEHB, özgül fobi ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile birlikte görülmektedir. Katılımcıların %92,4'ü en az bir diğer DSM-IV tanısı almıştır (116).

Etiyoloji

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, biyolojik, psikolojik, sosyal ve gelişimsel etmenlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir bozukluktur. Etiyolojisine dair spesifik bir neden belirlenmemiş olmakla birlikte, genetik yatkınlık, erken dönem çevresel faktörler ve bireyin mizaç özelliklerinin KOKGB'nin gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Genetik faktörler: KOKGB'nin kalıtsal yönünü inceleyen araştırmalar, genetik bileşenin önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Heritabilite çalışmaları, KOKGB'nin genetik geçiş oranının %50'nin üzerinde olduğunu ve aile bildirimine dayalı incelemelerde bu oranın %70'e kadar çıkabildiğini ortaya koymuştur (117). Bununla birlikte, KOKGB ve davranım bozukluğu arasındaki genetik ilişki konusunda farklı bulgular rapor edilmiştir (118-120). DEHB ve depresif bozukluklarla KOKGB arasında ortak genetik yatkınlıklar bulunduğu ilişkin kanıtlar mevcuttur (119-121). Ergenleri kapsayan ikiz çalışmalarında, genetik faktörlerin KOKGB'ye eşlik eden irritabilite ile depresif belirtileri etkilediği, yıkıcı davranış belirtilerinin ise antisosyal eğilimlerle bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir (122). Genetik faktörler çevresel etmenlerle etkileşim içinde değerlendirilmelidir. Belirli genetik yatkınlığa sahip bireylerin erken dönemde travmatik yaşantılar ya da olumsuz aile ortamı gibi çevresel faktörlere maruz kaldıklarında KOKGB

belirtileri gösterebilecekleri düşünülmektedir (123). Monoamin oksidaz A geninin promotor bölgesindeki fonksiyonel bir polimorfizmin, çocuklukta istismara maruz kalan bireylerde ileri yaşlarda davranış sorunları geliştirme riskini arttırdığı rapor edilmiştir (124). Ancak bu bulgu daha sonraki çalışmalar tarafından tutarlı bir şekilde desteklenememiştir. Evlat edinme çalışmaları, genetik olarak antisosyal davranış riski taşıyan çocukların olumsuz ebeveynlik davranışlarına daha fazla maruz kaldıklarını ortaya koymuştur (125, 126). Bununla birlikte, monozigot ikiz çalışmaları aile içi ilişkiler gibi çevresel faktörlerin, dışa vurum sorunlarının gelişmesinde genetik faktörlerden daha büyük bir etkisi olduğunu göstermiştir (127, 128).

Mizaç faktörleri: Erken dönem mizaç özelliklerinin, ilerleyen dönemlerde KOKGB gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Erken çocukluk döneminde irritabilite, dürtüsellik ve olumsuz uyaranlara şiddetli tepkiler verme, KOKGB ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, içe atım bozuklukları ile eşanlı KOKGB'nin duygusal mizaç ile; DEHB ile eşanlı KOKGB'nin ise hiperaktif mizaç ile daha yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (129).

Sosyodemografik ve çevresel faktörler: Düşük sosyoekonomik düzey, aile içi şiddet, uyumsuz aile yapısı, ebeveyn psikopatolojisi ve çocukluk döneminde maruz kalınan olumsuz yaşantılar KOKGB için risk faktörleri arasında yer almaktadır (128). Aile ortamındaki istikrarsızlık ve tutarsız disiplin uygulamaları, çocuklarda karşıt olma davranışlarının artmasıyla ilişkilidir (130). Akran etkisi de KOKGB gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Karşıt olma belirtileri gösteren çocuklar, uyumlu akranları tarafından dışlanabilmekte ve bu durum davranış sorunları olan akranlarla daha yakın ilişki kurmaya yol açabilmektedir. Akran dışlanması ve KOKGB belirtileri arasında iki yönlü bir ilişki olduğu öne sürülmüştür (131).

Etiyoloji, tek bir faktörle açıklanamayacak kadar karmaşık bir yapıya sahiptir. Mevcut literatür, bozukluğun gelişiminde genetik yatkınlık ile çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşim içinde olduğunu göstermektedir. Özellikle genetik yatkınlığı bulunan çocukların olumsuz çevresel koşullara maruz kalmalarının, KOKGB semptomlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Bu bağlamda, erken dönemde uygulanacak koruyucu müdahalelerin, risk faktörlerini azaltarak KOKGB gelişme olasılığını düşürebileceği öne sürülmektedir(130).

Tanı ve Klinik Görünüm

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısının konulabilmesi için detaylı bir klinik değerlendirme gerekmektedir. Bu süreçte, ebeveynlerden ve öğretmenlerden alınan bilgiler önemli bir yer tutmaktadır. Tanı, DSM-5 kriterleri esas alınarak klinik değerlendirme yoluyla konulmaktadır. KOKGB'nin belirtileri genellikle evde, okulda ve sosyal ortamlarda

görülmekte olup, bu davranışlar otorite figürleriyle etkileşim sırasında belirgin hale gelmektedir. Bu çocuklar, kural ve talimatlara uymakta zorlanmakta, yetişkinlere karşı gelme ve tartışma eğiliminde olmakta, kendi hataları için başkalarını suçlama gibi davranışlar sergilemektedirler (132).KOKGB'nin DSM-5 tanı kriterlerine Tablo-2'de yer verilmiştir.

Tablo 2. DSM-5 sınıflamasına göre KOKGB tanı kriterleri (63)

A. Aşağıdaki kategorilerin herhangi birinden olmak üzere, en az dört belirtinin bulunması, bu belirtilerin en az altı ay sürmesi, öfkeli/kolay kızan bir duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleme örüntüsü, kardeşi olmayan en az bir kişi ile etkileşimi sırasında kendini göstermesidir.

Öfkeli/Kolay Kızan Duygudurum

1. Sık sık tepesi atar.
2. Sık sık alınganlık gösterir ya da kolaylıkla kızar.
3. Sık sık öfkeli, kırgın, içerlemiş ve güceniktir.

Tartışmacı/Karşı Gelen Davranış

4. Buyurma, yaptırma ya da yasak etme gücü olan kişilerle sık sık tartışmaya girer; çocuklar ve gençler, büyükleriyle tartışmaya girerler.
5. Buyurma, yaptırma ya da yasak etme gücü olan kişilerin isteklerine ve kurallarına sıklıkla uymaz.
6. Sık sık, bile bile başkalarını kızdırır.
7. Kendi yanlışlarından ya da yanlış davranışlarından ötürü sıklıkla başkalarını suçlar.

Kin besleme

8. Son altı ay içinde en az iki kez düşmanlık gütmüş ya da kin beslemiştir.

Not: Olağan sınırlarında bir davranışla, belirti olarak kabul edilebilecek bir davranışı ayırt etmek için, bu davranışların sürekliliği ve sıklığı göz önünde bulundurulmalıdır. Beş yaşının altındaki çocuklarda, bu davranış, başka türlü tanımlanmamışsa (A8 tanı ölçütü), en az altı ay süreyle, çoğu gün ortaya çıkmış olmalıdır. Beş yaşında ve daha büyük çocuklarda, bu davranış, başka türlü tanımlanmamışsa, en az altı ay süreyle, en az haftada bir kez ortaya çıkmış olmalıdır. Bu sıklık ölçütleri, belirtilerin tanımlanmasında, en düşük sıklık düzeyi için bir kılavuz oluyorsa da, davranışların sıklığının ve yoğunluğunun, kişinin gelişimsel düzeyi, cinsiyeti ve kültürü için olağan aralığın dışında olup olmadığı gibi diğer etkenler de göz önünde bulundurulmalıdır.

B. Bu davranış bozukluğu, kişide ya da yakın çevresindeki başkalarında (örn. ailesi, yaşlıları, iş arkadaşları) sıkıntı yaratır ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili işlevsellik alanları ya da önemli diğer işlevsellik alanları üzerinde olumsuz etki gösterir.

C. Bu davranışlar, yalnızca, psikozla giden bir bozukluk, madde kullanım bozukluğu, depresyon ya da iki uçlu bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu için tanı ölçütlerini de karşılamamaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Belirtiler yalnızca bir ortamla sınırlıdır (örn. evde, okulda, işte, yaşlılarıyla).

Orta derecede: Kimi belirtiler en az iki ortamda görülür.

Ağır: Kimi belirtiler üç ya da daha çok ortamda görülür.

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ile davranım bozukluğu benzer yönler taşısa da temel fark, KOKGB'nin fiziksel zarar verme, başkalarının haklarını ihlal etme ya da hırsızlık gibi suç oluşturabilecek davranışlarla ilişkili olmamasıdır. KOKGB'li çocuklar çoğunlukla öfkelerini bağırma, sözel tartışma ya da mızızlanma gibi yollarla dışa vururken, davranım bozukluğunda bu davranışlar bilinçli şekilde fiziksel saldırganlığa veya mala zarar vermeye dönüşebilir (132). KOKGB, sadece davranış bozuklukları ile sınırlı değil, aynı zamanda emosyonel sorunlarla da ilişkili bir bozukluktur. Negativizm, sinirlilik ve öfke belirtileri bu hastalığın yaygın görülen özellikleri arasındadır. Bu nedenle, son araştırmalar KOKGB'nin çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. DSM-5'te de bu çok boyutlu yaklaşım desteklenmiş ve belirtiler öfkeli, tartışmacı ve kinci tutum olarak üç alt boyutta ele alınmıştır (63).

Yapılan araştırmalar, KOKGB semptom kümelerinin ilerleyen yaşlarda gelişebilecek diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle tartışmacı/karşı gelen davranış alt boyutunun DEHB ve davranım bozukluğu ile; öfkeli/ kolay kızan alt boyutunun ise duygudurum bozuklukları ile bağlantılı olabileceği belirtilmektedir (132). Bu doğrultuda, KOKGB belirtilerinin erken dönemde tanınması ve uygun girişimlerle ele alınması, ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek psikopatolojik sorunların önlenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (132).

Eştanı

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, çocukluk ve ergenlik döneminde yaygın olarak görülen, sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla eş tanıli seyreden ve bireyin yaşamında önemli işlev kayıplarına yol açabilen bir bozukluktur (63, 133). Özellikle DEHB ve DB gibi dışsallaştırıcı bozukluklarla yüksek eştanı oranına sahiptir (133). Farklı kültürel ve coğrafi bölgelerde yapılan epidemiyolojik ve klinik araştırmalar, KOKGB ile DEHB arasındaki birlikteliğin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin, August ve arkadaşları (134) bu birliktelik oranını %40 olarak bildirirken, Biederman ve arkadaşları (72) %65 olarak belirlemiştir.

Davranım bozukluğu ile KOKGB arasındaki ilişki de dikkat çekicidir. KOKGB'nin davranım bozukluğunun öncüsü ya da daha hafif bir formu olabileceği yönünde bulgular mevcuttur (108). Araştırmalar, KOKGB tanısı almış bazı çocukların ilerleyen yaşlarda davranım bozukluğu tanısı aldığını göstermektedir. Ayrıca, KOKGB'ye DEHB ve davranım bozukluğunun eşlik ettiği durumlarda hastalığın şiddetinin arttığı ve bu bireylerin ilerleyen yaşlarda madde kullanım bozuklukları ve duygudurum bozuklukları açısından daha yüksek

risk taşıdığı belirlenmiştir (135). Özellikle KOKGB'ye eşlik eden irritabilite ve sinirlilik, depresyon ve anksiyete bozukluklarını öngörürken, kin tutma ve karşıt olma davranışları ise davranım bozukluğu ve antisosyal davranışlarla ilişkilidir (114).

Tanı koyarken gelişimsel süreçlerin dikkate alınması gerekmektedir. Normal gelişim sürecinde gözlemlenen karşıt olma davranışları, KOKGB'den farklı olarak daha kısa süreli olup, benzer yaş grubundaki diğer çocuklara kıyasla daha yoğun veya şiddetli değildir. Stres verici yaşam olaylarına bağlı olarak gelişen karşıt gelme belirtilerinin, KOKGB'den ayırt edilmesi önemlidir. Ayrıca, KOKGB tanısı almış çocukların davranım bozukluğu belirtileri açısından da dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir. Fiziksel şiddet ve kanun ihlali gibi anormal antisosyal davranışların varlığı, klinik olarak davranım bozukluğu olasılığını düşündürmelidir. KOKGB semptomları, genellikle fiziksel saldırganlık ve yasa ihlalleri içermezken, davranım bozukluğu tanısı alan çocuklarda bu tür belirtiler daha sık gözlenmektedir (135). KOKGB ve davranım bozukluğu tanıları olan çocukların, DEHB, major depresyon, bipolar bozukluk ve anksiyete bozuklukları açısından daha yüksek risk taşıdığı çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalarda, yalnızca KOKGB tanısı alan çocukların bile ciddi psikiyatrik yük taşıdığı ve eş tanıları açısından detaylı değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (136). Farklı yaş gruplarını kapsayan araştırmalar, KOKGB'nin özellikle DEHB'nin alt tipleri (DEHB-H ve DEHB-D) ve anksiyete bozuklukları ile yüksek eştanı aldığını bildirmektedir (137). Bu bulgular, KOKGB'nin sadece dışsallaştırıcı bozukluklarla değil, aynı zamanda içselleştirici bozukluklarla da güçlü bir ilişkisi olabileceğini göstermektedir. Ayrıca, DEHB tanısı almış çocuklarda KOKGB ve davranım bozukluğu birlikteliği değerlendirilmiş ve KOKGB'nin DEHB ile birlikte en sık görülen bozukluklardan biri olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda yapılan araştırmalar, DEHB tanısı konmuş çocukların yaklaşık %43'ünde KOKGB, %25'inde ise davranım bozukluğu eştanısının bulunduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, DEHB'nin en şiddetli semptomlarının DEHB + DB grubunda gözlemlendiği, ardından DEHB+KOKGB grubunun geldiği belirtilmektedir (138). Bu bulgular, KOKGB'nin hem dışsallaştırıcı hem de içselleştirici psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranda eş tanı gösterdiğini ortaya koymakta olup, bu çocukların erken dönemde kapsamlı bir değerlendirmeden geçirilmesi ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (114).

Tedavi

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, genellikle yanlış ebeveyn tutumları ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilen bir bozukluk olup, bu nedenle tedavisinde psikososyal yaklaşımlar ön planda yer almaktadır. Literatürde, karşıt olma ve davranış sorunları gösteren çocuklarda

psikososyal girişimlerin etkinliği sıkça vurgulanmaktadır. Dünya genelinde uygulanan tedavi yöntemleri arasında ebeveyn eğitim programları, aile-okul tabanlı girişimler, işlevsel aile terapileri, kısa stratejik aile terapisi ve bireysel ya da grup formatında bilişsel davranışçı terapi gibi çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır (139). KOKGB tedavisinde bütüncül bir yaklaşım benimsenmeli ve bireysel farklılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. İlk basamak müdahaleler psikososyal yöntemler olmakla birlikte, agresyon ve duygu düzenleme güçlüklerinin eşlik ettiği vakalarda farmakoterapi ile psikososyal girişimlerin birlikte uygulanmasının daha olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (140). Ebeveyn eğitim programları, çocukların olumsuz davranışlarını azaltmayı ve ebeveyn-çocuk ilişkisini iyileştirmeyi amaçlayan yapılandırılmış programlardan oluşmaktadır. Genellikle 6-8 hafta süren bu programlar, ebeveynlere olumsuz davranışlarla başa çıkma ve olumlu ebeveynlik becerileri kazandırma konusunda rehberlik etmektedir. Ebeveyn eğitimi bireysel ya da grup formatında uygulanabilir; ancak ebeveynlerin motivasyon eksikliği ve ebeveynler arası uyumsuzluk, bu programların etkinliğini sınırlandırabilmektedir (108, 141). Bunun yanı sıra, çocuklara yönelik problem çözme becerileri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi ilkeleri doğrultusunda geliştirilmiş olup dürtüsel tepkileri kontrol etmeyi, alternatif çözümler üretmeyi ve davranış sonuçlarını değerlendirme becerilerini kazandırmayı hedeflemektedir. Yapılan araştırmalar, ebeveyn eğitimi ile problem çözme becerileri eğitiminin birlikte uygulanmasının, tek başına uygulanmalarına kıyasla daha belirgin bir iyileşme sağladığını göstermektedir (139, 140).

Farmakoterapi: KOKGB'nin spesifik bir farmakolojik tedavisi bulunmamaktadır. Ancak eşlik eden bozuklukların varlığı, farmakoterapi gerekliliğini belirleyen temel faktörlerden biridir. Eş tanı durumlarında, öncelikli olarak bu bozuklukların tedavisine odaklanılmalıdır (140). Örneğin, DEHB'nin eşlik ettiği KOKGB vakalarında psikostimülan tedavilerin yalnızca DEHB belirtilerini değil, aynı zamanda karşıt olma ve agresif davranışları da azalttığı bildirilmiştir. Bunun yanında, atomoksetin, klonidin ve guanfazin gibi ilaçların da KOKGB'ye eşlik eden DEHB belirtilerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (142). Semptomların kontrol altına alınamadığı vakalarda atipik antipsikotiklerin eklenmesi önerilmektedir. Tedavi sürecinde, etkin doz belirlenene kadar titrasyon uygulanmalı ve yanıt alınamazsa ilaç değişimi değerlendirilmelidir. Kısmi yanıt alınan vakalarda duygudurum düzenleyiciler tedaviye eklenebilir; ancak birden fazla antipsikotik kombinasyonu önerilmemektedir (143). Antipsikotik kullanımında özellikle kilo alımı ve sedasyon gibi yan etkiler açısından düzenli klinik izlem gerekmektedir. Çalışmalar, KOKGB'de agresyon ve iritabilitenin yönetiminde risperidon ve aripiprazolün daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır (144). Son araştırmalar, biyolojik faktörlerin KOKGB tedavi yanıtı üzerindeki

rolünü incelemektedir. Katı-duygusuz özelliklerin varlığının tedavi yanıtını olumsuz yönde etkilediği bulunmuş, ancak erken çocukluk döneminde uygulanan sosyal öğrenme temelli ebeveyn eğitiminin, uzun vadeli iyileşme sağladığı gösterilmiştir (145). Bir diğer çalışmada, kortizol stres reaktivitesinin yüksek olmasının, ebeveyn eğitimi ile birlikte agresyonun azalmasında öngörücü bir faktör olduğu ortaya konmuştur (145).

Gidiş

Karşıt olma karşı gelme bozukluğunun klinik seyri ve uzun dönem sonuçları, bireysel ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Belirtilerin erken yaşta başlaması, ailede antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu öyküsünün bulunması, ilerleyen dönemde daha ağır psikopatolojilere evrilme açısından önemli risk faktörleri arasındadır (146, 147). Bu risk faktörlerine sahip bireylerde, ilerleyen yaşlarda davranım bozukluğu tanısı alma olasılığı belirgin şekilde artmaktadır. Araştırmalar, erken dönemde yoğun ve şiddetli seyreden KOKGB semptomlarının, bireyin işlevselliğini olumsuz etkileyerek akademik başarısızlık, sosyal ilişkilerde bozulma ve riskli davranışların artışı ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (103). Bu bireylerde duygu düzenleme problemleri, yüksek düzeyde irritabilite ve düşük öz düzenleme kapasitesi yaygın olarak gözlenmektedir. Ayrıca, KOKGB semptomlarının süregeldiği vakalarda, erişkin dönemde antisosyal kişilik özelliklerinin ortaya çıkma olasılığı artmaktadır. İlerleyen yaşlarda KOKGB tanısı almış bireylerde psikososyal ve çevresel faktörlerin belirleyici bir rol oynadığı belirtilmektedir. Özellikle ebeveyn tutumları, disiplin stratejileri ve aile içi ilişkiler, belirtilerin şiddetlenmesi veya hafiflemesi üzerinde doğrudan etkilidir. Olumsuz ebeveynlik deneyimlerine maruz kalan bireylerde, duygu düzenleme becerilerinin yetersizliği nedeniyle saldırganlık, kurallara uymama ve otorite figürleriyle sürekli çatışma gibi davranışlar daha sık gözlenmektedir (146, 147). Sonuç olarak, KOKGB'nin klinik seyri ve uzun vadeli sonuçları, bireysel, ailesel ve çevresel faktörlerden doğrudan etkilenmektedir. Erken başlangıç, ailede psikopatoloji öyküsü ve olumsuz çevresel koşullar, KOKGB'nin daha şiddetli bir klinik tabloya dönüşme riskini artırırken, erken tanı ve müdahale süreci bu bozukluğun gidişatını olumlu yönde etkileyebilir. Bu nedenle, KOKGB'nin uzun vadeli sonuçlarını iyileştirmek için erken tanı, multidisipliner değerlendirme ve uygun psikososyal girişimler kritik bir rol oynamaktadır.

İrritabilite

Tanım: İrritabilite, Latince kökenli “irritabilis” kelimesinden türemiş olup, kolayca öfkelenme, çabuk heyecanlanma ve dışsal uyaranlara aşırı tepki verme anlamına gelmektedir.

Psikanalitik literatürde irritabilitenin, “self yönelimli hostile” kavramıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (148). Günümüzde ise bireyin engellenme karşısında düşük öfke eşiğine sahip olması, kendisine veya çevresine zarar verebilecek düzeyde sinirlilik yaşaması ve bu durumun süreklilik göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır(149). Nöropsikiyatrik bakış açısıyla değerlendirildiğinde, irritabilite bireyin amacına ulaşmasının engellenmesi veya ödüle erişiminin kısıtlanması gibi durumlarda gösterdiği aşırı veya uygunsuz tepki olarak ele alınmaktadır (150). Araştırmalar, irritabilitesi yüksek çocuk ve ergenlerin, engellenme yaşadıklarında daha yoğun agresyon sergilediklerini göstermektedir (149). Bilişsel süreçler açısından incelendiğinde, irritabilitesi olan bireylerin kızgın yüz ifadelerine karşı seçici dikkat geliştirdiği ve nötr ya da belirsiz yüz ifadelerini tehdit edici olarak algılama eğiliminde olduğu belirlenmiştir(150). Bu durum, irritabilitenin yalnızca dışa vurulan davranışlarla sınırlı kalmadığını, aynı zamanda bilişsel ve duygusal süreçlerle de doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (149).

Gelişimsel süreçte belirli düzeyde irritabilite doğal kabul edilebilirken, semptomun şiddeti, süresi ve sıklığı patolojik ve normal irritabiliteyi ayırt etmek açısından büyük önem taşımaktadır. Çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olarak görülen patolojik irritabilite, yoğun öfke ve agresyon ile bağlantılı olup, bireyin günlük işlevselliğini önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir (148). Nörogörüntüleme çalışmaları, irritabilitesi yüksek bireylerde frontal ve striatal beyin bölgelerindeki aktivitenin azaldığını ortaya koymaktadır (148). Bu bulgular, irritabilitenin duygusal düzenleme mekanizmaları ve ödül işleme süreçleriyle bağlantılı nörobiyolojik temellere sahip olduğunu ve bireyin hem bilişsel hem de sosyal işlevselliğini doğrudan etkileyebildiğini göstermektedir.

Klinik Görünüm

İrritabilite, çocuk ve ergenlerde öfke patlamaları, huzursuzluk, gerginlik ve saldırgan davranışlarla kendini gösteren yaygın bir semptomdur. Çocuk ve ergen psikiyatrisine yapılan başvuruların en sık nedenlerinden biri olarak öne çıkmakta ve gelişimsel sürecin belirli evrelerinde görülebilmekle birlikte, çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunda patolojik bir boyuta ulaşmaktadır. Bu nedenle, irritabilitenin normal gelişimin bir parçası mı yoksa klinik olarak değerlendirilmesi gereken bir durum mu olduğunu ayırt edebilmek için semptomun şiddeti, sıklığı ve süresi dikkate alınmalıdır. Çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine kıyasla şiddet ve süre açısından orantısız olan tepkiler, içinde bulunduğu durum ve tetikleyici faktörlere bağlı olarak patolojik kabul edilmektedir (151).

İrritabilite, tonik ve fazik olmak üzere iki temel tipte sınıflandırılmaktadır. Tonik iritabilite, sürekli gergin, huysuz ve sınırlı bir duygudurumla karakterize edilirken, fazik iritabilite ise ani, kısa sürede zirveye ulaşan ve kontrol edilmesi güç öfke patlamalarıyla kendini göstermektedir. Tonik iritabilite, kolay kızma, kin tutma ve sürekli olarak iritabl bir duygudurum sergileme eğilimiyle öne çıkarken, fazik iritabilite öfke nöbetleri, reaktif veya proaktif agresyon ve çevresel engellenmelere karşı gelişen aşırı tepkilerle ilişkilidir (152). Patolojik düzeyde iritabilite, yoğun öfke ve saldırganlık ile bağlantılı olup, bireyin sosyal, akademik ve aile içi işlevselliğini önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle akran ilişkileri, akademik performans ve aile içi dinamikler üzerinde bozucu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, iritabilitenin etiyolojisini ve ilişkili olduğu psikopatolojileri anlamak, hem klinik değerlendirme hem de tedavi süreci açısından büyük önem taşımaktadır (153, 154).

İritabilitenin Etiyolojisi

İritabilite, nörobiyolojik, genetik, çevresel ve psikososyal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok boyutlu bir semptomdur.

Nörobiyolojik Etkenler: İritabilitenin nörobiyolojik temelleri, özellikle prefrontal korteks, limbik sistem (özellikle amigdala) ve striatum gibi beyin bölgeleriyle ilişkilidir. Prefrontal korteksin duygu düzenleme üzerindeki kontrolünün azalması ve amigdalanın aşırı aktivitesi, iritabilite belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (155). Ayrıca, dopamin, serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitter sistemlerindeki düzensizliklerin de iritabilitenin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir. Özellikle serotonin eksikliği, duygusal reaktivitenin artmasına ve saldırganlık eğilimlerinin yükselmesine yol açabilmektedir (156).

Genetik Etkenler: Genetik çalışmalar, iritabilitenin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin belirleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. İkiz ve aile çalışmaları, duygu düzenleme ile ilişkili genetik varyasyonların iritabiliteyi etkilediğini göstermektedir. Ayrıca, erken yaşta maruz kalınan stresli yaşam olaylarının epigenetik mekanizmalar aracılığıyla gen ekspresyonunu değiştirdiği ve bireyin stres karşısında daha reaktif hale gelmesine neden olduğu gösterilmiştir (156, 157).

Çevresel ve Psikososyal Faktörler: Aile dinamikleri, ebeveynlik stilleri ve erken yaşantı deneyimleri iritabilitenin gelişiminde kritik rol oynamaktadır. Tutarsız ebeveynlik, aşırı eleştirel veya ihmal edici tutumlar, çocukların duygu düzenleme becerilerinin gelişmesini engelleyebilmektedir. Bunun yanı sıra, kronik stres, aile içi çatışmalar, travmatik yaşantılar ve zorbalık gibi çevresel stresörlerin iritabiliteyi artırdığı gösterilmiştir (158).

Hormonal Etkenler: Stres yanıtında önemli bir rol oynayan hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen, iritabilitenin biyolojik temelinde kritik bir mekanizmadır. Artan kortizol seviyeleri, bireyin stres karşısında aşırı duyarlılık geliştirmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, uyku düzenindeki bozukluklar ve sirkadiyen ritmdeki düzensizliklerin de iritabiliteyi artırdığı gösterilmiştir (159).

İritabilite ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yalnızca dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite ile değil, aynı zamanda iritabilite ve duygusal düzenleme zorlukları ile de ilişkilidir. Çalışmalar, DEHB’li çocukların %40-50’sinde iritabilitenin günlük işlevsellik kaybına neden olabileceğini göstermektedir (151). DEHB’nin daha çok fazık iritabilite ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Fazık iritabilite, ani ve keskin öfke patlamaları ile karakterizedir ve genellikle bireyin çevresel bir engellenmeyle karşılaşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık, tonik iritabilite daha çok depresif bozukluklarla ilişkilendirilmektedir (152).

Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları, DEHB’li bireylerde özellikle amigdala ve nucleus accumbens arasındaki atipik bağlantıların iritabilite ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, cingulo-opercular bağlantılar ve ventromedial prefrontal korteks arasındaki fonksiyonel bağlantının, DEHB’li çocuklarda şiddetli öfke patlamaları ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (160).

İritabilite ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu İlişkisi

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, iritabilitenin en sık görüldüğü psikiyatrik bozukluklardan biri olarak kabul edilmektedir. KOKGB’li bireyler, çevresel stresörlere karşı aşırı duyarlılık ve düşük tolerans gösterirler(161).

İritabilitenin KOKGB’de üç temel semptom alt alanında öne çıktığı gösterilmiştir:

- Sürekli Öfke ve İritabilite: Günlük yaşamda kolay öfkelenme ve kin tutma eğilimi ile kendini gösterir.
- Dürtüsellik ve Karşıt Gelme Davranışları: Otorite figürlerine karşı meydan okuma ve kurallara bilinçli olarak karşı gelme eğilimi görülmektedir.
- Sosyal İzolasyon ve Düşmanlık: Uzun süre kin tutma ve sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açma riski bulunmaktadır(151).

Bu bulgular, KOKGB’nin yalnızca davranışsal belirtilerle sınırlı olmadığını, aynı zamanda nörobiyolojik ve duygusal mekanizmalarla da yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, iritabilitenin KOKGB’de sadece öfke ile

sınırlı kalmadığını, duygusal düzenleme süreçlerindeki bozukluklarla da bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur. KOKGB’li çocuklar, hayal kırıklığına karşı düşük tolerans göstermekte ve küçük stresörlere karşı bile yoğun öfke patlamaları yaşayabilmektedir. Bu nedenle, irritabilitenin KOKGB’nin temel patogenezinde kritik bir rol oynadığı ve bozukluğun uzun vadeli seyrini şekillendirebileceği öne sürülmektedir (162).

İrritabilitenin İşlevsellik Düzeyi ve Duygusal-Davranışsal Problemlere Olan Etkisi

Çocukluk ve ergenlik döneminde sıkça gözlemlenen irritabilitenin, bireyin günlük işlevselliği ve duygusal-davranışsal problemleri üzerinde önemli etkileri olduğu gösterilmiştir. Özellikle DEHB, KOKGB, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte seyredabilen irritabilite, bireyin akademik performansını, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (163). Günlük işlevsellik, bireyin kişisel, akademik ve sosyal alanlardaki uyumunu ve bağımsızlığını ifade eder. İrritabiliteye sahip bireylerde, bu alanlarda çeşitli zorluklar ve işlev kayıpları gözlemlenmiştir. Araştırmalar, yüksek irritabilite düzeyine sahip çocukların akademik başarılarının daha düşük olduğunu ve öğrenme sürecinde motivasyon kaybı, odaklanma zorlukları ve öğretmen-öğrenci ilişkilerinde problemler yaşadıklarını göstermektedir (164). İrritabilite, bireyin aile içi ilişkilerinde gerginliklere, ebeveyn-çocuk çatışmalarına ve akran ilişkilerinde sorunlara yol açabilir. Aşırı tepkisellik gösteren çocuklar, akranları tarafından dışlanma, zorbalığa maruz kalma veya sosyal izolasyon yaşama riski taşırlar. Günlük yaşam aktiviteleri, bireyin bağımsız hareket etme kapasitesi ile doğrudan ilişkilidir. İrritabilite düzeyi yüksek olan bireyler, öz bakım, zaman yönetimi ve problem çözme gibi günlük yaşam becerilerinde yetersizlik gösterebilirler (165).

İrritabilite, yalnızca dışa yönelik öfke patlamaları ve saldırganlık ile sınırlı değildir; aynı zamanda bireyin içe dönük duygusal süreçleriyle de yakından ilişkilidir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, irritabilitenin duygusal ve davranışsal bozukluklarla güçlü bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymuştur. Bireyin duygu düzenlemesinde zorluklar yaratarak depresyon ve anksiyete bozukluklarına zemin hazırlayabilir. Süreğen öfke ve huzursuz bireyler olumsuz duyguları içselleştirme eğilimindedir ve erişkin dönemde düşük benlik saygısı, sosyal içe çekilme ve depresif belirtiler ile ilişkili bulunmuştur. Duygu düzenlemesinde problem yaşayan çocuk ve ergenler olumsuz duygulanımlar karşısında uyum kapasiteleri düşük ve öfke patlamaları yaşamaya yatkındırlar (165).

Aynı zamanda iritabilite şiddeti yüksek olan çocuklar ve ergenler, otoriteyle sık tartışma, dürtü kontrolünde güçlük ve agresyon gösterebilirler. Özellikle KOKGB ve Davranım Bozukluğu olan bireylerde iritabilitenin semptomları artırdığı bilinmektedir. Tüm bu bulgular, uzun dönemde öfke ve davranışsal problemlere neden olmanın yanı sıra, bireyin duygusal ve davranışsal gelişimine etki ederek psikopatolojiye yatkınlığı artırdığı düşünülmektedir (166).



GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmanın yürütülmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar

Etik Kurulu'ndan 19.08.2024 onay tarihi ve 13/20 karar numarası ile etik onay alınmıştır (Ek 1). Tüm katılımcılar çalışmaya dahil edilmeden önce sözlü ve/veya yazılı olarak bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı reddetme veya kabul ettikten sonra çalışmanın herhangi bir aşamasında geri çekilme hakları olduğuna, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına, verilerin sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılabileceğine dair bilgilendirme sonrası katılımları için olguların ve ailelerinin yazılı onayları alınmıştır.

OLGULAR

Çalışmaya Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 20.08.2024-20.01.2025 tarihleri arasında başvuran genel psikiyatrik değerlendirme ve psikometrik incelemeler yapıldıktan sonra DEHB ve DEHB+KOKGB eştanısı alan, daha önce bu tanılara yönelik tedavi almamış 6-18 yaş arası 53 çocuk ve ergenden oluşan iki ayrı olgu grubu dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine 20.08.2024-20.01.2025 tarihleri arasında başvuran, genel psikiyatrik değerlendirme ve psikometrik incelemeler yapıldıktan sonra herhangi bir psikopatoloji saptanmamış 6-18 yaş arası 53 çocuktan oluşturulmuştur.

Olguların Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 6-18 yaş aralığında olması

2. Çalışmaya katılmak için çocuk ve ailesinden aydınlatılmış onamının alınması
3. Ebeveyn ve/veya çocuğun okuma-yazma bilmesi
4. DEHB ve DEHB+KOKGB tanısı yeni almış olmak ve henüz ilaç tedavisi başlanmamış olması
5. Otizm spektrum bozukluğu ve entelektüel yeti yitimi dahil herhangi bir ek nörogelişimsel bozukluk tanısının olmaması

Olguların Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. 6 yaş altında veya 18 yaş üstünde olması
2. Çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesinden sonra çalışmaya katılmak için ailenin onam vermemesi
3. Ebeveyn ve çocuğun okuma yazma bilmemesi
4. Daha önce DEHB ve DEHB+KOKGB eştanılarından birini alması ve bunlara yönelik herhangi bir tedavi kullanıyor olması
5. Otizm spektrum bozukluğu, entelektüel yeti yitimi gibi nörogelişimsel bozukluk tanılarının olması

Kontrol Grubunun Dahil Edilme Kriterleri

1. 6-18 yaş aralığında olması
2. DSM-5 tanı ölçütleri ve K-SADS-PL-DSM-5-T'e göre psikiyatrik tanı almamış olması
3. Psikiyatrik tanı ve tedavi öyküsünün olmaması
4. Çalışmaya katılmak için aydınlatılmış onamının alınmış olması
5. Ebeveyn ve çocuğun okuma-yazma bilmesi

UYGULAMA

Araştırmaya dahil edilen gönüllü ve ebeveynlerinden sözlü ve yazılı onam alınmasından sonra ebeveynlerin araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formunu (Ek-2), Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Versiyonunu (Ek-3), Duygusal Reaktivite İndeksi Ebeveyn Formunu (Ek-4), Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formunu (Ek-5), Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formunu (Ek-6) doldurmaları istenmiştir. Çocuk ve ergenlerin ise Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk Formunu (Ek-7), 11 yaş üzeri olguların Güçler ve Güçlükler Anketi-Çocuk Formunu (Ek-8) doldurmaları istenmiştir. Psikiyatrik eştanılarının belirlenmesi için yarı yapılandırılmış

görüşme olan “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu” (Ek-9) uygulanmıştır. DEHB alt tiplmesi yapılmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırma ve araştırmacılarla ilgili bilgi içeren, hastaların araştırmaya katıldıklarını kabul ettiklerine dair onamlarının alındığı formdur.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM 5-Türkçe Uyarlaması- (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

Çalışmaya dahil edilmiş olgu ve kontrol gruplarındaki çocuk ve ergenlere araştırmacı tarafından Okul çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM-5 Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanmıştır. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik belirtilerin değerlendirmesini sağlayan yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesidir. İlk olarak Chambers ve arkadaşlarının (1985) hazırladığı Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi, Kaufman ve arkadaşları tarafından DSM III ve DSM IV tanı kriterlerine göre “Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli” olarak düzenlenmiştir (167). DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiş son versiyonunun geçerlilik güvenilirlik çalışması ise Ünal ve arkadaşları (168) tarafından yapılmıştır (167). Çizelgenin ilk bölümü çocuk ve ailenin sosyodemografik özellikleri, yakınma ve gelişim öyküsü, sağlık durumu, varsa geçmiş psikiyatrik başvurusu ve tedavisi, okuldaki ve evdeki işlevselliği içeren yapılandırılmamış bir tarama görüşmesidir. İkinci bölüm geçmişte ve şimdiki (son iki ayda) psikiyatrik tanılara özgül belirtileri değerlendiren tarama sorularını içermektedir. Belirtilerin varlığı ve şiddetine çocuk aile ve uygulayıcının görüşleri sonucunda karar verilmektedir. Üçüncü bölüm ise DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşmaktadır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşmeler ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgilerin doğrultusunda puanlama yapılarak uygulanmaktadır.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından düzenlenmiş olan formu aileler araştırmacı süpervizyonunda doldurmuşlardır. Formda çocuğun ve ailenin sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır (Ek-2).

Duygusal Reaktivite İndeksi (DRI)

İrritabilitenin değerlendirme ve takibinde kullanılmakta olan ölçeğin, ebeveyn formu ve 7-17 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenler için öz bildirim formu bulunmaktadır. İrritabilitenin boyutsal değerlendirilmesi için Stringaris ve ark. tarafından oluşturulmuştur (169). Son 6 ay içindeki iritabiliteyi değerlendiren bu ölçek altı madde içermektedir ve yedinci madde ise işlevsellikteki etkilenmeyi değerlendirmektedir. 3'lü likert bir ölçektir. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kocaeli yapmıştır (170). İlk altı maddenin toplamı 0-12 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek iritabilite düzeyini göstermektedir.

Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Formu(CADÖ-YK)

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna yönelik semptomları değerlendirmek için

Conners tarafından (171) geliştirilen Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Formu (CADÖ-YK) dört alt boyuttan ve toplamda 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Kaner ve arkadaşları (172) tarafından yapılmıştır. Alt ölçekler; karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik, hiperaktivite ve DEHB indeksi olarak adlandırılmıştır. “çok doğru (pek çok kez, sık sık)” ile “hiç doğru değil (hiçbir zaman, nadiren)” arasında değişen dördümlü likert tipi derecelendirmenin kullanıldığı ölçekte yüksek puan çocuğun alt boyutta tanımlanan problemleri ne kadar yoğun gösterdiğini belirler (172). Karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik ve hiperaktivite alt boyutlarından alınabilecek puanlar 0-18 arasında değişirken, DEHB genel indeksi alt boyutunda 0-36 arasında değişmektedir. Karşı gelme alt boyutu yetişkinlerle tartışma, kurallara uymayı reddetme, başkalarını kasıtlı olarak kızdırma, alınganlık, kırgınlık gösterme gibi davranışları içerirken, bilişsel problemler-dikkatsizlik alt boyutu ödevlerini tamamlayamama, dikkatini toplayamama ve odaklanamamayı ifade eder. Hiperaktivite alt boyutu ise yerinde duramama, uygun olmayan yerlerde sıklıkla koşma, tırmanma, sakin bir biçimde etkinliklere katılmakta zorlanma gibi davranışları içerirken DEHB genel indeksi alt boyutu diğer alt ölçeklerde ifade edilen davranışları kapsayacak şekilde bilgi toplamayı sağlamaktadır (171).

Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu(WİBÖ-E)

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna yönelik işlevsellik düzeyindeki bozulma ve sorunları değerlendirmek amacıyla Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (173).

Ebeveynlerce doldurulan bu ölçek 50 madde ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler şu şekildedir: Aile İşlevselliği (10 madde), Okul İşlevselliği (10 madde), Yaşam Becerileri İşlevselliği (10 madde), Çocuğun Benlik Algısı (3 madde), Sosyal Etkinlikler (7 madde) ve Riskli Eylemler (10 madde). Ölçek 4'lü likert özelliği taşımaktadır. Ailelerden her bir soru için çocuklarının duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, son bir ay nasıl etkilediğini en iyi tarif eden; “Hiçbir zaman (0 puan), Bazen (1 puan), Sık (2 puan), Çok sık (3 puan) ve Uygun Değil” seçeneklerinden birisini seçmesi istenir. Ebeveynler tarafından verilen puanlar hem alt başlık hem de toplam ölçek puanı için toplanır. Puan hesaplanırken “uygun değil” olarak işaretlenen maddeler hesaplamaya katılmaz. Alt başlıktaki maddelerin puan hesaplaması yapılırken, ilgili soruların puanları toplanır ve “uygun değil” seçeneği dışında işaretlenen madde sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanır. Ortalama puanın 1.5’den fazla olması o alt başlıkta işlevselliğin bozulduğunu gösterir. Klinisyenlerce hesaplamanın kolay olmasını sağlamak için ikinci bir değerlendirme yöntemi olarak alt ölçeklerde bir tane 3 puan alan madde işaretlenmesi ya da en az 2 tane 2 puan işaretli madde olması durumunda o alt ölçek için işlevsellik bozulmuş kabul edilir(174). Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenirliğini araştıran standardizasyon çalışması Tarakçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türk örnekleminde Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunmuş ve test-retest güvenirliği ($r=0.79-0.93$) yüksek saptanmıştır (175).

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranması amacıyla geliştirilmiştir (176). Bu anketin 4-16 yaşlar için anne-baba ve okul formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Her iki formu da aynı maddeleri içermektedir. Güçler Güçlükler Anketi 25 sorudan oluşur. Önergelerin bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgular (176). Anket kendi içinde; davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlar olmak üzere 5 alt başlıkta toplanmıştır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk 4 başlık puanlarının toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Sosyal davranışlar alt ölçeğinde düşük puan, diğer alt ölçeklerde ise

yüksek puan, o alan için sorun olduğunu gösterir (176). Ölçek, Güvenir ve arkadaşları (177) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır .

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 28 paket programı kullanılmıştır (178). Sosyodemografik verilerin incelenmesinde normal dağılım gösteren parametrik değişkenler için ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen parametrik değişkenler için ortalama ve (Q1-Q3); parametrik olmayan değişkenler için sıklık ve oran hesaplanmıştır.

Gruplardaki kategorik değişkenleri karşılaştırmak için Pearson Ki-kare testi veya Fisher's exact testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov–Smirnov testi ile incelendi. 2'li grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. İki'den çok bağımsız grupların incelenmesi karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiş ve post-hoc test için Bonferroni düzeltmeli ($p < 0.05/3 = 0.017$) Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırmalarında korelasyonun hesaplanmasında Pearson normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Çalışmada bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin modellenmesinde doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza 20.08.2024-20.01.2025 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğimize başvuran ve dahil edilme kriterlerini sağlayan DEHB+KOKGB eştanılı, DEHB tanılı olgular ile kontrol grubuna psikiyatrik hastalığı olmayan 53'er çocuk dahil edilmiştir.

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya dahil edilen sağlıklı kontrol grubu için ortalama yaş 9 (7-11), DEHB+KOKGB grubu için 9 (7.5-10.5) ve DEHB grubu için 9 (7-11) olarak saptanmıştır. Üç grubun yaşları istatistiksel açıdan benzerdir ($p=0.983$)(Tablo 3a). Cinsiyet dağılımında, sağlıklı kontrol grubunda 29 erkek (%54,7) ve 24 kız (%45,3), DEHB+KOKGB grubunda 36 erkek (%67,9) ve 17 kız (%32,1), DEHB grubunda 26 erkek (%49,1) ve 27 kız (%50,9) saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.131$)(Tablo 3b).

Tablo 3a. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

	DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
	Median	Q1-Q3	Median	Q1-Q3	Median	Q1-Q3	
Yaş							0.983 ^c
	9	(7.5-10.5)	9	(7-11)	9	(7-11)	

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu c: Mann-Whitney U testi. * p<0,05 , **p<0,001

Tablo 3b. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

	DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							0.131 ^a
Erkek	36	%67,9	26	%49,1	29	%54,7	
Kız	17	%32,1	27	%50,9	24	%45,3	

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a: Pearson Ki Kare. * p<0,05 , **p<0,001

Annelerde ortalama yaş, sağlıklı kontrol grubunda 39 (35-40), DEHB+KOKGB grubunda 36 (33-41) ve DEHB grubunda 39 (34,5-40) olarak saptanmıştır. Baba ortalama yaşı sağlıklı kontrol grubunda 42 (40-43), DEHB+KOKGB grubunda 40 (36,25-44) ve DEHB grubunda 41 (38,25-45) olarak saptanmıştır. Üç grubun anne ve baba yaşları benzer bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Ebeveynlerinin Yaş Özellikleri

	DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
	n	%	n	%	n	%	
Anne Yaşı	36	(33-41)	39	(34,5-40)	39	(35-40)	0.387 ^c
Baba Yaşı	40	(36,25-44)	41	(38,25-45)	42	(40-43)	0.173 ^c

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
c: Mann-Whitney U testi. * p<0,05 , **p<0,001

Anne eğitim durumu incelendiğinde, sağlıklı grupta annelerin %1,9'u okur-yazar değilken, %39,6'sı ilköğretim ve %58,5'i lise veya üniversite mezunudur. DEHB+KOKGB

grubunda ise annelerin %3,8'i okur-yazar değil, %41,5'i ilköğretim ve %54,7'si lise veya üniversite mezunudur. DEHB grubunda ise bu oranlar sırasıyla %1,9, %43,4 ve %54,7 olarak belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.972$). Baba eğitim durumu değerlendirildiğinde, sağlıklı grupta babaların %32,1'i ilköğretim, %67,9'u lise veya üniversite mezunudur. DEHB+KOKGB grubunda %1,9'u okur-yazar, %41,5'i ilköğretim, %56,6'sı lise veya üniversite mezunudur. DEHB grubunda ise babaların %39,6'sı ilköğretim ve %60,4'ü lise veya üniversite mezunu olarak belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.554$) (Tablo 5).

Annelerin çalışma durumu değerlendirildiğinde, sağlıklı kontrol grubunda annelerin %49,1'i çalışmamakta, %37,7'si işçi, %13,2'si memur olarak çalışmaktadır. DEHB+KOKGB grubunda %47,2'si çalışmamakta, %26,4'ü işçi, %17,0'si memur, %7,5'i serbest meslek sahibi ve %1,9'u emeklidir. DEHB grubunda ise %50,9'u çalışmamakta, %32,1'i işçi, %5,7'si memur, %7,5'i serbest meslek sahibi ve %3,8'i emekli olarak saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.185$). Babaların çalışma durumu incelendiğinde, sağlıklı kontrol grubunda babaların %1,9'u çalışmazken, %49,1'i işçi, %35,8'i memur ve %13,2'si serbest meslek sahibidir. DEHB+KOKGB grubunda %1,9'u çalışmazken, %39,6'sı işçi, %24,5'i memur, %30,2'si serbest meslek sahibi ve %3,8'i emeklidir. DEHB grubunda ise %1,9'u çalışmazken, %54,7'si işçi, %13,2'si memur, %26,4'ü serbest meslek sahibi ve %3,8'i emekli olarak saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.060$) (Tablo 5).

Annelerin psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde, sağlıklı kontrol ve DEHB+KOKGB grubunda annelerde psikiyatrik hastalık bulunmazken (%0,0), DEHB grubunun %7,5'inde psikiyatrik hastalık olduğu belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.034$). Babaların psikiyatrik hastalık öyküsünde, sağlıklı kontrol grubunda babaların %5,7'sinde psikiyatrik hastalık varken, %94,3'ünde bulunmamaktadır. DEHB+KOKGB grubunda babalarda psikiyatrik hastalık tespit edilmezken (%0,0), DEHB grubunun %5,7'sinde psikiyatrik hastalık saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.248$) (Tablo 5).

Gelir durumu açısından değerlendirildiğinde, sağlıklı kontrol grubunda %15,1'i 0-12 bin TL, %11,3'ü 13-24 bin TL, %47,2'si 25-48 bin TL ve %26,4'ü 48 bin TL üzeri gelir grubundadır. DEHB+KOKGB grubunda %3,8'i 0-12 bin TL, %26,4'ü 13-24 bin TL, %43,4'ü 25-48 bin TL ve %26,4'ü 48 bin TL üzeri gelir grubundadır. DEHB grubunda ise %5,7'si 0-12 bin TL, %39,6'sı 13-24 bin TL, %50,9'u 25-48 bin TL ve %3,8'i 48 bin TL üzeri gelir

saptanmış olup gelir düzeyi açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur (p=0.001) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Ailelerinin Sosyodemografik Özellikleri

		DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
		n	%	n	%	n	%	
Annenin Eğitim Düzeyi								0.972 ^b
	Okur-yazar Değil	2	%3,8	1	%1,9	1	%1,9	
	Okuryazar	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	
	İlköğretim	22	%41,5	23	%43,4	21	%39,6	
	Lise-Üniversite	29	%54,7	29	%54,7	31	%58,5	
Annenin Mesleği	Çalışmıyor	1	%1,9	1	%1,9	1	%1,9	0.185 ^b
	İşçi	21	%39,6	29	%54,7	26	%49,1	
	Memur	13	%24,5	7	%13,2	19	%35,8	
	Serbest	16	%30,2	14	%26,4	7	%13,2	
	Emekli	2	%3,8	2	%3,8	0	%0,0	
Anne Psikiyatrik Öykü	Var	0	%0,0	4	%7,5	0	%0,0	0.034 ^{*b}
	Yok	53	%100,0	49	%92,5	53	%100,0	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0.554 ^b
	Okur-yazar	1	%1,9	0	%0,0	0	%0,0	
	İlköğretim	22	%41,5	21	%39,6	17	%32,1	
	Lise-Üniversite	30	%56,6	32	%60,4	36	%67,9	
Babanın Mesleği	Çalışmıyor	1	%1,9	1	%1,9	1	%1,9	0.060 ^b
	İşçi	21	%39,6	29	%54,7	26	%49,1	
	Memur	13	%24,5	7	%13,2	19	%35,8	
	Serbest	16	%30,2	14	%26,4	7	%13,2	
	Emekli	2	%3,8	2	%3,8	0	%0,0	
Baba Psikiyatrik Öykü	Var	0	%0,0	3	%5,7	3	%5,7	0.248 ^b
	Yok	53	%100,0	50	%94,3	50	%94,3	
Ailenin Gelir	0-12 bin TL	2	%3,8	3	%5,7	8	%15,1	0.001 ^{**b}

Düzeyi	13-24 bin TL	14	%26,4	21	%39,6	6	%11,3
	25-48 bin TL	23	%43,4	27	%50,9	25	%47,2
	48 bin+	14	%26,4	2	%3,8	14	%26,4

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

b: Fischer'in Exact Testi * $p<0,05$, ** $p<0,001$

Öğrenim durumu açısından katılımcılar karşılaştırıldığında, sağlıklı kontrol grubunda 17 çocuk 1. sınıf (%32,1), 10 çocuk 2. sınıf (%18,9), 7 çocuk 3. sınıf (%13,2), 6 çocuk 4. sınıf (%11,3), 10 çocuk 5. sınıf (%18,9), 2 çocuk 6. sınıf (%3,8) ve 1 çocuk 7. sınıf (%1,9) olarak eğitim gördüğü belirlenmiştir. DEHB+KOKGB grubunda 13 çocuk 1. sınıf (%24,), 11 çocuk 2. sınıf (%20,8), 7 çocuk 3. sınıf (%13,2), 6 çocuk 4. sınıf (%11,3), 14 çocuk 5. sınıf (%26,4) ve 2 çocuk 6.sınıf (%3,8) olarak saptanmıştır. DEHB grubunda 17 çocuk 1. sınıf (%32,1), 7 çocuk 2. sınıf (%13,2), 8 çocuk 3. sınıf (%15,1), 3 çocuk 4. sınıf (%5,7), 16 çocuk 5. sınıf (%30,2) ve 2 çocuk 6. sınıf (%3,8) olarak belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.925$) (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Öğrenim Durumları ile İlgili Sosyodemografik Özellikleri

	DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
	n	%	n	%	n	%	
Öğrenim Durumu							0.925 ^b
1. Sınıf	13	%24,5	17	%32,1	17	%32,1	
2. Sınıf	11	%20,8	7	%13,2	10	%18,9	
3. Sınıf	7	%13,2	8	%15,1	7	%13,2	
4. Sınıf	6	%11,3	3	%5,7	6	%11,3	
5. Sınıf	14	%26,4	16	%30,2	10	%18,9	
6. Sınıf	2	%3,8	2	%3,8	2	%3,8	

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu b: Fischer'in Exact Testi. * $p<0,05$

Grupların aile tipleri değerlendirildiğinde, sağlıklı kontrol grubunun %86,8'i çekirdek aile, %1,9'u geniş aile, %11,3'ü tek ebeveynli aile olarak belirlenmiştir. DEHB+KOKGB grubunda %73,6'sı çekirdek aile, %20,8'i geniş aile ve %5,7'si tek ebeveynli aile olarak saptanmıştır. DEHB grubunda ise %34'ü çekirdek aile, %56,6'sı geniş aile, %7,5'i tek ebeveynli aile olarak saptanmış olup gruplar arasındaki aile tipi açısından bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$). Sağlıklı kontrol grubunda ebeveynlerin birlikte olduğu 48

(%90,6), boşanmış 3 (%5,7), ebeveynlerden biri vefat etmiş 2 (%3,8); DEHB+KOKGB grubunda ebeveynlerin birlikte olduğu 49 (%92,5), boşanmış 3 (%5,7), ebeveynlerden biri vefat etmiş 1 (%1,9); DEHB grubunda ebeveynlerin birlikte olduğu 46 (%86,8), boşanmış 6 (%11,3), ebeveynlerden biri vefat etmiş 1 (%1,9) olarak belirlenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.818) (Tablo 7).

Katılımcıların kardeş sayısı incelendiğinde, sağlıklı kontrol grubunda %15,1'inin kardeşi yokken, %52,8'inin 1, %28,3'ünün 2 ve %3,8'inin 3 kardeşi bulunmaktadır. DEHB+KOKGB grubunda %11,3'ünün kardeşinin olmadığı, %56,6'sının 1, %30,2'sinin 2, %1,9'unun 3 kardeşi vardır. DEHB grubunda ise %13,2'sinin kardeşi yok, %45,3'ünün 1, %35,8'inin 2 ve %5,7'sinin 3 kardeşi olduğu belirlenmiştir ve gruplar arasında fark bulunmamıştır(p=0.876) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Aile Yapısı İle İlgili Sosyodemografik Özellikleri

		DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
		n	%	n	%	n	%	
Aile Tipi								0.001
	Çekirdek Aile	39	%73,6	18	%34,0	46	%86,8	
	Geniş Aile	11	%20,8	30	%56,6	1	%1,9	
	Tek Ebeveynli	3	%5,7	4	%7,5	6	%11,3	
Anne-Baba Birliktelik Durumu								0.818
	Evli	49	%92,5	46	%86,8	48	%90,6	
	Boşanmış	3	%5,7	6	%11,3	3	%5,7	
	Ebeveynlerden biri vefat etmiş	1	%1,9	1	%1,9	2	%3,8	
Kardeş Sayısı								0.876
	0	6	%11,3	7	%13,2	8	%15,1	
	1	30	%56,6	24	%45,3	28	%52,8	
	2	16	%30,2	19	%35,8	15	%28,3	
	3	1	%1,9	3	%5,7	2	%3,8	

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
Fischer'in Exact Testi.p<0,001

Katılımcılar fiziksel hastalık varlığı açısından incelendiğinde, sağlıklı kontrol grubunda %17,0'ında tıbbi hastalık bulunurken, %83,0'ında bulunmamaktadır. DEHB+KOKGB grubunda %3,8'inde tıbbi hastalık varken, %96,2'sinde yoktur. DEHB grubunda ise %11,3'ünde tıbbi hastalık varken, %88,7'sinde bulunmadığı gözlenmiş olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.101)(Tablo 8).

Eştanılarına bakıldığında, 1 çocukta özgül fobi ve 1 çocukta enürezis görülmüştür. DEHB+KOKGB grubunda 5 olguda özgül öğrenme bozukluğu, 3 olguda özgül fobi, 2 olguda tik bozukluğu, 1 olguda kaçınan kısıtlı yeme bozukluğu saptanmıştır. DEHB grubunda ise 2 olguda özgül öğrenme bozukluğu, 2 olguda özgül fobi ve 2 olguda artikülasyon bozukluğu bulunurken 1 olguda enürezis saptanmış olup gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.293) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların Psikiyatrik ve Diğer Tıbbi Eştanı Verileri

		DEHB+KOKGB (N=53)		DEHB (N=53)		Kontrol (N=53)		p
		n	%	n	%	n	%	
Tıbbi Eştanı								0.101 ^a
	Var	2	%3,8	6	%11,3	9	%17,0	
	Yok	51	%96,2	47	%88,7	44	%83,0	
Psikiyatrik Eştanı								0.293 ^b
	ÖÖB	5	%9,4	2	%3,6	0	%0,0	
	Özgül Fobi	3	%5,6	2	%3,6	1	%1,8	
	Tik B.	2	%3,6	0	%0,0	0	%0,0	
	Kaçınan Yeme	1	%1,8	0	%0,0	0	%0,0	
	Enürezis	0	%0,0	1	%1,8	1	%1,8	
	Artikülasyon Bozukluğu	0	%0,0	2	%3,6	0	%0,0	

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu a:Pearson Ki Kare testi, b: Fischer'in Exact testi.* p<0,05 ,**p<0,001

Klinik Değerlendirme Ölçekleri Puanlarının Üç Grup Arasında Karşılaştırılması

Üç grup arasında DRI aile ve çocuk verilerinin karşılaştırılmasında; DRI-Aile Toplam Puanı, sağlıklı kontrol grubunda 1 (1-2), DEHB+KOKGB grubunda 7 (4-11) ve DEHB grubunda 5 (3-8) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur. Sağlıklı kontrol grubunda DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak aile tarafından bildirilen daha düşük irritabilite puanı saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$) (Tablo 9).

DRI-Çocuk Toplam Puanı, sağlıklı kontrol grubunda 1 (0-3,5), DEHB+KOKGB grubunda 7 (6-9) ve DEHB grubunda 4 (2-7) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB+KOKGB grubunda bildirilen irritabilite puanları en yüksek, sağlıklı kontrol grubunda en düşük bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların Duygusal Reaktivite İndeksi Aile ve Çocuk Verilerinin Karşılaştırılması

	DEHB+KOKGB (N=53)	DEHB (N=53)	Kontrol (N=53)	p ¹	p ²	p ³	p ⁴
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)				
DRI-Aile Toplam Puan	7 (4-11)	5 (3-8)	1 (1-2)	0.001**	0.001**	0.001**	0,052
DRI-Çocuk Toplam Puan	7 (6-9)	4 (2-7)	1 (0-3,5)	0.001**	0.001**	0.001**	0,004*

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

p₁: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, **p₂**: Sağlıklı Kontrol ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₃**: Sağlıklı Kontrol ve KOKGB+DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₄**: KOKGB+DEHB ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi $p<0,017$ olarak belirlenmiştir. * $p<0,05$ ve ** $p<0,001$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Üç grup arasında CADÖ-YK verilerinin karşılaştırılmasında; CADÖ-YK Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik puanı, sağlıklı kontrol grubunda 2 (0-5), DEHB+KOKGB grubunda 14 (11-18) ve DEHB grubunda 13 (9-16) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$). CADÖ-YK Hiperaktivite puanı, sağlıklı kontrol grubunda 1 (0-4), DEHB+KOKGB grubunda 14 (11-17) ve DEHB grubunda 13 (8-17) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$). CADÖ-YK Karşı Gelme puanı, sağlıklı kontrol grubunda 3 (0-5), DEHB+KOKGB grubunda 12 (9-15) ve DEHB grubunda 9 (6-11) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda,

DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$) (Tablo 10).

DEHB İndeksi, sağlıklı kontrol grubunda 1 (0-4), DEHB+KOKGB grubunda 14 (13-21) ve DEHB grubunda 14 (12-20) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Grupların CADÖ-YK Alt Alan Puanları ve DEHB İndeksinin Karşılaştırılması

	DEHB+KOKGB (N=53)	DEHB (N=53)	Kontrol (N=53)	p ¹	p ²	p ³	p ⁴
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)				
CADÖ-YK Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik	14 (11-18)	13 (9-16)	2 (0-5)	0.001**	0.001**	0.001**	0,553
CADÖ-YK Hiperaktivite	14 (11-17)	13 (8-17)	1 (0-4)	0.001**	0.001**	0.001**	1,000
CADÖ-YK Karşı Gelme	12 (9-15)	9 (6-11)	3 (0-5)	0.001**	0.001**	0.001**	0,099
CADÖ-YK DEHB İndeksi	14 (13-21)	14 (12-20)	1 (0-4)	0.001**	0.001**	0.001**	1,000

CADÖ-YK:Connors AnaBaba Değerlendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

p₁: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, **p₂**: Sağlıklı Kontrol ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₃**: Sağlıklı Kontrol ve KOKGB+DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₄**: KOKGB+DEHB ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi $p<0,017$ olarak belirlenmiştir.* $p<0,05$ ve ** $p<0,001$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Üç grup arasında WİBÖ-E verilerinin karşılaştırmasında; WİBÖ-E Aile puanı, sağlıklı kontrol grubunda 2 (1-3), DEHB+KOKGB grubunda 11 (7-17) ve DEHB grubunda 7 (4-10) olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. DEHB+KOKGB grubunun puanları en yüksek bulunmuş, sağlıklı kontrol grubu en düşük puan almıştır ($p<0.001$). WİBÖ-E Okul- Öğrenme puanı, sağlıklı kontrol grubunda 1 (0-2), DEHB+KOKGB grubunda 5 (2-7) ve DEHB grubunda 8 (5-10) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. DEHB grubunun puanları en yüksek bulunmuş, sağlıklı kontrol grubu en düşük puan almıştır ($p<0.001$). WİBÖ-E Okul-Davranış Puanı, sağlıklı kontrol grubunda 0 (0-0), DEHB+KOKGB grubunda 3 (2-4) ve DEHB grubunda 2 (0-4) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$)(Tablo 10). WIBÖ-E Yaşam Becerileri puanı, sağlıklı kontrol 3 (0-4), DEHB+KOKGB grubunda 10 (6-14) ve DEHB grubunda 9 (5-11) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$). WIBÖ-E Benlik Algısı Puanı, sağlıklı kontrol grubunda 0 (0-1), DEHB+KOKGB grubunda 1 (1-2) ve DEHB grubunda 2 (0-5) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$). WIBÖ-E Sosyal Etkinlikler puanı, sağlıklı kontrol grubunda 0 (0-1), DEHB+KOKGB grubunda 7 (4-9) ve DEHB grubunda 4 (2-7) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$). WIBÖ-E Riskli Eylemler puanı, sağlıklı kontrol grubunda 1 (0-2), DEHB+KOKGB grubunda 2 (1-3) ve DEHB grubunda 2 (0-3) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0.001$) (Tablo 10).

Tablo 11. Grupların WIBÖ-E Alt Alan ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB+KOKGB (N=53)	DEHB (N=53)	Kontrol (N=53)	p^1	p^2	p^3	p^4
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)				
WIBÖ-E Aile	11 (7-17)	7 (4-10)	2 (1-3)	0.001**	0.001**	0.001**	0,020*
WIBÖ-E Okul-Öğrenme	5 (2-7)	8 (5-10)	1 (0-2)	0.001**	0.001**	0.001**	0,010*
WIBÖ-E Okul-Davranış	3 (2-4)	2 (0-4)	0 (0-0)	0.001**	0.001**	0.001**	0,110
WIBÖ-E Yaşam Becerileri	10 (6-14)	9 (5-11)	3 (0-4)	0.001**	0.001**	0.001**	0,375
WIBÖ-E Benlik Algısı	1 (1-2)	2 (0-5)	0 (0-1)	0.001**	0,015*	0.001**	0,194
WIBÖ-E Sosyal Etkinlikler	7 (4-9)	4 (2-7)	0 (0-1)	0.001**	0.001**	0.001**	0,214

WİBÖ-E Riskli Eylemler	2 (1-3)	2 (0-3)	1 (0-2)	0.001**	0,040*	0.001**	0,801
WİBÖ-E Toplam Puan	41 (30-53)	40 (27-47)	6 (4-19)	0.001**	0.001**	0.001**	1,000

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu

p₁: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, **p₂**: Sağlıklı Kontrol ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₃**: Sağlıklı Kontrol ve KOKGB+DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₄**: KOKGB+DEHB ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi p<0,017 olarak belirlenmiştir.*p<0,05 ve **p<0,001 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Üç grup arasında GGA-E verileri kıyaslandığında; GGA-E Davranışsal Problemler puanı sağlıklı kontrol grubunda 1(1-2), DEHB+KOKGB grubunda 5(3-6) ve DEHB grubunda 5(3.5-6) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda, DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan saptanmış olup DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır (p<0,001). GGA-E Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği puanı, sağlıklı kontrol grubunda 1(1-2), DEHB+KOKGB grubunda 8(6-10) ve DEHB grubunda 7(4-8) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda DEHB ve DEHB+KOKGB grubuna göre anlamlı olarak daha düşük puan bulunmuş olup, DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda anlamlı fark saptanmamıştır (p<0,001). GGA-E Duygusal Problemler puanı, sağlıklı kontrol grubunda 2(1-4), DEHB+KOKGB grubunda 9(6-10) ve DEHB grubunda 4(3-6) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. En yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir (p<0,001). GGA-E Akran Problemleri puanı sağlıklı kontrol grubunda 1 (1-2), DEHB+KOKGB grubunda 4 (3-5) ve DEHB grubunda 2 (1-4) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır. En yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir (p<0.001). GGA-E Prososyal Davranış puanı, sağlıklı kontrol grubunda 7 (5-8), DEHB+KOKGB grubunda 6 (4-8) ve DEHB grubunda 8 (6-9) olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki en yüksek puan DEHB grubuna aittir (p<0.001) GGA-E Toplam Güçlük puanı, sağlıklı kontrol grubunda 7 (6-8), DEHB+KOKGB grubunda 23 (18-24) ve DEHB grubunda 16 (15-20) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir (p<0.001) (Tablo 12).

Tablo 12. Grupların GGA-Ebeveyn Alt Alan ve Toplam Güçlük Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB+KOKGB (N=53)	DEHB (N=53)	Kontrol (N=53)				
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	p¹	p²	p³	p⁴
GGA-E Davranışsal Problemler	5 (3-6)	5 (3.5-6)	1 (1-2)	0.001**	0.001**	0.001**	1,000
GGA-E Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği	8 (6-10)	7 (4-8)	1 (1-2)	0.001**	0.001**	0.001**	0,090
GGA-E Duygusal Problemler	9 (6-10)	4 (3-6)	2 (1-4)	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
GGA-E Akran Problemleri	4 (3-5)	2 (1-4)	1 (1-2)	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**
GGA-E Sosyal Davranış	6 (4-8)	8 (6-9)	7 (5-8)	0.003*	0,026*	0,004*	0.034*
GGA-E Toplam Güçlük	23 (18-24)	16 (15-20)	7 (6-8)	0.001**	0.001**	0.001**	0.001**

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu GGA-E: Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu

p₁: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, **p₂**: Sağlıklı Kontrol ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₃**: Sağlıklı Kontrol ve KOKGB+DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, **p₄**: KOKGB+DEHB ve DEHB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi p<0,017 olarak belirlenmiştir.*p<0,05 ve **p<0,001 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

DEHB grubu içerisindeki alt tiplerle DEHB+KOKGB grubu irritabilite şiddeti açısından kıyaslandığında; DRI Aile Toplam puanı DEHB-DE grubunda 4 (1-5), DEHB-B grubunda 7.5 (5-10) ve DEHB+KOKGB grubunda 7 (4-11) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. En yüksek puan DEHB-B grubuna aittir (p<0.001). DRI Çocuk Toplam Puanı, DEHB-DE grubunda 3 (2-5), DEHB-B grubunda 7.5 (3-10) ve DEHB+KOKGB grubunda 7 (6-9) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir(p<0.001) (Tablo 13).

DRI Aile ve Çocuk toplam puanları DEHB grubu içindeki alt tipler arasında kıyaslandığında; iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, en yüksek puanlar DEHB-B grubuna aittir (Tablo 13).

Tablo 13. DEHB Alt Tipleri ve DEHB+KOKGB Grubu Arasında DRI Aile ve Çocuk

	DEHB-DE (N=29)	DEHB-B (N=24)	DEHB+KOKGB (N=53)				
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	p ¹	p ²	p ³	p ⁴
DRI-Aile Toplam puan	4 (1-5)	7,5 (5-10)	7 (4-11)	0.001**	0.001**	0.002*	1.000
DRI-Çocuk Toplam puan	3 (2-5)	7,5 (3-10)	7 (6-9)	0.001**	0.001**	0.001**	1.000

Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Baskın Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu DEHB-B: Bileşik Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, p₂: DEHB-DE ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p₃: DEHB-DE ve DEHB-B gruplarının karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p₄: DEHB-B ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeriNot: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi p<0,017 olarak belirlenmiştir. *p<0,05 ve **p<0,001 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

DEHB grubu içerisindeki alt tiplerle DEHB+KOKGB grubu CADÖ-YK verilerine göre kıyaslandığında; Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik puanı, DEHB-DE grubunda 10 (8-14), DEHB-B grubunda 15 (12-17) ve DEHB+KOKGB grubunda 14 (11-18) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. En yüksek puan DEHB-B grubuna aittir (p=0.003). CADÖ-YK Hiperaktivite puanı, DEHB-DE grubunda 11 (8-14), DEHB-B grubunda 17 (12-18) ve DEHB+KOKGB grubunda 14 (11-17) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve en yüksek puan DEHB-B grubuna aittir (p=0.002). CADÖ-YK Karşı Gelme puanı, DEHB-DE grubunda 7 (5-9), DEHB-B grubunda 11 (9-16) ve DEHB+KOKGB grubunda 12 (9-15) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir (p<0.001) (Tablo 14).

Tablo 14. DEHB Alt Tipleri ve DEHB+KOKGB Grubu Arasında CADÖ-YK Alt Alan Puanları ve DEHB İndeksinin Karşılaştırılması

	DEHB-DE (N=29)	DEHB-B (N=24)	DEHB+KOKGB (N=53)				
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	p¹	p²	p³	p⁴
Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik	10 (8-14)	15 (12-17)	14 (11-18)	0.003*	0.006*	0.012*	1.000
Hiperaktivite	11 (8-14)	17 (12-18)	14 (11-17)	0.002*	0.027*	0.002*	0.571
Karşıt Olma	7 (5-9)	11 (9-16)	12 (9-15)	0.001**	0.001**	0.001**	1.000
DEHB İndeksi	13 (9-17)	16 (13-20)	14 (13-21)	0.197			

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Baskın Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu DEHB-B: Bileşik Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu CADÖ-YK: Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Form

p₁: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, p₂: DEHB-DE ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p₃: DEHB-DE ve DEHB-B gruplarının karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p₄: DEHB-B ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi p<0,017 olarak belirlenmiştir.

*p<0,05 ve **p<0,001 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

DEHB grubu içerisindeki alt tiplerle DEHB+KOKGB grubu WİBÖ-E verilerine göre kıyaslandığında; WİBÖ-E Aile puanı, DEHB-DE grubunda 5 (3-8), DEHB-B grubunda 8 (5-11) ve DEHB+KOKGB grubunda 11 (7-17) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir (p<0.001). WİBÖ-E Okul Öğrenme puanı, DEHB-DE grubunda 9 (6-11.5), DEHB-B grubunda 7 (4-8) ve DEHB+KOKGB grubunda 5 (2-7) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, en yüksek puan DEHB-DE grubuna aittir (p<0.001). WİBÖ-E Okul Davranış puanı, DEHB-DE grubunda 1 (0-3), DEHB-B grubunda 4 (1-9) ve DEHB+KOKGB grubunda 3 (2-4) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, en yüksek puan DEHB-B grubuna aittir (p<0.001). WİBÖ-E Yaşam Becerileri puanı, DEHB-DE grubunda 7 (4-9), DEHB-B grubunda 10 (6-12) ve

DEHB+KOKGB grubunda 10 (6-14) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir ($p=0.012$). WİBÖ-E Sosyal Etkinlikler puanı, DEHB-DE grubunda 3 (2-7), DEHB-B grubunda 5,5 (3-8) ve DEHB+KOKGB grubunda 8 (7-9) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir ($p=0.034$). WİBÖ-E Benlik Algısı ve Riskli Eylemler puanlarında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.063, p=0.056$). WİBÖ-E Toplam puanı, DEHB-DE grubunda 35 (25-42), DEHB-B grubunda 45 (30-53) ve DEHB+KOKGB grubunda 41 (30-53) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, en yüksek puan DEHB-B grubuna aittir ($p=0.020$). WİBÖ-E Aile, Öğrenme, Davranış, Yaşam Becerileri ve Toplam puanlarda DEHB alt tipleri arasında kıyaslama yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, en yüksek puanlar DEHB-B grubuna ait bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. DEHB Grubu Alt Tipleri ve DEHB+KOKGB Grubu Arasında WİBÖ-E Verilerinin Karşılaştırılması

	DE Baskın Tip DEHB (N=29)	Mixt Tip DEHB (N=24)	DEHB+KOKGB (N=53)	p ¹	p ²	p ³	p ⁴
	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)				
Aile	5 (3-8)	8 (5-11)	11 (7-17)	0.001**	0.025*	0.001**	0.039*
Okul- Öğrenme	9 (6-11,5)	7 (4-8)	5 (2-7)	0.001**	0.285	0.001**	0.179
Okul- Davranış	1 (0-3)	4 (1-9)	3 (2-4)	0.001**	0.001**	0.001**	1.000
Yaşam Becerileri	7 (4-9)	10 (6-12)	10 (6-14)	0.012*	0.081	0.012*	1.000
Benlik Algısı	3 (0-6)	2 (1-3)	1 (1-2)	0.063			
Sosyal Etkinlikler	3 (2-7)	5,5 (3-8)	8 (7-9)	0.034*	0.021*	0.028*	0.027*
Riskli Eylemler	1 (0-2)	2,5 (1-4)	2 (1-3)	0.056			
Toplam puan	35 (25-42)	45 (30-53)	41 (30-53)	0.020*	0.049*	0.037*	1.000

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Baskın Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu DEHB-B: Bileşik Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu

p₁: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, p₂: DEHB-DE ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p₃: DEHB-DE ve DEHB-B gruplarının karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p₄: DEHB-B ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi $p<0,017$ olarak belirlenmiştir.

* $p<0,05$ ve ** $p<0,001$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

DEHB grubu içerisindeki alt tiplerle DEHB+KOKGB grubu GGA-E verilerine göre kıyaslandığında; Davranışsal Problemler, Akran Problemleri ve Prososyal Davranış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.135, p=0.110, p=0.714$). GGA-E Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği puanı, DEHB-DE grubunda 7 (4-8), DEHB-B grubunda 6,5(4-8) ve DEHB+KOKGB grubunda 8 (6-10) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve en yüksek puan DEHB+KOKGB grubuna aittir ($p=0.008$). GGA-E Toplam Güçlük puanı, DEHB-DE grubunda 18 (16-23), DEHB-B grubunda 23 (19-26) ve DEHB+KOKGB grubunda 23 (18-24) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, ancak DEHB-B ve DEHB+KOKGB gruplarının toplam güçlük puanları benzer bulunmuştur ($p=0.021, p=1.000$). GGA-E Davranışsal Problemler, Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği, Duygusal Problemler ve Toplam Güçlük puanı DEHB grubu alt tipleri arasında kıyaslandığında iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ve en yüksek puanlar DEHB-B grubuna aittir (Tablo 16).

Tablo 16. DEHB Grubu Alt Tipleri ve DEHB+KOKGB Grubu Arasında GGA-Ebeveyn Verilerinin Karşılaştırılması

	DEHB-DE (N=29)	DEHB-B (N=24)	DEHB+KOKGB (N=53)	p ¹	p ²	p ³	p ⁴
	Median (Q1- Q3)	Median (Q1-Q3)	Median (Q1-Q3)				
GGA-E Davranışsal Problemler	4 (3-6)	5,5 (4-6)	5 (3-6)	0.135			
GGA-E Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği	7 (4-8)	6,5 (4-8)	8 (6-10)	0.008*	1.000	0.025*	0.041*
GGA-E Duygusal Problemler	6 (4-7)	8 (6-8)	7 (4-8)	0.001**	0.035*	0.001**	0.022*
GGA-E Akran Problemleri	3 (3-4)	4 (4-5)	4 (3-5)	0.110			
GGA-E Prososyal Davranış	8 (6-9)	8 (6-9)	8 (5,5-10)	0.714			
GGA-E Toplam Güçlük	18 (16-23)	23 (19-26)	23 (18-24)	0.021*	0.71	0.030*	1.000

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DEHB-DE: Dikkat Eksikliği Baskın Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, DEHB-B: Bileşik Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, GGA-E: Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu

p¹: Kruskal-Wallis testi sonucu elde edilen p değeri, p²: DEHB-DE ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p³: DEHB-DE ve DEHB-B gruplarının karşılaştırılması için elde edilen p değeri, p⁴: DEHB-B ve DEHB+KOKGB grubu karşılaştırılması için elde edilen p değeri

Not: p₂, p₃ ve p₄ değerleri için Benferroni düzeltmesi uygulanmış olup, anlamlılık düzeyi $p<0,017$ olarak belirlenmiştir.

* $p<0,05$ ve ** $p<0,001$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Spearman korelasyon analizine göre; DRI Aile Toplam puanı ile CADÖ-YK Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Karşı Gelme, DEHB İndeksi puanı arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. DRI Çocuk Toplam puanı ile CADÖ-YK Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Karşı Gelme, DEHB İndeksi puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların DRI Aile ve Çocuk Toplam Puanlarının CADÖ-YK Alt Alan Puanları ile İlişkisi

		CADÖ-YK Bilişsel- Dikkat Eksikliği	CADÖ-YK Hiperaktivite	CADÖ-YK Karşı Gelme	CADÖ-YK DEHB İndeksi
DRI-Aile Toplam Puan	r	,698**	,706**	,603**	,684**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
DRI-Çocuk Toplam Puan	r	,517**	,509**	,466**	,483**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000

DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi, CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Form Spearman Korelasyon Analizi,* p<0,05,**p<0,001

DRI Aile Toplam puanı ile WİBÖ-E Aile, Sosyal Etkinlikler ve Toplam puan arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. DRI Aile Toplam puanı ile WİBÖ-E Okul Öğrenme, Davranış, Yaşam Becerileri puanları arasında orta düzeyde pozitif ilişki, çocuğun Benlik Algısı ve Riskli Eylemler puanları arasında düşük düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 18).

DRI Çocuk Toplam puanı ile WİBÖ-E Aile,Okul Davranış, Sosyal Etkinlikler ve Toplam puan arasında orta düzeyde pozitif ilişki ve Okul Öğrenme, Yaşam Becerileri, Riskli Eylemler puanları arasında düşük düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. DRI Çocuk Toplam puanı ile WİBÖ-E Benlik Algısı puanı arasında çok düşük düzeyde pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların DRI Aile ve Çocuk Toplam Puanlarının WİBÖ-E Puanları ile İlişkisi

		WİBÖ-E Aile	WİBÖ-E Okul Öğrenme	WİBÖ-E Okul Davranış	WİBÖ-E Yaşam Becerileri	WİBÖ-E Çocuğun Benlik Algısı	WİBÖ-E Sosyal Etkinlikler	WİBÖ-E Riskli Eylemler	WİBÖ-E Total
--	--	----------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-----------------

DRI-Aile Toplam	r	,683**	,492**	,532**	,546**	,258**	,603**	,308**	,722**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
DRI-Çocuk Toplam	r	,501**	,266**	,437**	,329**	0,146	,448**	,246**	,493**
	p	0,000	0,001	0,000	0,000	0,067	0,000	0,002	0,000

DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi, WIBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu
Spearman Korelasyon Analizi.* p<0,05,**p<0,001

DRI Aile Toplam puanı ile GGA Toplam Güçlük puanı arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki saptanmış olup, davranışsal problemler, duygusal problemler, hiperaktivite-dikkat eksikliği, akran problemleri puanları arasında orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. DRI Aile Toplam Puanı ile GGA Prososyal Davranış puanı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 19).

DRI Çocuk Toplam puanı ile GGA Davranışsal Problemler puanı arasında orta düzeyde pozitif ilişki, hiperaktivite-dikkat eksikliği, duygusal problemler, akran problemleri ve toplam güçlük puanı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. DRI Çocuk Toplam puanı ile GGA Prososyal Davranış puanı arasında çok düşük düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların DRI Aile ve Çocuk Toplam Puanlarının GGA-E Puanlarının İlişkisi

		Davranışsal Problemler	Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği	Duygusal Problemler	Akran Sorunları	Prososyal Davranış	Toplam Güçlük
DRI Aile Toplam	r	,524**	,562**	,539**	,541**	,248**	,615**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
DRI Çocuk Toplam	r	,427**	,360**	,306**	,317**	0,095	,399**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,236	0,000

DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi, GGA-E: Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu
Spearman Korelasyon Analizi.* p<0,05,**p<0,001.

DRI Aile Toplam puanını tahmin etme modeline ilişkin regresyon analizi sonuçları, modelin %53.5 oranında açıklayıcı olduğunu göstermektedir ($R^2= 0.535$, $F=35.250$, $p<0.001$). WIBÖ-E Toplam puanı değişkeninin DRI Aile Toplam puanı üzerindeki etkileri anlamlı bulunmuştur ($B= 0.424$, [%95 GA: 0,050 - 0,125], $p= 0.001$). Bununla birlikte CADÖ-YK Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Karşı Gelme puanı ve GGA-E Toplam

Güçlük puanı değişkenlerinin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. DRI Aile Toplam Puanı Modelini Tahmin Etmek İçin Kurulan Regresyon Modeli

	Unstd. Coe.		Std Coe. Beta	95,0% GA		P
	B	Std. Error		Alt	Üst	
(Constant)	-0,060	0,513		- 1,073	0,952	0,906
CADÖ-YK Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik	0,173	0,097	0,283	- 0,020	0,365	0,078
CADÖ-YK Hiperaktivite	0,015	0,101	0,026	- 0,184	0,214	0,882
CADÖ-YK Karşı Gelme	0,066	0,059	0,098	- 0,050	0,182	0,263
WİBÖ-E Toplam	0,088	0,020	0,424	0,050	0,127	0,000**
GGA-E Toplam	-0,014	0,049	-0,028	- 0,110	0,083	0,779

DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi, GGA-E: Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu, CADÖ-YK:Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Form, WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu

GA: Güven Aralığı. * $p<0.05$, ** $p<0.001$, $R = 0.732$, $R^2 = 0.535$, Regression model tahmini ($F=35.250$), $p=0.001$.

DRI Çocuk Toplam puanını tahmin etme modeline ilişkin regresyon analizi sonuçları, modelin %26.8 oranında açıklayıcı olduğunu göstermektedir ($R^2= 0.268$, $F=11.227$, $p<0.001$). WİBÖ-E Toplam puanı değişkeninin DRI Çocuk Toplam puanı üzerindeki etkileri anlamlı bulunmuştur ($B=-0.119$, [%95 GA: 0,002- 0,100], $p= 0.040$). Bununla birlikte Bununla birlikte CADÖ-YK Bilişsel Problemler ve Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Karşı Gelme puanı ve GGA-E Toplam Güçlük puanı değişkenlerinin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21. DRI Çocuk Toplam Puanı Modelini Tahmin Etmek İçin Kurulan Regresyon Modeli

	Unstd. Coe.	Std Coe.	95,0% GA	p
--	-------------	----------	----------	---

	B	Std. Error	Beta	Alt	Üst	
(Constant)	0,179	0,122	0,294	0,606	3,153	0,004*
CADÖ-YK Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik	-0,014	0,127	-0,024	-0,062	0,421	0,145
CADÖ-YK Hiperaktivite	0,112	0,074	0,167	-0,264	0,237	0,913
CADÖ-YK Karşı Gelme	0,051	0,025	0,245	-0,033	0,258	0,130
WİBÖ-E Toplam	-0,059	0,062	-0,119	0,002	0,100	0,040*
GGA-E Toplam	0,179	0,122	0,294	-0,180	0,063	0,340

DRI: Duygusal Reaktivite İndeksi, CADÖ-YK: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa Form, GGA-E: Güçler Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu, WİBÖ-E: Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu

GA: Güven Aralığı, * p<0.05 , **p<0.001, R =0.518, R² = 0.268, Regression model tahmini (F=11.227), p=0.001.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, polikliniğimizde DEHB ve DEHB ile birlikte KOKGB eştanısı almış olan çocuklar iritabilite düzeyi, DEHB ile ilgili klinik özellikler, işlevsellik düzeyi, duygusal ve davranışsal özellikleri bakımından yaş ve cinsiyet olarak benzer özelliğe sahip sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslanmıştır. Bu çalışmada, DEHB ve KOKGB eştanılı çocuk ve ergenlerde iritabilite şiddetinin, işlevsellikte bozulma düzeyi ve sosyal, duygusal, davranışsal sorunlarla olan ilişkisini araştırmak amaçlanmaktadır.

Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi ve Tartışılması

Çalışmamıza DEHB+KOKGB vaka grubunda 53, DEHB grubunda 53 ve sağlıklı kontrol grubunda 53 çocuk dahil edilmiştir. DEHB ile en sık eştanı alan bozukluklardan biri

KOKGB'dir (179). DEHB+KOKGB grubu, cinsiyet dağılımı açısından %67,9'u erkek, %32,1'i kız cinsiyetten oluşmaktadır. Bu oran, ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB ve KOKGB eştanısının erkek çocuklarında kız çocuklarına göre iki kat daha fazla görüldüğü bulgusu ile uyumludur (107). DEHB grubu %49,1'i erkek %50,9 u kız cinsiyetten oluşmaktadır. Toplum örneklemli çalışmalarda erkek:kız oranı 1:1 ile 3:1 arasında değişmekte olup klinik örneklem çalışmaları için bu oran 9:1'e kadar yükselmektedir (180). Çalışmalarda seçilen örnekleme göre cinsiyet dağılımları değişebilse de bizim çalışmamızdaki DEHB grubunda cinsiyetler arasındaki bu benzerlik, dikkat eksikliği baskın tip DEHB olan vakaların %54,71'ini oluşturuyor olması ve bu tipin kız çocuklarında daha fazla olmasıyla açıklanabilir (181). Çalışmamızda, tüm gruplarda cinsiyet, yaş ve öğrenim durumları arasında fark saptanmamıştır. Gruplar arasındaki bu benzer özellikler karşılaştırma açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda anne ve baba yaşı, anne babanın birliktelik durumu ve kardeş sayısı açısından farklılık saptanmamıştır.

Sosyoekonomik düzeyin dolaylı bir göstergesi kabul edilen anne-baba eğitim düzeyi, anne- baba çalışma durumu açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aile gelir durumu diğer iki gruba kıyasla DEHB grubunda anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu konuda literatürde birbiriyle çelişkili birçok sonuç mevcuttur. Literatürde DEHB'nin sosyoekonomik dezavantaj ile ilişkisini inceleyen bir derlemede etiyoloji için sosyoekonomik düzeyin düşük olması ile DEHB arasında pozitif bir ilişki saptanmış ve çalışmamızla uyumlu bulunmuştur (182). Ülkemizde yapılmış DEHB prevelansının incelendiği bir araştırmada ise, sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (183).

Çalışmamızda aile tipi açısından kıyaslama yapıldığında DEHB grubunda geniş aile olarak yaşama oranı %56,6 olup, istatistiksel olarak farklılık göstermiştir. Geniş aile olarak yaşam, doğrudan DEHB için bir etiyolojik faktör olmasa da aile içi dinamikleri ve ebeveyn tutumlarını etkilemesi, aile içindeki etkileşimde ve organizasyonda azalma yaratabileceği için DEHB şiddeti ve seyrinde önemli bir rol oynamaktadır (184).

Ebeveyn psikiyatrik öyküsü karşılaştırıldığında, DEHB grubunda annede psikiyatrik öykü varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, babada psikiyatrik hastalık öyküsü için gruplar arasından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatüre göre DEHB tanısı olan çocuklarda ebeveyn psikopatolojisi görülme riskinin 2-8 kata kadar artmış olduğu, bu çocukların anne-babalarında depresyon ve anksiyete bulgularının daha sık görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (185, 186). Çalışmamızdaki tüm olgular yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği

olan ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T kullanılarak değerlendirilmiş olup, psikiyatrik ve fiziksel eştanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Klinik Değerlendirme Verilerinin Değerlendirilmesi ve Tartışılması

DEHB+KOKGB, DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarındaki tüm katılımcılara klinik değerlendirme ölçekleri uygulanmış ve bu gruplar arasında ölçek puanları istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır. Çalışmamızdaki tüm katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulan DRI-Aile ile irritabilite şiddeti değerlendirilmiş ve toplam puanları karşılaştırıldığında üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının ikili karşılaştırmasından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Fazik irritabilite tanımlayıcı semptomlarından olmasa da, irritabilite, engellenme eşiğinin düşüklüğü ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olup DEHB tanılı hastalarda sıklıkla bildirilen bir semptomdur (187). Özellikle bileşik tip ve hiperaktivite-dürtüsellik baskın tip DEHB tanılı çocuklar, KOKGB tanılı çocuklara benzer öfke patlamaları gösterebilir (25). Yapılan bir çalışmada ailelerin irritabilite semptomu bildirimlerinin çocuk bildirimlerine oranı 0.4 olarak bulunmuş olup, çocukların irritabilite semptomları konusunda daha çok öz bildirimde bulundukları görülmüştür (122). Bunun sebebi çocukların içsel deneyimlerini tam olarak yansıtmıyor olması, irritabilitenin içsel bileşenleri ebeveynler tarafından tam olarak fark edilmemesi olabilir (188). Aynı zamanda DEHB tanılı çocukların aileleri öfke patlamaları ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili problemlerle sıkça karşı karşıya kaldıkları için patolojik olarak algılamayabilir veya bu durumu yadsıyabilir. Bununla beraber ebeveynlerin stres düzeyleri, tükenmişlik yaşamaları çocuklarının duygu durumlarındaki farklılıkları ayırt etmeyi zorlaştırabilir(189).

Katılımcıların irritabilite şiddeti öz bildirim formu olan DRI-Ç formuyla değerlendirilmiş olup tüm puanlar karşılaştırıldığında üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara kıyasla irritabilite şiddeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. DEHB+KOKGB birlikteliği olan çocukların yalnızca DEHB tanılı çocuklara göre çok daha yüksek düzeyde duygusal reaktivite ve agresyon gösterdiği yapılan çalışmalarda saptanmıştır (190). Özellikle DEHB+KOKGB eştanılı çocuklar, engellenme duyarlılığı yüksek olmalarından dolayı ebeveyn ve diğer otorite figürleriyle sıkça çatışır, yaşadıkları hayal kırıklıklarını ve öfkelerini daha yoğun hissedebilir (191). Çocuk öz bildirimleri, içsel olarak öfkenin hissedildiği şiddet ve huzursuzluk düzeyini daha iyi yansıtabilir ve bu da ebeveyn tarafından bildirilen irritabilite şiddeti ile farklılık gösterebilir.

Çalışmamızda DEHB semptomlarının şiddeti tüm katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulan CADÖ-YK ile değerlendirilmiş olup, üç grubun puanları kıyaslandığında sağlıklı kontrol grubuna göre DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının tüm alt alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. DEHB+KOKGB grubu ile DEHB grubu arasında kıyaslama yapıldığında hiçbir alt alanda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızdaki bu bulgu bazı çalışmalarda, semptom profilleri açısından DEHB ve KOKGB tanılarının örtüşmesi ve otorite figürlerine karşı gelme davranışlarının DEHB’de de yaygın olması nedeniyle bazı ölçümler açısından belirgin farklılıklar yaratmayabileceği şeklinde açıklanmıştır (192, 193). CADÖ-YK genellikle DEHB’nin çekirdek semptomlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olup, ebeveynler çocuklarının davranışlarını bildirirken KOKGB’ye özgü semptomları DEHB’nin bir uzantısı gibi algılamış olabileceği ve iki grup arasındaki farklılıkları azaltarak anlamlı istatistiksel fark oluşumunu engelleyebileceği bilinmektedir (132, 192, 194). Çalışmamızdaki DEHB ve DEHB+KOKGB grubunun CADÖ-YK ölçek puanları arasındaki benzerlik literatürdeki bu bilgilerle uyumludur. Bu çalışma kliniğimize başvuruda bulunan çocuklar arasından seçilen bir örnekleme yapıldığı için, başvuruda bulunması itibarıyla semptom şiddetinin yüksek olduğu öngörülerek iki grup arasındaki farkın belirgin hale gelmesini engelliyor olabilir. Aynı zamanda DEHB görünümüne göre KOKGB semptomlarının farklı düzeyde örtüştüğü bilinmektedir (195). Bu durum, DEHB görünümünün de detaylı istatistiksel analizlerle incelendiği kısımda tartışılacaktır.

Çalışmamızda işlevsellikte bozulma düzeyi tüm katılımcıların ebeveynleri tarafından doldurulan WİBÖ-E ile değerlendirilmiştir. Üç grup arasında alt alan ve toplam puanlar kıyaslandığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgumuz literatürdeki DEHB’nin tek başına bile işlevsellik üzerinde belirgin düzeyde bozulmalar yarattığı ve KOKGB’nin eştanı olmasıyla bu bozulmanın daha da arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur (196). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının ikili kıyaslamasında WİBÖ-E aile alt alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu bulgumuz, 2012 yılında Burke ve ark. tarafından (132) yapılan bir derlemede DEHB+KOKGB eştanılı çocukların, ebeveynleriyle daha sık çatışma eğiliminde olması, otorite figürlerine karşı direnç, inatçılık, öfke patlamaları göstermesi nedeniyle aile ortamında daha çok işlevselliği etkilediği bilgisiyle uyumludur (161). Literatürdeki bazı çalışmalarda DEHB+KOKGB tanılı çocukların ebeveynlerinin yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik yaşamaları da aile içi işlevselliğin bozulmasıyla ilişkili bulunmuştur (197). Çalışmamızda DEHB+KOKGB gruplarının ikili kıyaslamasında WİBÖ-E öğrenme alt alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Literatürde birçok çalışmada DEHB'nin öğrenme ve akademik işlevsellik üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (198). DEHB'ye KOKGB eşlik ettiğinde dikkatsizlik ve hiperaktivite semptomları dışında, çocukların öğretmenleriyle yaşadığı çatışmalar, sınıf içinde kurallara ve otoriteye karşı gelme olasılığı arttığı ve bunun da akademik işlevselliği doğrudan etkilediği bilinmektedir (192, 199). DEHB ve DEHB+KOKGB grupları arasında yapılan kıyaslamada, diğer WİBÖ-E alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Sosyal etkinlikler alt alanında benzer puanlar saptanması; hem DEHB hem KOKGB grubunda sosyal ipuçlarını yanlış yorumlama, empati eksikliği, agresif davranış eğilimleri gibi sosyal ilişkilerde problemler yaşamayı öngördüren özelliklerin her iki tanı grubunda da yaygın olduğu birçok çalışmada belirtilmiş olup beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir (136, 200). Bir metaanaliz çalışmasında KOKGB eştanısı olsa da olmasa da DEHB tanılı çocukların yürütücü işlev bozuklukları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmaları, beklenen bir durum olarak değerlendirilmektedir (201). Çalışmamızda olgu gruplarının yaşam becerileri alt alan puanları arasındaki benzerlik literatürle uyumlu bulunmuştur. Aynı zamanda bu alandaki işlevsellik okul çağı çocuklarında genellikle içsel motivasyondan çok ebeveyn yönlendirilmesiyle şekillendiği için çalışmamızda belirgin farklılık oluşmamış olabilir. Riskli eylemler alt alanı puanlarında fark oluşmaması, literatürde DEHB tanısının dürtü kontrol sorunları nedeniyle tek başına riskli eylemleri artıran bir faktör olması ve bu riskli eylemlerin ebeveyn denetimi, sosyoekonomik düzey, akran etkisi ve çevresel faktörler gibi bireysel değişkenlerden etkilenen bir durum olması ile ilişkilendirilmiştir (202, 203).

Çalışmamızda katılımcıların duygusal ve davranışsal problemlere ilişkin veriler ebeveynleri tarafından doldurulan GGA-E verileri ile değerlendirilmiştir. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının her ikisinde de davranışsal problemler açısından sağlıklı kontrollere göre anlamlı fark bulunmuş, ancak DEHB ve DEHB+KOKGB grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde DEHB+KOKGB eştanısının dışsallaştırıcı davranışları artırdığı bilinmektedir(136).Ancak bazı çalışmalarda DEHB'nin varlığının da şiddetli dışsallaştırıcı davranışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (201). Çalışmamızdaki bu bulgu, mevcut DEHB örneklemimizde bileşik tip DEHB tanılı olguların sayıca fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda DEHB ve DEHB+KOKGB grupları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde hiperaktivite ve dikkat eksikliği puanlarına sahipken, DEHB ve DEHB+KOKGB grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, KOKGB'nin doğrudan bu semptomlar üzerinde bir etkisi olmadığı ancak DEHB'ye özgü temel nörobilişsel zorlukların belirleyici olduğunu destekleyen literatürle uyumlu bulunmuştur (202, 203). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının her ikisinde de duygusal

problemler sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde farklı, aynı zamanda DEHB+KOKGB grubunda duygusal problemler DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Literatürde KOKGB ile artmış duygu düzenleme güçlüğü ve irritabilite ile duygusal problem sıklığının arttığı geniş bir çalışma grubunda gösterilmektedir(132, 169). Çalışmamızdaki bu bulgu DEHB'ye ek KOKGB varlığının mevcut duygusal problemleri arttırdığı bilgisiyle de örtüşmektedir (136, 200).

Çalışmamızda akran problemlerinin DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, klinik gruplar arasında da DEHB+KOKGB grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada KOKGB tanısı olan çocukların daha fazla sosyal çatışma yaşadığı, akranları tarafından reddedildiği bildirilmiş, bu çocuklardaki irritabilitenin boyutunun, daha fazla dışlanma ve akran zorbalığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (158, 200). Bu bulgumuz, literatürdeki DEHB'nin mevcut sosyal işlevsellik sorunlarına ek olarak KOKGB tanısının bulunması nedeniyle daha yüksek duygusal problemlerle ilişkili olduğu bilgisiyle örtüşmektedir (136, 200). Prososyal davranışlar açısından üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu, DEHB+KOKGB grubunun DEHB grubuna göre daha düşük prososyal davranış sergilediği bulunmuştur. Literatürde DEHB'li bireylerde empati, işbirliği, paylaşım, sosyal ilişkilerde düzenleme gibi prososyal davranışlar genellikle zayıftır, bunun temelinde dikkatsizlik, dürtüsellik, sosyal ipuçlarını anlamakta zorluk yer almaktadır (204). DEHB ile eş KOKGB tanısının olması sosyal ve duygusal işlevsellik üzerinde daha yıkıcı bir etkiye sahip olabilir(190). DEHB+KOKGB eştanılı çocukların, irritabilite şiddeti fazla, empati geliştirmekte zorlanan, sosyal ilişkilerde çatışmalar yaşayan ve başkalarının duygularına karşı duyarsız olmaya eğilimli olmaları nedeniyle prososyal davranışları daha düşük olabilir (132, 190, 200). Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızdaki DEHB+KOKGB grubundaki daha düşük prososyal davranış düzeyi literatürle uyumludur. Çalışmamızda toplam güçlük puanı açısından üç grup kıyaslandığında klinik gruplarda sağlıklı kontrol gruplarına göre anlamlı fark bulunmuş ve DEHB+KOKGB grubunda DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu KOKGB eştanısının, yarattığı daha şiddetli agresyon, duygu düzenleme problemleri ve duygusal tepkiselliğin yoğun olması nedeniyle genel psikososyal işlevselliği daha fazla bozduğunu düşündürmektedir. Bulgularımız, literatürdeki birçok çalışmayla uyumlu bulunmuştur (132, 195, 205).

Klinik Değerlendirme Verilerinin DEHB Görünümlerine Göre Değerlendirilmesi ve Tartışılması

DRI Aile ve Çocuk toplam puanları, DEHB-DE grubunda diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ancak DEHB-B grubu ile DEHB+KOKGB grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde DEHB-DE daha düşük dürtüsellik ve daha az dışsallaştırıcı problemle ilişkilendirilmektedir (43, 206). Buna karşın yapılan bir metaanalizde bu grup daha çok anksiyete ve depresyon gibi içselleştirici problemlerle ilişkili bulunmuştur (201). Kullandığımız DRI ölçeği iritabiliteyi değerlendirdiği ve dışsallaştırıcı belirtilerle olan ilişkiye odaklandığı için bu gruptaki anlamlı puan düşüklüğü literatürle uyumludur. Literatürde DEHB-B’li bireylerin stres ve hayal kırıklığı yaratan durumlara karşı daha yoğun ve ani duygusal tepkiler verebileceği, daha sık öfke patlamaları ve değişken duygulanımlar yaşayabileceği belirtilmektedir (206, 207). DRI toplam puanları KOKGB eştanılı grupta DEHB-DE’ye göre anlamlı şekilde daha fazla bulunmuş, ancak DEHB-B’ye göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, DEHB-B grubunda mevcut hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin yüksek iritabilite ile ilişkili olması ve KOKGB eştanısının bu boyutta ek bir fark yaratmadığı şeklinde yorumlanabilir.

DEHB’nin farklı alt tiplerinin farklı nörobilişsel profillere ve semptom şiddetine sahip olduğu bilinmektedir (201). Çalışmamızda bilişsel problemler ve dikkatsizlik düzeyleri açısından en yüksek puanlar DEHB-B grubuna aittir. 2012 yılında Willcutt ve arkadaşları (201) tarafından yapılan bir derleme çalışmasında dikkatsizlik bileşeninin bileşik görünümde daha belirgin olduğu bulunmuştur. Bu bulgumuz literatürden elde edilen bilgileri desteklemektedir. DEHB+KOKGB grubu ile DEHB-B grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu iki grupta dikkatsizlik ve bilişsel problemler alanındaki puanların benzer olması, KOKGB’nin eşlik ettiği DEHB vakalarında yürütücü işlevlerde daha fazla problem olduğunu belirten literatürle uyumlu bulunmuştur (208). Çalışmamızda hiperaktivite puanları açısından en yüksek puanlar DEHB-B grubunda olup, hem DEHB-DE hem DEHB+KOKGB tanılı gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, literatür bilgileriyle uyumludur (209). Çalışmamızda DEHB indeksi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum, genel DEHB semptomlarının toplamı açısından alt tipler arasında büyük farklılıklar olmayabileceğini göstermektedir. Ancak alt boyutlar açısından belirgin farkların olması, DEHB’nin alt tiplerinin ve KOKGB eştanısının semptom dağılımını farklı şekillerde etkileyebileceğini göstermektedir (201).

Çalışmamızda DEHB alt tipleri ve KOKGB eştanısının işlevsellik üzerindeki etkileri incelenmiştir. WİBÖ-E Aile puanları, DEHB-DE grubunda anlamlı düzeyde en düşük, DEHB+KOKGB grubunda en yüksek bulunmuştur. DEHB-B grubunun aile işlevselliği açısından daha yüksek sorun yaşaması dürtüsellik ve hiperaktivite belirtilerinin aile içi

çatışmalara neden olabileceğini öngörmektedir (208). DEHB+KOKGB eştanısı olan çocuklar, ebeveyn otoritesine daha fazla karşı gelme, kuralları ihlal etme ve agresif tutumlar sergilemeleri nedeniyle aile içi işlevselliğin daha fazla bozulmasına neden olabilir (8). WİBÖ-E Okul Öğrenme alanında en düşük puanı DEHB+KOKGB grubu almış, en yüksek puanı ise DEHB-B grubu almıştır. DEHB-DE tanılı çocuklarda dikkat eksikliği en belirgin semptom olduğu için, bu grubun akademik işlevselliğinin daha fazla bozulması literatürle uyumlu, beklenen bir bulgudur (201). Bir metaanaliz çalışmasında dikkat eksikliği semptomlarının hiperaktiviteye kıyasla, akademik performansla daha güçlü bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (201). WİBÖ-E Okul Davranış alanı puanları açısından DEHB-B grubu ve KOKGB-DEHB grubu, DEHB-DE grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. DEHB-B grubuyla KOKGB-DEHB grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular bir metaanaliz çalışmasındaki hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının okul içi uyum sorunlarına daha fazla yol açtığı ve bu belirtilerin öğretmen-öğrenci ilişkisini olumsuz etkilediği bilgisini doğrular niteliktedir (201). KOKGB eştanısı olan çocukların daha fazla disiplin cezaları aldığı, öğretmenleriyle çatıştığı bilinmektedir (119). WİBÖ-E yaşam becerileri puanlarına bakıldığında DEHB-DE grubu anlamlı düzeyde düşük puana sahipken, DEHB-B ve DEHB+KOKGB gruplarının yaşam becerileri açısından benzer düzeyde zorluk yaşadığı görülmüştür. Dikkat problemleri yaşam becerilerini yürütücü işlevlerdeki bozulmalar nedeniyle doğrudan etkileyebilir (210). Hiperaktivite ve dürtüsellik eklendiğinde işlevsellikte bozulmaların daha da artacağı bilinmektedir (210). Yapılan bir çalışmada KOKGB tanılı çocukların sosyal ve okul işlevselliğinde ciddi bozulmalar gösterebileceği, ancak günlük yaşam becerileri açısından bu bozulmaların DEHB kadar belirgin olmadığı belirtilmiştir (119). Çalışmamızda KOKGB tanısının eklenmesiyle yaşam becerilerinde anlamlı bir işlevsellikte bozulma oluşmaması da bununla ilişkili olabilir.

WİBÖ-E Sosyal Etkinlikler puanlarının DEHB-DE grubu en düşük, DEHB+KOKGB grubunda en yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur. Hiperaktivite ve dürtüsellüğün sosyal ilişkiler üzerinde belirgin bir bozulmaya neden olduğu ve bu semptomların çocukların akranları tarafından daha az kabul görme ,yeni arkadaş edinmede zorlanma ile ilişkili olduğu bilinmektedir (210). Yapılan çalışmalar KOKGB eştanısı olan çocukların en fazla sosyal işlev kaybı yaşayan grup olduğu ve bu çocukların daha fazla dışlanma, akran ilişkilerinde agresyon ve sosyal çatışmalar yaşadığını ortaya koymuştur (8, 119). Çalışmamızda WİBÖ-E toplam puanları DEHB-DE grubunda en düşükken, DEHB-B ve DEHB+KOKGB grubunda benzer bulunmuştur. DEHB-DE grubu dikkat sorunları nedeniyle akademik ve günlük yaşamda işlevsellik kayıpları yaşasa da diğer gruplara göre bu kayıplar daha sınırlıdır. Aile ve okul

ortamında, özellikle kurallara uyma ve sosyal ilişkiler konusunda daha az sorun yaşadıkları için genel işlevsellik düzeyleri göreceli olarak daha yüksek olabilir. DEHB-B ve DEHB+KOKGB grupları arasında fark olmaması tavan etkisi (ceiling effect) ile açıklanabilir (211); DEHB-B grubu zaten ciddi düzeyde işlevsellikte bozulma yaşadığı için KOKGB eştanısı ölçek düzeyinde işlevsellik kaybını daha iyi ayırtıramamış olabilir. KOKGB'nin eklenmesi ek bir bozulma yaratmış olsa da toplam puanda anlamlı bir fark olarak görülmemiş olabilir. Bu durum aynı zamanda, örneklem seçimimizi klinik başvurusunda bulunan olgulardan yapmamız ve DEHB+KOKGB grubundaki olgularımızın tamamının DEHB-B tanılı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda GGA-E Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği puanının DEHB+KOKGB grubunda anlamlı düzeyde yüksek, DEHB-DE ve DEHB-B arasında benzer olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmaların bir çoğunda KOKGB eştanısının dürtüsellik ve saldırganlığın yanı sıra DEHB'nin çekirdek semptomlarını şiddetlendirdiği bilinmektedir (210). Duygusal Problemler puanının DEHB-B grubunda DEHB-DE grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, ancak DEHB+KOKGB grubuna benzer olduğu bulunmuştur. Bu bulgu DEHB'nin alt tipleri arasında duygu düzenleme güçlüklerinin farklı düzeylerde olabileceğini gösteren çalışmalarla uyumludur (207). DEHB-B'li çocukların DEHB-DE'li olanlara göre daha fazla irritabiliteye sahip olduğu ve bu durumun özellikle olumsuz duygulanımların kontrol edilmesindeki zorluklarla ilişkili olduğu bilinmektedir (212). KOKGB'li çocuklar negatif duygulara aşırı duyarlılık gösterir ve genellikle nötr veya hafif olumsuz uyaranları tehdit olarak algırlarlar. Bu çocukların genellikle irritabilite şiddeti yüksek, öfkeye karşı eşikleri düşük ve tepkilerinin daha yoğun olduğu bilinmektedir (105, 213). Bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, DEHB'li çocuklar duygusal dürtüsellikleri yüksek ve duygusal problemleri yoğun deneyimliyorken, KOKGB eklendiğinde bu sorunların daha yoğun hale geleceğini gösteren literatürle uyumludur. Toplam Güçlük puanı açısından değerlendirme yapıldığında en düşük puan DEHB-DE grubuna ait olup, diğer gruplar benzer bulunmuştur. Bu sonuç, bileşik tipin dikkat eksikliği baskın tipe göre daha fazla işlevsellik kaybı ve psikopatoloji ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarla tutarlıdır (201). Özellikle yürütücü işlev bozuklukları, duygu düzenlemede güçlükler ve dışsallaştırıcı davranış problemlerinin DEHB-B'de daha fazla olduğu bilinmektedir (214). KOKGB eştanısıyla Toplam Güçlük puanında anlamlı bir farkın oluşmaması; örneklem büyüklüğümüz, olguların bireysel özellikleri ve ölçeğin tavan etkisi kaynaklı olabilir (211).

İrritabilite Şiddetinin Diğer Klinik Verilerle İlişkisinin Değerlendirilmesi ve Tartışılması

Çalışmamızda DRI Toplam puanları ile CADÖ-YK ile değerlendirilen DEHB belirtileri arasında anlamlı ve güçlü pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Hem aile hem çocuk tarafından bildirilen iritabilitenin DEHB'nin ayrılmaz bir bileşeni olabileceğini gösteren literatürdeki önceki çalışmalarla uyumludur (207). Çalışmamızdaki CADÖ-YK Dikkat Eksikliği puanları ile aile tarafından bildirilen iritabilite arasında güçlü pozitif ilişki, DEHB'li çocuklarda olumsuz duygusal uyaranlara karşı daha yüksek duyarlılık gösterme ve olumsuz deneyimlere aşırı odaklanma eğiliminden kaynaklanabilir (215). Dikkat eksikliği, bireyin duygusal tepkilerini düzenlemesini zorlaştırabilir ve stresli durumlara karşı daha yoğun tepkiler vermesine neden olabilir (207). Çalışmamızda aile tarafından bildirilen iritabilite şiddeti ile hiperaktivite arasında güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulguya dayanarak hiperaktivitesi olan çocukların ani ve yoğun duygusal değişimler yaşama eğiliminde olmaları beklenebilir. Martel ve arkadaşlarının (206) 2009 yılında yaptığı DEHB alt tiplerindeki duygu düzenleme sorunlarını inceleyen derleme çalışmasında, hiperaktivitesi olan DEHB'li çocukların, öfkelerini kontrol etmekte daha fazla zorlandığı ve sosyal çatışmalara daha yatkın oldukları bildirilmiştir. Hiperaktif çocuklar duygularını düzenlemekte güçlük yaşar ve özellikle öfke, hayal kırıklığı ve heyecan gibi yoğun duygulara daha hızlı tepki verebilirler (195). Çalışmamızda karşıt olma davranışları ile aile tarafından bildirilen iritabilite şiddeti arasındaki anlamlı ve güçlü ilişki, bu bireylerin duygu düzenleme sorunlarının davranışsal dışavurumlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, KOKGB tanılı bireylerde iritabilite artışı ve olumsuz duygulanımlara karşı aşırı tepkisellik bildirilmiştir (169). DEHB İndeksi ile iritabilite arasındaki anlamlı pozitif güçlü ilişki, DEHB semptom şiddeti arttıkça iritabilitenin arttığını ve bu semptomların nörobiyolojik ve yürütücü işlev zorlukları ile ortak bir temel paylaşılabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, iritabilitenin DEHB'nin ana semptomlarından biri olarak kabul edilebileceğinden söz edilmektedir (210). Çalışmamızda çocuklar tarafından bildirilen iritabilite şiddeti ile DEHB belirtileri arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Ancak ebeveyn değerlendirmelerine kıyasla çocuk değerlendirmelerinin katsayılarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun sebebi; çocukların çoğu zaman dışsallaştırıcı davranışlarının çevreleri tarafından nasıl algılandığını fark edememeleri veya bu davranışlarını normal/kontrol edilebilir olarak değerlendirmeleri olabilir. Aynı zamanda bazı araştırmalar, çocukların öz değerlendirme yaparken zaman zaman ebeveyn, öğretmen veya araştırmacıların beklentilerini dikkate alarak yanıt verebileceklerini göstermektedir (216).

Çalışmamızda DRI Toplam puanları ve WIBÖ-E alt alan puanları arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir. Ebeveyn değerlendirmelerinin, çocuk değerlendirmelerine göre, işlevsellik ile daha güçlü korelasyon göstermesi, ebeveynlerin çocuklarının günlük yaşam becerileri ve sosyal uyumlarını daha geniş perspektifle değerlendirebilmeleri ile ilişkili olabilir. İrritabilite şiddetinin aile işlevselliği ile güçlü bir ilişkiye sahip olması, KOKGB ve DEHB’li çocukların ev ortamında daha fazla çatışma yaşadığını ve duygusal düzenleme sorunlarının aile içi dinamikleri olumsuz etkilediğini göstermektedir. Yüksek irritabiliteye sahip çocuklar, stresli durumlara karşı daha yoğun tepkiler verebilir ve bu tepkiler ebeveynler tarafından daha net gözlemlenebilir (210). İrritabilitenin akademik başarı ve okul davranışlarıyla ilişkili orta düzeyde pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlükleri yaşayan çocukların, dikkatlerini sürdürmemesi ve öğrenme sürecinde zorlanma ihtimalleri yüksektir (215). Yapılan çalışmalarda bu çocukların okulda sık sık öfke patlamaları yaşaması ile öğretmen ve akranlarıyla daha fazla problem yaşaması arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (206). İrritabilitenin günlük yaşam becerileri ile ilişkili olması, bu çocukların günlük aktivitelerinden bağımsız hareket etme ve sorumluluklarını yerine getirme konusunda zorlandıklarını gösterebilir (133). Çocuğun benlik algısı ile irritabilite şiddeti, zayıf düzeyde pozitif ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda çocuk özbeğenimlerinde korelasyon katsayısı daha düşüktür. Bu durum, DEHB ve KOKGB tanılı çocukların kendi benlik algılarını olduğundan daha olumlu değerlendirme eğiliminde olmaları şeklinde açıklanabilir (217, 218). İrritabilitenin sosyal etkinliklere katılım ile güçlü pozitif ilişkili olması, bu çocukların duygusal iniş çıkışlarının sosyal ilişkilerini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Özellikle KOKGB tanılı bireylerin irritabilite şiddeti, akran ilişkilerinde daha fazla çatışma ve sosyal ortamlardan dışlanma ile ilişkilidir (219). Çalışmamızda irritabilite ile genel işlevsellikte bozulma düzeyi en güçlü korelasyon gösteren değişkenlerden biridir. Bu bulgumuz DEHB ve KOKGB’li çocukların genel yaşam kalitesinin büyük ölçüde duygu düzenleme güçlüklerinden etkilendiğini göstermektedir. Çalışmamızda irritabilite şiddeti ile WIBÖ-E Toplam puanı arasında anlamlı ve güçlü korelasyonlar bulunmuştur. Bu sonuç, irritabilitenin çocukların genel işlevselliği üzerinde belirgin etkisi olduğunu göstermektedir. 2014 yılında Shaw ve arkadaşları (207) tarafından yapılan bir çalışmada, irritabilitenin okul ve akademik başarı, aile ilişkileri ve sosyal uyumu doğrudan etkilediği gösterilmiştir. Özellikle ebeveyn-çocuk çatışmaları, akademik başarısızlık, düşük benlik algısı, ve sosyal reddedilme gibi sorunların, KOKGB’nin genel işlevsellik üzerindeki olumsuz etkilerini artırmakta olduğu bilinmektedir (169). Çalışmamızda, ebeveyn tarafından bildirilen irritabilite

ve genel işlevsellikte bozulma düzeyi arasındaki yüksek korelasyon bu görüşleri desteklemektedir.

Çalışmamızda iritabilite şiddeti ve GGA-E alt alan puanları arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Ebeveyn tarafından bildirilen iritabilite şiddeti ile tüm problem alt alanları yüksek korelasyon gösterirken, çocuk tarafından bildirilen iritabilite şiddeti benzer ilişkiler göstermiş ancak katsayıları daha düşük düzeyde kalmıştır. Bu bulgumuz iritabilitenin, çocukların davranışsal ve duygusal problemleriyle doğrudan ilişkili olduğunu ve genel psikopatoloji yükünü artırdığını göstermektedir. Hem çocuk hem ebeveyn tarafından bildirilen iritabilite şiddeti ve davranışsal problemler arasında anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Geniş yelpazede birçok çalışmaya göre yüksek iritabilite ve duygu düzenleme güçlükleri olan çocukların, agresif, karşı olma eğilimli ve öfke kontrolünde güçlük çektikleri bilinmektedir (163, 169, 206). Çalışmamızdaki bu pozitif yöndeki ilişki de bu bilgiyi destekler niteliktedir. Ebeveyn tarafından bildirilen iritabilite şiddeti ile hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtileri arasında güçlü pozitif, çocuk tarafından bildirilen iritabilite şiddetiyle ise orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu, DEHB çekirdek semptomlarının çocuklarda daha fazla iritabilite ile ilişkili olduğunu gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Duygusal problemler ve iritabilite arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Bir derleme çalışmasında iritabilite şiddeti yüksek olan çocukların, olumsuz deneyimlere karşı aşırı hassasiyet gösterebileceği ve başa çıkmakta zorlanmaları nedeniyle daha fazla kaygı ve depresif belirti ortaya çıkarabileceği bildirilmiştir (220). Özellikle KOKGB tanılı bireylerde depresif ve kaygılı duygudurumun daha yaygın olduğu bilinmektedir (138). Çalışmamızda, çocuk öz bildirimlerindeki iritabilite şiddeti ile duygusal problemler arasında ebeveyn bildirimlerine göre daha düşük düzeyde korelasyon saptanmasının, çocukların duygusal problemlerini daha çok içselleştirmesi ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda akran problemleri ve iritabilite şiddeti arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Özellikle dürtüsel ve irritabl çocukların sosyal ipuçlarını anlamakta ve yorumlamakta güçlük yaşadığı, bu nedenle akranlarıyla daha fazla çatıştığı bilinmektedir (136, 215). Genel psikopatoloji yükünü temsil eden toplam güçlük puanı ile iritabilite şiddeti arasındaki güçlü ilişki, duygu düzenleme zorluklarının, çocukların ruh sağlığı üzerinde belirgin etkisi olduğunu göstermektedir.

Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Verilerinin Değerlendirilmesi ve Tartışılması

Çalışmamızda, bağımlı değişken olarak DRI toplam puanlarına yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenler CADÖ-YK alt boyutları, WİBÖ-E ve GGA-E toplam puanları olarak alınmıştır.

Lineer regresyon analizine göre; ebeveyn tarafından bildirilen irritabilite şiddetinin en güçlü yordayıcısı WİBÖ-E toplam puanıdır. Bu sonuca göre genel işlevsellik düzeyindeki bozulma arttıkça irritabilite anlamlı şekilde artmaktadır. Literatürde DEHB’li çocuklarda irritabilitenin günlük yaşam becerilerini, akademik başarıyı ve aile içi ilişkileri doğrudan etkilediği gösterilmiştir (210). Duygu düzenlemesindeki güçlüğü artması bireyin genel işlevselliğini etkileyen birincil faktörlerden biri olarak bilinmektedir (207). Yapılan çalışmalarda da KOKGB eştanısının duygu düzenleme sorunlarını ciddi düzeyde artırdığı gösterilmiş olup, bu bulgumuz literatürle uyumludur. DEHB+KOKGB eştanısının irritabilite şiddetini artırarak bireyin genel işlevselliğini doğrudan etkilediğini desteklemektedir. Aynı zamanda lineer regresyon analizindeki diğer bağımsız değişkenlerin irritabiliteyi anlamlı şekilde yordamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çocuk öz bildirimlerindeki irritabilite şiddetinin en güçlü yordayıcısı lineer regresyon analizine göre WİBÖ-E Toplam puanıdır. Diğer bağımsız değişkenler istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamızda çocukların bildirdiği irritabilitenin işlevsellik ile negatif yönlü ilişkili olması, genel işlevsellikleri düştükçe duygusal dalgalanmalarının artması, işlevsellik düzeyinin çocuğun öznel duygusal deneyimini doğrudan etkilediğini gösteren literatürle tutarlılık göstermektedir (136, 214).

Çalışmamız özetle; DEHB ve KOKGB tanılı çocuk ve ergenlerde irritabilite ile işlevsellik düzeyi, davranışsal ve duygusal problemler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi temel almıştır. Elde edilen bulgular, irritabilite düzeyi yüksek çocukların günlük yaşam becerileri, akademik başarı ve sosyal uyum açısından daha fazla zorluk yaşadığını ve bu problemlerin özellikle işlevsellik düzeyindeki düşüşle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ebeveyn ve çocuk bildirimleri arasındaki farklılıklar, duygusal farkındalık ve öz değerlendirme süreçlerinin gelişimsel ve nörobilişsel faktörlerden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Çalışmamız, DEHB ve KOKGB tanılı çocuklarda irritabilitenin psikososyal işlevselliğe etkisini ortaya koyarak, bu alanda yapılacak gelecekteki araştırmalara katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Kesitsel tasarım kullanılması, değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin belirlenmesini kısıtlamaktadır. Nedensel çıkarımlar yapabilmek için boylamsal çalışmalar gerekmektedir. Olguların kliniğimize başvuran hasta popülasyonu arasından seçilmiş olması, sonuçların genel topluma genellenebilirliğini

sınırlamaktadır. Klinik örneklem, tedavi arayışında olan bireyleri içerdiğinden, toplum temelli bir örneklemden elde edilebilecek sonuçlardan farklılık gösterebilir. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin büyük bir kısmı öz-bildirim ve ebeveyn raporlarına dayanmaktadır. Bu durum, algılanan semptomların ve duygu durumunun subjektif değerlendirmelerle ölçülmesine bağlı olarak yanlılık içerebilir. Gelecekteki çalışmalarda, klinik gözlem ve nöropsikolojik değerlendirmeler gibi objektif yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Klinik gruplardan KOKGB eştanı grubunda yalnızca bileşik tip DEHB tanısı alan olgular yer almakta olup, dikkat eksikliği baskın tip DEHB’li olgu bulunmamaktadır. Bu durum, semptom şiddeti açısından bir homojenlik sağlayarak analizleri kolaylaştırırsa da, DEHB alt tipleri arasındaki farklılıkları değerlendirme imkanını kısıtlamaktadır. DEHB alt tiplerinin irritabilite ve işlevsellik üzerindeki farklı etkilerini anlamak için daha geniş örneklemlemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurulduğunda, gelecekteki araştırmaların daha geniş örneklemlemlerle, boylamsal tasarımlar ve objektif değerlendirme yöntemleri kullanarak yapılması, bulguların genellenebilirliği ve kapsamlılığı açısından önemli olacaktır.

SONUÇLAR

Çalışmamızda, DEHB+KOKGB, DEHB ve sağlıklı kontrol grupları; sosyodemografik özellikler, klinik değişkenler, irritabilite, davranışsal ve duygusal problemler ve işlevsellik düzeyi açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1. DEHB ve DEHB+KOKGB tanılı çocuk ve ergenler, sosyodemografik verilere göre; aile tipi, geliri, ebeveynlerde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından sağlıklı kontrollerden farklı bulunmuştur.

2. DEHB+KOKGB grubundaki çocuk ve ergenlerde, DEHB grubuna ve sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek irritabilite düzeyleri saptanmıştır.
3. DEHB+KOKGB grubundaki bireylerde, DRI Çocuk Formu puanları, DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
4. GGA-E alt boyutları değerlendirildiğinde, DEHB+KOKGB grubundaki çocuk ve ergenlerin Duygusal Problemler, Davranış Problemleri, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Akran Problemleri ve Toplam Güçlük puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, ancak DEHB grubuyla benzer olduğu saptanmıştır.
5. WİBÖ-E puanlarına göre, DEHB+KOKGB grubundaki çocuk ve ergenlerin genel işlevsellik düzeylerinde bozulmanın, DEHB grubuna benzer ancak sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
6. DEHB ve DEHB+KOKGB grupları arasında, okul işlevselliği, aile içi ilişkiler ve sosyal işlevsellik alt boyutları değerlendirildiğinde, DEHB+KOKGB grubunun daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir.
7. DEHB+KOKGB tanılı çocuk ve ergenlerin, duygusal-davranışsal problemler açısından DEHB grubuna kıyasla daha fazla güçlük yaşadığı ve işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu bulunmuştur.
8. Regresyon analizi sonuçlarına göre, genel işlevsellikte bozulmanın, irritabilite şiddetini anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir.
9. DEHB+KOKGB grubunda, irritabilite ile duygusal-davranışsal problemler ve işlevsellik düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur.
10. Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin birbiri ile korelasyonuna bakıldığında; irritabilite düzeyi arttıkça, duygusal ve davranışsal problemlerin arttığı, işlevselliğin ise azaldığı tespit edilmiştir.

Bu bulgular, DEHB + KOKGB tanılı olgularda irritabilitenin, duygusal ve davranışsal sorunlarla daha fazla ilişkili olduğunu ve bu durumun işlevselliği olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Çalışmamız, bu gruptaki çocuklara yönelik daha hedeflenmiş girişimlerin geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.



ÖZET

Çalışmamızda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu eştanılı olgu grubu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı olgu grubu ve

sağlıklı kontrol grubu; sosyodemografik özellikler, klinik değişkenler, irritabilite, davranışsal ve duygusal problemler ve işlevsellik düzeyi açısından karşılaştırılmıştır.

Örnekleme, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne 20.08.2024-20.01.2025 tarihleri arasında başvuran, 6-12 yaş aralığında henüz tedavi almamış 53'er çocuk ve ergen ile anneleri dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu olarak, dahil edilme kriterlerini sağlayan 53 ergen dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara araştırmacı tarafından yapılan görüşme sırasında sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-DSM 5-Türkçe Uyarlaması ile eştanı değerlendirmeleri yapılmış, tüm olgulara Duygusal Reaktivite İndeksi Çocuk Formu; bakım verenlerine ise Duygusal Reaktivite İndeksi, Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa Formu, Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği Ebeveyn Formu, Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu uygulanmıştır.

Bulgular, çocuk özbildirimlerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu eştanılı gruptaki irritabilite düzeyinin diğer gruplara kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Ebeveyn değerlendirmelerinde ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olgu grubu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu eştanı grupları arasında irritabilite şiddeti açısından benzer bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu eştanılı grupta duygusal ve akran problemleri daha yüksek gözlenmiş ($p=0.001$); aile ve öğrenme işlevselliği alanlarında ise sağlıklı kontrollere göre belirgin bozulmalar bulunmuştur ($p<0,05$).

Elde edilen sonuçlar, yüksek irritabilitenin genel psikopatoloji yükü ve işlevsellik bozulmaları ile güçlü ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, tedavi süreçlerinde irritabilitenin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, irritabilite, duygusal-davranışsal problemler, işlevsellik



**EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN IRRITABILITY
LEVEL AND EMOTIONAL-BEHAVIORAL PROBLEMS AND
FUNCTIONALITY LEVEL IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH
CODIAGNOSIS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER AND OPPOSITION DEFIANT DISORDER**

SUMMARY

In our study, children and adolescents diagnosed with both attention-deficit and hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder were compared with those diagnosed only with attention-deficit and hyperactivity disorder and a healthy control group in terms of sociodemographic characteristics, clinical variables, irritability, emotional and behavioral problems, and level of functioning.

The sample included 53 untreated children and adolescents between the ages of 6 and 12, along with their mothers, who presented to the Child and Adolescent Mental Health and Diseases Outpatient Clinic of Trakya University Faculty of Medicine Hospital between August 20, 2024, and January 20, 2025. Additionally, 53 adolescents who met the inclusion criteria were recruited as the healthy control group. A sociodemographic data form was completed during interviews with all participants, and psychiatric comorbidities were assessed using the Turkish adaptation of a structured diagnostic interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Children completed the Emotional Reactivity Index – Child Form, and caregivers completed the Emotional Reactivity Index – Parent Form, the Conners Parent Rating Scale – Revised Short Form, the Weiss Functional Impairment Rating Scale – Parent Form, and the Strengths and Difficulties Questionnaire – Parent Form.

According to self-reports, irritability levels in the group with both attention-deficit and hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder were significantly higher than in the other groups ($p < .001$). In caregiver reports, irritability levels were similar between the two clinical groups ($p < .05$). Additionally, emotional and peer problems were more pronounced in the comorbid group ($p = .001$), and significant impairments were observed in family and learning functioning compared to the healthy controls ($p < .05$).

These findings indicate that high irritability is strongly associated with greater psychopathological burden and functional impairment. They highlight the importance of addressing irritability in the treatment process for children and adolescents diagnosed with attention-deficit and hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, irritability, emotional-behavioral problems, functionality



KAYNAKLAR

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947-xlv, p.
2. Bozukluğu ŞSDEH, Çetin F, Çoşkun A, İşeri E, Miral S, Motovallı N, et al. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları. 2008:293-311.
3. Şan E, Köse S, Özbaran B, Yüncü Z, Erermiş S, Bildik T, et al. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Olguların ve Ebeveynlerin Algısı Farklı mı? Turk J Child Adolesc Ment Health 2019;26(2):75-80.
4. Avenevoli S, Blader JC, Leibenluft E. Irritability in Youth: An Update. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2015;54(11):881-3.
5. Wu Z-M, Wang P, Liu X-C, Zhou Q-C, Cao X-L, Sun L, et al. Functional and structural connectivity of the subregions of the amygdala in ADHD children with or without ODD. BMC Psychiatry 2025;25(1):74.

6. Hirsch E, Benda M, Garvey RW, Roy AK. Irritability. Handbook of clinical child psychology: Integrating theory and research into practice. Autism and child psychopathology series. Cham, Switzerland: Springer Nature Switzerland AG; 2023. p. 191-215.
7. Chronis-Tuscano A, Molina BS, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 2010;67(10):1044-51.
8. Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. J Abnorm Psychol 2010;119(4):726-38.
9. Pliszka S, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(7):894-921.
10. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics 2012;9(3):490-9.
11. Martinez-Badía J, Martinez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. W J Psychiatry 2015;5(4):379.
12. Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit"(Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). J Attent Disord 2012;16(8):623-30.
13. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 2010;2:241-55.
14. Albrecht B, Uebel-von Sandersleben H, Wiedmann K, Rothenberger A. ADHD history of the concept: The case of the continuous performance test. Current Developmental Disord Rep 2015;2:10-22.
15. Still GF. Some abnormal physical conditions in children. Lancet 1902;1008:1163-8.
16. Cooper AM, Michels R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R). Am J Psychiatry 1988;145(10):1300-1.
17. GUZE SB. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Am J Psychiatry 1995;152(8):1228-.
18. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. J Affect Disord 2023;339:860-6.
19. Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. Bull Clin Psychopharmacol 2010;20(1):50-6.

20. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Mental Health* 2013;7:1-10.
21. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Attent Disord* 2005;9(2):384-91.
22. Taylor E. Attention deficit hyperactivity disorder: overdiagnosed or diagnoses missed? *Arch Dis Childhood* 2017;102(4):376-9.
23. Jensen CM, Steinhausen H-C. Time trends in incidence rates of diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder across 16 years in a nationwide Danish registry study. *J Clin Psychiatry* 2015;76(3):21715.
24. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc* 2013;21(21):591-643.
25. Mayes SD, Calhoun SL, Bixler EO, Vgontzas AN, Mahr F, Hillwig-Garcia J, et al. ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *J Pediatr Psychol* 2009;34(3):328-37.
26. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* [Internet]. 2016 Mar 19 [cited 2024 Aug 4]; 387 (10024): 1240–50.
27. TD B. Environmental risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 2007;96:1273.
28. Chen W, Zhou K, Sham P, Franke B, Kuntsi J, Campbell D, et al. DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: A sampling strategy for QTL linkage. *American journal of medical Genetics part B: Neuropsychiatric Genet* 2008;147(8):1450-60.
29. McLoughlin G, Ronald A, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder: Substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *J Abnormal Child Psychol* 2007;35:999-1008.
30. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* 2019;24(4):562-75.
31. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet* 2019;51(1):63-75.
32. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*. 2009;126:51-90.
33. Nigg JT, Sibley MH, Thapar A, Karalunas SL. Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Ann Rev Developmental Psychol* 2020;2(1):559-83.
34. Van der Lem R, De Wever WW, Van der Wee NJ, Van Veen T, Cuijpers P, Zitman FG. The generalizability of psychotherapy efficacy trials in major depressive disorder: an

analysis of the influence of patient selection in efficacy trials on symptom outcome in daily practice. *BMC Psychiatry* 2012;12:1-11.

35. Franke B, Faraone S, Asherson P, Buitelaar J, Bau C, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry* 2012;17(10):960-87.
36. Stevens LJ, Kuczek T, Burgess JR, Hurt E, Arnold LE. Dietary sensitivities and ADHD symptoms: thirty-five years of research. *Clinical pediatrics*. 2011;50(4):279-93.
37. Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *J Abnormal Child Psychol* 2008;36:385-98.
38. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(1):3-16.
39. Newcorn JH, Krone B, Coghill D, Halperin JM. Neurodevelopmental Disorders: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Tasman's Psychiatry* 2024:1615-54.
40. Brown TE. ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice. *Current Attention Disord Rep* 2009;1(1):37-41.
41. Posner J, Rauh V, Gruber A, Gat I, Wang Z, Peterson BS. Dissociable attentional and affective circuits in medication-naïve children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2013;213(1):24-30.
42. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cognitive Sci* 2006;10(3):117-23.
43. Nigg JT, Willcutt EG, Doyle AE, Sonuga-Barke EJ. Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biological Psychiatry* 2005;57(11):1224-30.
44. Mur M, Portella MJ, Martínez-Arán A, Pifarré J, Vieta E. Persistent neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients: executive function as a core deficit. *J Clin Psychiatry* 2007;68(7):1078-86.
45. O'Hearn K, Asato M, Ordaz S, Luna B. Neurodevelopment and executive function in autism. *Development Psychopathol* 2008;20(4):1103-32.
46. Kofler MJ, Raiker JS, Sarver DE, Wells EL, Soto EF. Is hyperactivity ubiquitous in ADHD or dependent on environmental demands? Evidence from meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;46:12-24.
47. Sergeant J. The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2000;24(1):7-12.
48. Sonuga-Barke E, Bitsakou P, Thompson M. Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(4):345-55.

49. Sonuga-Barke EJ. Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Res* 2002;130(1-2):29-36.
50. Kesner RP, Churchwell JC. An analysis of rat prefrontal cortex in mediating executive function. *Neurobiol Learning Memory* 2011;96(3):417-31.
51. Arnsten AF, Pliszka SR. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99(2):211-6.
52. Sowell ER, Thompson PM, Welcome SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2003;362(9397):1699-707.
53. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch General Psychiatry* 2006;63(5):540-9.
54. Wolosin SM, Richardson ME, Hennessey JG, Denckla MB, Mostofsky SH. Abnormal cerebral cortex structure in children with ADHD. *Human Brain Mapping* 2009;30(1):175-84.
55. Fair DA, Posner J, Nagel BJ, Bathula D, Dias TGC, Mills KL, et al. Atypical default network connectivity in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry* 2010;68(12):1084-91.
56. Sonuga-Barke EJ, Castellanos FX. Spontaneous attentional fluctuations in impaired states and pathological conditions: a neurobiological hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev* 2007;31(7):977-86.
57. Majarwitz DJ, Perumareddi P. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Across the Spectrum: From Childhood to Adulthood. *Prim Care* 2023;50(1):21-36.
58. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics* 2020;51(05):315-35.
59. Clarke AR, Barry RJ, Dupuy FE, Heckel LD, McCarthy R, Selikowitz M, et al. Behavioural differences between EEG-defined subgroups of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiol* 2011;122(7):1333-41.
60. Liechti MD, Valko L, Müller UC, Döhnert M, Drechsler R, Steinhausen H-C, et al. Diagnostic value of resting electroencephalogram in attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Brain Topography* 2013;26:135-51.
61. Buyck I, Wiersema JR. Resting electroencephalogram in attention deficit hyperactivity disorder: developmental course and diagnostic value. *Psychiatry Res* 2014;216(3):391-7.
62. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(12):10-5.

63. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
64. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers : is it justified? *Paediatr Drugs* 2013;15(1):1-8.
65. Murray DW. Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12(5):374-81.
66. Barkley RA, Cunningham CE, Gordon M, Faraone SV, Lewandowski L, Murphy KR. ADHD symptoms vs. impairment: revisited. *ADHD Report: Special Issue—Focus on Assessment* 2006;14(2):1-9.
67. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(8):966-75.
68. Bauer RM, Dunn CB. Research methods in neuropsychology. *Handbook of psychology: Research methods in psychology, Vol 2, 2nd ed.* Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2013. p. 274-315.
69. Cooper-Kahn J, Dietzel L. Late, lost, and unprepared: A parents' guide to helping children with executive functioning: Taylor & Francis; 2024.
70. Spencer TJ. ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):27-31.
71. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr* 2007;7(1):73-81.
72. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(5):437-46.
73. Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retardat Developmental Disabilities Res Rev* 1999;5(3):243-50.
74. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 1992;20(3):263-88.
75. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child.* 2005;90(1):2-7.
76. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver AL, et al. Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(10):1036-43.

77. Levy F, Hay DA, McSTEPHEN M, Wood C, Waldman I. Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(6):737-44.
78. Pliszka SR. Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2015. p. 140–68.
79. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics* 2011;127(3):462-70.
80. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1468-84.
81. Inci SB, Ipci M, Akyol Ardıç U, Ercan ES. Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *J Atten Disord* 2019;23(11):1356-67.
82. Mukaddes NM, Mutluer T, Ayik B, Umut A. What happens to children who move off the autism spectrum? Clinical follow-up study. *Pediatr Int*. 2017;59(4):416-21.
83. Mukaddes NM, Hergüner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(8):964-71.
84. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 2008;62:147-52.
85. Feldman ME, Charach A, Bélanger SA. ADHD in children and youth: Part 2-Treatment. *Paediatr Child Health*. 2018;23(7):462-72.
86. Panther SG, Knotts AM, Odom-Maryon T, Daratha K, Woo T, Klein TA. Off-label Prescribing Trends for ADHD Medications in Very Young Children. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2017;22(6):423-9.
87. Martinez-Raga J, Knecht C, Szerman N, Martinez MI. Risk of serious cardiovascular problems with medications for attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 2013;27(1):15-30.
88. Upadhyaya H, Kratochvil C, Ghuman J, Camporeale A, Lipsius S, D'Souza D, et al. Efficacy and Safety Extrapolation Analyses for Atomoxetine in Young Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2015;25(10):799-809.
89. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5(9):727-38.
90. Wilens TE. Mechanism of action of agents used in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67:32.

91. Pan PY, Jonsson U, Şahpazoğlu Çakmak SS, Häge A, Hohmann S, Nobel Norrman H, et al. Headache in ADHD as comorbidity and a side effect of medications: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2022;52(1):14-25.
92. Hjern A, Weitofte GR, Lindblad F. Social adversity predicts ADHD-medication in school children--a national cohort study. *Acta Paediatr* 2010;99(6):920-4.
93. Lebowitz MS. Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *J Atten Disord* 2016;20(3):199-205.
94. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2021;128:789-818.
95. Le HH, Hodgkins P, Postma MJ, Kahle J, Sikirica V, Setyawan J, et al. Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;23(7):587-98.
96. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006;36(2):159-65.
97. Steinhausen H-C. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder-und Jugendpsychiatrie*. 1993;3:222.
98. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):493-8.
99. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(11):1424-31.
100. Barkley RA, Fischer M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(5):503-13.
101. Gadow KD, Nolan EE. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(2):191-201.
102. Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Hill C, Danis B, Keenan K, et al. A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(10):976-87.
103. Birliği AP, Köroğlu E. DSM-IV-TR: tanı ölçütleri başvuru elkitabı: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
104. Ise E, Görtz-Dorten A, Döpfner M. Reliability and validity of teacher-rated symptoms of oppositional defiant disorder and conduct disorder in a clinical sample. *Psychopathology* 2014;47(5):312-8.

- 105.Frick PJ, Nigg JT. Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2012;8:77-107.
- 106.Costa TP, de Oliveira RA, Semkiw MRP, de Oliveira Alves SC, Garcia CMC, Soares LRM, et al. Estratégias de intervenção e tratamento para crianças e adolescentes com transtorno opositivo-desafiador: uma revisão bibliográfica. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*. 2024;5(7):e575408-e.
- 107.İpçi M, İzmir SBİ, Türkçapar MH, Özdel K, Ardıç ÜA, Ercan ES. Dsm-iv'e göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (dehb) olan çocuk ve ergenlerde dehb alt tiplerinde psikiyatrik eş tanı varlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2020;57(4):283-9.
- 108.Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45(3):609-21.
- 109.Lahey B, Miller T, Gordon R. Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, HC Quay, AE Hogan. New York: Kluwer/Plenum; 1999.
- 110.Angold A, Costello EJ. Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(9):1205-12.
- 111.Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48(7):703-13.
- 112.Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4):386-92.
- 113.Canino G, Polanczyk G, Bauermeister JJ, Rohde LA, Frick PJ. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(7):695-704.
- 114.ES E. Development of a test battery for the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Turk J Child Adolesc Psychiatry* 2001;8:132-44.
- 115.Kabukçu B, Ercan E, Rohde L, Kandulu R, Uslu E, Aydın C, editors. A 3 Year Longitudinal ADHD and ODD Prevalence Research in a Turkish Sample. 3th International Congress on ADHD From Childhood to Adult Disease; 2011.
- 116.Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(10):1203-11.
- 117.Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM, Maes HH, Simonoff E, Pickles A, et al. Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(8):965-80.

- 118.Eaves L, Rutter M, Silberg JL, Shillady L, Maes H, Pickles A. Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behav Genet* 2000;30(4):321-34.
- 119.Rowe R, Rijdsdijk FV, Maughan B, Eley TC, Hosang GM, Eley TC. Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(5):526-34.
- 120.Dick DM, Viken RJ, Kaprio J, Pulkkinen L, Rose RJ. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 2005;33(2):219-29.
- 121.Hewitt JK, Silberg JL, Rutter M, Simonoff E, Meyer JM, Maes H, et al. Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38(8):943-63.
- 122.Hawes DJ, Gardner F, Dadds MR, Frick PJ, Kimonis ER, Burke JD, et al. Oppositional defiant disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2023;9(1):31.
- 123.Rutter M. Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained. (No Title). 2006.
- 124.Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297(5582):851-4.
- 125.O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker D, Rutter M, Plomin R. Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Dev Psychol* 1998;34(5):970-81.
- 126.Ge X, Conger RD, Cadoret RJ, Neiderhiser JM, Yates W, Troughton E, et al. The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychol* 1996;32(4):574.
- 127.Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Dev* 2003;74(1):109-26.
- 128.Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH, Van Acker R, Eron LD. Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(4):518-28.
- 129.Matthys W, Cuperus JM, Van Engeland H. Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(3):311-21.
- 130.Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(17).
- 131.Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychol Med* 2010;40(5):717-29.

132. Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49(5):484-92.
133. Biederman J, Petty CR, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux MC, et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychol Med* 2008;38(7):1027-36.
134. August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(10):1262-70.
135. Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(3):365-73.
136. Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(7):1214-24.
137. Drabick DAG, Gadow KD, Loney J. Source-specific oppositional defiant disorder: comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(1):92-101.
138. Connor DF. Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment: Guilford Press; 2012.
139. Nathan PE, Gorman JM. A guide to treatments that work: Oxford University Press; 2015.
140. Masi G, Milone A, Manfredi A, Brovedani P, Pisano S, Muratori P. Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with Disruptive Behavior Disorders. *Psychiatry Res* 2016;238:8-13.
141. Pardini DA, Lochman JE, Frick PJ. Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(3):364-71.
142. Tourian L, LeBoeuf A, Breton JJ, Cohen D, Gignac M, Labelle R, et al. Treatment Options for the Cardinal Symptoms of Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(1):41-54.
143. Scotto Rosato N, Correll CU, Pappadopulos E, Chait A, Crystal S, Jensen PS. Treatment of maladaptive aggression in youth: CERT guidelines II. Treatments and ongoing management. *Pediatrics* 2012;129(6):e1577-86.
144. Safavi P, Hasanpour-Dehkordi A, AmirAhmadi M. Comparison of risperidone and aripiprazole in the treatment of preschool children with disruptive behavior disorder and attention deficit-hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *J Adv Pharm Technol Res* 2016;7(2):43-7.

- 145.Hawes DJ, Price MJ, Dadds MR. Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: a comprehensive review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014;17(3):248-67.
- 146.Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(12):1726-35.
- 147.Coté S, Tremblay RE, Nagin DS, Zoccolillo M, Vitaro F. Childhood behavioral profiles leading to adolescent conduct disorder: risk trajectories for boys and girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(9):1086-94.
- 148.Demir AÇ, Özcan Ö. İrritabilite ve Çocuklarda İrritabilitenin Değerlendirilmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2020;27(1):1-6.
- 149.Stringaris A, Taylor E. *Disruptive mood: Irritability in children and adolescents*: Oxford University Press, USA; 2015.
- 150.Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(7):556-70.
- 151.Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol* 2017;13:317-41.
- 152.Leibenluft E, Kircanski K. Chronic Irritability in Youth: A Reprise on Challenges and Opportunities Toward Meeting Unmet Clinical Needs. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2021;30(3):667-83.
- 153.Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the affective reactivity index in Australian adults and adolescents. *Psychol Assess* 2014;26(1):148-55.
- 154.Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007;32(6):631-42.
- 155.Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. *Science* 2000;289(5479):591-4.
- 156.Leibenluft E, Allen LE, Althoff RR, Brotman MA, Burke JD, Carlson GA, et al. Irritability in Youths: A Critical Integrative Review. *Am J Psychiatry* 2024;181(4):275-90.
- 157.McCrory E, De Brito SA, Viding E. Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(10):1079-95.
- 158.Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry* 2009;166(9):1048-54.
- 159.Forbes EE, Dahl RE. Research Review: altered reward function in adolescent depression: what, when and how? *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(1):3-15.

- 160.Li Y, Grabell AS, Perlman SB. Irritability Moderates the Association between Cognitive Flexibility Task Performance and Related Prefrontal Cortex Activation in Young Children. *Brain Sci.* 2023;13(6):882.
- 161.Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(11):1275-93.
- 162.Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician* 2016;93(7):586-91.
- 163.Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in youths: A translational model. *Am J Psychiatry* 2017;174(6):520-32.
- 164.Copeland WE, Brotman MA, Costello EJ. Normative irritability in youth: developmental findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(8):635-42.
- 165.Leibenluft E. Pediatric irritability: a systems neuroscience approach. *Trends Cognitive Sci* 2017;21(4):277-89.
- 166.Stringaris A, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Leibenluft E. Practitioner review: definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(7):721-39.
- 167.Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):980-8.
- 168.Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, AKDEMİ D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish J Psychiatry* 2019;30(1):42-50.
- 169.Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(11):1109-17.
- 170.Kocael Ö. Irritability in children and adolescents: Turkish validity and reliability study of the affective reactivity index. Unpublished Medicine thesis, Bursa, Uludag University, Faculty of Medicine. 2015.
- 171.Conners CK. *Conners' rating scales-Revised*. 1999.
- 172.Kaner S, Büyüköztürk Ş, Işeri E. *Conners anababa dereceleme ölçeği-yenilenmiş kısa: Türkiye standardizasyon çalışması*. 2013.
- 173.Weiss MD, McBride NM, Craig S, Jensen P. Conceptual review of measuring functional impairment: findings from the Weiss Functional Impairment Rating Scale. *BMJ Ment Health* 2018;21(4):155-64.

- 174.Sadek J, Sadek J. Weiss Functional Impairment Scale–Adults. A Clinician’s Guide to ADHD 2014:101-2.
- 175.Tarakçıoğlu MC, Çakın Memik N, Olgun NN, Aydemir Ö, Weiss MD. Turkish validity and reliability study of the Weiss functional impairment rating scale-parent report. ADHD 2015;7:129-39.
- 176.Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry 1997;38(5):581-6.
- 177.Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler ve güçlükler anketi’nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health 2008;15(2):65-74.
- 178.IBM SPSS Statistics for Windows V. Armonk, NY: IBM Corp.; 2021.
- 179.Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. Biol Psychiatry 2005;57(11):1442-51.
- 180.Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. European J Pediatr 2007;166:117-23.
- 181.Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opin Psychiatry 2007;20(4):386-92.
- 182.Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. Child Psychiatry Human Development 2016;47:440-58.
- 183.Uyan Z. Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. Konuralp Med J 2014;6(3):21-6.
- 184.Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. Klinik Psikiyatri Dergisi 2002;5(2):111-9.
- 185.Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. Eur J Pediatr 2012;171(2):271-80.
- 186.Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev. 2001;4(3):183-207.
- 187.Johns-Mead R, Vijayakumar N, Mulraney M, Melvin G, Youssef G, Sciberras E, et al. Categorical and dimensional approaches to the developmental relationship between ADHD and irritability. J Child Psychol Psychiatry 2023;64(10):1422-31.
- 188.Volz-Sidiropoulou E, Boecker M, Gauggel S. The Positive Illusory Bias in Children and Adolescents With ADHD: Further Evidence. J Atten Disord 2016;20(2):178-86.

- 189.Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 2008;28(4):692-708.
- 190.Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N, Penelo E, Domènech JM. Dimensions of oppositional defiant disorder in 3-year-old preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(11):1128-38.
- 191.Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Jr., Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1285-92.
- 192.Hinshaw SP, Arnold LE. Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci* 2015;6(1):39-52.
- 193.Connor DF, Ford JD. Comorbid symptom severity in attention-deficit/hyperactivity disorder: a clinical study. *J Clin Psychiatry* 2012;73(5):711-7.
- 194.Pelham WE, Jr., Fabiano GA, Massetti GM. Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005;34(3):449-76.
- 195.Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):816-8.
- 196.Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study. *J Psychiatric Res* 2011;45(2):150-5.
- 197.Chan WWY, Shum KK, Downs J, Sonuga-Barke EJS. Are ADHD trajectories shaped by the social environment? A longitudinal study of maternal influences on the preschool origins of delay aversion. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024 Dec 22. doi: 10.1111/jcpp.14103.
- 198.Daley D, Birchwood J. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom? *Child Care Health Dev* 2010;36(4):455-64.
- 199.Moffitt TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, et al. Research review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(1):3-33.
- 200.Waschbusch DA, Carrey NJ, Willoughby MT, King S, Andrade BF. Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorders: the moderating role of callous/unemotional traits. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007;36(4):629-44.
- 201.Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1336-46.

- 202.Sibley MH, Pelham WE, Molina BSG, Gnagy EM, Waxmonsky JG, Waschbusch DA, et al. When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(6):1052-61.
- 203.Molina BS, Pelham WE, Jr. Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of substance use disorder: developmental considerations, potential pathways, and opportunities for research. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:607-39.
- 204.Barkley RA, Poillion MJ. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. *Behav Disord* 1994;19(2):150-2.
- 205.Kolko DJ, Pardini DA. ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *J Abnorm Psychol* 2010;119(4):713-25.
- 206.Martel MM. Research review: a new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50(9):1042-51.
- 207.Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2014;171(3):276-93.
- 208.Barkley RA, Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment: Guilford press New York; 1998.
- 209.Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHD--results of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 2006;10(2):150-9.
- 210.Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 4th ed. Barkley RA, editor. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. xiii, 898-xiii, p.
- 211.Garin O. Ceiling Effect. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 631-3.
- 212.Sibbick E, Boat R, Sarkar M, Groom M, Cooper SB. Acute effects of physical activity on cognitive function in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity* 2022;23:100469.
- 213.Bonham MD, Shanley DC, Waters AM, Elvin OM. Inhibitory Control Deficits in Children with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder Compared to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Research on Child Adolesc Psychopathol* 2021;49(1):39-62.
- 214.Fair DA, Bathula D, Nikolas MA, Nigg JT. Distinct neuropsychological subgroups in typically developing youth inform heterogeneity in children with ADHD. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012;109(17):6769-74.
- 215.Sonuga-Barke EJS, Fairchild G. Neuroeconomics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Differential Influences of Medial, Dorsal, and Ventral Prefrontal Brain Networks on Suboptimal Decision Making? *Biological Psychiatry* 2012;72(2):126-33.

216. Jakobi B, Arias-Vasquez A, Hermans E, Vlaming P, Buitelaar J, Franke B, et al. Neural Correlates of Reactive Aggression in Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry* 2022;13:840095.
217. Miller CJ, Miller SR, Newcorn JH, Halperin JM. Personality characteristics associated with persistent ADHD in late adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36(2):165-73.
218. Owens JS, Goldfine ME, Evangelista NM, Hoza B, Kaiser NM. A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychol Rev* 2007;10(4):335-51.
219. Monteiro E, Donham A, Klaib M. Teacher characteristics and ADHD intervention outcomes in schools. *Educational Res* 2022;64(3):257-76.
220. Matthies SD, Philipsen A. Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014;1:3.



Ek 1. Etik Kurul Onayı

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU		TÜTF-GOBAEK 2024/317	
	PROTOKOL ADI		Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Eş Tanılı Çocuk ve Ergenlerde İritabilite Düzeyi ile Duygusal-Davranışsal Problemler ve İşlevsellik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Prof. Dr. Işık GÖRKER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ			
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
Tarih: 19.08.2024				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13/20			
	Fakültemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Işık GÖRKER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Rana COŞKUN'un tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ				
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki

**Toplantıda Bulunma

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

TARİH:

FORMU DOLDURAN KİŞİ: Anne / Baba

YAKINMA:

ÇOCUĞUNUZUN ADI-SOYADI:

DOĞUM TARİHİ:

KARDEŞ SAYISI: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ve üstü

AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ve üstü

KAÇINCI SINIF ÖĞRENCİSİ:

DOĞUM ŞEKLİ:

1) NSVY/Normal yolla doğum

2) Sezaryen

ÇOCUĞUNUZUN BİLİNEREN TIBBİ HASTALIĞI VAR MI?

1-Var (Belirtiniz:.....)

2- Yok

ÇOCUĞUNUZUN BİLİNEREN PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞI VAR MI?

1-Var (Belirtiniz:.....)

2- Yok

ÇOCUĞUNUZUN BİLİNEREN NÖROLOJİK BİR HASTALIĞI VAR MI?

1-Var (Belirtiniz:.....)

2- Yok

ÇOCUĞUNUZUN KULLANDIĞI HERHANGİ BİR İLAÇ VAR MI?

1) Var (Belirtiniz:.....)

2) Yok

ANNENİN;

ADI-SOYADI:

ANNE:

1)Sağ

2)Ölü - Anne ölüm nedeni:.....

YAŞI:

ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul/ortaokul 4) Lise, yüksekokul veya üniversite

ANNE:

1.Çalışmıyor 2. İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek 5. Emekli

ANNEDE BİLİNER TIBBİ HASTALIK VAR MI?

1-Var (Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....)

2- Yok

ANNEDE PSİKİYATRİK HASTALIK:

1- Var (Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....)

2- Yok

BABANIN ADI-SOYADI:

BABA:

1)Sağ

2)Ölü - baba ölüm nedeni:.....

YAŞI:

BABANIN ÖĞRENİM DURUMU:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul/ortaokul 4) Lise, yüksekokul veya üniversite

BABANIN MESLEĞİ:

1.Çalışmıyor 2. İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek 5. Emekli

BABADA BİLİNER TIBBİ HASTALIK VAR MI?

1) Var (Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....)

2) Yok

BABADA PSİKİYATRİK HASTALIK:

1) Var (Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....)

2) Yok

ANNE -BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU:

1) Evli

2) Boşanmışlar

3) Anne yada babadan biri ölmüş

AİLENİN YAPISI:

1) Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar olarak)

2) Geniş aile (anne, baba ve çocuklarla birlikte diğer akrabalarından bir veya birkaçı ile birlikte)

3) Tek ebeveynli (anne ile beraber / baba ile beraber)4) Diğer

(.....)

AİLENİN GELİR DURUMU:

- 1) 0-12 bin TL
- 2) 13-24 bin TL
- 3) 25-48 bin TL
- 4) 48 bin TL ve üzeri

AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ:.....

- 1- Var
- 2- Yok

AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ:.....

- 1- Var
- 2- Yok

Çocuğun adı -----	Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)
Doğum tarihi -----/-----/-----	Yaşı: Sınıf:
Ay Gün Yıl	
Anne ya da Babanın Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülmüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülmüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, asla)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
1	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
1	Hiddetlenir.	0	1	2	3
1	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir.	0	1	2	3

1	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
1	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşturur ya da	0	1	2	3
1	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
1	Sinirlidir.	0	1	2	3
1 7	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik	0	1	2	3
1	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
1	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır.	0	1	2	3
2	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder.	0	1	2	3
2	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
2 2	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
2	Sınıftaya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden	0	1	2	3
2	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
2 5	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
2 6	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
2	Çabalamaktan çabuk vazgeçer.	0	1	2	3

Ek 4. Duygusal Reaktivite İndeksi-Ebeveyn Formu

Katılımcının Adı:

Yaş:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşlarıyla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, çocuğunuzun duygu ve davranışlarını ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz. Lütfen boş bırakmayınız.

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılır.			
2. Sık sık öfkeden kontrolünü kaybeder.			
3. Kızgınlığı uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirlidir.			
5. Sıklıkla öfkelenir.			
6. Kolayca öfkeden kontrolünü kaybeder.			
7. Genel olarak asabiyeti problemlere neden olur.			

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Ek 5. Weiss İşlevsellikte Bozulma Ölçeği-Ebeveyn Formu

İsminiz:

Çocukla yakınlık dereceniz:

Çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarını göz önüne alarak, SON BİR AY içerisinde çocuğunuzun duygusal ve davranışsal sorunlarının aşağıdaki maddelerden her birini nasıl etkilediğini en iyi tarif eden seçeneği yuvarlak içerisine alınız.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
A	AİLE					
1	Kardeşleri ile sorunlar yaşaması	0	1	2	3	u.d.
2	Anne baba arasında sorunlara neden olması	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğun yol açtığı sorunlarla uğraşmaktan aile üyelerinin yapacağı iş ya da etkinliklere yeterince zaman ayıramaması	0	1	2	3	u.d.
4	Ailede kavga ya da tartışma çıkmasına neden olması	0	1	2	3	u.d.
5	Aileyi dostlarından ve sosyal etkinliklerden uzaklaştırması	0	1	2	3	u.d.
6	Ailenin eğlenceli vakit geçirmesini zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
7	Anne babalık yapmanızı (ebeveynlik görevlerinizi yerine getirmeyi) zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
8	Aile üyelerinin her birine eşit zaman, ilgi, dikkat vermenizi zorlaştırması	0	1	2	3	u.d.
9	Başkalarını kendisine vurması ya da bağırması için kışkırtması	0	1	2	3	u.d.
10	Çocuğunuzun yaşadığı sorunlar nedeniyle daha fazla para harcamak zorunda kalmanız	0	1	2	3	u.d.
B	OKUL					
	Öğrenme					
1	Okulda derslere yetişmekte güçlük çekmesi	0	1	2	3	u.d.
2	Okulda derslerle ilgili fazladan yardıma ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
3	Özel derse ihtiyaç duyması	0	1	2	3	u.d.
4	Beceri düzeyinin altında notlar alması	0	1	2	3	u.d.

	Davranış					
		Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Uygun değil
1	Sınıfta öğretmene sorun çıkarması	0	1	2	3	u.d.
2	Sınıfta ceza alması ya da sınıftan çıkarılması	0	1	2	3	u.d.
3	Okul bahçesinde (arkadaş, öğretmen, görevli gibi kişilerle) sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
4	Teneffüse çıkmama ya da eve geç gitme cezası alması	0	1	2	3	u.d.
5	Okuldan uzaklaştırılması ya da atılması	0	1	2	3	u.d.
6	Derse girmemesi ya da okula geç kalması	0	1	2	3	u.d.
C	YAŞAM BECERİLERİ					
1	Televizyon, bilgisayar ya da video oyunlarını aşırı kullanması	0	1	2	3	u.d.
2	Temizlik, diş fırçalama, saç tarama, yıkanma gibi işlerde sorun yaşaması	0	1	2	3	u.d.
3	Okula hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
4	Yatmaya hazırlanmakla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
5	Yemek yemeye ilgili sorunlarının olması (yemek seçme, abur cubur yeme)	0	1	2	3	u.d.
6	Uykuyla ilgili sorunlarının olması	0	1	2	3	u.d.
7	Yaralanır ya da bir yerini incitir	0	1	2	3	u.d.
8	Egzersizden (spor etkinliklerinden) kaçınır	0	1	2	3	u.d.
9	Doktora (tıbbi yardıma) ihtiyacının olması	0	1	2	3	u.d.
10	İlaç içmek, iğne olmak ya da doktora/diş hekimine gitmekle ilgili sıkıntı yaşaması	0	1	2	3	u.d.
D	ÇOCUĞUN BENLİK ALGISI					
1	Çocuğum kendisi hakkında olumsuz duygulara sahip	0	1	2	3	u.d.
2	Çocuğum yeteri kadar eğlenemiyor	0	1	2	3	u.d.
3	Çocuğum hayatından memnun değil	0	1	2	3	u.d.

PUANLAMA:

1. 2 veya 3 olarak puanlanan soru sayısı
2. Toplam Puan
3. Puan ortalaması

A. Aile

B. Okul

Öğrenme

Davranış

C. Yaşam becerileri

D. Çocuğun benlik algısı

E. Sosyal etkinlikler

Ek 6. Güçler ve Güçlükler Anketi-Ebeveyn Formu

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB⁴⁻¹⁶

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

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

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

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

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

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

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

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

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

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

Ek 7. Duygusal Reaktivite İndeksi-Çocuk Formu

EK-1: Duygusal Reaktivite İndeksi

Katılımcının Adı:

Yaş:

Lütfen, son altı ay içinde ve yaşitlarınızla kıyaslandığında, aşağıdaki cümlelerden her birinin, duygularınız/davranışlarınızı ne kadar tanımladığını kutucukları işaretleyerek belirtiniz.
Lütfen boş bırakmayınız

	Doğru değil	Biraz doğru	Kesinlikle doğru
1. Başkaları tarafından kolayca kızdırılıyorum.			
2. Sık sık öfkeden kontrolümü kaybederim.			
3. Kızgınlığım uzun bir süre geçmez.			
4. Çoğu zaman sinirliyimdir.			
5. Sıklıkla öfkelenirim.			
6. Kolayca öfkeden kontrolümü kaybederim.			
7. Genel olarak, asabiyetim problemlere neden olur.			

Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Ek 8. Güçler ve Güçlükler Anketi-Çocuk Formu

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 11-17

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

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavgacıyım. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağınık, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

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

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Yardımanız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

Ek 9. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 1

DEPRESİF BOZUKLUK				
1	Çökkün duygudurum	0	1	2 3
2	Huzursuzluk ve öfke	0	1	2 3
3	Keyif alamama			
a	Tekrarlayan ölüm düş.	0	1	2 3
b	İntihar düş.	0	1	2 3
c	İntihar girişimi-ciddiyeti	0	1	2 3
d	İntihar eylemi-ölüm riski	0	1	2 3
e	İntihar olmayan kendine zarar verme	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-1 DEPRESİF BZK doldur.				
MANİ				
1	Kabarmış-taşkın duygudurum	0	1	2 3
2	Uyku gereksiniminin azalması	0	1	2 3
3	Amaca yönelik etkinliklerde artış	0	1	2 3
4	Fikir uçuşması	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-1 MANİ doldur.				
PSİKOZ				
1	Varsanılar	0	1	2 3
2	Sanrılar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-2 PSİKOTİK BZK doldur.				
PANİK BZK				
1	Panik ataklar	0	1	2 3
Soruda 3 aldıysa EK-3 PANİK BZK doldur.				
AYRILIK ANKSİYETESİ BZK				
1	Felaket korkusu	0	1	2 3
2	Bağlanılan kişiye zarar korkusu	0	1	2 3
3	Okul reddi	0	1	2 3
4	Yalnız uyumaktan korkma	0	1	2 3
5	Evde yalnız kalmaktan korkma	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 AYRILIK ANKSİYETESİ BZK doldur.				
KAÇINMA BZK/ SOSYAL FOBİ				
1	İlişkinin kısıtlanması	0	1	2 3
2	Toplumsal durumlardan korkma	0	1	2 3
3	Tanıdık kişilerle toplumsal ilişki	0	1	2 3
4	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
5	İşlevsellikte azalma			
a	Sosyal ilişkilerde	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
d	Ciddi anksiyete/tutturma	0	1	2
e	Kaçınma	0	1	2
6	Tetikleyici varlığı	0	1	2
7	Çocukluk Dönemi Kaçınma Bzk (DSM_3R)	0	1	2
8	Sosyal fobi(DSM_4)	0	1	2
AGORAFOBİ ve ÖZGÜL FOBİLER				
1	Sıkıntı	0	1	2 3
2	Kaçınma	0	1	2 3
En yoğun fobi:.....				
Diğer fobiler:.....				
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 AGORAFOBİ doldur.				

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
1	Geleceğe ilişkin gerçek dışı endişe	0	1	2 3
2	Somatik yakınmalar	0	1	2 3
3	Aşırı duyarlılık	0	1	2 3
4	Belirgin gerginlik/rahatlayamama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 YAB doldur.				
OBSESİF KOMPULSİF BZK				
1	Kompulsyonlar	0	1	2 3
2	Obsesyonlar	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-3 OKB doldur.				
ENÜREZİS				
1	Tekrarlayan işeme			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam - toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevsellik:.....				
Süre :				
ENKOPREZİS				
1	Tekrarlayan kaka kaçırmaya			
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2
c	Toplam - toplam sıklık	0	1	2
Sıkıntı:				
İşlevsellik:.....				
Süre :				
ANOREKSİYA NERVOSA				
1	Aşırı şişman olma korkusu	0	1	2 3
2	Aşırı zayıflama	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-5 ANOREKSİYA NERVOSA doldur.				
BULİMİYA NERVOSA				
1	Kilo verme yöntemleri			
a	Diyet ilaçları	0	1	2 3
b	Laksatif	0	1	2 3
c	İdrar söktürücü	0	1	2 3
d	Kusmak	0	1	2 3
e	Aşırı egzersiz	0	1	2 3
f	> 1 hafta kalorisiz sıvı	0	1	2 3
g	Kombine yöntemler	0	1	2 3
2	Tıkanırçasına yeme/ yeme atakları	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-5 BULİMİYA NERVOSA doldur.				
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU				
1	Dikkatini sürdürmekte güçlük	0	1	2 3
2	İlgisinin kolayca dağılabilmesi	0	1	2 3
3	Yerinde oturmakta güçlük	0	1	2 3
4	Dürtüsellik	0	1	2 3
Herhangi bir soruda 3 aldıysa EK-4 DEHB doldur.				

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 2

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU					
1	Kendini kaybeder	0	1	2	3
2	Yetişkinlerle çok tartışır	0	1	2	3
3	Kurallara karşı gelir	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-4 KOKG doldur.					
DAVRANIM BOZUKLUĞU					
1	Yalan söyleme	0	1	2	3
2	Okuldan kaçma	0	1	2	3
3	Fiziksel kavga başlatma	0	1	2	3
4	Tehdit etme, zorbalık	0	1	2	3
5	Saldırgan olmayan hastalık	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-4 DAVRANIM BZK. doldur.					
TİK BOZUKLUĞU					
1	Motor tikler	0	1	2	3
2	Ses tikleri	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-5 TİK BZK. doldur.					
SİGARA/TÜTÜN KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Hiç sigara?	0	1	2	
b	Hiç tütün?	0	1	2	
2	Sigara kullanım miktarı				
a	Şimdiki sigara miktarı /gün				
b	Maks. Sigara miktarı/gün ve kaç yaşında				
3	Düzenli kullanıma başladığı yaş				
4	Bırakma girişimi	0	1	2	
5	Hiç bırakmış mı?	0	1	2	
6	En uzun kaç ay bırakmış				
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Düzenli alkol kullanma yaşı				
b	En az 4 kez haftada 2 kadeh	0	1	2	
Herhangi bir soruda 2 alıyorsa aşağıdaki formu doldur.					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Miktarı	0	1	2	
2	Sıklık	0	1	2	
3	İçmesi ile ilgili başkasının düş.	0	1	2	
Herhangi bir soruda 2 alıyorsa EK-5 ALKOL KK doldur.					
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	İlaç kullanımı	0	1	2	
a	Kannabis	0	1	2	
b	Uyarıcılar	0	1	2	
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	
d	Kokain	0	1	2	
e	Opioidler	0	1	2	
f	PCP	0	1	2	
g	Halüsinojenler	0	1	2	
h	Uçucular	0	1	2	
i	Diğer	0	1	2	
Herhangi bir soruda 2 alıyorsa aşağıdaki formu doldur.					
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioidler	0	1	2	3

f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Uçucular	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 2 alıyorsa EK-5 MADDE KK doldur.					
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
1	Travmatik olaylar				
a	Araba kazası	0	1	2	
b	Başka kazalar	0	1	2	
c	Yangın	0	1	2	
d	Doğal afetlere tanıklık	0	1	2	
e	Şiddet içeren olaya tanıklık	0	1	2	
f	Şiddet içeren olayın kurbanı	0	1	2	
g	Travmatik haber almak	0	1	2	
h	Ev içi şiddete tanık	0	1	2	
i	Fiziksel kötüye kullanım	0	1	2	
j	Cinsel kötüye kullanım	0	1	2	
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
Tarama Maddeleri					
1	Yineleyici düş/ görüntüler	0	1	2	
2	Kaçınma çabası	0	1	2	
3	Kabuslar	0	1	2	
4	Uykusuzluk	0	1	2	
5	Huzursuzluk/ öfke atakları	0	1	2	
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU_EK SORULAR					
1	Tekrarlayan oyun/ yeniden canlandırma	0	1	2	
2	Dissosiyatif ataklar-yanılsama-varsanı				
a	Dissosiyatif ataklar	0	1	2	
b	Yanılsamalar	0	1	2	
c	Varsanılar	0	1	2	
3	Olaya benzer uyarılarla sıklık	0	1	2	
4	Kaçınma çabası	0	1	2	
5	Hatırlayamama	0	1	2	
6	İlgide azalma	0	1	2	
7	Yabancılaşma duygusu	0	1	2	
8	Kısıtlı duygulanım	0	1	2	
9	Geleceğe olumsuz bakış	0	1	2	
10	Dikkati toplamada güçlük	0	1	2	
11	Hipervijilans	0	1	2	
12	Abartılmış irkilme	0	1	2	
13	Fizyolojik tepkiler	0	1	2	
14	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
15	Süre (hafta olarak)				
16	Travma sonrası stres bozukluğu				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
17	Akut stres bozukluğu	0	1	2	

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI

ŞİMDİKİ DURUM-SON 2 HAFTA

GEÇMİŞ- EN KÖTÜ İŞLEVSELLİK

GEÇMİŞ- EN İYİ İŞLEVSELLİK

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 3

EK-1 DUYGULANIM BOZUKLUKLARI EKİ					
DEPRESYON EKİ					
1	Çökkün duygudurumun değişmemesi	0	1	2	3
2	Disforik duygudurumun yastan farklılığı	0	1	2	3
3	Gün içinde duygudurum değişikliği	0	1	2	3
4	Uyku bzk				
a	Uykuya dalmakta güçlük	0	1	2	3
b	Uykuda bölünme	0	1	2	3
c	Erken uyanma	0	1	2	3
d	Uyku düzeninde bozulma	0	1	2	3
e	Dinlendirmeyen uyku	0	1	2	3
f	Fazla uyuma	0	1	2	3
5	Halsizlik- enerji azlığı	0	1	2	3
6	Bilişsel bozukluklar				
a	Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2	3
b	Kararsızlık	0	1	2	3
7	İştah - kilo	0	1	2	3
a	İştahta azalma	0	1	2	3
b	Kilo kaybı	0	1	2	3
c	İştahta artış	0	1	2	3
d	Kilo alma	0	1	2	3
8	Psikomotor bzk.	0	1	2	3
a	Ajitasyon	0	1	2	3
b	Psikomotor yavaşlama	0	1	2	3
9	Kendilik algısı	0	1	2	3
a	Değersiz hissetme	0	1	2	3
b	Aşırı suçluluk	0	1	2	3
10	Ümitsizlik, çaresizlik	0	1	2	3
11	Reddedilmeye duyarlılık	0	1	2	3
Diğer ölçütler					
1	Tetikleyici varlığı.....	0	1	2	
2	Menstruasyon ile belirti ilişkisi	0	1	2	
3	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
4	Major depresif bozukluk (DSM_3R/4)	0	1	2	
5	Melankolik depresyon				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
6	Mevsimsel bir örüntü	0	1	2	
7	Atipik depresyon	0	1	2	
8	Psikotik özellikte Major Depresif Bzk.	0	1	2	
9	Şizoaffectif Bzk.- depresyon tipi	0	1	2	
10	Distimi	0	1	2	
11	Distimi- primer tip	0	1	2	
12	Distimi- sekonder tip	0	1	2	
13	Depresif bzk-NOS	0	1	2	
14	Çökkün duygudurumlu uyum Bzk.	0	1	2	
MANİ EKİ					
1	Kendini büyük görme	0	1	2	3
2	Basınçlı konuşma	0	1	2	3

3	Yargılama zayırlığı	0	1	2	3
4	Dikkat dağınıklığı	0	1	2	3
5	Fiziksel huzursuzluk	0	1	2	3
6	Madde / alkol etkisi	0	1	2	3
7	Taşkın duygudurum süresi.....	0	1	2	3
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Hastanede yatma	0	1	2	
e	Diğer	0	1	2	
9	Mani				
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2	
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2	
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2	
10	Alt tipler				
a	Bipolar bzk. Manik	0	1	2	
b	Bipolar bzk. Depresif	0	1	2	
c	Bipolar bzk. Karışık	0	1	2	
d	Hızlı döngülü	0	1	2	
11	Hipomani				
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2	
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2	
12	Siklotimi	0	1	2	
13	Bipolar Bzk.-BTA	0	1	2	
14	Şizoaffectif Bzk.-manik tip	0	1	2	
EK-2 PSİKOTİK BOZUKLUKLAR EKİ					
PSİKOZ EKİ					
I-VARSANILAR					
1	İşitsel varsanılar				
a	Sözel olmayan sesler	0	1	2	3
b	Komut veren sesler	0	1	2	3
c	Yorum yapan sesler	0	1	2	3
d	Birbiriyle konuşan sesler	0	1	2	3
e	Sesli düşünceler	0	1	2	3
f	Diğer sözel varsanılar	0	1	2	3
2	Seslerin yeri				
a	Yalnızca kafanın içinden	0	1	2	3
b	Yalnızca dışarıdan	0	1	2	3
c	Her ikisi birlikte	0	1	2	3
3	Görsel varsanılar	0	1	2	3
4	Dokunma varsanıları	0	1	2	3
5	Koku varsanıları	0	1	2	3
6	Yanılsamalar	0	1	2	3
7	Kültürel olarak kabul gören	0	1	2	
8	Varsanıların süresi	0	1	2	
9	Duygulanım bzk. ile birliktelik	0	1	2	

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 4

10	Travma ile birliktelik	0	1	2
11	Madde kullanımı ile birliktelik	0	1	2
12	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
13	Süre >1 hafta	0	1	2
II- SANRILAR				
1	Büyüklik sanrıları	0	1	2
2	Suçluluk/ günah	0	1	2
3	Kontrol edilme sanrıları	0	1	2
4	Bedensel sanrılar	0	1	2
5	Nihilizm	0	1	2
6	Düşünce yayınlanması	0	1	2
7	Düşünce sokulması	0	1	2
8	Düşünce çalınması	0	1	2
9	TV/ radyodan mesaj alma	0	1	2
10	Zarar görme sanrıları	0	1	2
11	Düşünce okunması	0	1	2
12	Referans sanrıları	0	1	2
13	Diğer tuhaf sanrılar	0	1	2
14	Alt kültüre özgü sanrılar	0	1	2
15	Birden fazla sanrılar	0	1	2
16	Sanrılar duygudurum bzk den 2 hafta sonra	0	1	2
17	Sanrılar madde kullanımından sonra	0	1	2
18	Sanrılar duygudurumu ile ilişkili	0	1	2
19	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
20	Süre >1 hafta	0	1	2
III-DİĞER PSİKOTİK BELİRTİLER				
1				
a	Künt duygulanım	0	1	2
b	Uyumsuz duygulanım	0	1	2
2				
a	Enkoherans	0	1	2
b	Çağrışımın çözülmesi	0	1	2
3	Katatonik davranış	0	1	2
İŞLEVSELLİK (HASTALIĞIN AKTİF EVRESİNDE)				
a	Okulda	0	1	2
b	Akran ilişkilerinde	0	1	2
c	Aile ilişkilerinde	0	1	2
d	Öz bakımda	0	1	2
EK-3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİ				
PANİK BOZUKLUĞU EKİ				
1	Nefes darlığı (dispne)	0	1	2
2	Baş dönmesi	0	1	2
3	Çarpıntı	0	1	2
4	Titretilme/sarsılma	0	1	2
5	Terleme	0	1	2
6	Boğuluyor gibi olma	0	1	2
7	Bulantı	0	1	2
8	Depersonalizasyon	0	1	2
9	Uyuşma/ karıncalanma	0	1	2

10	Ateş basması	0	1	2	3
11	Göğüs ağrısı	0	1	2	3
12	Ölüm korkusu	0	1	2	3
13	Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
14	Eşlik eden belirli uyarıcı	0	1	2	
15	Beklenmeyen atak	0	1	2	
16	En az belirti ölçütleri	0	1	2	
17	Atakların sıklığı	0	1	2	
18	Başka atak geçirme korkusu	0	1	2	
19	Atakların başlangıcı	0	1	2	
20	Agorafobi	0	1	2	
21	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Aile	0	1	2	
c	Okul	0	1	2	
22	Agorafobisiz panik bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
23	Sınırlı belirtilerle giden ataklar	0	1	2	
AYRILIK ANKSİYETESİ EKİ					
1	Kabuslar	0	1	2	3
2	Ayrılık gününde fiziksel belirtiler	0	1	2	3
3	Ayrılık beklentisi ile sıkıntı	0	1	2	3
4	Ayrılık durumunda aşırı sıkıntı	0	1	2	3
5	Süre (en az 2 hafta).....	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
7	Tetikleyici etkenler.....	0	1	2	
8	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
FOBİK BOZUKLUKLAR EKİ					
1	Fobik durumlar				
a	Yükseklik	0	1	2	3
b	Karanlık	0	1	2	3
c	Kan	0	1	2	3
d	Köpekler	0	1	2	3
e	Diğer hayvanlar	0	1	2	3
f	Böcekler	0	1	2	3
g	Evin dışında yalnız kalma	0	1	2	3
h	Kalabalık	0	1	2	3
i	Açık alan	0	1	2	3
j	Yolculuk	0	1	2	3
k	Asansör	0	1	2	3
l	Diğer kapalı alanlar	0	1	2	3
m	Köprü ve tüneller	0	1	2	3
n	Diğer	0	1	2	3
2	Korkunun aşırılığını fark etme	0	1	2	

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 5

3	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
4	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
5	Tetikleyici faktörlerin varlığı	0	1	2
6	Fobi			
a	Basit fobi: DSM_3-R	0	1	2
b	Özgül Fobi: DSM_4	0	1	2
7	Alt tipleri			
a	Hayvan tipi	0	1	2
b	Doğal çevre tipi	0	1	2
c	Kan, enjeksiyon,yara tipi	0	1	2
d	Durumsal tip	0	1	2
e	Diğer tip	0	1	2
8	Agorafobi	0	1	2
9	Agorafobili panik bozukluğu	0	1	2
AŞIRI / YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU EKI				
1	Geçmiş davranış ile aşırı uğraş	0	1	2
2	Yeterlilik üzerine aşırı yoğunlaşma	0	1	2
3	Rahatlatılma ihtiyacı	0	1	2
4	Endişelerini kontrol yeteneği	0	1	2
5	YAB'nin diğer belirtileri			
a	Kas gerginliği,ağrı ya da acı duyma	0	1	2
b	Huzursuzluk	0	1	2
c	Kolay yorulma	0	1	2
d	Huzursuzluk , gerilme ya da sınırdaki hissetme	0	1	2
e	Dikkat toplamada güçlük	0	1	2
f	Uykuya dalma /sürdürmede zorluk	0	1	2
g	Tedirginlik	0	1	2
6	Süre >6 ay	0	1	2
7	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
8	Tetikleyici varlığı	0	1	2
9	Aşırı anksiyete bozukluğu (DSM_3R)	0	1	2
10	YAB (DSM_4)	0	1	2
OKB EKI				
KOMPULSİYONLAR				
1	Kompulsiyonların tipleri			
a	Dokunma	0	1	2
b	Sayma	0	1	2
c	Temizleme/ yıkama	0	1	2
d	Kontrol etme	0	1	2
e	Biriktirme	0	1	2
f	Sıralama / düzenleme	0	1	2
h	Yineleme /yeniden yapma	0	1	2
g	Planlama	0	1	2

i	Diğer	0	1	2	3
2	Kompulsiyonların amacı	0	1	2	
3	Kompulsiyonların algılanması	0	1	2	
4	Zaman harcama	0	1	2	
5	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
OBSESYONLAR					
1	Obsesyonların içeriği				
a	Bulaşma, somatik	0	1	2	3
b	Saldırgan düşünceler	0	1	2	3
c	Nihilistik düşünceler	0	1	2	3
d	Simetri gereksinimi	0	1	2	3
e	Anlamsız sözcükler	0	1	2	3
f	Cinsel obsesyonlar	0	1	2	3
g	Biriktirme/ saklama	0	1	2	3
h	Dinsel	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
2	Girici/anlamsız düşünceler	0	1	2	
3	Baskılama	0	1	2	
4	Düşüncelerin kaynağı	0	1	2	
5	Zaman harcama	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
7	OKB-DSM_3R				
a	Obsesyonların varlığı	0	1	2	
b	Kompulsiyonların varlığı	0	1	2	
8	OKB-DSM_4	0	1	2	
EK-4 DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI EKI					
DEHB EKI					
1	Çok sayıda hata	0	1	2	3
2	Söylenenleri dinlemez	0	1	2	3
3	Yönergeleri izleyemez	0	1	2	3
4	İşlerini düzenlemekte zorlanır	0	1	2	3
5	Dikkat gerektiren işlerden kaçır	0	1	2	3
6	Eşyalarını kaybeder	0	1	2	3
7	Günlük etkinliklerde unutkan	0	1	2	3
8	Yerinde duramaz	0	1	2	3
9	Çok fazla koşar	0	1	2	3
10	Sürekli hareket halindedir	0	1	2	3
11	Sessizce oynamakta zorlanır	0	1	2	3
12	Soruları söz almadan yanıtlar	0	1	2	3
13	Sıra beklemekte zorlanır	0	1	2	3
14	Söz keser	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 6

15	Bir etkinlikten diğerine geçer	0	1	2	3
16	Fazla konuşur	0	1	2	3
17	Tehlikeli işlere girer	0	1	2	3
18	Süre > 6 ay	0	1	2	
19	Başlangıç yaşı.....	0	1	2	
20	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
21	DEHB (DSM_3R)	0	1	2	
22	DEHB (DSM_4)	0	1	2	
23	Dikkatsizlik baskın olduğu tip	0	1	2	
24	Aşırı hareketlik baskın olduğu tip	0	1	2	
25	Bileşik tip	0	1	2	
26	DEHB-NOS	0	1	2	
KOKGB EKİ					
1	Kolay sinirlenir	0	1	2	3
2	Öfkeli küskün	0	1	2	3
3	Kinci	0	1	2	3
4	Küfür eder	0	1	2	3
5	Başkasını bilerek kızdırır	0	1	2	3
6	Hataları için başkasını suçlar	0	1	2	3
7	Süre > 6 ay	0	1	2	
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
9	Tetikleyici uyaran.....	0	1	2	
10	KOKG BZK				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
DAVRANIM BOZUKLUĞU EKİ					
1	Vandalizm	0	1	2	3
2	Bir yere zorla girmek	0	1	2	3
3	Saldırganlık olan hırsızlık	0	1	2	3
4	Yangın çıkarma	0	1	2	3
5	Geceyi dışarıda geçirme	0	1	2	3
6	Evden kaçma	0	1	2	3
7	Silah kullanma	0	1	2	3
8	Fiziksel eziyet etme	0	1	2	3
9	Cinsel etkinliğe zorlama	0	1	2	3
10	Hayvanlara eziyet etme	0	1	2	3
11	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
12	Süre > 6 ay	0	1	2	
13	Grup tipi	0	1	2	

14	Tek başına saldırgan tip	0	1	2	
15	Ayrışmamış tip	0	1	2	
16	Çocukluk başlangıçlı tip	0	1	2	
17	Ergenlik başlangıçlı tip	0	1	2	
18	Davranım bzk.				
	• DSM_3R	0	1	2	
	• DSM_4	0	1	2	
	• Çocukluk başlangıçlı	0	1	2	
	• Ergenlik başlangıçlı	0	1	2	
	• Hafif	0	1	2	
	• Orta	0	1	2	
	• Ağır	0	1	2	
EK-5 MADDE KÖTÜYE KULLANIM VE DİĞER BZK LER EKİ					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık	0	1	2	3
2	Miktar	0	1	2	3
3	Planladığından çok içme	0	1	2	3
4	Fiziksel olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
5	Tehlikeli davranışlar	0	1	2	3
6	Psikolojik olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
7	Mesleki olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
8	Sosyal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
9	Yasal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
10	Sorumluluk zamanında sarhoş olma	0	1	2	3
11	Etkinliklerin bırakılması	0	1	2	3
12	Zaman harcama	0	1	2	3
13	Tolerans	0	1	2	3
14	Bırakma girişimi	0	1	2	3
15	Çekilme belirtileri	0	1	2	
16	Çekilme için alkol kullanımı	0	1	2	
17	Süre > 1 ay	0	1	2	
18	Alkol kötüye kullanımı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
19	Alkol bağımlılığı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
MADDE KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 7

2	Planlanandan fazla kullanım				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
3	Fiziksel olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
4	Tehlikeli davranışlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
5	Psikolojik olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
6	Mesleki olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3

d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
7	Sosyal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
8	Yasal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
9	Sorumluluk zamanında sarhoş olma				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
10	Etkinliklerin bırakılması				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 8

h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
11	Zaman harcama				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
12	Tolerans				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
13	Bırakma girişimi				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
TİK BOZUKLUKLARI EKİ					
1	Göz kırpma	0	1	2	
2	Diğer yüz tikleri	0	1	2	
3	Kafa hareketleri	0	1	2	
4	Omuz hareketleri	0	1	2	
5	Kol hareketleri	0	1	2	
6	Karın seyirmeleri	0	1	2	
7	Bacak hareketleri	0	1	2	
8	Diğer	0	1	2	
KARMAŞIK MOTOR TİKLER					
1	Dokunma / Vurma hareketleri	0	1	2	
2	Zıplama / dönme hareketleri	0	1	2	

3	Ekokinezis	0	1	2
4	Kendine zarar verme	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
BASİT SES TİKLERİ				
1	Burun çekme / Öksürme	0	1	2
2	Horlama / Hırlama	0	1	2
3	Diğer	0	1	2
KARMAŞIK SES TİKLERİ				
1	Kendi sözlerini yineleme	0	1	2
2	Başkasının sözlerini tekrarlama	0	1	2
3	Kaprolali	0	1	2
4	Hakaret / Irk ayrımı	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
6	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
7	Tourette Send.Ölçütleri			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
8	Kronik Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
9	Geçici Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2