

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

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Işık GÖRKER

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU BULGULARI İLE BAŞVURAN
ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER VE PSİKİYATRİK EŞ TANILAR**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Hakan CENGİZ

EDİRNE-2013

TEŞEKKÜR

Engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, uzmanlık eğitimim sırasında büyük ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim, tez danışmanım, değerli hocam Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Işık GÖRKER'e, rotasyonum süresinde emeği geçen Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erdal VARDAR olmak üzere Anabilim Dalı öğretim üyelerine, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Çocuk ve Erişkin Psikiyatrisi araştırma görevlisi, psikolog ve hemşire arkadaşlarıma, kliniğimiz çalışanlarına ve desteklerini eksik etmeyen sevgili aileme ve eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TARİHÇESİ	3
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ	4
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ.....	6
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TANISI VE KLİNİK GÖRÜNÜMÜ	11
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA AYIRICI TANI VE EŞ TANILAR.....	14
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ	19
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN GİDİŞİ VE SONLANIMI	23
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
BULGULAR.....	26
TARTIŞMA.....	48
SONUÇLAR	57
ÖZET	59
SUMMARY	61
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
COMT	: Catechol-O-Methyltransferase
ÇDŞG – ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
DA	: Dopamin
D-Amfetamin	: Dekstro-Amfetamin
DAT1	: Dopamine Transporter 1
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DRD4	: Dopamine Receptor D4
DRD5	: Dopamine Receptor D5
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA	: Food and Drug Administration
ICD	: International Classification of Diseases
iMRG	: İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MAOA	: Monoamin Oksidaz A
MBD	: Minimal Beyin Disfonksiyonu
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NA	: Noradrenalin
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖÖG	: Özel Öğrenme Güçlüğü
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi

SNAP 25	: Synaptosomal-Associated Protein 25 (Sinaptozomal-İlişkili Protein 25)
SPECT	: Single-Photon Emission Computed Tomography
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WISCR	: Wechsler Intelligence Scale for Children

GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile ilgili klinik, bilimsel ve toplumsal büyük bir ilgi oluşmaya başlamıştır. DEHB çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından (1). DEHB tanısı alan kişi kadar ailesinin, çevresinin de yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya yol açmaktadır. Çok sayıda psikiyatrik bozukluk, akademik sorun ve aile işlevlerinde bozulma DEHB tanısı olan çocuklarda, olmayanlara oranla daha fazla görülmektedir. DEHB çoğunlukla yıllarca sürer ve psikiyatrik, biyolojik, eğitimsel ve toplumsal yönleri vardır. DEHB, hastaların %60'ından fazlasında erişkinlik döneminde de devam etmektedir (2). DEHB tanısı ile kliniğe başvuran çocukların çoğunluğunda, başka psikiyatrik bozukluklar DEHB'ye eşlik edebilmektedir. Eşlik eden bu eş tanıların varlığı patolojinin tipini, uzun dönemli sonuçlarını, kullanılması gereken tedaviyi ve tedaviye yanıtı etkilemektedir (1).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için çok sayıda yabancı ve yerli araştırma yapılmış ve DEHB ile ilgili önemli bilgiler elde edilmiştir. DEHB ile ilgili yapılan çalışmalarda uyumlu sonuçlar kadar çelişen sonuçlarda önemli düzeydedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise daha çok bu tanıyla ilgili temel verilerin toplandığı, ayırıcı tanı ve DEHB birlikte görülen başka bozukluklar ile ilgili karşılaştırmalı çalışmaların yapılmadığı görülmektedir. Oysa DEHB'nin görülme sıklığı giderek artmakta olup konuyla ilgili daha çok sayıda, çok yönlü ve iyi düzenlenmiş araştırmalara gereksinim vardır (3).

Bu çalışmada DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, DEHB alt tiplerinin demografik özellikleri, eş tanılarla DEHB alt tipleri, cinsiyet ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Özellikle farklı ülkelerde ve kültürlerde eşlik eden bu hastalıkların oranlarında farklılık olduğunu tespit eden çalışmalar mevcuttur. Bu çalışma ile ülkemizde DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tanınması ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavisine katkı sağlayacağını umut ediyoruz.

GENEL BİLGİLER

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TARİHÇESİ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ilk olarak, 1902 yılında George Still tarafından aşırı hareketli olan, konsantre olmada zorlanan, öğrenme güçlükleri olan ve davranım sorunları gösteren çocuklarda “Defects of Moral Kontrol” (ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği) olarak tanımlanmıştır. Still tanımladığı bu bozukluk için organik ve çevresel nedenler öne sürmüştür (4,5).

Birinci Dünya Savaşını izleyen yıllarda görülen influenza salgınından sonra hayatta kalan çocuklarda sıklıkla sekel olarak *ensefalitis letarjika* gelişmiştir. Bu çocuklarda aşırı aktivite ve dürtüsellikle birlikte ciddi davranış bozukluğu gelişmiş ve “Organik Beyin Hastalığı” kavramı ortaya çıkmıştır (3-5).

1947 yılında Strauss ve Lehtinen bir grup zihinsel özürlü olan çocukta hiperaktivite, impulsivite ve perseverasyonu tanımlamıştır. Bu çocuklardaki durumu “Minimal Beyin Hasarı Sendrom” olarak adlandırmıştır. Kısa bir süre sonra 1962 yılında Clements ve Peters bu sorunları sergileyen bütün çocuklarda beyin hasarından söz edilemeyeceğini belirterek zihinsel özürlü olmayan, hiperaktivite ve dürtüsellik düzeyi yüksek olan bireyler için “Minimal Beyin Disfonksiyonu (MBD)” terimini kullanmıştır (5).

Bozukluk için 1968 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) (DSM-II) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması 9 (International Classification of disease; ICD-9)’da “Hiperkinetik Sendrom” ya da “Çocukluğun Hiperkinetik Sendromu” terimleri kullanılmıştır (6,7).

1970'lerde yapılan araştırmalarda bu çocuklarda dikkatin sürdürölmesi ve dürtü kontrolü ile ilişkili sorunların esas zorluğu oluşturduğu ve hiperaktivitenin ikincil olduğu düşünölmüştür. Bu nedenle DSM-III'de "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak yeniden adlandırılmıştır. Bu bozukluk DSM-III'de dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak üç temel belirti kategorisi içeriyordu. Tanı için her alt kategoriden belli sayıda maddenin karşılanması (dikkatsizlik için 5 maddeden 3'ü, dürtüsellik için 6 maddeden 3'ü, hiperaktivite için 5 maddeden 2'si) gerekiyordu. Bozukluğun "hiperaktivite ile birlikte olan dikkat eksikliği", "hiperaktivite ile birlikte olmayan dikkat eksikliği" ve "yetişkinleri ya da rahatsız edici şikayetleri olup bozukluğun tüm ölçütlerini karşılamayanları içeren rezidüel tip" olmak üzere üç alt tipi tanımlanmıştır (1,8).

Hastalığın ismi DSM-III'ün gözden geçirilmiş hali DSM-III-R'de "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak değiştirilmiş ve bozukluk için 14 tanı kriteri getirilmiş, tanı için 8 belirtinin olması yeterli bulunmuştur (9).

DSM-IV'de bozukluk DSM-III'teki gibi "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırılmış, ancak bozukluk "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" genel başlığı altında yer almıştır. Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip, hiperaktivite ve dürtüsellüğün ön planda olduğu tip ve bileşik tip olmak üzere üç alt tip ve 18 belirti tanımlanmıştır. Tanı için her iki ana belirti kümesindeki 9 belirtiden 6'sının bulunması gerekmektedir. Belirtilerin en az 6 aydır devam etmesi, bu belirtilerin benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre belirgin ve şiddetli olması, belirtiler ve yol açtığı aksaklıkların en az iki ortamda (ev, okul ya da işyeri vb) ortaya çıkıyor olması, bireyin günlük işlevselliğini bozması ve 7 yaşından önce başlamış olması gerekmektedir (10).

Bozukluk ICD-10'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak adlandırılmaktadır (11). DSM-IV TR'de bir önceki tanı sınıflamasındaki belirtilen şekilde tanımlanmıştır (12).

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk çağının en sık görölen bozukluklarından biridir ve tedavi edilmediğinde önemli psikiyatrik, akademik ve sosyal sorunlara neden olabilen bir hastalıktır. Epidemiyolojik çalışmalarda yöntem olarak ölçeklerin değerlendirmesi ve klinik görüşme kullanılmaktadır. Klinik değerlendirme yapılarak tanı konulan çalışmalara göre sadece ölçeklerin değerlendirilmesiyle tanı konulan çalışmalarda daha yüksek DEHB sıklığı bulunmuştur. Sadece ölçeklere dayalı tanı konulan çalışmalar

tercih edilmemektedir. En çok tercih edilen yöntem ise tüm bilgilerin deneyimli bir klinisyen tarafından klinik görüşme yapılarak değerlendirilmesi sonucu DEHB tanısının konulduğu araştırma yöntemidir (10,13).

Okul çağı çocuklarında sıklığının yaklaşık %3-7 arasında olduğu bildirilmektedir. Erkek/kız oranları topluma dayalı olan çalışmalarda 2:1 klinik çalışmalarda ise 9:1 oranına kadar değişiklik göstermektedir (12). Yaygınlık oranlarındaki bu farklılıkların DEHB'li kız olgularda dikkat eksikliği belirtilerinin baskın olması ve eş zamanlı davranım bozukluğu bulgularının az olması nedeniyle, bu çocukların okulda ve evde daha az soruna neden olmalarından ve bu nedenle tedavi için uzmana başvurma oranının düşük olmasından kaynaklandığı bildirilmektedir (14).

Dünyanın farklı yerlerinde DEHB'nin prevalansında büyük varyasyonlar bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili günümüze kadar üç tane sistematik derleme yayınlanmıştır. Bu gözden geçirmelerde tahmin edilen prevalans hızı %5-10 arasındadır. Tüm dünya çapında çocukların %5-10'unu, yetişkinlerin %4,4'ünü etkilediği tahmin edilmektedir. 2007 yılında yapılan geniş kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyada ortalama prevalansı %5,29 bulunmuştur. Geniş bir gözden geçirme ve yazıların detaylı incelenmesinin ardından dünyadaki tüm bölgelerden Ocak 1978 - Aralık 2005 arasında yayınlanan 9105 yayın özeti gözden geçirilmiş ve DEHB prevalansı ile ilgili 102 çalışma incelenmiştir. DEHB sıklığındaki farklılığın, çalışmalarda farklı tanısal ölçütlerin kullanılmasına, bilgi kaynağına ve tanısal şartların (işlevsellikte bozulma ve en az iki alanda görülme) gerekli olup olmamasına bağlı olduğu gösterilmiştir. İşlevsellikte bozulma ve en az iki ortamda görülme tanı ölçütleri ele alındığında, bu ölçütlerin değerlendirilmediği çalışmalara göre DEHB sıklığı oranları daha düşük bulunmuştur. DSM-IV tanı sistemi kriterleri kullanılan çalışmalarda, DSM-III-R ve ICD-10 tanı kriterleri kullanılan çalışmalara oranla DEHB prevalansı daha yüksek saptanmıştır. DEHB prevalansındaki farklı sonuçların metodolojik özelliklerden kaynaklandığı, Kuzey Amerika ve Avrupa arasında anlamlı fark olmadığı ancak bu kıtalar ile Orta Doğu ve Afrika arasında farklılıkların anlamlı olduğu bildirilmiştir (15-17).

1982 ve 2001 yılları arasındaki aynı tanı sistemi kullanılarak (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) yapılan toplam 50 araştırma (makalelerin 20'si Amerikan toplumunda, 30'u da Amerikan toplumu dışında yapılmış) değerlendirildiğinde DEHB'nin Amerika dışında da en az Amerikan toplumu kadar yaygın olduğunu bildirilmiştir (15).

Ülkemizde; Sivas ilinde 6-15 yaş grubunda 1425 olgu ile yapılan çalışmada DEHB sıklığı %8,1 olarak bulunmuştur (18). Trabzon ilinde 1226 ilkokul öğrencisinde 6-12 yaş

grubunda yapılan diğerk bir çalışmada ise DEHB sıklığı %8,6 olarak belirlenmiştir ve erkek/kız oranı 3,5/1 olarak bulunmuştur (19). 2010 yılında Ercan ve ark. (13) DEHB prevalansının boylamsal olarak belirlenmesi amacıyla geniş kapsamlı çalışma yapmıştır. 1455 olgunun değerkendirildiğı çalışmada DEHB prevalansı %13.38 bulunmuş ve araştırmanın ikinci yılında ise DEHB prevalansı %12,64 ve erkek/kız oranı 3,4/1 olarak saptanmıştır.

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Konu ile ilgili araştırmalar, genetik, nörokimyasal, beyin görüntüleme, kurşun etkisi, diyet ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik olarak sürdürölmektedir. Genellikle bozuklukta biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünölmektedir (3).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu erken başlangıçlı, çok sık görölen ve işlevselliğı yoğun şekilde etkileyen bir bozukluktur. Bozukluğun tanısı, gelişimle uyumlu olmayan dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüselliğinin inatçı şekilde bulunmasıyla konulur (10). Bozukluğun tanısı için dikkat ve davranışla ilgili belirtilerin gözlenmesi gerekmektedir ve bilinen herhangi bir laboratuvar tetkiki bulunmamaktadır. DEHB'nin etyolojisinde herhangi bir belirgin etmenin gösterilememesi tartışma oluşturan bir konudur. Ancak bozukluğun ilaç tedavilerine verdiğı belirgin yanıt ve ailesel geçiş özellikleri pek çok araştırmacının, altta yatan nörobiyolojik etyolojiyi araştırmasına neden olmuştur (13).

Genetik etmenler, DEHB'nin etyolojisinde önemli yer tutar. Aile alışmaları, ailesel genetik katkının varlığını tutarlı şekilde göstermişlerdir (20). DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında bozukluğun görölme riski %10 ila %35 arasında değışmektedir. DEHB olgularının kardeşlerinde DEHB görölme riski ise %25-35 civarındadır ve risk normal popülasyona göre üç kat artmıştır. Hem anne hem babasında DEHB olan çocuklarda ise bu risk %57'lere çıkmaktadır (21).

Çalışmalarda, DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde ve ebeveynlerinde DEHB görölme riskinin 2-8 kat arttığı görölmüştür. Moleküler genetik çalışmalar olmadan, aile çalışmaları geçişin genetik mi yoksa çevresel nedenlere mi bağılı olduğunu ayırt edemez. Bu nedenle, ikiz ve evlat edinme alışmaları DEHB'nin ailesel geçişine ışık tutmaktadır (22). DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerinde, evlat edinen ebeveynlere göre bozukluk daha fazla görölmektedir (23).

İkiz çalışmalarında, kalıtlılabilirlik oranı yaklaşık olarak 0,8 dir. Ancak, 0,6'dan 0,9'a kadar değişebilir. Kalıtlılabilirliğin 1'den küçük olması, bu bozukluğun etyolojisinde çevresel etmenlerinde yer alabileceğini destekleyen bir bulgudur. Monozigotik ikizlerde bozukluk açısından konkordans oranı %50-80 iken dizigotik ikizlerde, ikiz olmayan kardeşlere benzer şekilde, bu oran %33 olarak saptanmıştır (23,24).

Faraone ve ark.'nın (25) çalışmalarında, ailenin kadın üyelerinde kalıtım riski daha yüksek oranda bulunmuştur. Ebeveynlerinden biri DEHB olan, kız çocuklar için hastalığa yakalanma riski 6,6 kez, erkek çocuklar için ise 1,5 kez artmaktadır. Bu modelde kızlarda genetik, erkeklerde ise çevresel etmenlerin ön planda olduğu ileri sürülmektedir.

Ülkemize yapılan çalışmalar incelendiğinde, bir çalışmada DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde erişkin tip DEHB oranı %6,8 bulunmuştur. Diğer bir çalışmada ebeveynlerinin %33,8'inde şu anda DEHB belirtileri saptanmıştır (26,27).

Çok iyi bilindiği üzere, bu bozukluğun etyolojisinde tek bir gen saptanamamıştır. Bozukluğun, pek çok genin orta derecede etkisi sonucu gelişebileceği düşünülmektedir (28). 1991-2004 yılları arasında yapılan moleküler genetik çalışmaları gözden geçiren bir çalışmada, DEHB'nin 4 genle anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Bu genler Dopamin Reseptörü D4 (DRD4), Dopamin Reseptörü D5 (DRD5) ve Dopamin (DA) ve Serotonin taşıyıcılarıdır (29).

Ek olarak, Dopamin β Hidroksilaz geni, Serotonin 1B reseptörü (HTR1B) ve Sineptozomal-ilişkili protein 25 (SNAP-25) geni ile DEHB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, DEHB ile en fazla ilişkilendirilen gen olan Dopamin Taşıyıcı 1 (DAT 1)'dir (28). DEHB ile olan pozitif ilişkisi en çok tekrarlanmış olanlar ise DAT1 ve DRD4 7 tekrarlı allel genleridir. Ancak bu pozitif ilişkiler sadece DEHB ile sınırlı değildir ve diğer bozukluklarda da görülürler, yani DEHB'ye özgül değildir. Ayrıca bu genlerin herbirisi için DEHB ile ilişkili olmadığı sonucuna varan çalışmalar da bulunmaktadır (1).

DAT 1 geni 5p15 kromozomunda yerleşmiştir. DA sinaptik aralıktan presinaptik nörona geri alınımını sağlayan taşıyıcı proteini kodlar. Bu protein daha yoğun şekilde striatum ve nukleus akkumbenste bulunur (30). Metilfenidat gibi stimülan ilaçların DEHB tedavisinde etkili olduğu bilinmektedir. Metilfenidatın etki mekanizması DA taşıyıcısını inhibe ederek, sinaps aralığında DA'yı arttırmaktır (31). DAT 1 geni, hiperaktif-impulsif ve bileşik DEHB alt tipleriyle dikkat eksikliği baskın tipden daha çok ilişkilendirilmiştir (32).

DRD4 geni, adenil siklazı inhibe eden D2 benzeri reseptör ailesine ait bir G protein reseptördür ve kromozom 11p15.5'te yer almaktadır. DRD4 daha çok DEHB etyolojisinden sorumlu tutulan bölgeler olan orbitofrontal korteks ve anterior singulat gibi frontal lob bölgelerinde bulunmaktadır. DRD4 geninin allel sıklığı etnik gruplar arasında farklılıklar göstermektedir. Amerika'da ve Avrupa'da ve ülkemizde yürütülen çeşitli çalışmalarda DEHB'li çocuklarda ve sağlıklı kontrollerde allel sıklığı değişmekle birlikte en yaygın allelin DRD4 4 tekrar alleli olduğu; en yaygın ikinci allelin ise DRD4 7 tekrar alleli olduğu gösterilmiştir (33,34). DRD4 4 tekrar alleli ile ilgili yapılan vaka-kontrol çalışmalarında bu allelin DEHB olgularında sağlıklı kontrollerden daha düşük sıklıkta bulunduğu gösterilmiştir. Bu nedenle de koruyucu etkisinin olduğu düşünülmektedir (35). 6-12 yaş aralığındaki DEHB'li çocukların ergenlik döneminde tekrar değerlendirildiği 5 yıllık bir izlem çalışmasında DRD4 7 tekrar allelini taşıyan hastalarda klinik sonlanımın daha kötü olduğu ve DRD4 7 tekrar alleli ile süregen DEHB arasında anlamlı ilişki bulunduğu bildirilmiştir (36).

DRD5 geni'nin hipokampus ve ilişkili yapılarda daha fazla bulunduğu ve 134'ten 156'ya kadar olan 12 allelden oluştuğu bilinmektedir (37). Son zamanlarda yapılan bir meta-analizin sonuçlarına göre, DRD5 148 bç alleli DEHB için artmış risk ile ilişkilidir ve bulunan heterojen sonuçlar olasılıkla tanısal ölçütlerdeki farklılıklara bağlıdır. DRD5 136 bç alleli ise koruyucu etkiye sahiptir (35).

Yapılan çalışmalarda DEHB ile dopamin β hidroksilaz geni, norepinefrin taşıyıcı geni ve alfa 2A adrenerjik reseptör geni arasında kesin bir ilişki saptanamamıştır (23).

Serotonin taşıyıcı geni kromozom 17 uzun kolu üzerinde yerleşmiştir ve serotoninin sinaps aralığından presinaptik nörona geri alınmasını sağlayan, solid taşıyıcı proteini kodlar (38). Dikkat, bellek ve motor hareketlerin merkezleri sayılan amigdala, hipokampus, talamus, putamen ve singulat korteks gibi beyin bölgelerinde, daha fazla bulunmaktadır (39). Yapılan çalışmalarda serotoninin impulsivitenin etyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir. Yapılan meta analiz çalışmalarının sonuçlarına göre serotonin taşıyıcı promoter bölgesi uzun alleli ile DEHB arasında anlamlı ancak orta derecede bir ilişki olabileceği saptanmıştır (28).

Serotonin 1 B reseptör geni çalışmalarda en fazla öne çıkan reseptör genidir ve kromozom 6q13'te yerleşmiştir. Sıklık AMP'yi inhibe eden G proteini yapısındadır (40). Yapılan meta analiz çalışmalarında çocuklardaki DEHB ile HTR1B arasında anlamlı ilişki olabileceği saptanmıştır. Serotonin 2A reseptör geni gibi diğer reseptör genleri, triptofan hidroksilaz enzim genleri, Katekol-O-Metil Transferaz (COMT) ve Monoamin Oksidaz A geni (MAOA) ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (28).

Kolinerjik yolakla ilgili olarak yapılan çalışmalarda, erişkin DEHB'lilerde nikotin verildiğinde, dikkat ve çalışan bellekte iyileşme gözlenmiştir. Ayrıca nikotin agonistlerinin, DEHB'de belirti şiddetini azalttığı belirlenmiştir. Nikotinik asetilkolin reseptör alfa 4 subünit geni (CHRNA4) bu zamana kadar üzerinde önemle durulanıdır (28,41).

Eldeki veriler henüz yetersiz olsa da SNAP 25, sinaptik plazma membranının sitozolik tarafında yerleştiği ve sinaptik veziküllerin nörotransmisyon sırasında ekzositozu için gerekli veziküllerle ilişkili membran proteini sinaptobrevin ve sintaksin ile komşu olduğundan, DA ve diğer nörotransmitterlerin salınımını etkileyerek DEHB gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir (42).

Hauser ve ark. (43) DEHB'nin nadir görülen ailesel bir formunu tanımlamışlardır. Tiroid reseptör- β geninde mutasyonla ilişkili olan bu gen aynı zamanda, tiroid hormonlarına genel rezistansa neden olmaktadır. Pek çok ailede, tiroid hormon düzeyleri hiperaktivite, dürtüsellik gibi belirtilere neden olurken, dikkat eksikliği üzerine herhangi bir etkisi saptanamamıştır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun patofizyolojisiyle en çok ilişkilendirilen nörotransmitterler DA, Noradrenalin (NA) ve serotoninidir. Dopaminerjik reseptör fonksiyonunu veya sinaptik DA düzeyini etkileyecek genetik değişiklikler prefrontal kortikal fonksiyonları olumsuz yönde etkileyebilir. DA'da olduğu gibi NA'nın ılımlı düzeyleri uygun prefrontal kortikal fonksiyonlar için kritiktir. NA özellikle postsinaptik alfa 2A reseptörleri aracılığıyla işleyen bellek, dikkatin düzenlenmesi, davranışların inhibisyonu ve plan yapmayı içeren birçok prefrontal kortikal fonksiyonları düzenler. Serotoninin DEHB'deki rolünün ise diğer nörotransmitterlerle etkileşim olduğu düşünülmektedir (1).

Anatomik ve fonksiyonel açıdan bakıldığında, dikkat sistemiyle ilgili iki nöronal döngüden söz edilir. Ön dikkat döngüsü dopaminerjiktir ve prefrontal sistem ve subkortikal bağlantılarını içerir; arka dikkat döngüsü primer olarak noradrenerjiktir ve seçici dikkatin düzenlenmesinden sorumludur (14). DA'nın, dikkat eksikliği sendromundaki hiperaktivite ve öğrenme sorunlarında, DEHB'de sorunlu olduğu düşünülen koşullu ödül mekanizmalarında ve çalışma belleğinde rolü olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda öne çıkan hipotez, bazı DEHB olgularındaki temel sorunun "düzgün olmayan ödül ve motivasyon sistemlerinde" olduğunu öne sürmektedir. DEHB olgularında bu hipoteze göre bozukluk o andaki hareket ile gelecekteki ödül tasarımı arasındaki ilişkiyi düzenleyen beyin ağlarındadır. Mezolimbik kaynaklı DA bu döngünün ödül belirtecidir. Ayrıca DA işlevlerindeki bozulmanın aşırı

hareketlilik, dikkat sorunları, tikler, dizkineziler ve kendine zarar verme davranışlarına yol açabileceği bilinmektedir (44-46).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan olguların, beyindeki NA ve DA düzeylerini arttıran antidepresanlara ve merkezi sinir sistemi uyarıcılarına (metilfenidat, pemolin, d-amfetamin) olumlu yanıt vermesi bozukluğun ketekolamin metabolizmasında olduğunu destekler gibi görünmektedir. DA ve NA kullanımındaki bozukluğun DEHB'ye neden olabileceği gösterilmiştir (44,47). DEHB'de NA ve DA ile bunların metabolitlerinin rolü konusundaki bilgilerimizin kısıtlıdır, genel olarak NA ve DA metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir. Ancak bu modellerin tek bir dopaminerjik sistem olduğunu varsaymaları, serotonin ve ketekolamin sistemleri arasındaki etkileşimin olması nedeniyle tek nörotransmitter yaklaşımının basit bir açıklama olacağı belirtilmektedir. Bozukluktaki nörokimyasal düzensizliğin kesin bir açıklaması henüz yapılamamaktadır (44).

Etiyolojiyi araştırmaya yönelik, DEHB'de Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRG), Bilgisayarlı Tomografi (BT), Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografisi (Single-Photon Emission Computed Tomography - SPECT), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET), glikoz metabolizması ve bölgesel serebral kan akımı çalışmaları yapılmıştır (48,49).

Castellanos ve ark. (50), DEHB olan çocuklarda total beyin hacminin normal gelişen çocuklara göre göreceli olarak küçük olduğunu göstermişlerdir. Çalışmanın sonuçları tüm beyin bölgelerinden elde edilen hacimsel ölçümlerin kontrol grubundan küçük bulunmuş ve önceden uyarıcılarla tedavi almamış olgularda bu farkın daha belirgin olduğunu ortaya koymuştur. İzlemde striatum dışındaki bölgelerde hacimsel düşüklüğün devam ettiği, DEHB olan olgularda beyin gelişiminin kontrollere yakın seyrettiği, ancak kontrollere ulaşamadığı görülmüştür.

Şimdiye kadar yapılan beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen en geçerli bulgular, normal gelişen çocuklara göre total beyin volümlerinde küçülmedir. Ayrıca kontrollerden farklı olarak üç bölgede belirgin farklılık saptanmıştır; daha küçük nukleus kaudatus volümü, daha küçük prefrontal korteks volümü, özellikle vermis bölgesi olmak üzere daha küçük serebellum volümü (50,51). Bu bulgular DEHB'de frontostriatal yollarla ve bilişsel kontrolle ilgili bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (52). Ayrıca, limbik sistem, posterior periventriküler bölge ve korpus kallosumda sorun olabileceği gösterilmiştir (53). Semrud ve ark. (54) DEHB'de korpus kallosumun splenium bölgesinin normal kontrollere oranla daha küçük olduğunu saptamışlardır.

İşlevsel görüntüleme çalışmalarında, çalışma belleği, yürütücü işlevler, yanıt inhibisyonu ve ödül-motivasyon, dikkat, motor kontrol ile ilişkisi olan beyin bölgelerine odaklanılmıştır (55). İşlevsel beyin görüntüleme teknikleri, bilişsel gereksinimleri yanıtlamada DEHB’de görülen beyin aktivasyonlarını araştırmada kullanılmaktadır. Bilişsel kontrol testleri sıklıkla DEHB’deki sorunları tanımlamada kullanılır. Yapılan çalışmalarda, DEHB’li çocuklardan kontrolleri farklılaştıran bilişsel farklılıklar ve beyin aktivasyon şekilleri gösterilmiştir (56). Özellikle go/no-go ve Stroop ile yapılan çalışmalarda, prefrontal ve striatal bölgelerde aktivasyon azalması gösterilmiştir (57). Amen ve ark. (58) DEHB olan 54 hasta ve 18 kontrol grubu ile SPECT yöntemi ile yapılan bir çalışmada, dinlenme ve dikkati sürdürme egzersizi sırasında prefrontal korteks kan akımında azalma olduğunu bildirilmiştir. Bush ve ark. (59) ise anterior singulat girusta aktivasyon azalması bulmuşlardır. Ayrıca, Casey ve ark. (60) çalışmalarında, hem DEHB’li çocuklar hem de bu çocukların DEHB’li ebeveynleri incelenmiş, frontostriatal aktivasyon azalması ve aynı zamanda bu bölgedeki beyaz cevher integrasyonunda da azalma olduğu bulunmuştur. Frontostriatal beyaz cevherdeki sorunun bozukluğun ailesel geçişli formuna ışık tutabileceği öne sürülmüştür.

Hem anatomik hem de iMRG çalışmaları frontostriatal yollarda değişiklikler olduğunu göstermişlerdir. DEHB’li çocuklarda yapılan SPECT çalışmalarında, özellikle prefrontal korteks ve temporal kortekste hipoperfüzyon gösterilmiştir. Beyin SPECT çalışmalarında izlenen frontotemporal perfüzyon değişiklikleri ve metilfenidat tedavisi ile ilişkisinin dopamin D2 reseptörleri ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. PET çalışmalarında DEHB olan çocukların frontal loblarında beyin kan akımı ve metabolik hızda azalma olduğu gözlenmiştir (3,31,56,61).

DIKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TANISI VE KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’nun temel özelliği gelişim düzeyine uygunsuz, kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinde kısalık, aşırı hareketlilik, dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur (3). DEHB olan çocuklar genellikle 6-12 yaşları arasında başvururlar. Bu nedenle bozukluğun belirtileri 6-12 yaş grubu için tanımlanmıştır. Ancak DEHB’nin okul öncesi dönemde de görülebileceği ve sorun yaratabileceği, ergenlik dönemi ve yetişkinlikte de devam edebileceği unutulmamalıdır (1).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği ile ilişkili olarak temel şikayetleri, dikkat gerektiren görevlere karşı çocuklarının

isteksizlikleri, ödevlerini uzun sürede bitirmeleri, başladıkları işleri yarım bırakmaları, basit ve dikkatsizce hatalar yapmaları, dinlemiyor gibi görünmeleri, eşyalarını kaybetmeleri ve düzensiz olmalarıdır. Çocuklarda yeni ve ilgi çekici uyaranlarla karşılaşıldığında dikkat sorunları görülmeyebilir. Ancak, sıkıcı, yorucu, tekrarlayıcı ve motivasyonun düşük olduğu ortamlarda dikkat sorunları genelde görülür (3).

Dürtüsellik farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel olarak tehlikeli etkinliklere girişme, sıra bekleyememe, sınıfta konuşma, diğerlerinin konuşmalarını bölme ya da oyunlarının arasına girmeyi içerebilir. Ayrıca, anne-babayla, arkadaşlarla ve öğretmenlerle tartışmalara, arkadaşları tarafından dışlanmaya ve fiziksel kavgalara neden olabilir. DEHB olgularının, çevreleri tarafından sık sık olumsuz geri bildirimler almaları nedeniyle, anksiyete ve depresif durumlara yatkın, kendilerine güveni az olan çocuklardır. Özellikle okul döneminden beri devam eden olumsuz geri bildirimler, ergenlik döneminde hem içe hem de dışa yönelim sorunlarına yatkınlık oluşturlar (1,3).

Hareketlilik çocukluk döneminin normal özelliğidir. Hareketliliğin yaşlılarına göre daha fazla olduğu ve çevresiyle sorun oluşturduğu durumlarda aşırı hareketlilikten söz edilebilir. Aşırı hareketlilik, çocuğun çevresi tarafından da gözlemlenebilir. DEHB olgularının günlük etkinliğin ölçümlerinde, kontrol olgularına göre hem uykuda hem de uyanıkken daha hareketli oldukları gösterilmiştir (1,3,4).

Çalışmalar, DEHB'deki temel semptomların çocuğun gelişimiyle birlikte yön değiştirdiğini, ergenlikle döneminde hiperaktivitenin azaldığını, dikkatle ilgili semptomların sürdüğünü ve dürtüsellik yürütücü işlevlerde güçlüğü dönüştüğünü göstermiştir (62).

Aşağıda DEHB için “DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri” listelenmektedir (15). DEHB tanısı koymak için listedeki tüm ölçütlerin (A-E) karşılanması gerekir (Tablo 1).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun 3 alt tipinden bahsedilmektedir.

1. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip: Son altı ay boyunca hem A1 hem de A2 Tanı Ölçütü karşılamışsa.

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

3. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son altı ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa (12).

Tablo 1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı”nın dördüncü baskısına göre tanı ölçütleri (12)

(A). Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:
1. Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür: a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar. b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık. c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işlerindeki görevleri tamamlayamaz. (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir) e. Çoğu zaman üzerine aldığı etkinlikleri ve görevleri düzenlemekte zorluk çeker. f. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler) h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık. i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan. 2. Aşağıdaki hiperaktivite – impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür: a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur. b. Çoğu zaman sınıfta ve oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar. c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır. (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir) d. Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanlarını geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor tarafından sürükleniyormuş gibi davranır. f. Çoğu zaman çok konuşur. g. Çoğu zaman sorulan soruları tamamlamadan önce cevabını yapıştırır. h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır. i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (Örn: başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)
(B). İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif- impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.
(C). İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır. (örn. okulda (ya da işte) ve evde)
(D). Toplumsal, okuldaki ya da meslekteki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmaktadır.
(F). Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz. (Örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu)

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA AYIRICI TANI VE EŞ TANILAR

Ayırıcı tanı yapılırken dikkatli bir anamnez alınmalı, fizik muayene, nörolojik ve psikiyatrik muayene yapılmalı ve gerektiğinde laboratuvar tetkiklerinden yararlanılmalıdır (63).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulurken eş tanı ve ayırıcı tanı önemlidir. Bu ikisi arasındaki ayırım her zaman kolay olmamaktadır. Eğer belirtiler başka bir bozukluk tarafından tamamen açıklanıyorsa tanı DEHB değil diğer bozukluktur. Ancak çoğu zaman söz konusu bozukluğun DEHB ile birlikte olduğu ve her iki bozukluğunda kliniğe katkıda bulunduğu izlenmektedir. Bu durumda DEHB ve diğer bozukluk eş tanı durumundadır (1).

Oyun çağı döneminde özellikle erkek çocuklarda fizyolojik kabul edilebilen hareketlilik ve dürtüsel davranışlar görülebilir. Birçok çocukta gözlenebilen bu durum normal gelişimin bir parçası olarak kabul edilir ve yaşla uyumlu hiperaktivite olarak adlandırılır. Bu dönemde en çok zorlanan DEHB ile normal çocukların hareketliliğinin ayırt edilmesidir. Pek çok aile çocuklarını aşırı hareketli ve dikkatsiz olarak tanımlar. Gerçek DEHB olan çocuklarda bu bulgular kalıcıdır (4,64).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun ayırıcı tanısında birçok tıbbi, gelişimsel, nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar bulunmaktadır (3). İşitme ve görme bozuklukları, epilepsi, tiroid bozuklukları, frontal lob absesi-neoplazmları, kurşun zehirlenmesi, demans, serebrovasküler olaylar gibi organik patolojiler. Frajil X ve fetal alkol sendromu gibi zeka geriliğine neden olan sendromlar. Akut ve kronik fiziksel hastalıklar ve antiastmatik ilaçlar (örn; teofilin), karbamazepin, fenobarbital gibi bir çok ilaç çocuğun bilişsel işlevlerini etkileyip karşımıza DEHB bulguları ile çıkabildiğinden DEHB'nin ayırıcı tanısında önemlidir (64,65).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun davranım bozuklukları, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, öğrenme bozuklukları, uyum bozuklukları, mental retardasyon ve madde kullanım bozukluğu gibi ortak belirtileri olan psikiyatrik bozukluklardan ayırıcı tanı ve eş tanı yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (1,4).

Zeka geriliği bulunan çocuklarda DEHB tanısı ancak hiperaktivite ve dikkatsizlik bulguları o zeka yaşından beklenenden daha fazla ise konmalıdır. Kapasitesinin altında ya da üstünde eğitim alan zeka geriliği olan çocuklarda da DEHB bulguları görülebilmektedir.

Okuma, yazma veya matematik alanındaki beceri yetersizliğine bağlı ortaya çıkan öğrenme bozukluklarının da DEHB'den ayırıcı tanısı yapılmalıdır. DEHB'de öğrenme ve okul başarısında genel bir etkilenme söz konusudur. Öğrenme bozukluğu olan çocuklar yeterli destek almazlarsa okul ortamlarında huzursuzluk ve dikkatsizlik yaşayabilirler. DEHB ile KOKGB ve davranım bozukluğu çok sık birliktelik göstermektedir. Davranım bozukluklarına farklı düzeylerde huzursuzluk ve dikkatsizlik eşlik edebilir. Ancak DEHB'deki davranış problemleri genellikle ayrı bir tanı almayacak düzeyde hafiftir. DEHB'den ayrılması gereken tanılardan diğeri uyum bozukluğudur. Uyum bozukluğu genellikle altı aydan kısa sürer ve yaşamın daha geç dönemlerinde başlar, DEHB'de ise belirtiler genellikle yaşamın ilk yıllarında başlamaktadır. DEHB ile karışabilen tanılardan diğeri bipolar bozukluktur. Dönemsel olması, daha çok geç çocukluk dönemi ve ergenlikte ortaya çıkması ayırıcı tanıda önemlidir. DEHB nedeniyle ortaya çıkan akademik problemler aile, okul ve arkadaş ilişkilerinde yaşanan sorunlara, çocukta benlik saygısında düşmeye ve bunun sonucunda depresyon gelişmesine neden olabilir. DEHB'ye bağlı ikincil olarak gelişen bu depresyon hareketlerde azalmanın görüldüğü birincil depresyondan ayırt edilmelidir. Ayrıca çocukluk çağında görülen depresyonlarda her zaman hareketliliğin azalmayıp, huzursuzluk ve irritabiliteye bağlı olarak artabileceği unutulmamalıdır. Anksiyete bozuklukları ve depresyon dikkatin kolay dağılmasına ve aşırı hareketliliğe neden olabilir ancak bu bozuklukların kendine özgü belirtileri vardır. Absans nöbetler DEHB'ye eşlik edebilir ya da DEHB benzeri bulgular gösterebilir, bu nedenden dolayı ayırıcı tanıda düşünülmelidir (3,4).

Dikkat eksikliğinin baskın olduğu DEHB'nin ayırıcı tanısında öncelikle Asperger Bozukluğu olmak üzere diğer yaygın gelişimsel bozukluklar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve iletişim bozuklukları da göz önünde bulundurulmalıdır (3).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu diğer nörolojik ve psikiyatrik bozukluklarla sık görülmektedir. DEHB olan hastaların %60-100'ünde bir ya da daha fazla eş tanı bulunduğu öne sürülmektedir. DEHB ile birlikte eş tanıların varlığı hastalarda daha ciddi belirtilere neden olmakta, duygusal ve sosyal alanlardaki zorlukları arttırmakta, kişinin günlük işlevselliğini daha fazla bozmakta ve daha kötü bir prognoza neden olmaktadır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne babasında saptanan bozukluklar, sosyoekonomik düzey, örneklemin klinik ya da toplumdan seçilmesi gibi birçok etken eşlik eden bozuklukların oranını etkilemektedir (3,66).

Erkeklerde KOKGB, davranım bozukluğu ve madde bağılılığı daha sık birlikte görülürken, kızlarda anksiyete bozukluğu, depresyon, düşük akademik başarının daha sık

görüldüğü bildirilmiştir (67). İlerleyen yaşlarda davranım bozukluğu ve depresyon sıklığı artmaktadır (3,63).

Klinik çalışmalarda eş tanı oranları yüksekken epidemiyolojik çalışmalarda bu oranlar azalmaktadır. Toplumsal örnekleme yapılan çalışmalarda DEHB bileşik alt tipine göre DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipin daha fazla tespit edildiği, klinik çalışmalarda ise DEHB bileşik alt tipinin daha sık bulunduğu bildirilmiştir. Bu farklılığın, günlük yaşamda göze çarpan bir belirti olmaması nedeniyle dikkat eksikliğini tanımanın daha zor olduğu, hiperaktivitenin daha kolay tanınması ve davranış sorunları sebebiyle daha sık hastane başvuruları olması nedeniyle gözlemlendiği bildirilmektedir. Anlamlı bilişsel defisitler DEHB hiperaktivite impulsivite alt tipinde gözlenmezken, birçok davranışsal ve sosyal problemler görülmektedir (19,67,68).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipinin erkeklere oranla kızlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir (19,69).

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile KOKGB ve davranım bozukluğu arasında hem klinik (%32,5), hem de klinik dışı örnekleme (%6,8) birliktelik yüksek oranda bulunmuştur (3). DEHB ile davranım bozukluğu çok yakın ilişki içindedir. Çocuklukta görülen KOKGB ilerleyen dönemlerde davranım bozukluğuna dönüşebilir. DEHB tanısı konulan olguların %54'üne KOKGB ya da davranım bozukluğu eşlik ettiği belirlenmiştir. DEHB'si olan ergenlerin %59-65'inde KOKGB, %22-43'ünde davranım bozukluğu bulunmuştur. DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipine göre DEHB bileşik alt tipte daha fazla KOKGB belirtileri ve saldırgan davranışlar görülmektedir (68,70).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile beraber KOKGB belirtileri gösteren olguların arkadaş ilişkilerinde daha fazla sorunlar yaşadıkları, okul reddine neden olan anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdikleri gözlenmiştir (71).

Son yıllarda DEHB ile madde kötüye kullanımı arasında impulsivitenin ve davranım bozukluğunun aracılık ettiğinden bahsedilmektedir. Ailesinde antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kullanımı ya da histeri gibi psikopatolojileri olan çocuklarda DEHB'ye davranım sorunlarının daha sık eşlik ettiği gösterilmiştir. Çocuk ve ebeveynler arasındaki iletişimde sorunlar yaşanması, parçalanmış aile ortamında büyüme, annelerdeki stres düzeyinin yüksek olması gibi psikososyal risk faktörlerinin, DEHB olan çocuk ve ergende davranım bozukluğu

gelişiminde önemli olabileceği bildirilmiştir. Erkeklerde DEHB ile birlikte yıkıcı davranış bozukluğunun daha fazla saptandığı bildirilmiştir (64,72-74).

Anksiyete Bozuklukları

Yapılan çalışmalarda, DEHB ile anksiyete bozukluğu beraberliği %20-30,8 oranları arasında bulunmuştur (75).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda ergenlerin çoğunda aşırı hareketlilik belirtilerinin bir miktar azalma olmasına karşın dikkatsizlik ve dürtüselliğin devam ettiği, ergenlik döneminde anksiyete bozuklukları görülme ihtimalinin arttığı bildirilmektedir. Küçük çocuklara göre büyük çocuk ve ergenlerde bilişsel gelişimlerine bağlı olarak anksiyete belirtilerinin daha fazla görülebileceği bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda büyük çocuk ve ergenlerde, kızlarda erkeklerden daha sık anksiyete belirtilerinin görüldüğü saptanmış, bunun nedeni olarak kız çocukların duygularını daha rahat dışa vurabilmesi, erkek çocukların ise duygularını belli etmenlerinin toplumda hoş karşılanmamasına bağlı olabileceği vurgulanmıştır (67,76,77).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin daha yüksek oranda dikkat sorunları, daha fazla okul reddi ve duygudurum bozukluğu ile ilişkisi olduğu ve sosyal uyumu azalttığı gösterilmiştir (78).

Gadow ve ark. (79) DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluğu veya depresyonu olan olgularda metilfenidatın etkinliğini araştırmışlar; metilfenidat ile DEHB bulgularında önemli düzelmeler gözlenirken anksiyete ve depresyon bulgularında düzelmelerin orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluğu dürtüselliği arttırmakta, kişinin aldığı stimulan yanıtında azalmaya yol açmaktadır (64).

Duygudurum Bozuklukları

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bulunan olgularında depresyon görülme oranının %9-38 arasında değiştiği belirtilmektedir. Çocukluktan erişkinliğe doğru görülme oranları artar. Akademik başarısızlık, aile desteğinin ve uyumunun az olması depresyon için riski artırır. Ayrıca ailede psikiyatrik bozukluğun olması, depresyon için risk faktörüdür. Bu bulguların yanı sıra ergenlik döneminin kendisinin de depresyon için riskli bir dönemin olması önemlidir. Depresyon birlikteliğinin prognoza olumsuz etkisi ve intihar girişiminin daha sık görülmesi nedeni ile saptanması ve tedavisi çok önem kazanmaktadır (1,70,80).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile mani ve bipolar bozukluk arasındaki eş tanı çok tartışılmıştır. DEHB tanısı olan çocuklarla yapılan çalışmalarda mani ve bipolar bozukluk eş tanısı nadiren tarif edilmiştir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda, bipolar bozukluk tanısı alan çocukların yaklaşık %11-75'inin DEHB tanısı, DEHB tanısı alan çocukların da yaklaşık %7-23'ünün bipolar bozukluk tanısı aldıkları bildirilmektedir. Bu iki hastalık bir arada olduğu zaman kliniği, prognozu ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. DEHB ve bipolar bozukluk birlikteliğinde daha fazla, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları eş tanısı gözlendiği bildirilmektedir (1,81).

Erişkinlerde, 2 yıldan daha uzun süren unipolar maninin kronik bir gidişi tanımlanmıştır fakat bunun nadir görüldüğü düşünülür. Kronik bir seyir pediatrik bipolar bozukluklar için daha sık bildirilmiştir, bu durum iki bozukluğun ayrımının yapılmasını daha güç hale getirir (82,83).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocuklarda eş tanı olarak bipolar bozukluğun saptanması, bu hastalıkların tedavisi açısından da önemlidir. DEHB ile birlikte bipolar bozukluğun eş tanı olarak bulunması veya stimülan kullanmanın, duygudurum stabilizatörlerine yanıtta azalmaya ya da kötü prognoza neden olduğu söylenmektedir, fakat DEHB ve bipolar bozukluk tedavisinde stimülan kullanmanın duygudurum semptomlarını kötüleştirmeden DEHB semptomlarını iyileştirdiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (81,84).

Özel Öğrenme Güçlüğü

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özel Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG), çocukluk çağının sık görülen iki bozukluğudur. DEHB olan çocuklarda ÖÖG sıklığı %20-50 oranında bildirilmektedir. DEHB ve ÖÖG'nin birlikte görüldüğü çocuklarda tedavi dirençli olmaktadır. Psikostimülan kullanılmasına rağmen düzelmeyen DEHB olgularında öğrenme güçlüğü de mutlaka değerlendirilmelidir. DEHB ya da ÖÖG'nin tedavi edilmesi, diğerinde tedavisine katkı sağlamaktadır ve bu iki bozukluktan biri düşünüldüğünde, diğerinin de araştırılması önemlidir (64,85).

Tik Bozuklukları

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan olgularda tik bozuklukları ve Tourette Sendromu yaklaşık %3-34 oranında bulunmaktadır. DEHB'ye eşlik eden Tourette Sendromunda daha erken başlangıç yaşı görülmekte, daha fazla öfke kontrolünde güçlükler,

KOKGB, duygu durum bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), öğrenme güçlüğü, uyku problemleri, sosyal beceri eksikliği, kendine zarar verici davranışlar ve uygunsuz cinsel davranışlar bulunmaktadır (64).

Madde Kullanımı

Ergenlerde, DEHB ile psikoaktif madde kullanım bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı gelişme riskinin DEHB olanlarda daha yüksek olduğu bilinmektedir (86).

Nikotinin dikkat arttırıcı etkisinin olması hastaların sigara kullanımını bir çeşit tedavi gibi kullanmasına sebep olmaktadır. DEHB olan ergenlerin 10-12 yaşları arasında sigara kullanmaktan söz etmeye ve beraberinde davranım bozukluğu da eklenmişse 12-16 yaşlar arasında içmeye başladıkları saptanmıştır. DEHB olanlarda 17 yaşa kadar sigara içme oranları %3 civarındadır ve ilerleyen yaşlarda hızla artar (87).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda diğer maddeleri kullanma riski de yüksektir. Onbeş yaşa kadar en az bir kez uçucu madde kullanımı %15 olarak bulunmuştur. Madde kötüye kullanım oranı %33 ve madde bağımlılığı oranı %64 olarak saptanırken, ergenlik döneminde başladığı, yaşla birlikte riskin arttığı gözlenmiştir. DEHB ile olan başka bozuklukların varlığı da riski arttırmaktadır. Davranış bozukluğu ve DEHB birlikteliği madde kullanım oranını %89'lara, sigara kullanım oranını ise %75'lere çıkarmaktadır. Buna karşılık DEHB tedavi edildiğinde risk, bozukluğu olmayanlarla aynıdır. Tedavi ile erişkin dönemdeki madde bağımlılığı engellenebilmektedir (70,88).

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulmuş olan çocuk ve ergenlerde ilk tedavi seçeneği farmakolojik tedavidir. Bu tedavide ise; çeşitli psikostimülanlar ve psikostimülan dışı ilaç tedavileri kullanılmaktadır. Tedavi etkinliğinde ilaç tedavisiyle beraber hastanın ve ailenin eğitimi, bilişsel ve davranışsal yöntemlerin kullanılması da önem taşımaktadır. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde tedavinin amaçları; aile, öğretmen ve akranlarıyla olan ilişkilerinin düzelmesi, yıkıcı davranışlarında azalma, akademik performansta düzelme, özbakımını sağlama ve ödevlerini yerine getirme becerilerinde düzelme, benlik saygısında artma, güvenliği sağlama ve olabilecek kazalardan korunma olarak belirtilmektedir (89).

Farmakolojik Tedaviler

1. Psikostimülanlar:

a. Amfetamin ve türevleri: Amfetaminler, 1887 yılında bulunmuş, fenilisopropilamin yapısında olan sempatomimetik aminlerdir. Etkisini merkezi sinir sisteminin kortikal, limbik ve striatal bölgelerindeki, özellikle dopaminerjik, noradrenerjik sinir uçlarından NA ve DA salınmasını arttırarak ve geri alımını inhibe ederek gösterir (64). DEHB’de temel sorun DA taşıyıcılarındadır ve yürütücü işlevlerden prefrontal kortex sorumludur. Amfetaminler prefrontal kortexte DA seviyesini hem gerilimini engelleyerek hemde sinaptomların boşalmasını sağlayarak arttırır. Bu DA artışı DEHB bulgularının kontrol altına alınmasına neden olur. Amfetaminler seçici olarak merkezi sinir sistemi boyunca yayılan dopaminerjik nöronlara etkili olsa da sadece prefrontal kortex değil tüm dopaminerjik sistemlerde etkilidir. Merkezi sinir sistemi’nin ödül yolları mezolimbik dopaminerjik yollarlardır. DEHB’nda ödül sistemindeki bu dopaminerjik yolların olağan dışı çalıştığı bulunmuş olup bu yoldaki nöronların çalışmasının düzenlenmesi klinik anlamda önemlidir (89,90).

Amfetaminlerin kısa, orta ve uzun etkili olmak üzere formları mevcuttur ancak bu formların hiçbiri ülkemizde bulunmamaktadır (64).

Amfetaminlerin noradrenerjik etkileri nedeniyle otonom sinir sistemi etkileri ortaya çıkabilir. Yapısal kardiyak problemi ve önceden bilinen ritim bozukluğu olanlarda, hipertansif hastalarda ilk tercih olarak kullanılmamalıdır. Ailesinde ani kardiyak ölüm öyküsü olanlarda gerekli kardiyak muayaneler yapıldıktan sonra yavaş titrasyon yapılarak kullanılabilirler. En sık karşılaşılan yan etkiler baş ve karın ağrısı, hipotalamusu da içeren limbik sistem aktivasyonuna bağlı iştah ve uyku azalmasıdır (89,90).

b. Metilfenidat ve türevleri: Amfetamin türevi olan metilfenidat, etkisini amfetaminden farklı olarak yalnızca DA ve NA gerilimine engel olarak ortaya koyar. Asıl etkisini DA üzerinden göstermektedir. DA miktarının prefrontal kortekste artması, DEHB’nin bulgularında azalmaya yol açar. Nukleus akumbenste hücre dışı DA artışına yol açması, yapılan görevle ilgili motivasyon ve istekte artışa neden olur. Bu ödüllendirici etkinin bağımlılığa neden olduğu düşünülmektedir. Metilfenidat da amfetaminler gibi otonom ve merkezi sinir sistemi’nin tamamında DA miktarında artışına neden olmaktadır. Bundan dolayı alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan, yapısal kardiyak sorunu veya önceden bilinen ritim bozukluğu olan ve hipertansiyonu olan kişilerde tercih edilmemelidir.

Ailede ani kardiyak ölüm hikayesi olanlarda ancak gerekli incelemeler yapıldıktan sonra dikkatli şekilde kullanılmalıdır (64,89,90).

Metilfenidatın kısa (3-5 saat), orta (6-8 saat) ve uzun (12 saat) etkili olmak üzere 3 formu bulunmaktadır. Kısa etkili formu (Ritalin®) günde 2-3 kez 5 mg dozunda başlanır, maximum dozu 60 mg/gün'dür. Uzun etkili osmotik salımlı formu (Concerta®) sabah tek doz alınarak başlanır. Önerilen maximum günlük doz 54-72 mg/gün'dür. Ülkemizde metilfenidatın yalnızca kısa etkili olan Ritalin® ve uzun etkili osmotik salınım formu olan (oral osmotic release system, OROS) Concerta® bulunmaktadır. İlaç seçimi yapılırken metilfenidatın hangi formunun verileceğine karar vermek gerekir. Etkinlik açısından stimülanlar arasında fark olmamasının yanında, uzun ve kısa etkili formların etkileri de benzer düzeyde bulunmaktadır (64,91,92).

Sık görülen yan etkiler baş ve karın ağrısı, uykusuzluk, iştah ve kilo azalması veya çocuklarda beklenen kilo alımının durmasıdır. Psikostimülan kullanımıyla ilgili endişelerden biri kilo ve boy üzerine olan olumsuz etkileridir. Ancak ciddi iştah azalması ve kilo kaybı çok az çocukta gözlenmektedir. Bazı çocuklarda tedavinin ilk bir yılında boy artışında azalma izlenmektedir. Bu azalmanın ilaçtan çok DEHB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Fakat her olasılığa karşı olguların boy ve kilo takibide yapılmalıdır (64,91).

2. Psikostimülan dışı ilaç tedavileri:

a. Atomoksetin: DEHB tedavisinde kullanılan FDA (Food and Drug Administration-Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onaylı tek stimülan dışı ajandır. Nükleus akkumbens ve striatumda DA'yı arttırmadan frontal kortexte DA artışına neden olan seçici bir NA gerilim inhibitörüdür. Prefrontal bölgede DA ve NA düzeyini yaygın olarak arttırması DEHB'nin çekirdek belirtilerini azaltır. Subkortikal alanda NA düzeyini arttırır, DA düzeyini etkilemez. Periferik ve merkezi sinir sisteminde noradrenerjik etkinlikte artışa neden olur. Noradrenerjik ajanların en sık yan etkileri iştahsızlık ve hafif sedasyondur. Bununla beraber ağız kuruluğu, terleme, mide bulantısı, irritabilite, uykusuzluk, çarpıntı, kan ve nabız basıncında artış görülebilir. Alkol ve madde kullanımı olanlarda, mezolimbik dopaminerjik yollarda DA düzeyini arttırmadığından güvenli bir şekilde kullanılabilir (47,64,91,92).

Atomoksetin 10, 18, 25, 40 ve 60 mg aktif madde içeren kapsüller şeklinde piyasaya sunulmuştur. Kapsüllerin açılarak kullanılması üretici firma tarafından önerilmemektedir. Atomoksetin çocuklarda 0.5 mg/kg dozunda başlanmalı ve haftalık artışlarla 1.2mg/kg olan optimum doza çıkılması önerilmektedir. 1.4 mg/kg veya 100 mg/gün FDA'nın onayladığı en

yüksek dozdur (93). Atomoksetin sağlıklı çocuk ve ergenlerde iyi tolere edilir ve hafif yan etkilere neden olur. Çocuklarda görülen en sık yan etkiler; iştah azalması, dispepsi, baş dönmesi, yorgunluk, duygu durum değişiklikleri, bulantı ve kusmadır (94). Çocuk ve ergenlerde kısa süreli intihar düşüncesi riskini arttırabildiği ile ilgili uyarı bulunmaktadır. Atomoksetin ile yapılmış 12 çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde tedavinin erken dönemlerinde intihar düşüncesinde artış olduğu saptanmış ve bu oran %0,4 olarak bulunmuştur. Ancak hiç bir olguda intihar eylemi gerçekleşmemiştir. Atomoksetin başlanan olgularda intihara yol açabilecek eş tanılar sorgulanmalı, aile öyküleri alınmalı ve hasta intihar düşüncesi açısından izlenmelidir (95).

b. FDA onayı olmayan stimülan dışı ajanlar: Trisiklik antidepresanlar DEHB'nin tedavisinde stimülanlar ve atomoksetinden sonra ikinci seçenek olarak tercih edilen ajanlardır. Presinaptik nöronda serotonin ve NA içeren nörotransmitter alımına engel olarak etkilerini göstermektedir. Depresyon ya da anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği ya da uyarıcı ilaçların kullanıma engel olan tik bozukluklarında, enürezisin eşlik ettiği durumlarda DEHB'in tedavisinde kullanılmaktadır. DEHB tedavisinde en sık tercih edilen imipramin ve desipramindir. Ülkemizde desipramin bulunmamaktadır. İmipramin için başlangıç dozu 1 mg/kg/gün, maximum 4 mg/kg/gün'dür. Trisiklik antidepresanların en dikkatli olunması gereken yan etkisi kardiyolojik etkileridir. Ailesinde yüksek doz ilaç kullanım öyküsü, kalp hastalığı ya da ani ölüm öyküsü bulunan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Tedavi başlanmadan önce EKG çekilmesi ve doz artışlarında tekrarlanması önerilmektedir. Tedavi başlanmadan önce PR aralığı 0.20 sn, QRS 0.12 sn'nin üstündeyse ve tedavi sonrası QRS aralığında %30'dan fazla genişleme olursa trisiklik ilaç tedavisinden kaçınılmalıdır (3,64).

Bupropion NA ve DA gerilimini engelleyerek etki gösterir. Etkinliği trisiklik antidepresanlardan ya da stimülanlardan daha azdır. Çocuklarda önerilmemekte ve ergenlerde çocuklara göre daha etkili gözükmektedir. Başlangıç dozu 3 mg/kg/gün, maximum dozu 6 mg/kg/gün veya 400 mg/gün'dür. Yan etkileri ise yorgunluk, uykusuzluk, ağız kuruluğu, baş ağrısı, gastrointestinal belirtiler, tremor ve deri döküntüleridir. Yüksek dozlarda nöbete neden olabilir. Altta yatan tik bozuklukluğunu ortaya çıkarabilir (1,64).

Uyarıcı bir ilaç olan modafinil frontal kortekse etkilidir. Yapılan birçok çalışmada DEHB olan çocuklarda etkili olduğu ve günlük tek doz ile yeterli düzeyde yanıt alındığını saptanmıştır. DEHB tedavisi için günlük 100-400 mg dozlarda etkili olmaktadır (3,96).

Alfa 2 adrenerjik agonistleri olan guanfasin ve klonidin, stimülan tedaviden yanıt alınamayan ya da yan etkileri çıkan ve kronik tik bozuklukları olan DEHB olgularında tercih

edilmektedir. Her iki ilaç aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve agresif davranışların olduğu ya da karşı gelme ve davranım bozukluğunun eşlik ettiği olgularda oldukça etkili bulunmuştur. Belirgin yan etkileri olan gün içi sedasyon ve yorgunluk tedavinin ilerleyen dönemlerinde ortadan kalkmaktadır. En önemli yan etkisi klinik açıdan önemsiz olan hipotansiyon ve ortostatik hipotansiyondur. Klonodin tedavisinin ani kesilmesi refleks hipertansiyona neden olabilir (3,97).

Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin DEHB'nin temel belirtilerine etkileri gösterilememiştir, eşlik eden durumlarda ise uyarıcılara eklenerek kullanılabilir. Ayrıca kısıtlı sayıda çalışma venlafaksin ve diğer antidepresanların orta düzeydeki belirtileri hafifletici etkisinden söz etmektedir (3,98).

Antipsikotikler DEHB'nin özellikle aşırı hareketlilik, dikkati sürdürmede zorluk, engellenme eşiği düşüklüğü ve dürtüsellik gibi belirtilerinde etkili olduğu belirtilmektedir (3).

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN GİDİŞİ VE SONLANIMI

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yaşamın her döneminde bireyi, ailesini, çocuk ve gençlerin okul ve eğitim ortamını, erişkinlerin iş ve çalışma ortamını son derece olumsuz etkileyen bir bozukluktur. Tedavi ile düzelen DEHB olgularında, toplumsal ve duygusal işlevsellik ile okul etkinliklerinde normalleşme bulunmuştur (2). Tedavi olmayan DEHB olgularında, tedavisiz geçen süre arttıkça arkadaş ve aile ilişkilerinde sorun, kapasitesinin altında başarı gösterme, özgüvende azalma, psikiyatrik bozuklukların eklenmesi, kaza, yaralanma, madde kullanımı, yaşam süresinin kısalması gibi sorunların oluşma riski artar (99).

Bozuklukta 3 ayı gidişten söz edilmektedir. DEHB belirtileri olguların bir kısmında genç erişkinlikte kaybolmakta (%30), bir kısmında sosyal ve duygusal güçlüklerle devam etmekte (%40), diğer bir kısmında ise alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojiler tabloya eklenebilmektedir (%30). Aşırı hareketlilik genellikle yaşla birlikte azalmakta, ancak dikkatsizlik, yoğunlaşma ve organizasyon zorlukları ve de dürtü denetim sorunları kalıcı olabilmektedir (3). DEHB toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli bir sorunudur. DEHB'nin yol açtığı olumsuz etkileri giderebilmek için çok erken dönemde gerekli önleyici ve terapötik girişimlere başlanması gerekir (100).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, Nisan 2012 - Ekim 2012 ayları arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'nde DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan 110 olgudan oluşmuştur. Çalışmanın yürütülmesi için Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Ek 1).

Bu çalışmada DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, DEHB alt tiplerinin demografik özellikleri, eş tanılarla DEHB alt tipleri, cinsiyet ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme ölçütleri, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı almış olması, 6 -18 yaş arasında olmaları, çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra, hem çocuk ya da gencin hem de ailesinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir. Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri, organik nedene bağlı psikiyatrik bozukluğu olması, testleri anlamayacak ve görüşmeleri engelleyecek derecede zihinsel geriliği olması, herhangi bir düzeltilmemiş görme ya da işitme bozukluğunun olması, 6 yaşını doldurmamış, 18 yaşından gün almış olması olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil olan DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinden çalışmaya katılma onayları alındıktan sonra tüm görüşmelerde tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu (Ek 2) ve psikiyatrik eş tanıları belirlemek amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG - ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version, Kiddie - SADS - PL] uygulanmıştır.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG - ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version, Kiddie - SADS - PL] çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla 1997 yılında Kaufman ve ark. (101) tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. ÇDŞG - ŞY'nin Türkçe çeviri ve geri çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gökler ve ark. (102) tarafından yapılmıştır.

Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm “Yapılandırılmış Başlangıç Görüşmesi” olarak adlandırılır ve çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu anki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgiler ve çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir.

İkinci bölüm olan “Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi” olarak adlandırılır ve her bir belirtiyi değerlendirmek için belirti tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla beş tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir.

Üçüncü bölüm ise çocuğun şu anki işlev bozukluğunu belirlemek için düzenlenen “Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği” olarak adlandırılır.

Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocuklarda psikiyatrik eş tanıların sıklığı belirlenmiş, DEHB alt tipleri, cinsiyet ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Eş tanı alanlara bu tanılar hakkında bilgi verilmiş ve tedavileri düzenlenmiştir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15,0 paket programında %95 güvenle yapıldı. Kategorik veriler “n ve %” ile sürekli veriler ortalama ve standart sapma olarak özetlendi. Kategorik verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki-Kare (Pearson Chi-Square) ve Fisher’s Exact Test, sürekli verilerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H (post hoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. $P < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne Nisan 2012 - Ekim 2012 ayları arasında başvuran ve klinik görüşme sonucunda DEHB tanısı alan 6-18 yaş arası 110 çocuk ve ergen dahil edilmiştir.

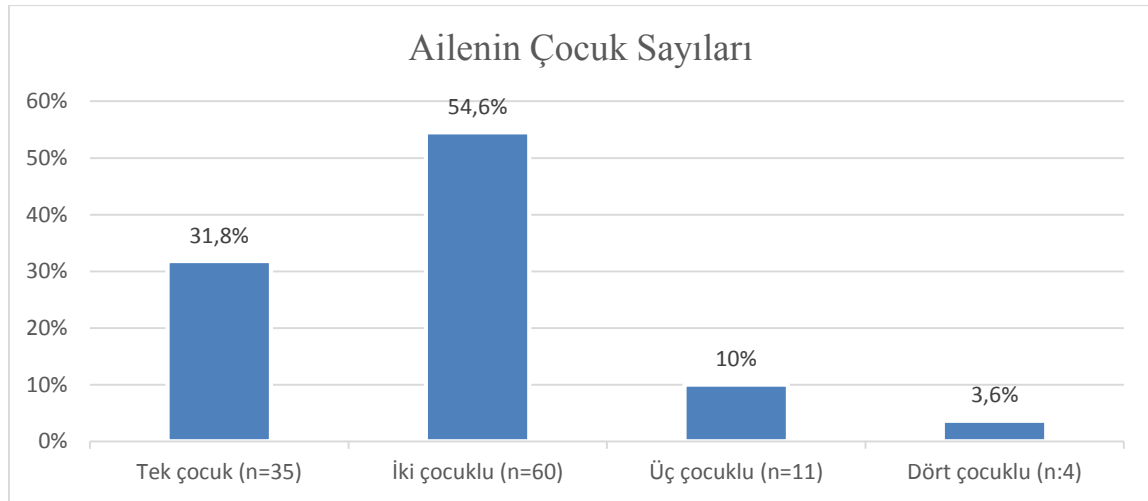
OLGULARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Olguların %77,3' ü (n=85) erkek, %22,7' si (n=25) kızdı. Erkeklerin yaş ortalaması 9.27 ± 2.15 , kızların yaş ortalaması 8.81 ± 2.65 idi. Erkek ve kızların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Olgular, 6-17 yaşları arasındaydı ve olguların ortalama yaşı 9.17 ± 2.27 idi. Olguların %88,2'i (n=97) 6-12 yaş grubundan, %11,8'si (n=13) 12-18 yaş grubundandı. Olguların yaş dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Aile özellikleri gözden geçirildiğinde; olguların %31,8'i (n=35) tek çocuklu, %54,6'i (n=60) iki çocuklu, %10'u (n=11) üç çocuklu, %3,6'sı (n=4) dört çocuklu ailelerden gelmektedir. Ailelerin çocuk sayıları Şekil 1'de gösterilmiştir.

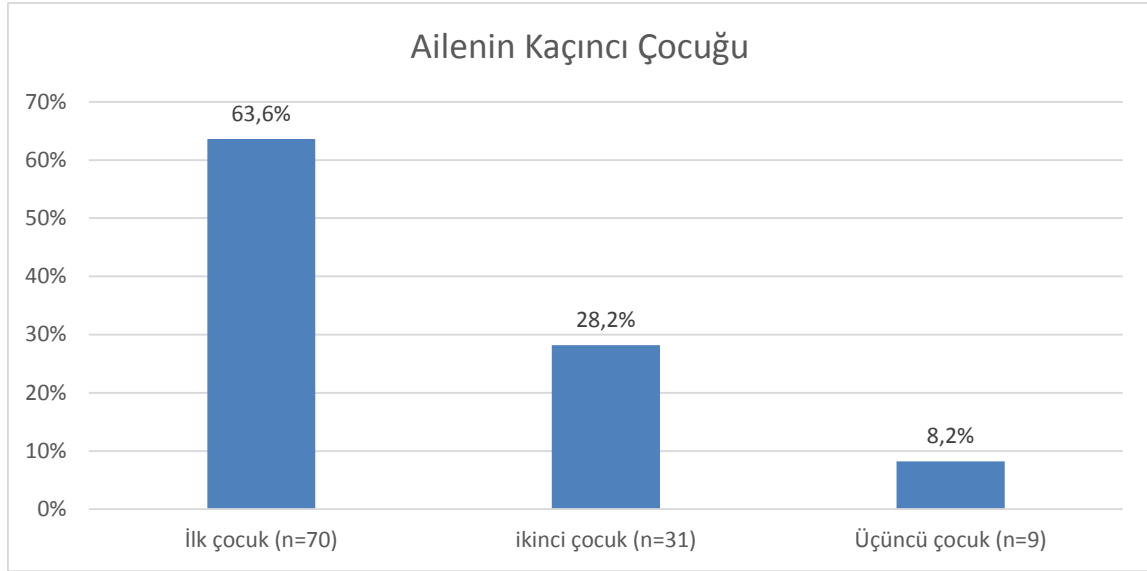
Tablo 2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan olguların yaş dağılımı

Yaş	Erkek (n=85)		Kız (n=25)		Toplam (n=110)	
	n	%	n	%	n	%
6	12	14,1	5	20	17	15,5
7	15	17,6	7	28	22	20
8	19	22,4	5	20	24	21,8
9	10	11,8	2	8	12	10,9
10	12	14,1	4	16	16	14,6
11	6	7,0	0	0	6	5,5
12	4	4,7	0	0	4	3,6
13	5	5,9	0	0	5	4,6
14	2	2,4	1	4	3	2,7
15	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0
17	0	0	1	4	1	0,9
Yaş Ortalaması	9,27±2,15		8,81±2,65		9,17±2,27	



Şekil 1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan olguların ailelerinin çocuk sayıları dağılımı

Olguların %63,6'sı (n=70) ilk çocuk, %28,2'si (n=31) ikinci çocuk, %8,2'si (n=9) üçüncü çocuk idi, olguların ailenin kaçınıcı çocuk olduğu Şekil 2'de gösterilmiştir.



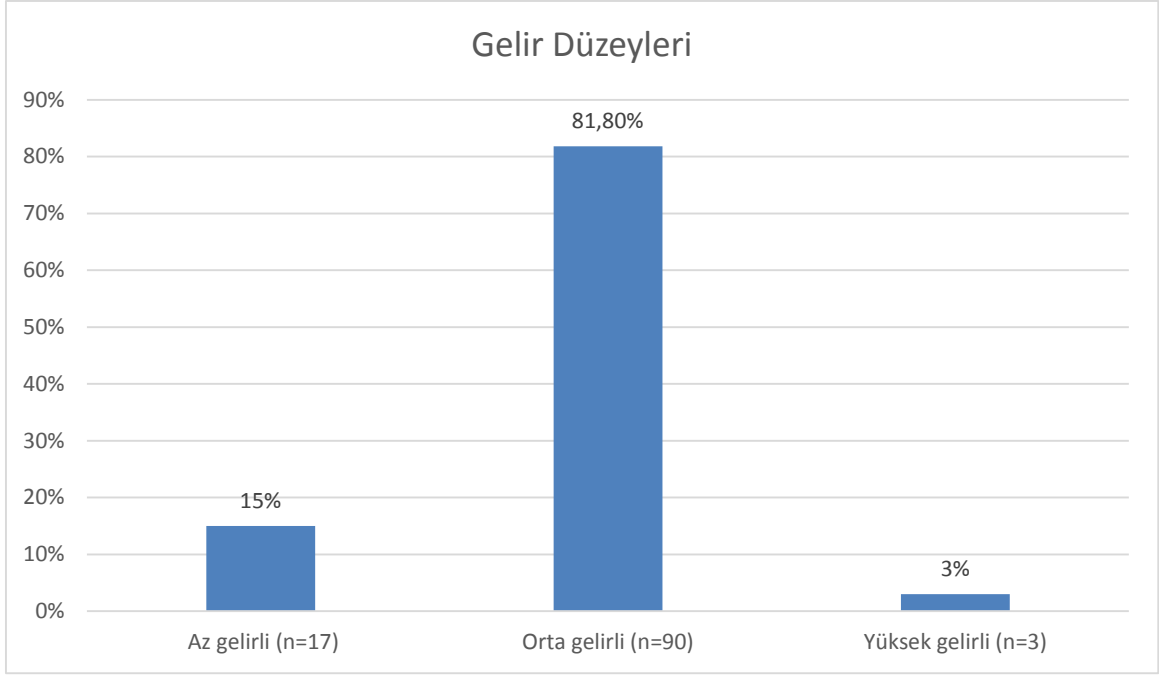
Şekil 2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan olguların ailenin kaçınıcı çocuğu olduğunun oranları

Annelerin eğitim durumları incelendiğinde %6,4'ünün (n=7) okuma yazma bilmediği, %46,4'ünün (n=51) ilkokul, %13,6'sının (n=15) ortaokul, %19,1'inin (n=21) lise, %14,5'inin (n=16) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu saptandı. Babaların eğitim durumları incelendiğinde %38,2'sinin (n=42) ilkokul, %18,2'sinin (n=20) ortaokul, %23,6'sının (n=26) lise, %20'sinin (n=22) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Anne ve babaların eğitim durumlarının dağılımı

		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Eğitim Durumu	Yok	7	6,4	0	0
	İlkokul	51	46,4	42	38,2
	Ortaokul	21	19,1	20	18,2
	Lise	21	19,1	26	23,6
	Üniversite	16	14,5	22	20

Ailelerin gelir durumu incelendiğinde %15,5'i (n:17) az gelirli, %81,8'i (n=90) orta gelirli, % 2,7'si (n=3) yüksek gelirli idi (Şekil 3).



Şekil 3. Ailelerin gelir durumlarının dağılımı

Annelerin ortalama yaşı 35.32+5.87 (22-54), babaların ortalama yaşı 39.88+6.44 (25-57) idi.

Annelerin %26,4'ü (n=29), babaların %94,5'i (n=104) bir işte çalışmakta idi.

%9,1 (n=10) olgunun anne-babası resmi olarak boşanmıştı.

%10 (n=11) olgunun anne-babası akraba idi.

%32,7 (n=36) olgunun ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı.

Olguların %46,4'ünde (n=51) spontan vaginal doğum, %53,6'sında (n=59) sezeryan doğum öyküsü bulunmaktaydı. Olguların %7,3'ünde (n=8) erken doğum ve %3,6'sında (n=4) düşük doğum ağırlığı öyküsü bulunmaktaydı.

OLGULARIN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ALT TİPLERİ DAĞILIMI

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan 110 olgu değerlendirildiğinde %68,2'si (n=75) DEHB bileşik tip, %30,9 (n=34) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, %0,9 (n=1) DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı. Olguların yaş gruplarına göre incelendiğinde; 6-12 yaş aralığındaki olguların %69,8'i (n=67) DEHB bileşik tip tanısı, %30,2'si (n=29) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı, %1,1'i (n=1) DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı. Buna karşın, 12-18 yaş grubundaki hastaların %61,5'i (n=8) DEHB bileşik tip, %38,5'i (n=5) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği

tip tanısı aldı. Yaşa göre dağılımında DEHB alt tipleri arasında istatistiksel bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı 1 olguda tespit edilmiş ve istatistiksel olarak sonuçları etkilemediğinden dolayı tablolarda yer verilmemiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların yaş gruplarına göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri dağılımı

DEHB tipleri	6-12 Yaş		12-18 Yaş		p
	n	%	n	%	
Bileşik Tip (%68,2, n=75)	67	69,8	8	61,5	0,539
DE Baskın Tip (%31,2 n=34)	29	30,2	5	38,5	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **DE:** Dikkat Eksikliği.
Pearson Ki-kare Test, * $p<0,05$.

Cinsiyetlere göre incelendiğinde; erkeklerin %76,5'i (n=65) DEHB bileşik tip, %23,5'i (n=20) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı aldı. DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. Kızların %40'ı (n=10) DEHB bileşik tip, %56'sı (n=14) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, %4'ü (n=1) DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı.

Cinsiyetlere göre DEHB alt tiplerin farklılık gösterdiği, DEHB bileşik tipin erkeklerde, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Cinsiyetlere göre dağılımında DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların cinsiyetlere göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri dağılımı

DEHB tipleri	Erkek		Kız		p
	n	%	n	%	
Bileşik Tip (%68,2, n=75)	65	76,5	10	41,7	0,002*
DE Baskın Tip (%31,2 n=34)	20	23,5	14	58,3	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **DE:** Dikkat Eksikliği.
Pearson Ki-kare Test, * $p<0,05$.

Babaların eğitim düzeyine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri arasında istatistiksel bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Babaların eğitim düzeyine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri dağılımı

DEHB tipleri	Babaların eğitim düzeyleri								P
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bileşik Tip (%68,2, n=75)	28	68,3	15	75,0	17	65,4	15	68,2	0,866
DE Baskın Tip (%31,2 n=34)	13	31,7	5	25,0	9	34,6	7	31,8	
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; DE: Dikkat Eksikliği. Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.									

Annelerin eğitim düzeyine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri arasında istatistiksel bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Annelerin eğitim düzeyine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri dağılımı

DEHB tipleri	Annelerin eğitim düzeyleri										P
	Yok		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bileşik Tip (%68,2, n=75)	6	85,7	32	64,0	12	80,0	15	71,4	10	62,5	0,809
DE Baskın Tip (%31,2 n=34)	1	14,3	18	36,0	3	20,0	6	28,6	6	37,5	
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; DE: Dikkat Eksikliği. Pearson Ki-kare Test,*p<0,05.											

Ailelerin gelir düzeyine göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tipleri dağılımında istatistiksel bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 8).

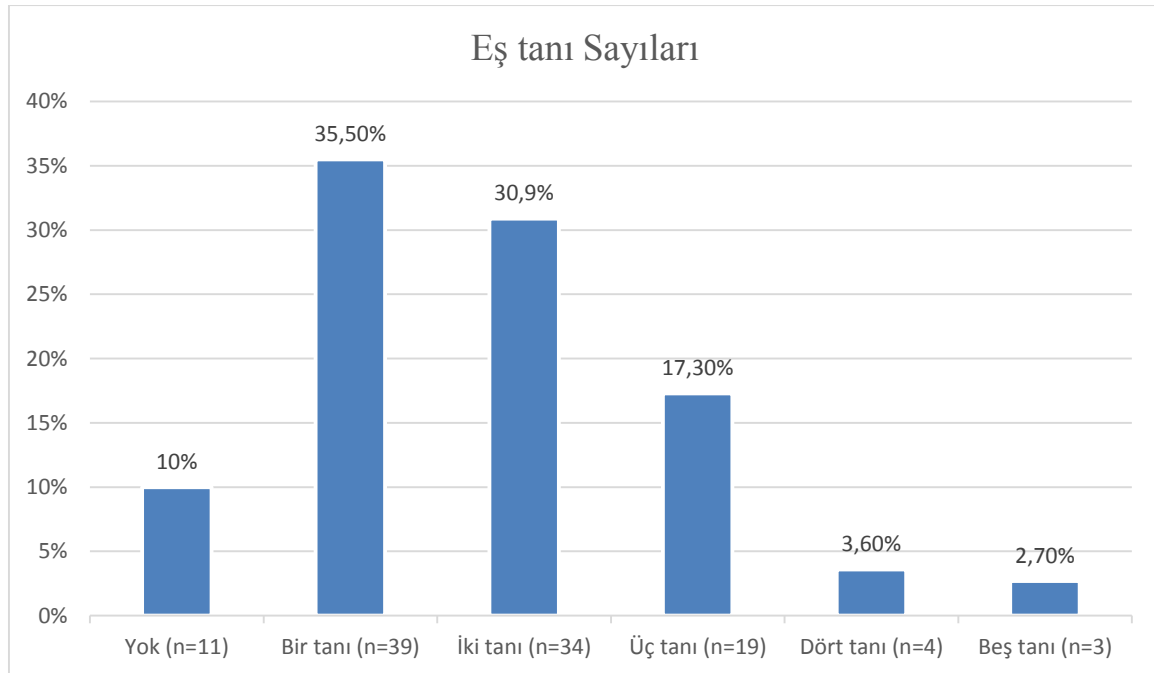
Tablo 8. Ailenin gelir düzeyine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri dağılımı

DEHB tipleri	Ailelerin gelir düzeyleri						P
	Az		Orta		Yüksek		
	n	%	n	%	n	%	
Bileşik Tip	10	58,8	64	71,9	1	33,3	0,750
DE Baskın Tip	7	41,2	25	28,1	2	66,7	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **DE:** Dikkat Eksikliği.
Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

OLGULARDA PSİKİYATRİK EŞ TANILAR

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan 110 olgunun eş tanıları incelendiğinde 99 olgu (%90) DEHB'den başka bir psikiyatrik bozukluğa sahipti. Eşlik eden psikiyatrik eş tanılarda dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir. 39 olguda (%35,5) bir, 34 olguda (%30,9) iki, 19 olguda (%17,3) üç, 4 olguda (%3,6) dört, 3 olguda (%2,7) beş eş tanı alan psikiyatrik bozukluk saptandı. 11 olguda (%10) eş tanı saptanmadı (Şekil 4). Olguların tanı sayısı ortalaması $1,77 \pm 1,13$ saptandı.



Şekil 4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olgularının eş tanı sayıları

Tablo 9. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden psikiyatrik eş tanıların dağılımı

Eş tanılar	Olgu Sayısı	%
Eş tanısız DEHB	11	10
Yıkıcı davranış bozukluğu	61	55,5
KOKGB	50	45,5
Davranım bozukluğu	11	10,0
Duygudurum bozukluğu	5	4,5
Depresif bozukluk	5	4,5
Bipolar bozukluk	0	0
Anksiyete Bozukluğu	30	27,3
Basit fobi	9	8,2
Sosyal fobi	14	12,7
Ayrılık anksiyetesi	20	18,2
Yaygın anksiyete bozukluğu	4	3,6
OKB	7	6,4
Panik bozukluk	0	0
TSSB	1	0,9
Tik bozukluğu	4	3,6
Vokal tik bozukluğu	1	0,9
Motor tik bozukluğu	3	2,7
Tourette bozukluğu	0	0
Dışa atım bozukluğu	22	20,0
Enürezis	16	14,5
Enkoprezis	10	9,1
Enürezis+Enkoprezis	4	3,6
Özel öğrenme güçlüğü	36	32,7

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; **OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Cinsiyetlere Göre Psikiyatrik Eş Tanı Dağılımı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalık grubu yıkıcı davranış bozukluklarıydı. Olguların %55,5'inde (n= 61) saptandı ve kızların %32'si (n= 8), erkeklerin %62,4'ü (n=53) yıkıcı davranış bozukluğu tanısı aldı. Bu bozukluklardan en sık görüleni KOKGB idi, kızların %28'i (n=7) ve erkeklerin %50,6'sı (n=43) ve genel olarak olguların %45,5'i (n=50) KOKGB eş tanısına sahipti. KOKGB eş tanı sıklığının cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0.05$). Bu gruptaki diğer bozukluk olan davranım bozukluğu eş tanısı, olguların %10'unda (n=11) görülmüştür. Kızların %4'ünde (n=1), erkeklerin %11,8'inde (n=10) davranım bozukluğu saptanmıştır. Davranım bozukluğu eş tanı sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte eş tanılardan ikinci sıklıkta ÖÖG saptandı. Olguların %32,7'si (n=36) DEHB'ye ek olarak ÖÖG tanısı aldı. Kızların %32'i (n=8), erkeklerin %32,9'ü (n=28) eş tanı olarak ÖÖG tanısı aldı. ÖÖG eş tanı sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Üçüncü en sık eş tanı olarak anksiyete bozuklukları saptandı. Olguların %27,3'ü (n=30) DEHB'ye ek olarak anksiyete bozukluğu tanısı aldı. Kızların %24'i (n=6), erkeklerin %28,2'si (n=24) anksiyete bozukluğu eş tanısı aldı. Anksiyete bozukluğu eş tanı sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Anksiyete bozuklukları içerisinde en sık görüleni ayrılık anksiyetesi bozukluğu idi ve olguların %18,2'sinde (n=20) bulunuyordu. Daha sonra sırasıyla olguların %12,7'sinde (n=14) sosyal fobi, %8,2'sinde (n=9) basit fobi, %6,4'ünde (n=7) OKB ve %0,9'unda (n=1) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) saptanmıştır.

Dördüncü en sık saptanan bozukluk, olguların %20'sinde (n=22) bulunan dışa atım bozuklukları idi. Kızların %4'ünde (n=1) ve erkeklerin %24,7'sinde (n=21) dışa atım bozuklukları saptandı. Dışa atım bozuklukları eş tanı sıklığı cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Erkeklerin %18,8'i (n=16) enürezis tanısı aldı. Kızlarda enürezis tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. Kızların %4'ünde (n=1) ve erkeklerin %10,6'sı (n=9) enkoprezis tanısı aldı. Enürezis eş tanı sıklığı cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0.05$).

Beşinci en sık saptanan bozukluk, hastaların %4,5'inde (n=5) saptanan duygudurum bozuklukları idi. Kızların %4'ü (n=1) ve erkeklerin %4,7'si (n=4) depresif bozukluk tanısı aldı. Bipolar bozukluk tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. Depresif bozukluk eş tanı sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden son grup olguların %3,6'sında (n=4) saptanan tik bozuklukları idi. Kızların %4'ü (n=1) ve erkeklerin %3,5'si (n=3) tik bozukluğu tanısı aldı. Tourette bozukluğu tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. Tik bozukluğu eş tanı sıklığı cinsler arasında farklılık göstermiyordu. ($p>0,05$).

Cinsiyetlere göre ortalama tanı sayısı erkek olgularda $1,91\pm1,15$, kız olgularda $1,32\pm0,95$ idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Cinsiyetlere göre psikiyatrik eş tanı dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Cinsiyete göre psikiyatrik eş tanı dağılımı

Eş tanılar	Erkek		Kız		P
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %55,5)	53	62.4	8	32.0	0.007*
KOKGB (n=50, %45,5)	43	50,6	7	28.0	0.046*
Davranım bozukluğu (n=11, %10,0)	10	11.8	1	4.0	0.451
Duygudurum bozukluğu (n=5, %4,5)	4	4.7	1	4.0	1.000
Depresif bozukluk (n=5, %4,5)	4	4.7	1	4.0	1.000
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=30, %27,3)	24	28.2	6	24.0	0.676
Basit fobi (n=9, %8,2)	7	8.2	2	8.0	1.000
Sosyal fobi (n=14, %12,7)	9	10.6	5	20.0	0.303
Ayrılık anksiyetesi (n=20, %18,2)	15	17.6	5	20.0	0.773
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,6)	3	3.5	1	4.0	1.000
OKB (n=7, %6,4)	7	8.2	0	0	0.347
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	1	1.2	0	0	1.000
Tik bozukluğu (n=4, %3,6)					
Vokal tik bozukluğu (n=1, %0,9)	1	1.2	0	0	1.000
Motor tik bozukluğu (n=3, %2,7)	2	2.4	1	4.0	0.542
Tourette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,0)	21	24.7	1	4.0	0.023*
Enürezis (n=16, %14,5)	16	18.8	0	0	0.020*
Enkoprezis (n=10, %9,1)	9	10.6	1	4.0	0.450
Enürezis+Enkoprezis (n=4, %3,6)	4	4.7	0	0	0.572
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %32,7)	28	32.9	8	32.0	0.930

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

DEHB Alt Tipine Göre Psikiyatrik Eş Tanılar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bileşik tip tanılı olguların %74,7'si (n=56), DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanılı olguların %14,7'si (n=5) yıkıcı davranış bozukluğu tanısı almıştır. Yıkıcı davranış bozukluğu eş tanı sıklığı DEHB bileşik tip tanılı olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır (p<0.05). DEHB bileşik tip tanılı olguların %60,0'ı (n=45) KOKGB tanısı alırken, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanılı olguların %14,7'si (n=5) KOKGB tanısı almıştır. KOKGB, DEHB bileşik tipte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır (p<0,05). Davranım bozukluğu %14,7 (n=11) olguda bulunmuştur. Bunların hepsi DEHB bileşik tip tanısı alan olgulardı ve davranım bozukluğu DEHB bileşik tipte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır (p<0,05).

Anksiyete bozukluğu eş tanısı, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı alan olgularda %38,2 (n=13) oranında, DEHB bileşik tip tanısı alan olgularda %21,3 (n=16) oranında görülmüştür. DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip de daha sık görülmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Anksiyete bozukluğu tanıları ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde ayrılık anksiyetesi ve sosyal fobi, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı alan olgularda daha sık görülmesine karşın DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bileşik tip tanısı alan olguların %25,3'ünde (n=19) ve DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı alan olguların %8,8'inde (n=3) dışa atım bozukluğu eş tanısı saptanmıştır. Dışa atım bozukluğu eş tanı sıklığı DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p<0,05$).

Duygudurum bozuklukları ve tik bozuklukları eş tanı sıklığı açısından DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Özel Öğrenme Güçlüğü eş tanısı DEHB bileşik alt tipe göre DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipinde daha yüksek oranda bulunmuştur. ÖÖG eş tanısı DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tiplerine göre DEHB bileşik tip tanısı alan olgularda ortalama tanı sayısı $1,89\pm1,17$, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı alan olgularda ortalama tanı sayısı $1,5\pm1,02$ olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tiplerine göre psikiyatrik eş tanılar

Eş tanılar	Bileşik alt tip		DE alt tip		P
	(n:75)		(n:34)		
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %56,0)	56	74.7	5	14.7	0.001*
KOKGB (n=50, %45,9)	45	60.0	5	14.7	0.001*
Davranım bozukluğu (n=11, %10,1)	11	14.7	0	0	0.016*
Duygudurum bozukluğu (n=5, %4,6)	2	2.7	3	8.8	0.174
Depresif bozukluk (n=5, %4,6)	2	2.7	3	8.8	0.174
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=29, %26,6)	16	21.3	13	38.2	0.064
Basit fobi (n=8, %7,3)	6	8.0	2	5.9	1.000
Sosyal fobi (n=14, %12,8)	7	9.3	7	20.6	0.127
Ayrılık anksiyetesi (n=19, %17,4)	10	13.3	9	26.5	0.094
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,7)	3	4.0	1	2.9	1.000
OKB (n=7, %6,4)	4	5.3	3	8.8	0.675
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	1	1.3	0	0	1.000
Tik bozukluğu (n=4, %3,7)	2	2.7	2	5.9	0.585
Vokal tik bozukluğu (n=1, %0,9)	1	1.3	0	0	1.000
Motor tik bozukluğu (n=3, %2,8)	1	1.3	2	5.9	0.229
Tourette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,2)	19	25.3	3	8.8	0.047*
Enürezis (n=16, %14,7)	13	17.3	3	8.8	0.382
Enkoprezis (n=10, %9,2)	9	12.0	1	2.9	0.168
Enürezis+Enkoprezis (n=4, %3,7)	3	4.0	1	2.9	1.000
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %33)	21	28	19	44	0.097

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Yaş Grubuna Göre Psikiyatrik Eş Tanılar

Olgularımız çocuk (12 yaş altı) ve ergenlerden (12 yaş ve üzeri) oluşmaktaydı. Yaş gruplarına göre ortalama tanı sayısı çocuklarda 1,73±1.09, ergenlerde 2±1,36 idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0.05). Olguların yaş dağılımına göre psikiyatrik komorbidite oranları Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Yaş gruplarına göre psikiyatrik eş tanı dağılımı

Eş tanılar	Çocuk (12 yaş altı)		Ergen (12 yaş ve üzeri)		P
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %55,5)	53	54.6	8	61.5	0.638
KOKGB (n=50, %45,5)	43	44.3	7	53.8	0.518
Davranım bozukluğu (n=11, %10,0)	10	10.3	1	7.7	1.000
Duygudurum bozukluğu (n=5, %4,5)	4	4.1	1	7.7	0.473
Depresif bozukluk (n=5, %4,5)	4	4.1	1	7.7	0.473
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=30, %27,3)	24	24.7	6	46.2	0.181
Basit fobi (n=9, %8,2)	8	8.2	1	7.7	1.000
Sosyal fobi (n=14, %12,7)	11	11.3	3	23.1	0.368
Ayrılık anksiyetesi (n=20, %18,2)	18	18.6	2	15.4	1.000
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,6)	3	3.1	1	7.7	0.400
OKB (n=7, %6,4)	4	4.1	3	23.1	0.035*
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	1	1.1	0	0	1.000
Tik bozukluğu (n=4, %3,6)					
Vokal tik bozukluğu (n=1, %0,9)	1	1.1	0	0	1.000
Motor tik bozukluğu (n=3, %2,7)	2	2.1	1	6.7	0.317
Tourette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,0)	20	20,6	2	15,4	1.000
Enürezis (n=16, %14,5)	14	14.4	2	15.4	1.000
Enkoprezis (n=10, %9,1)	9	9.3	1	7.7	1.000
Enürezis+Enkoprezis (n=4, %3,6)	3	3.1	1	7.7	1.000
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %32,7)	33	34.0	3	23.1	0.540

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.
 Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Çocukların %54,6'sında (n=53), ergenlerin %61,5'inde (n=8) yıkıcı davranış bozukluğu eş tanısı saptanmıştır (p>0,05). Çocukların %44,3'ünde (n=43) KOKGB, %10,3'ünde (n=10) davranım bozukluğu eş tanısı saptanmıştır. Ergenlerin ise %53,8'inde (n=7) KOKGB, %7,7'sinde (n=1) davranım bozukluğu eş tanısı saptanmıştır. Davranım bozukluğu ve KOKGB eş tanı sıklığı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05).

Anksiyete bozukluğu eş tanısı ergenlerin %46,2'sinde (n=6), çocukların ise %24,7'sinde (n=24) saptanmıştır. Ergenlerde daha sık görülmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05). Sosyal fobi ergenlerde daha sık görülmesine karşın yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05). OKB eş tanısı ergenlerin %23,1'inde (n=3), çocukların ise %4,1'inde (n=4) saptanmıştır. OKB eş tanı sıklığı yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (p<0,05).

Duygudurum bozuklukları, tik bozuklukları, dışa atım bozuklukları ve ÖÖG eş tanı sıklığı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05).

Anne ve Babanın Eğitim Düzeyine Göre Psikiyatrik Eş Tanılar

Annelerin eğitim durumları incelendiğinde %6,4'ünün (n=7) okuma yazma bilmediği, %46,4'ünün (n=51) ilkokul, %13,6'sının (n=15) ortaokul, %19,1'inin (n=21) lise, %14,5'inin (n=16) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu saptandı.

Annelerin eğitim düzeyine göre olguların eş tanı oranları değerlendirildiğinde anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi ve ÖÖG oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). İlkokul ve lise mezunu annelerin çocuklarında anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi oranları yüksek bulunmuştur. Annenin eğitim seviyesi azaldıkça ÖÖG görülme oranları artmaktadır. Annenin eğitim seviyesi azaldıkça davranım bozukluğu ve dışa atım bozukluğu oranları artmaktadır. Davranım bozukluğu ve dışa atım bozukluğu komorbiditesi sıklığı açısından annelerin eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13. Annelerin eğitim düzeyine göre psikiyatrik eş tanı dağılımı

	Anne eğitim										P
	Yok		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu	2	28,6	27	52,9	10	66,7	14	66,7	8	50,0	0,399
KOKGB	0	0	21	41,2	10	66,7	12	57,1	7	43,8	0,101
Davranım bozukluğu	2	28,6	6	11,8	0	0	2	9,5	1	6,3	0,313
Duygu durum bozukluğu	0	0	3	5,9	0	0	1	4,8	1	6,3	1,000
Depresif bozukluk	0	0	3	5,9	0	0	1	4,8	1	6,3	1,000
Bipolar bozukluk	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu	0	0	21	41,2	0	0	7	33,3	2	12,5	0,002*
Basit fobi	0	0	5	9,8	1	6,7	3	14,3	0	0	0,772
Sosyal fobi	0	0	8	15,7	1	6,7	3	14,3	2	12,5	0,902
Ayrılık anksiyetesi	0	0	14	27,5	0	0	5	23,8	1	6,3	0,046*
Yaygın anksiyete bozukluğu	0	0	2	3,9	0	0	1	4,8	1	6,3	0,923
OKB	0	0	6	11,8	0	0	1	4,8	0	0	0,471
Panik bozukluk	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
TSSB	0	0	1	2,0	0	0	0	0,0	0	0	1,000
Tik bozukluğu											
Motor tik bozukluğu	0	0	1	2,0	0	0	0	0,0	2	12,5	0,264
Vokal tik bozukluğu	0	0	1	2,0	0	0	0	0,0	0	0	1,000
Tourette bozukluğu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu	1	14,3	13	25,5	6	40,0	1	4,8	1	6,3	0,061
Enurezis	1	14,3	12	23,5	2	13,3	0	0,0	1	6,3	0,071
Enkoprezis	0	0	5	9,8	4	26,7	1	4,8	0	0	0,131
Enurezis+Enkoprezis	0	0	4	7,8	0	0	0	0	0	0	0,137
Özel öğrenme güçlüğü	5	71,4	19	37,3	3	20,0	8	38,1	1	6,3	0,018*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Babaların eğitim durumları incelendiğinde %38,2'sinin (n=42) ilkokul, %18,2'sinin (n=20) ortaokul, %23,6'sının (n=26) lise, %20'sinin (n=22) yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu saptandı. Babaların eğitim düzeyine göre olguların eş tanı oranları değerlendirildiğinde basit fobi ve ÖÖG oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Babaların eğitim düzeyine azaldıkça basit fobi ve ÖÖG görülme oranları artmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Babaların eğitim düzeyine göre psikiyatrik eş tanı dağılımı

	Baba eğitim								P
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yıkıcı Davranış Bozukluğu	23	54,8	11	55,0	16	61,5	11	50,0	0,882
KOKGB	18	42,9	10	50,0	13	50,0	9	40,9	0,964
Davranım Bozukluğu	5	11,9	1	5,0	3	11,5	2	9,1	0,916
Duygudurum Bozukluğu	2	4,8	1	5,0	1	3,8	1	4,5	1,000
Depresif Bozukluk	2	4,8	1	5,0	1	3,8	1	4,5	1,000
Bipolar Bozukluk	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu	15	35,7	4	20,0	6	23,1	5	22,7	0,474
Basit Fobi	7	16,7	1	5,0	1	3,8	0	0	0,014*
Sosyal Fobi	5	11,9	2	10,0	3	11,5	4	18,2	0,661
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	11	26,2	3	15,0	4	15,4	2	9,1	0,418
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	4,8	0	0	1	3,8	1	4,5	1,000
OKB	2	4,8	2	10,0	1	3,8	2	9,1	0,720
Panik Bozukluk	0	0	0	0	0	0	0	0	-
TSSB	1	2,4	0	0	0	0	0	0	1,000
Tik Bozukluğu									
Motor Tik Bozukluğu	1	2,4	0	0	0	0	0	0	0,264
Vokal Tik Bozukluğu	0	0	0	0	1	3,8	2	9,1	0,116
Torette Bozukluğu	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu	8	19,0	8	40,0	4	15,4	2	9,1	0,253
Enurezis	5	11,9	6	30,0	3	11,5	2	9,1	0,242
Enkoprezis	3	7,1	5	25,0	1	3,8	1	4,5	0,085
Enurezis+Enkoprezis	0	0	3	15,0	0	0	1	4,5	0,669
Özel Öğrenme Güçlüğü	20	47,6	7	35,0	7	26,9	2	9,1	0,016*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk ;**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Annelerin eğitim düzeylerine göre olguların ortalama tanı sayıları değerlendirildiğinde, hiç eğitim almamış annelerin çocuklarında $1,43 \pm 0,98$, ilkokul mezunu annelerin çocuklarında $2,14 \pm 1,22$, ortaokul mezunu annelerin çocuklarında $1,4 \pm 0,83$, lise mezunu annelerin çocuklarında $1,81 \pm 1,12$, yüksekokul veya üniversite mezunu annelerin çocuklarında $1,06 \pm 0,68$ bulunmuştur. Babaların eğitim düzeylerine göre olguların ortalama tanı sayıları değerlendirildiğinde; ilkokul mezunu babaların çocuklarında $2,05 \pm 1,21$, ortaokul mezunu babaların çocuklarında $1,95 \pm 1,19$, lise mezunu babaların çocuklarında $1,58 \pm 0,9$, yüksekokul veya üniversite mezunu babaların çocuklarında $1,32 \pm 1,04$ bulunmuştur. Anne ve baba eğitim durumlarına göre tanı sayıları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde, ilkokul mezunu anne ve babaların çocuklarındaki tanı sayıları yüksekokul veya üniversite mezunu anne ve babaların çocuklarındaki tanı sayılarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Anne ve babaların eğitim düzeyine göre tanı sayıları

		Anne	Baba
		Tanı sayısı (Ort.±SS.)	Tanı sayısı (Ort.±SS.)
Eğitim Durumu	Yok	1,43±0,98	-
	İlkokul	2,14±1,22	2,05±1,21
	Ortaokul	1,4±0,83	1,95±1,19
	Lise	1,81±1,12	1,58±0,9
	Yüksekokul	1,06±0,68	1,32±1,04
	veya Üniversite		
P		0,005*	0,034*

Kruskal Wallis H testi (post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U), * $p<0,05$.

Ailenin Gelir Düzeyine Göre Psikiyatrik Komorbidite

Ailelerin gelir durumu incelendiğinde %15,5'i (n:17) az gelirli, %81,8'i (n=90) orta gelirli, % 2,7'si (n=3) yüksek gelirli idi. Ailelerin gelir düzeyine göre olguların eş tanı oranları değerlendirildiğinde ÖÖG oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ailelerin gelir düzeyine azaldıkça ÖÖG görülme oranları artmaktadır. Ailelerin gelir düzeylerine göre olguların ortalama tanı sayıları değerlendirildiğinde, az gelirli ailelerin çocuklarında 1,82±0,73, orta gelirli ailelerin çocuklarında 1,8±1,19, yüksek gelirli ailelerin çocuklarında 0,67±0,58 bulunmuştur. Ailelerin gelir düzeylerine göre olguların ortalama tanı sayıları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Ailenin gelir düzeyine göre psikiyatrik eş tanı dağılımı

	Ailenin gelir düzeyi						P
	Az		Orta		Yüksek		
	n	%	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu	11	64,7	49	54,4	1	33,3	0571
KOKGB	9	52,9	40	44,4	1	33,3	0,443
Davranım bozukluğu	2	11,8	9	10,0	0	0	0,769
Duygu durum bozukluğu	0	0	5	5,6	0	0	1,000
Depresif bozukluk	0	0	5	5,6	0	0	1,000
Bipolar bozukluk	0	0	0	0,0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu	4	23,5	26	28,9	0	0	0,713
Basit fobi	1	5,9	8	8,9	0	0	0,902
Sosyal fobi	0	0	13	14,4	1	33,3	0,062
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu	3	17,6	17	18,9	0	0	1,000
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	5,9	3	3,3	0	0	0,561
OKB	0	0	7	7,8	0	0	0,663
Panik bozukluk	0	0	0	0	0	0	-
TSSB	0	0	1	1,1	0	0	1,000
Tik Bozukluğu							
Motor tik bozukluğu	0	0	3	3,3	0	0	1,000
Vokal tik bozukluğu	0	0	1	1,1	2	9,1	1,000
Torette bozukluğu		0	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu	3	17,6	19	21,1	0	0	0,097
Enurezis	3	17,6	13	14,4	0	0	0,827
Enkoprezis	0	0	10	11,1	0	0	0,526
Enurezis+Enkoprezis	0	0	4	4,4	0	0	0,526
Özel öğrenme güçlüğü	10	58,8	26	28,9	0	0	0,029*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Annenin Çalışmasının Olgulardaki Eş tanı Dağılımına Etkisi

Olguların %26,4'ünün (n=29) annesi bir işte çalışmakta idi. Annesi çalışan olgularda, çalışmayan olgulara göre DEHB eş tanısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (p>0,05) (Tablo 17).

Tablo 17. Annenin çalışmasının olgulardaki eş tanı dağılımına etkisi

	Çalışan Anne				p
	Hayır		Evet		
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %55,5)	44	54,3	17	58,6	0,689
KOKGB (n=50, %45,5)	38	46,9	12	41,4	0,608
Davranım bozukluğu (n=11, %10,0)	6	7,4	5	17,2	0,154
Duygu durum bozukluğu (n=5, %4,5)	3	3,7	2	6,9	0,606
Depresif bozukluk (n=5, %4,5)	3	3,7	2	6,9	0,606
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=30, %27,3)	24	29,6	6	20,7	0,354
Basit fobi (n=9, %8,2)	9	11,1	0	0	0,109
Sosyal fobi (n=14, %12,7)	10	12,3	4	13,8	1,000
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (n=20, %18,2)	16	19,8	4	13,8	0,475
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,6)	4	4,9	0	0,0	0,571
OKB (n=7, %6,4)	5	6,2	2	6,9	1,000
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	1	1,2	0	0,0	1,000
Tik Bozukluğu (n=4, %3,6)					
Motor tik bozukluğu (n=1, %0,9)	1	1,2	2	6,9	0,169
Vokal tik bozukluğu (n=3, %2,7)	1	1,2	0	0,0	1,000
Torette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,0)	15	18,5	7	24,1	0,516
Enurezis (n=16, %14,5)	12	14,8	4	13,8	1,000
Enkoprezis (n=10, %9,1)	7	8,6	3	10,3	0,722
Enurezis+Enkoprezis (n=4, %3,6)	4	4,9	0	0,0	1,000
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %32,7)	28	34,6	8	27,6	0,492

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk ;**TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Babaların Çalışmasının Olgulardaki Eş Tanı Dağılımına Etkisi

Olguların %94,5'inin (n=104) babası bir işte çalışmakta idi. Babası çalışan olgularda, çalışmayan olgulara göre DEHB komorbiditesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Depresif bozukluk oranı babası çalışmayan olgularda %33,3 (n=2) oranında olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Davranım bozukluğu oranı babası çalışmayan olgularda %33,3 (n=2) oranında saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. Babaların çalışmasının olgulardaki eş tanı dağılımına etkisi

	Çalışan Baba				P
	Hayır		Evet		
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %55,5)	5	83,3	56	53,8	0,223
KOKGB (n=50, %45,5)	3	50,0	47	45,2	1,000
Davranım bozukluğu (n=11, %10,0)	2	33,3	9	8,7	0,110
Duygu durum bozukluğu (n=5, %4,5)	2	33,3	3	2,9	0,023*
Depresif bozukluk (n=5, %4,5)	2	33,3	3	2,9	0,023*
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=30, %27,3)	2	33,3	28	26,9	0,663
Basit fobi (n=9, %8,2)	1	16,7	8	7,7	0,408
Sosyal fobi (n=14, %12,7)	0	0	14	13,5	1,000
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (n=20, %18,2)	1	16,7	19	18,3	1,000
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,6)	0	0,0	4	3,8	1,000
OKB (n=7, %6,4)	1	16,7	6	5,8	0,332
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	0	0,0	1	1,0	1,000
Tik Bozukluğu (n=4, %3,6)					
Motor tik bozukluğu (n=1, %0,9)	0	0,0	3	2,9	1,000
Vokal tik bozukluğu (n=3, %2,7)	1	16,7	0	0,0	0,055
Torette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,0)	1	16,7	21	20,2	1,000
Enurezis (n=16, %14,5)	0	0,0	16	15,4	0,590
Enkoprezis (n=10, %9,1)	1	16,7	9	8,7	0,443
Enurezis+Enkoprezis (n=4, %3,6)	0	0,0	4	3,8	1,000
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %32,7)	1	16,7	35	33,7	0,662

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

Annenin Gebelik Döneminde Sigara İçmesinin Eş Tanı Dağılımına Etkisi

Gebelik döneminde sigara kullanımı DEHB açısından risk faktörü olduğundan, DEHB alt tip dağılımına ve komorbiditeye etkisi incelenmiştir. Olguların 16,4'ünün (n=18) annesinde gebelik döneminde sigara kullanım öyküsü vardı. Annesi gebeyken sigara içen olguların %55,6'sı (n=10) DEHB bileşik tip, %44,4'ü (n=8) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı aldı. Gebelikte sigara kullanımı ile DEHB alt tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0.05).

Depresif bozukluk eş tanı sıklığı, annesi gebelik döneminde sigara içen olgularda daha fazlaydı. Gebelikte sigara kullanımı ile depresif bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık gözlenmiştir ($p<0.05$). Diğer psikiyatrik eş tanı sıklığına annenin gebelik döneminde sigara içmesinin etki etmediği belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Annenin gebelik döneminde sigara içmesinin eş tanı dağılımına etkisi

	Gebelik Döneminde Sigara				
	Kullanımı				P
	Yok		Var		
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %55,5)	51	55,4	10	55,6	0,992
KOKGB (n=50, %45,5)	42	45,7	8	44,4	0,925
Davranım bozukluğu (n=11, %10,0)	9	9,8	2	11,1	1,000
Duygu durum bozukluğu (n=5, %4,5)	2	2,2	3	16,7	0,030*
Depresif bozukluk (n=5, %4,5)	2	2,2	3	16,7	0,030*
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=30, %27,3)	26	28,3	4	22,2	0,775
Basit fobi (n=9, %8,2)	8	8,7	1	5,6	1,000
Sosyal fobi (n=14, %12,7)	11	12,0	3	16,7	0,698
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (n=20, %18,2)	16	17,4	4	22,2	0,738
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,6)	4	4,3	0	0	1,000
OKB (n=7, %6,4)	7	7,6	0	0	0,597
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	1	1,1	0	0	1,000
Tik Bozukluğu (n=4, %3,6)					
Motor tik bozukluğu (n=1, %0,9)	3	3,3	0	0	1,000
Vokal tik bozukluğu (n=3, %2,7)	1	1,1	0	0	1,000
Torette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,0)	20	21,7	2	11,1	0,519
Enurezis (n=16, %14,5)	15	16,3	1	5,6	0,463
Enkoprezis (n=10, %9,1)	9	9,8	1	5,6	1,000
Enurezis+Enkoprezis (n=4, %3,6)	4	4,3	0	0	1,000
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %32,7)	32	34,8	4	22,2	0,299

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; **OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.
Pearson Ki-kare Test, * $p<0,05$

Anne Babası Boşanmış Olgularda Eş Tanı Dağılımı

%9,1 (n= 10) olgunun anne ve babası boşanmıştı. Anne babası boşanmış olgularda eş tanı dağılımı incelendiğinde davranım bozukluğu %30 (n=3), depresif bozukluk %20 (n=2) oranlarında bulunmuştur, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0.05).

Anne babası boşanmamış olgularda ortalama tanı sayısı 1,75±1,13, boşanmış olgularda ise 2±1,15 olarak bulunmuştur. Ortalama tanı sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (p>0.05) (Tablo 20).

Tablo 20. Anne Babası Boşanmış Olgularda Eş Tanı Dağılımı

	Anne Baba Boşanmış				P
	Hayır		Evet		
	n	%	n	%	
Yıkıcı davranış bozukluğu (n=61, %55,5)	53	53,0	8	80,0	0,180
KOKGB (n=50, %45,5)	45	45,0	5	50,0	1,000
Davranım bozukluğu (n=11, %10,0)	8	8,0	3	30,0	0,061
Duygu durum bozukluğu (n=5, %4,5)	3	3,0	2	20,0	0,064
Depresif bozukluk (n=5, %4,5)	3	3,0	2	20,0	0,064
Bipolar bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
Anksiyete Bozukluğu (n=30, %27,3)	28	28,0	2	20,0	0,725
Basit fobi (n=9, %8,2)	8	8,0	1	10,0	0,590
Sosyal fobi (n=14, %12,7)	13	13,0	1	10,0	1,000
Ayrılık anksiyetesi bozukluğu (n=20, %18,2)	18	18,0	2	20,0	1,000
Yaygın anksiyete bozukluğu (n=4, %3,6)	4	4,0	0	0,0	1,000
OKB (n=7, %6,4)	6	6,0	1	10,0	0,497
Panik bozukluk (n=0)	0	0	0	0	-
TSSB (n=1, %0,9)	1	1,0	0	0,0	1,000
Tik Bozukluğu (n=4, %3,6)					
Motor tik bozukluğu (n=1, %0,9)	3	3,0	0	0,0	1,000
Vokal tik bozukluğu (n=3, %2,7)	1	1,0	0	0,0	1,000
Torette bozukluğu (n=0)	0	0	0	0	-
Dışa atım bozukluğu (n=22, %20,0)	21	21,0	1	10,0	0,683
Enurezis (n=16, %14,5)	15	15,0	1	10,0	1,000
Enkoprezis (n=10, %9,1)	10	10,0	0	0,0	0,594
Enurezis+Enkoprezis (n=4, %3,6)	4	4,0	0	0,0	1,000
Özel öğrenme güçlüğü (n=36, %32,7)	34	34,0	2	20,0	0,493

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu;

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu.

Pearson Ki-kare Test, *p<0,05.

TARTIŞMA

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na başka herhangi bir eş tanının eklenmesi klinik tabloyu ve seyri kötüleştiren, tedaviyi zorlaştıran ve tedavi maliyetini yükselten bir durumdur. Bu nedenle DEHB belirtilerini değerlendirirken, DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik eş tanıların da araştırılması önemlidir (103).

Bu çalışmada DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri tarafımızdan hazırlanan sosyodemografik veri formu ile değerlendirilmiş, DEHB alt tiplerinin demografik özellikleri, eş tanılarla DEHB alt tipleri, cinsiyet ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Psikiyatrik eş tanı oranları yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan ÇDŞG-ŞY kullanılarak araştırılmıştır.

Olguların %77,3'ü (n=85) erkek, %22,7'si (n=25) kızdı. Olguların ortalama yaşı 9.17 ± 2.27 idi. Erkeklerin yaş ortalaması 9.27 ± 2.15 , kızların yaş ortalaması 8.81 ± 2.65 idi. Olguların %88,2'i (n=97) 6-12 yaş grubundan, %11,8'si (n=13) 12-18 yaş grubundandı.

Bozukluk erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmektedir. Erkek/kız oranları duruma bağlı olarak (örn. toplumsal ya da klinik çalışma) 2:1 ile 9:1 oranları arasında değişiklik göstermektedir (12). Diğer çalışmalar ile uyumlu olarak çalışmamızda DEHB tanısı konulan olguların çoğu erkekti (erkek/kız oranı 3.4/1) ve kızlarda DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip daha sık olarak görülmekteydi (19,67,76,103,104).

Yapılan çalışmalarda tek veya ilk çocuklarda DEHB'nin sağlıklı kontrollerden daha sık görüldüğü bildirilmektedir (67). Çalışmamızda olguların %63,6'sı (n=70) ilk çocuk, %28,2'si (n=31) ikinci çocuk, %8,2'si (n=9) üçüncü çocuk idi.

Çalışmamızda bozukluğun alt tiplere göre dağılımına bakıldığında; %68,2'si (n=75) DEHB bileşik tip, %30,9 (n=34) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, %0,9 (n=1) DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı. Hem saha hemde klinik örneklemli çalışmalarda en sık DEHB bileşik tip, sonra DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, en az ise DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip olduğu bildirilmiştir (75,105,106). Literatüre göre DEHB bileşik tipin oranı %70-80, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipin oranı %10-20, DEHB hiperativite-impulsivite'nin önde olduğu tipin oranı %2 olarak tahmin edilmektedir. Özellikle toplum temelli yapılan çalışmalar sonucunda bu oranlar elde edilmiştir. Bizim çalışmamız klinik temelli olmasına rağmen benzer oranlar bulunmuştur (107,108). Byun ve ark. (106) bizim çalışmamıza benzer yöntemle yaptıkları çalışmada olguların %66,7'sinde bileşik tip, %21'inde dikkatsizliğin önde geldiği tip, %1'inde hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip, %11,4'ünde başka türlü adlandırılmayan DEHB saptanmıştır ve bu oranlar bizim çalışmamızdakine oldukça yakındır. Aktepe'nin (67) ülkemizde yapmış olduğu klinik temelli bir çalışmada DEHB bileşik alt tip %52,3, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip %44,4 ve DEHB hiperativite impulsivite'nin önde olduğu tip %3,3 sıklıkta bildirilmiştir. Hergüner ve ark. nın (103) ülkemizde yapmış olduğu klinik temelli diğer bir çalışmada DEHB bileşik alt tip %60,9, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip %36,1 ve DEHB hiperativite-impulsivite'nin önde olduğu tip %3 sıklıkta bildirilmiştir ve bu oranlar bizim çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Cinsiyetlere göre incelendiğinde; erkeklerin %76,5'i (n=65) DEHB bileşik tip, %23,5'i (n=20) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı aldı. DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. Kızların %40'ı (n=10) DEHB bileşik tip, %56'sı (n=14) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, %4'ü (n=1) DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı. Cinsiyete göre alt tiplerin dağılımına bakıldığında ise çalışmamızda kızlarda DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, erkeklerde ise DEHB bileşik tip en çok görülen alt tipler olmuştur. DEHB bileşik tipin erkeklerde, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipin ise kızlarda daha sık görüldüğü önceki çalışmalarda da bildirilmiştir (67,76,80,103,109).

Çalışmamızda 110 olgunun eş tanıları incelendiğinde 99 olgu (%90) DEHB'den başka bir psikiyatrik bozukluğa sahipti. 39 olguda (%35,5) bir, 34 olguda (%30,9) iki, 19 olguda (%17,3) üç, 4 olguda (%3,6) dört, 3 olguda (%2,7) beş komorbid psikiyatrik bozukluk saptandı. 11 olguda (%10) psikiyatrik eş tanı saptanmadı.

Brezilya’da yapılan bir araştırmada DEHB tanısı alan 421 çocuk ve ergenin %70,1’inde psikiyatrik ek tanı tespit edilmiştir (75). Byun ve ark. (106) Kore’de DEHB tanısı almış 105 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada grubun %76,2’sinde en az bir psikiyatrik tanının DEHB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir. Hergüner ve ark. (103) DEHB tanısı almış 133 olgunun %73,2’sinde en az bir psikiyatrik tanının DEHB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir. Aktepe alışmasında (67) DEHB tanısı almış 153 olgunun %89,5’inde en az bir psikiyatrik tanının DEHB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir. Gaziantep Üniversitesi’nde yapılan diğer bir çalışmada DEHB tanısı almış 108 olgunun %96,3’ünde en az bir psikiyatrik tanının DEHB’ye eşlik ettiği bildirilmiştir (110).

Bizim alışmamızda da literatürle uyumlu oranlar saptanmıştır. Elde edilen veriler incelenirken, çalışmamızın klinik temelli bir araştırma olduğunun göz önüne alınması gerekir. Psikiyatrik eş tanıların varlığı işlevselliği olumsuz etkileyerek hastaneye başvuruyu kolaylaştırmış, bundan dolayı da psikiyatrik bozuklukların oranı yapay olarak artmış olabilir. Bu alanda daha geniş örneklemliler, toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte en sık görülen psikiyatrik hastalık grubu yıkıcı davranış bozukluklarıydı. Olguların %55,5’inde (n= 61) saptandı ve kızların %32’si (n= 8), erkeklerin %62,4’ü (n=53) yıkıcı davranış bozukluğu tanısı aldı. Yıkıcı davranış bozukluklarından en sık oranda KOKGB görölmüş olup literatür ile uyumlu bulunmuştur. Çocukların %44,3’ünde (n=43), ergenlerin ise %53,8’inde (n=7) KOKGB eş tanısı saptanmıştır. Bu konuda yapılmış çalışmaların çoğunda DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluğun KOKGB olduğu ve %39-%59 oranında göröldüğü bildirilmiştir (12, 75, 103, 105, 106).

Kızların %28’i (n=7), erkeklerin %50,6’sı (n=43) ve genel olarak olguların %45,5’inde (n=50) KOKGB eş tanısı saptanmıştır. KOKGB eş tanı sıklığı erkek olgularda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer alışmalarda KOKGB ve davranım bozukluğunun erkeklerde daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir (67,76).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bileşik alt tipte, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipine göre daha fazla KOKGB belirtileri ve saldırgan davranışlar gözlenmektedir (68). Bizim bulgularımızda bunu destekler niteliktedir. DEHB bileşik tip tanılı olguların %74,7’si (n=56) ve DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanılı olguların %14,7’si (n=5) yıkıcı davranış bozukluğu tanısı almıştır. Yıkıcı davranış bozukluğu eş tanı sıklığı DEHB bileşik tip tanılı olgularda anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. DEHB bileşik tip tanılı olguların %60,0’ı (n=45) KOKGB tanısı alırken, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanılı

olguların %14,7'si (n=5) KOKGB tanısı almıştır. KOKGB, DEHB bileşik tipte anlamlı olarak daha yüksek oranlarda saptanmıştır. DEHB bileşik tip tanılı olguların %14,7'si (n=11) davranım bozukluğu tanısı alırken DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanılı olgularda davranım bozukluğu tanısı alan olgu bulunmamaktaydı. DEHB bileşik tipte davranım bozukluğu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kendi çalışmamızla benzer yöntemle yapılan çalışmalarda birleşik alt tip ile yıkıcı davranış bozuklukları arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (103,104,106). Bu durumun DEHB bileşik tip'de daha yüksek düzeyde görülen dürtüsellik, tepki engellemede zorlanma ve yürütücü işlevlerde bozulma ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (111).

Davranım bozukluğu eş tanısı, olguların %10'unda (n=11) görülmüştür. Kızların %4'ünde (n=1), erkeklerin %11,8'inde (n=10) davranım bozukluğu saptanmıştır. Davranım bozukluğu eş tanı sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Çocukların %10,3'ünde (n=10), ergenlerin ise %7,7sinde (n=1) davranım bozukluğu eş tanısı saptanmıştır. Davranım bozukluğu ve KOKGB eş tanı sıklığı açısından yaş grupları arasında anlamlı düzeye ulaşmamıştır.

Çocuklukta görülen KOKGB daha sonra davranım bozukluğuna dönüşebilir. DEHB ve davranım bozukluğu çok yakın ilişki içindedir. DEHB tanısı konulan olguların %54'ünde eşlik eden KOKGB ya da davranım bozukluğu olduğu belirlenmiştir. DEHB'si olan ergenlerin %59-65'inde KOKGB, %22-43'ünde davranım bozukluğu bulunmuştur (70). DEHB, KOKGB ve davranım bozukluğu arasında hem klinik (%32,5), hem de klinik dışı örnekleme (%6,8) yüksek oranda birliktelik bulunmuştur (3).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bileşik tipi kapsayan çok merkezli, çok yöntemli DEHB tedavi çalışmasında (Çocuklarda Çok Yöntemli Tedavi Çalışması, Multimodal Treatment Study of Children with DEHB, MTA) okul çağı DEHB'li çocuklarda davranım bozukluğu oranının diğer çalışmalardan daha düşük olduğu (%14,3) saptanmıştır (112). İlerleyen yaşlarda davranım bozukluğu ve depresyon sıklığı artmaktadır (3). Çalışmamızda önceki çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında davranım bozukluğu eş tanı oranı belirgin şekilde düşük çıkmıştır, davranım bozukluğu açısından riskli grup olduğu düşünülen ergen grubunun olgu sayısının düşük olması (%11,8, n=13) davranım bozukluğu oranını etkilemiş olabilir.

Johnston ve Mash'ın (73) yaptıkları araştırmada anne-baba-çocuk iletişiminde sorunlar yaşanması, annelerde yüksek stres düzeyinin olması, parçalanmış aile ortamında büyüme gibi psikososyal risk etmenlerinin DEHB olan çocuk ve ergende davranım bozukluğu

gelişmesinde önemli olabileceğini bildirilmiştir. Çalışmamızda davranım bozukluğu anneleri çalışan olgularda (%17,2), babası çalışmayan olgularda (%33,3), annesi okuma yazma bilmeyen olgularda (%28,6), anne babası boşanmış olgularda (%30) oranlarında genel olarak yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Anksiyete bozukluklarının DEHB olgularının ortalama %25'inde görüldüğü ve bu oranın genel topluma göre 3 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (106, 113, 114). Anksiyete bozukluğu ve DEHB birlikteliğinin daha yüksek oranda dikkat sorunları, okul reddi ve duygudurum bozukluğu ile ilişkili olduğu ve sosyal uyumu azalttığı gösterilmiştir (115). DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenler aileleri, öğretmenleri ve arkadaşları ile çeşitli ilişki sorunları yaşarlar. Bu zorluklara düşük benlik saygısı, eşlik eden anksiyete bozukluğunun tetiklediği yetersizlik duyguları aracılık edebilmektedir (75). Bizim çalışmamızda olguların %27,3'ünde (n=30) DEHB'ye ek olarak anksiyete bozukluğu saptanmış olup literatür ile uyumludur. Kızların %24'i (n=6), erkeklerin %28,2'si (n=24) anksiyete bozukluğu eş tanısı almıştır. Anksiyete bozukluğu eş tanı sıklığı açısından cinsiyetler arasında farklılık göstermemiştir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda ergenlerin çoğunluğunda aşırı hareketlilik belirtilerinde bir miktar azalma gözlenmesine karşın dikkatsizlik ve dürtüsellik devam ettiği, ergenlik döneminde anksiyete bozuklukları ihtimalinin artmış olduğu bildirilmektedir (116). Aktepe (67) DEHB tanısı almış 153 olguyla yaptığı çalışmada, çocuklarda %18,2, ergenlerde %52,4 oranında anksiyete bozukluğu oranları bulmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer oranlar saptanmış olup ergenlerin %46,2'sinde (n=6), çocukların ise %24,7'sinde (n=24) anksiyete bozukluğu eş tanısı bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları içinde en sık ayrılık anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur; daha sonra azalan sırayla, sosyal fobi, basit fobi, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu, TSSB tanıları konmuştur. Yaş grubuna göre bakıldığında OKB görülme sıklığı ergen olgularda çocuk olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ergenlerin %23,1'sinde OKB, çocukların %4,1'inde OKB vardı. OKB olgularının tamamı erkekti.

Klinik çalışmalarda DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipi olan çocuklarda içe vurum bozukluklarının DEHB bileşik tipe göre anlamlı oranda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (107). DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı alan olguların %38,2'sinde (n=13), DEHB bileşik tip tanısı alan olguların %21,3'ünde (n=16) anksiyete bozukluğu görülmüştür. DEHB

dikkatsizliğin önde geldiği tip de daha sık görülmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmemiştir.

Özgül korkulardan ibaret pediatrik anksiyete bozukluklarının düşük sosyoekonomik durumla birlikte olduğuna dair bulgular mevcuttur, kaygı bozukluğu olan çocukların çoğunun orta ve üst sosyoekonomik düzeyden olmasına karşın ayrılık anksiyetesi olan çocukların düşük sosyoekonomik düzeyden geldiği bildirilmektedir (3). Çalışmamızda ilkökul mezunu annelerin çocuklarında ayrılık anksiyetesi, ilkökul mezunu babaların çocuklarında basit fobi oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca ilkökul mezunu anne ve babaların çocuklarındaki tanı sayıları üniversite mezunu anne ve babaların çocuklarındaki tanı sayılarından anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Kaynaklarda DEHB olgularında depresyon oranının %9-38 arasında değiştiği belirtilmektedir. DEHB'li Çocuklarda Çok Yönlü Tedavi Çalışması'nda (Multimodal Treatment Study of Children with DEHB, MTA) bu oran %3,8 bulunmuştur (112). Çalışmamızda depresif bozukluk %4,5 oranında saptanmış olup bipolar tanısı alan olgu bulunmamıştır. Depresif bozukluğun çocukluk döneminden erişkinliğe doğru görülme oranları artar. Aile desteğinin ve uyumunun azlığı, akademik başarısızlıklar depresyon için riski artırır. Ayrıca ailede psikopatolojilerin olması depresyon için risk faktörüdür. Ergenlik döneminin depresyon için riskli bir dönem olması da önemlidir. DEHB ve depresyon birlikteliği intihar riskini arttırır (80). Bizim çalışmamızda ergenlerde çocuklara göre depresif bozukluk oranları yüksek çıkmıştır. Riskli grup olan ergen sayısının az olması nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Klinik çalışmalarda DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipi olan çocuklarda içe vurum bozukluklarının DEHB bileşik tipe göre anlamlı oranda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (107). Çalışmamızda, depresif bozukluk DEHB bileşik tip de %2,7, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip de %8,8 oranında saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak içe vurum bozukluklarından anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipinde daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir düzeye ulaşmamıştır.

Ebeveynlerin boşanması eşleri etkilediği gibi çocukları da etkilemektedir ve yaygın ve süregelen stresse, kaygıya, depresyona götürebilir. Ebeveynleri boşanmış bireylerde %30-40 oranında tedavi gerektiren bir psikolojik sorun çıkabilmektedir. Ebeveynleri boşanmış olanlarda, boşanmamış olan ailelerde yetişen bireylere göre 2-3 kat daha fazla davranışsal ya da duygusal problem görülmektedir. Olumsuz yaşam olaylarının depresyon gelişiminde rol aldığı genel olarak kabul edilmektedir (117,118). Bizim çalışmamızda ebeveynleri

boşanmamış olgularda depresif bozukluk %3 ve davranım bozukluğu %8 oranlarında, ebeveynleri boşanmış olgularda ise depresif bozukluk %20 ve davranım bozukluğu %30 gibi yüksek oranlarda saptanmış ancak bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Babaları çalışmayan olgularda ise depresif bozukluk %33,3 oranlarında bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile mani ve bipolar bozukluk arasındaki komorbidite çok tartışılmıştır. DEHB tanısı olan çocuklarla yapılan çalışmalarda mani ve bipolar bozukluk komorbiditesi nadiren tarif edilmiştir (1).

Primer enürezis nokturna sık karşılaşılan bir problemdir. DEHB olan olgularda, olmayanlara göre primer enürezis nokturna'nın 2-3 kat daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar, enürezise diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etme olasılığını arttıran nedenler olarak büyük yaştaki çocuk olma, erkek cinsiyette olma ve düşük sosyoekonomik düzeyde olmanın olduğunu göstermektedir. Enkoprezisin erkeklerde ve sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde daha sık ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (12,103,119). Bizim çalışmamızda olguların %20'sinde (n=22) dışa atım bozuklukları DEHB'ye eşlik etmiş olup en sık enürezis tanısı konmuştur. Olguların %14,5'de (n=16) enürezis, %9,1 'inde (n=10) enkoprezis saptanmıştır. Kızların %4'ünde (n=1) ve erkeklerin %24,7'sinde (n=21) dışa atım bozuklukları saptanmıştır. Erkeklerin %18,8'i (n=16) enürezis eş tanısı almıştır. Kızlarda enürezis tanısı alan olgu bulunmamıştır. DEHB alt tiplere göre dışa atım bozukluğu eş tanısı değerlendirildiğinde, DEHB bileşik tipde %25,3 (n=19), DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipe %8,8 (n=3) göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda DEHB alt tiplerinden dikkatsizliğin önde geldiği tip kız olgularda daha yüksek oranda bulunmuştur. Kız olgularda enürezis tanısı alan olgu bulunmadığından DEHB bileşik tipte dışa atım bozukluğu oranları daha yüksek görülmüş olabilir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve ÖÖG çocukluk çağıının sık görülen iki bozukluğudur. DEHB olan çocuklarda ÖÖG sıklığı %20-50 oranında bildirilmektedir. Etkilenen çocuklar ve aileleri için bu bozuklukların tanınması ve tedavisi, oldukça önemli bir konudur. Bütün hayatı ciddi şekilde etkileyen bu bozuklukların tanınmak ve tedavi etmek, eş tanı gösteren olgularda daha önemli görünmektedir. Bir arada görüldüğünde klinik tablonun ağırlaşacağı unutulmamalıdır. Tedaviye dirençli DEHB ve ÖÖG olguları saptandığında her iki bozukluğun eş tanı derecesi iyi araştırılmalıdır (85). ÖÖG ile ilgili ilk yayınlarda erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Daha sonra kızlarda da yakın oranlar olduğu ileri sürülmüştür. Küçük yaş grubu ile yapılan çalışmalarda ÖÖG sıklığı açısından cinsiyetler

arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Geniş gruplarla yapılan son zamanki çalışmalarda erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (120).

Özel öğrenme güçlüğü tanısı ÇDŞG-ŞY ile taranmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda ÖÖG tanısı ebeveyn görüşmesi ile DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre çocukta ÖÖG belirtilerinin varlığı araştırılarak ve WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children - Wechsler çocuklar için zeka ölçeği) testi uygulanarak konmuştur. Çalışmamızda DEHB tanısı alan olgularda ÖÖG eş tanısı %32,7 (n=36) oranında bulunmuştur. Kızların %32'sinde (n=8), erkeklerin %32,9'ünde (n=28) ÖÖG eş tanısı saptanmıştır. ÖÖG komorbiditesi cinsiyetler açısından fark göstermemiştir. Anne ve Babaların eğitim düzeyleri azaldıkça ÖÖG eş tanı oranları anlamlı olarak artmaktadır. Eğitim almamış annelerin çocuklarında %71,4 (n=5), ilkokul mezunu annelerin çocuklarında %37,3 (n=19), ilkokul mezunu babaların çocuklarında %47,6 (n=20) oranlarında ÖÖG eş tanısı bulunmuştur. Ailelerin gelir durumu azaldıkça da ÖÖG eş tanı oranları anlamlı olarak artmaktadır. Az gelirli ailelerin çocuklarında %58,8 (n=10), orta gelirli ailelerin çocuklarında %28,9 (n=26) oranlarında ÖÖG eş tanısı bulunmuştur. Yüksek gelirli ailelerde ise ÖÖG eş tanısı saptanmamıştır. ÖÖG olan erkek çocukların %35-45'inde, kız çocukların %20'sinde pozitif aile öyküsü olduğu bildirilmektedir (120). Aile çalışmaları, ailesel genetik katkının varlığını tutarlı şekilde göstermişlerdir. DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında bozukluğun görülme riski %10 ila %35 arasında değişmektedir (20,21). Ülkemize ait çalışmalar değerlendirildiğinde, bir çalışmada DEHB'li çocukların ebeveynlerinde erişkin tip DEHB olma oranı %6,8 bulunmuştur. Diğerinde DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin %33,8'sinde şu anda DEHB belirtileri saptanmıştır (26,27). Hem DEHB hem de ÖÖG'nün ailesel geçiş göstermesi, olgularımızın ailelerinde de bu bozuklukların olabileceği, ailelerin eğitim hayatını, dolaylı olarak da ekonomik durumlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Bunun için daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çeşitli çalışmalarda anne karnında nikotine maruz kalmanın çocuklarda DEHB ile ilişkisi gösterilmiştir. Milberg ve ark.'nın (87) yaptıkları bir çalışmada, DEHB olgularının %22'sinde, kontrol grubunun %8'inde gebelik döneminde sigara içme öyküsü bulunmuştur. Çalışmamızda olguların 16,4'ünün (n=18) annesinde gebelik döneminde sigara kullanım öyküsü vardı. Annesi gebeyken sigara içmiş olan olguların %55,6'sı (n=10) DEHB bileşik tip, %44,4'ü (n=8) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip tanısı aldı. Depresif bozukluk komorbiditesi sıklığı %16,7 (n=3) oranlarında olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Annenin gebelik döneminde sigara kullanımı ile çocuklarda davranım bozukluğu ve suça eğilimli davranışlardaki artış ilişkisi oldukça belirgindir (121). Bizim çalışmamızda da

gebelik döneminde sigara kullanan annelerin çocuklarında oranlar benzer olmasına rağmen davranım bozukluğu oranlarında farklılık saptanmamıştır. Ancak depresif bozukluk eş tanısı yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar beklediğimizden farklı çıkmıştır. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da annesi gebeyken sigara içmeyen olgularda anksiyete bozukluğu yüksek oranlarda saptanmıştır (110).

Bilgiler annenin gebelik döneminde sigara kullanma alışkanlığı sorularak toplanmıştır. Örneklem grubunun az olması, annenin gebeyken sigara kullanımıyla ilgili bilgilerin geriye dönük alınması, gebelik sonrası annenin sigara içiminin sorulmaması nedeniyle böyle bir sonuç çıkmış olabilir. Gebelik döneminde sigaraya maruz kalan olgularda DEHB'ye ve psikiyatrik eş tanı sıklıklarına etkisinin anlaşılabilmesi için daha ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı olguların klinik gidişinde getirdiği psikiyatrik, akademik, sosyal alandaki sorunlar nedeniyle erken tanınması ve tedaviye başlanması önemlidir. Bu arada DEHB'nin tek bir klinik görünümde olmayabileceği, yaş, cinsiyet, DEHB alt tip, eş tanı gibi değişkenlerle bu klinik görünümün değişebileceği unutulmamalıdır.

SONUÇLAR

Çalışmamızda DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, DEHB alt tiplerinin demografik özellikleri, eş tanılarla DEHB alt tipleri, cinsiyet ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1. Çalışmamız, DEHB tanısı alan 6-18 yaş arası 110 çocuk ve ergen üzerinde uygulanmıştır. Olguların %77,3' ü (n=85) erkek, %22,7'si (n=25) kızdı. Olguların %63,6'sı (n=70) ilk çocuktu. DEHB erkek olgularda ve ailenin ilk çocuklarında daha sıkı.

2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan 99 olgu (%90) DEHB'den başka bir psikiyatrik bozukluğa sahipti. 39 olguda (%35,5) bir, 34 olguda (%30,9) iki, 19 olguda (%17,3) üç, 4 olguda (%3,6) dört, 3 olguda (%2,7) beş psikiyatrik bozukluk saptandı.

3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte en sık yıkıcı davranış bozuklukları saptandı (%55,5), ikinci sıklıkla ÖÖG (%32,7), üçüncü sıklıkla anksiyete bozuklukları (%27,3), dördüncü sıklıkla dışa atım bozuklukları (%20), beşinci sıklıkla duygudurum bozuklukları (%4,5), altıncı sıklıkla da tik bozuklukları saptandı.

4. Olguların %68,2'si DEHB bileşik tip, %30,9 DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tip, %0,9 DEHB hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı.

5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tiplerine göre psikiyatrik eş tanı dağılımına bakıldığında, DEHB bileşik tipte yıkıcı davranış bozuklukları (%74,7-%14,7), KOKGB (%60,0-%14,7) ve dışa atım bozuklukları (%25,3-%8,8) DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipine göre daha yüksek saptandı.

6. Cinsiyetlere göre DEHB alt tiplerin farklılık gösterdiği, DEHB bileşik tipin erkeklerde, DEHB dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda daha fazla görüldüğü saptandı.

7. Cinsiyete göre psikiyatrik eş tanı dağılımına bakıldığında yıkıcı davranış bozuklukları (%62,4-%32,0), KOKGB (%32,0-%28,0) ve dışa atım bozuklukları (%24,7-%4,0), enürezis (%18,8-%0) erkeklerde daha yüksek saptandı.

8. Yaş gruplarına göre psikiyatrik eş tanı dağılımına bakıldığında ergenlerde OKB çocuklara göre daha yüksek saptandı.

9. Annelerin eğitim düzeyine göre olguların eş tanı oranları değerlendirildiğinde ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve ÖÖG oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu, İlkokul mezunu annelerin çocuklarında ayrılık anksiyetesi bozukluğu oranları yüksekti. Annenin eğitim seviyesi azaldıkça ÖÖG görülme oranları arttı.

10. Babaların eğitim düzeyine göre olguların eş tanı oranları değerlendirildiğinde basit fobi ve ÖÖG oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Babaların eğitim düzeyine azaldıkça basit fobi ve ÖÖG görülme oranları arttı.

11. İlkokul mezunu anne ve babaların çocuklarındaki tanı sayıları üniversite mezunu anne ve babaların çocuklarındaki tanı sayılarından daha yüksekti.

12. Ailelerin gelir düzeyine göre olguların eş tanı oranları değerlendirildiğinde ailelerin gelir düzeyine azaldıkça ÖÖG görülme oranları arttı.

13. Babası çalışmayan olgularda, babası çalışan olgulara göre depresif bozukluk (%33,3) oranı yüksekti.

14. Annenin gebelik döneminde sigara içmesinin psikiyatrik eş tanı dağılımına etkisi değerlendirildiğinde depresif bozukluk eş tanı sıklığı, annesi gebelik döneminde sigara içen olgularda daha fazlaydı.

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk çağının en sık görülen, temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, belirtileri sıklıkla ergenlikte ve erişkinlikte de devam eden psikiyatrik bir bozukluktur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olguların %50'sinden fazlasında psikiyatrik eş tanı olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda Nisan 2012-Ekim 2012 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Dördüncü Baskı'sına göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan 110 çocuk ve ergen değerlendirildi. Olgulara, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli uygulandı. Olguların psikiyatrik eş tanıları ve bulunan bu eş tanıların Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri, olguların sosyodemografik özellikleri, yaş ve cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Olguların %90'ında en az bir psikiyatrik eş tanı saptandı. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile birlikte görülen psikiyatrik eş tanıların sıklık sırasına göre; yıkıcı davranış bozuklukları (%55,5), özel öğrenme güçlüğü (%32,7), anksiyete bozuklukları (%27,3), dışa atım bozuklukları (%20), duygudurum bozuklukları (%4,5) ve tik bozuklukları idi. Olgularımızın %68,2'si Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bileşik tip, %30,9 dikkatsizliğin önde geldiği tip, %0,9 hiperaktivite-impulsivitenin önde geldiği tip tanısı aldı. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bileşik tipin erkeklerde, dikkatsizliğin önde geldiği tipin kızlarda daha fazla görüldüğü saptandı. Bileşik tipte yıkıcı davranış bozuklukları, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve dışa atım bozuklukları, dikkatsizliğin önde geldiği tipine göre daha yüksek saptandı. Anne babaların eğitim düzeyleri ve gelir düzeyleri azaldıkça, özel öğrenme

güçlüğü görülme oranları arttı. Olgularımızdaki eş tanı sıklığı önceki çalışmalara benzer oranlarda bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, sosyodemografik özellikler, psikiyatrik eş tanı

.

**SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND
PSYCHIATRIC COMORBIDITIES OF CHILDREN AND
ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY
DISORDER SYMPTOMS WHO APPLIED CHILD AND ADOLESCENT
PSYCHIATRY DEPARTMENT POLYCLINICS OF A UNIVERSITY
HOSPITAL**

SUMMARY

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is a psychiatric disorder most commonly observed in the childhood period and the basic symptoms of which are inattentiveness, hyperactivity and impulsivity, which often continue well into adolescence and adulthood. It is known that a psychiatric comorbidity is present in more than %50 of attention deficit hyperactivity disorder cases. In our study, 110 children and adolescents, who have applied to the Trakya University Faculty of Medicine Department for Children and Adolescent Psychiatric Health and Disorders between April 2012 - October 2012 and who have been diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition. Cases were applied an Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version. The aim has been to research the psychiatric comorbidity of cases and the Attention Deficit Hyperactivity Disorder sub types of these comorbidities which have been revealed, the socio-demographic properties of cases, and the relation between the age and gender variants.

At least one psychiatric comorbidity has been discovered in % 90 of cases. The psychiatric comorbidities with Attention Deficit Hyperactivity Disorder were destructive behavior disorders (%55,5), specific learning difficulties (%32,7), anxiety disorders (%27,3), elimination disorders (%20), mood disorders (%4,5) and tic disorders in order to frequency. % 68,2 of our cases were diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder combined type, %30,9 of our cases were diagnosed with inattentiveness prevalent type, % 0,9 of our cases were diagnosed with hyperactivity–impulsivity prevalent type. It has been observed that the Attention Deficit Hyperactivity Disorder combined type is more frequently observed among boys, while the inattentiveness prevalent type is more frequently observed among girls. Within the combined type, destructive behavior disorders, oppositional defiant disorder and elimination disorders were determined to be more frequent as compared to the inattentiveness prevalent type. While parent's education and income levels were decreased, the appearance of specific learning difficulties rates were increased. The frequency of comorbidity in our cases were found to be in similar ratios as in our previous studies.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, socio-demographic characteristics, psychiatric comorbidity.

KAYNAKLAR

1. Hechtman L, Mc Gough JJ. Dikkat eksikliği bozuklukları (Çeviri: Öner Ö, Aysev A). Aydın H, Bozkurt A (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. s.3183-205.
2. Turgay A. Tedavi edilmeyen dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun bedeli ve tedavide yenilikler, 1. Baskı. Ankara: Ortadoğu Yayıncılık; 2009:8-48.
3. Şenol Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motovallı N, Pehlivan Türk B, ve ark. (Editörler) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. s.293-311
4. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İ.Ü. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008; 62:147-52.
5. Cheng K, Myers KM. Attention deficit hyperactivity disorder. Mitchell CW (ed): Child and Adolescent Psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. s.53-72.
6. World Health Organization. Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases. Geneva: World Health Organization;1978.
7. American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. Washington: American Psychiatric Association,1968.
8. American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Washington: American Psychiatric Association,1980.
9. American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Rev. Washington: American Psychiatric Association,1987.
10. American Psychiatric Association (US). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association,1994.

11. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization,1993.
12. Amerikan Psikiyatri Birliği (US). Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu. Köroğlu E ( eviri Editörü). DSM-IV-TR Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı yeniden gözden geçirilmiş tam metin, 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s.116-29.
13. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuunda Epidemiyolojik Veriler. Turkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2010;6(2):1-5.
14. Rohde LA, Halpern R. Recent Advences On Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. J Pediatr 2004;80(2):61-70.
15. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry 2003;2(2):104-13
16. Kesler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adults ADHD in the United States: result from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006;163(4):716-23.
17. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic reviewand metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007;164:942-8.
18. Er an EE, Doğan O, Doğan S, S mer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13:354-61.
19. G l N, Tiryaki A, K lt r SEC, Topba  M, Ak I. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2010;20:50-6.
20. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 1998;44:951-8.
21. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention deficit/ hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. Nat Rev Neurosci 2002;3:617-28.
22. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Advancing the neuroscience of ADHD molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 2005;57:1313-23.
23. Van den Oord EJ, Boomsma DI, Verhulst FC. A study of problem behaviors in 10-to 15-year-old biologically related and unrelated international adoptees. Behav Genet 1994;24(3):193-205.
24. Bradley J D, Golden CJ. Biological contributions to the presentation and understanding of attentiondeficit /hyperactivity disorder, a review. Clin Psychol Rev 2001;21:907-29.

25. Faraone SV, Biederman J, Chen WJ, Krifcher B, Keenan K, Moore C, et al. Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Gen* 1992;2(4):257-75.
26. Aydın H, Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri* 2006;9:70-4.
27. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüklülük. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:32-41.
28. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: meta-analytic review. *Hum Genet* 2009;126:51-90.
29. Bobb AJ, Castellanos FX, Addington AM, Rapoport JL. Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. *Am J Med Genet B* 2005;132(1):109-25.
30. Ciliax BJ, Orash GW, Staley JK, Haber S, Mobley CJ, Miller GW, et al. Immunocytochemical localization of the dopamine transporter in human brain. *J Comp Neurol* 1999;409:38-56.
31. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan L, Angrist B, Hitzemann R, et al. Effects of methylphenidate on regional brain glucose metabolism in humans: relationship to dopamine D2 receptors. *Am J Psychiatry* 1997;154:50-5.
32. Mill J, Xu X, Ronald A, Curran S, Price T, Knight J, et al. Quantitative trait locus analysis of candidate gene alleles associated with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in five genes: DRD4, DAT1, DRD5, SNAP-25, and 5HT1B. *Am J Med Genet B* 2005;133(B):68-73.
33. Shaw P, Gornick M, Lerch J, Addington A, Seal J, Greenstein D et al. Polymorphisms of the dopamine d4 receptor, clinical outcome and cortical structure in attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:921-31.
34. Sevinc E, Erdal ME, Sengul C, Cakaloz B, Ergundu TG, Herken H. Association of adult attention deficit hyperactivity disorder with dopamine transporter gene, dopamine D3 receptor, and dopamine D4 receptor gene polymorphisms. *Bull Clin Psychopharmacol* 2010;20:196-203.
35. Li D, Sham PC, Owen MJ, He L. Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Hum Mol Genet* 2006;15:2276-84.
36. Mill J, Caspi A, Williams BS, Craig I, Taylor A, Polo-Tomas M et al. Prediction of heterogeneity in intelligence and adult prognosis by genetic polymorphisms in the dopamine system among children with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:462-9.
37. Beischlag TV, Marchese A, Meador-WoodruV JH, Damask SP, O'Dowd BF, Tyndale RF, et al. The human dopamine D5 receptor gene: cloning and characterization of the 5'-Xanking and promoter region. *Biochemistry (Mosc)* 1995;34:5960-70.

38. Frankle WG, Huang Y, Hwang DR, Talbot PS, Slifstein M, Van Heertum R, et al. Comparative evaluation of serotonin transporter radioligands 11C-DASB and 11C-McN 5652 in healthy humans. *J Nucl Med* 2004;45:682-94.
39. Spivak B, Vered Y, Yoran-Hegesh R, Averbuch E, Mester R, Graf E, et al. Circulatory levels of catecholamines, serotonin and lipids in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:300-4.
40. Murphy OL, Andrews AM, Wichems CH, Li Q, Tohda M, Greenberg B. Brain serotonin neurotransmission: an overview and update with an emphasis on serotonin subsystem heterogeneity, multiple receptors, interactions with other neurotransmitter systems and consequent implications for understanding the actions of serotonergic drugs. *J Clin Psychiatry* 1998;59(15):4-12
41. Wilens TE, Verlinden MH, Adler LA, Wozniak PJ, West SA. ABT-089, a neuronal nicotinic receptor partial agonist, for the treatment of attention-deficit /hyperactivity disorder in adults: results of a pilot study. *Biol Psychiatry* 2006;59:1065-70.
42. Montecucco C, Schiavo G, Pantano S. SNARE complexes and neuroexocytosis: how many, how close? *Trends Biochem Sci* 2005;30:367-72.
43. Hauser P, Soler R, Brucker-Davis F, Weintraub BD. Thyroid hormones correlate with symptoms of hyperactivity but not inattention in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology* 1997;22:107-14.
44. Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:111-9.
45. Volkow ND, Wang GJ, Newcorn JH, Kollins SH, Wigal TH, Telang F, et al. Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Mol Psychiatry* 2011;16(11):1147-54.
46. Oades RD. Attention deficit disorder with hyperactivity (ADHD): the contribution of catecholaminergic activity. *Prog Neurobiol* 1987;29:365-91.
47. Bymaster FP, Katner JS, Nelson DL, Hemrick-Luecke SK, Threlkeld PG. Atomoxetine increases extracellular levels of norepinephrine and dopamine in prefrontal cortex of rat: a potential mechanism for efficacy in attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychopharmacology* 2002;27(5):699-711.
48. Zang YF, He Y, Zhu CZ, Cao QJ, Sui MQ, Liang M, et al. Altered baseline brain activity in children with ADHD revealed by resting-state functional MRI. *Brain Dev* 2007;29(2):83-91.
49. Zimmer L. Positron emission tomography neuroimaging for a better understanding of the biology of ADHD. *Neuropharmacology* 2009;57(7-8):601-7.
50. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA* 2002;288(14):1740-8.

51. 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 Gen Psychiatry* 2006;63:540-9.
52. Casey BJ, Durston S. From behavior to cognition to the brain and back: What have we learned from functional imaging studies of attention deficit hyperactivity disorder? *Am J Psychiatry* 2006;163:957-60.
53. Tannock R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:65-99.
54. Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Filipek P, Biederman J, Bekken K, Renshaw PF. Using MRI to examine brain-behavior relationship in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(4):477-84.
55. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1273-84.
56. Akay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Etiyopatogenez. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010;6(2):6-14.
57. Booth JR, Burman DD, Meyer JR, Lei Z, Trommer BL, Davenport ND, et al. Larger deficits in brain networks for response inhibition than for visual selective attention in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46:94-111.
58. Amen DG, Carmichael BD. High-resolution brain SPECT imaging in ADHD. *Ann Clin Psychiatry* 1997;9(2):81-6.
59. Bush G, Frazier JA, Rauch SL, Seidman LJ, Whalen PJ, Jenike MA, et al. Anterior cingulate cortex dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder revealed by fMRI and the counting Stroop. *Biol Psychiatry* 1999;45:1542-52.
60. Casey BJ, Epstein JN, Buhle J, Liston C, Davidson MC, Tonev ST, et al. Frontostriatal connectivity and its role in cognitive control in parent-child dyads with ADHD. *Am J Psychiatry* 2007;164:1729-36.
61. Kaya GC, Pekcanlar A, Belkıs R, Ada E, Miral S, Emiroğlu N, et al. Technetium-99m HMPAO brain SPECT in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Nucl Med* 2002;16:527-31.

62. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *J Clin Psychol* 2005;61(5):535-47.
63. Öner Ö, Aysev SA. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Aysev S.A, Taner I.Y (Editörler). Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul Golden Print; 2007.s.399-415.
64. Işık E, Taner YI. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Türkiye Klinikleri. 1.Baskı Ankara: Türkiye Klinikleri 2009:28-34.
65. Öner P, Öner Ö, Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *STED* 2003;12(3):97-9.
66. Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJM, Hartman CA, et al. Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *J Abnorm Child Psychol* 2009;37(6):793-804.
67. Aktepe E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikler. *Yeni Symposium Dergisi* 2011;49:201-08.
68. Takahashi K, Miyawaki D, Suzuki F, Mamoto A, Matsushima N, Tsuji H, et al. Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61(3):255-62.
69. Tahiroğlu YA, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: alt tipler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005;6:5-10.
70. Semerci B. Ergenlik Döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010;6(2):38-46.
71. Takashi I, Takahashi O, Kawamura Y, Ohta T. Comorbidity in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003;57(5):457-63.
72. Szobot CM, Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2008;17(2):309-23.
73. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001;4:183-207.
74. Kılıç BG, Şener Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Psychiatry* 2005;16(1):21-8.
75. Souza I, Pinherio MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13(4):243-8.

76. Toros F, Tataroğlu C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2002;9:23-31.
77. Bauermeister JJ, Shrout PE, Ramirez R, Bravo M, Alegria M, Taboas AM, et al. ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35(6):883-98.
78. Bowen R, Chavira DA, Bailey K, Stein MT, Stein MB. Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Res* 2008;15:201-9.
79. Gadow KD, Nolan EE, Sverd J, Sprafkin J, Schwartz J. Anxiety and depression symptoms and response to methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder and tic disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2002;22 (3):349-354.
80. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescents and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(4):426-34.
81. Luş MG. Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010;6(2):31-7.
82. Perugi G, Passino MC, Toni C, Marenmani I, Angst J. Is unipolar mania a distinct subtype? *Compr Psychiatry* 2007;48:213-7.
83. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, et al. The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic-distinction. *Biol Psychiatry* 2006;59:603-10.
84. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Van Patent S, Burbach M, Wozniak J. A prospective follow-up study of pediatric bipolar disorder in boys with attention-deficit hyperactivity disorders. *J Affect Disord* 2004;82:25-34.
85. Abalı O. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özel Öğrenme Güçlüğü. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010;6(2):22-30.
86. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens T, Faraone S. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics* 2009;124(1):71-8.
87. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(1):37-44.

88. Philipsen A, Heslinger B, Tebartz van Elst L. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood: Diagnosis, Etiology and Therapy. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105(17):311-7.
89. Tutkunkardaş MD, Mukaddes NM. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2010;6(2):55-66.
90. Official Journal of American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Treatment of the school-aged child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001;108:1033-44.
91. Turgay A. Psikostimülanlar. Çetin FÇ. (Editör) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. S.647-60.
92. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:894-921.
93. Spetie L, Arnold EL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Volkmar FR (Eds.). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.p.430-54.
94. Kratochvil CJ, Milton DR, Vaughan BS, Greenhill LL. Acute atomoxetine treatment of younger and older children with ADHD: A meta-analysis of tolerability and efficacy. *Child Adolescent and Mental Health* 2008;2(25):1-9.
95. Wooltorton E. Suicidal ideation among children taking atomoxetine (Strattera). *CMAJ* 2005;173(12):1447.
96. Biederman J, Swanson JM, Wigal SB, Boellner SW, Earl CQ, Lopez FA, et al. A comparison of once-daily and divided doses of modafinil in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, and placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2006;67:727-35.
97. Scahill L. Alpha-2 adrenergic agonists in children with inattention, hyperactivity and impulsiveness. *CNS Drugs* 2009;23:43-9.
98. Mukaddes NM, Abalı O. Venlafaxine in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:92-5.
99. Ercan ES. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık, 2008:11-242.
100. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Current Approaches in Psychiatry* 2010;2(1):75-116.

101. 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.
102. Gökler B, Fatih Ü, Pehlivan Türk B, EÇ Kültür, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşamboyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2004;11(3):109-16.
103. Hergüner S, Hergüner A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Archives of Neuropsychiatr* 2012;49:114-18.
104. Görker I. 'Clinical Assessments of Turkish Children Diagnosed With ADHD in Trakya Region'. International Thematic Conference, From Inhibition to Hyperactivity: Psychopathological Approach, Athens, Greece, July 3-5, 2009.
105. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007;32:631-42.
106. Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang JW, Kim JH, et al. Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J* 2006;47:113-21.
107. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: M Lewis (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p.645-70.
108. Hartung CM, Willcutt EG, Lahey BB. Sex differences in young children who meet criteria for attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychol* 2002;31:453-64.
109. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002;159:36-42.
110. Yüce M. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
111. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention deficit hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr* 2010;31:427-40.

112. The MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999;56(12):1073-86.
113. Souza I, Pinheiro MA, Mattos P. Anxiety disorders in an attentiondeficit/hyperactivity disorder clinical sample. Arq Neuropsiquiatr 2005;63:407-9.
114. Jarrett MA, Ollendick TH. A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit / hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. Clin Psychol Rev 2008;28:1266-80.
115. Bowen R, Chavira DA, Bailey K, Stein MT, Stein MB. Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. Psychiatry Res 2008;15:201-9.
116. Turgay A. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: sınıflandırma, teşhis ve tedavideki yenilikler. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1998;3:459-94.
117. Alyanak B. Boşanma ve Çocuk. Çetin FÇ. (Editör) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:763-9.
118. Ağaoğlu B. Depresif Bozukluklar. Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motovallı N, Pehlivan Türk B, ve ark. (Editörler) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:373-82.
119. Ünal F, Mazlum B. Dışa Atım Bozuklukları. Çetin FÇ. (Editör) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:524-33.
120. Sürücü Ö, Gündoğdu B. Öğrenme Bozuklukları. Çetin FÇ. (Editör) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:216-31.
121. Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. Arch Gen Psychiatry 1999;56:215-9.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2012/91	
	PROTOKOL ADI	Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı almış Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Eşitiler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Doç. Dr. Işık GÖRKER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 17/ 13	Tarih: 31.07.2013	
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Işık GÖRKER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Hakan CENGİZ'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın adının "Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Polikliniğine Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulguları ile Başvuran Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik Özellikler ve Psikiyatrik Eşitiler" şeklinde değiştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevduat oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi		

UYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ ve Has. A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Avukat Bakı KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK 2: Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik Veriler:

Adı Soyadı:

1. Doğum tarihiniz (yıl):
2. Doğum yeriniz:
3. Yaşadığınız yer:
4. Cinsiyetiniz: erkek ☐ kadın ☐
5. Kaç kardeşsiniz:
6. Kaçınıcı çocuksunuz:
7. Sizinle birlikte şu anda evinizde kaç kişi yaşıyor, kimlerle yaşadığınızı belirtiniz:
.....
8. Ailenizin gelir durumu: Az gelirli ☐ Orta Gelirli ☐ Yüksek Gelirli ☐
9. Öğrenim durumuz: İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐
10. Akademik başarınız : Okuma yazmayı bilmiyor ☐
Hiç sınıfta kalmamış başarılı ☐
Hiç sınıfta kalmamış orta ☐
Bir kez sınıfta kalmış orta ☐
Birkaç kez kalmış zayıf ☐
11. Daha önce psikiyatrik tanı aldınızı mı : Evet ☐ Hayır ☐
12. Evet ise açıklayınız:
13. Daha önce psikiyatrik ilaç kullandınızı mı: Evet ☐ Hayır ☐
14. Evet ise açıklayınız:
15. Daha önce tıbbi bir sorununuz oldumu : Evet ☐ Hayır ☐
16. Evet ise açıklayınız:
- ANNE
17. Anne : Öz ☐ Üvey ☐
18. Anne : Sağ ☐ Ölü ☐
Anne ölüm nedeni:
19. Anne Yaşı :

20. Anne Eğitim: İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksekokul-Üniversite ☐

21. Anne Meslek: Öğrenci ☐ İşçi ☐ Memur ☐
Çiftçi ☐ Serbest meslek ☐ Esnaf ☐
Diğer ☐ Ev kadını ☐

22. Annede sağlık sorunu : Evet ☐ Hayır ☐

23. Evet ise açıklayınız:

24. Gebelikte sigara kullanımı: Evet ☐ Hayır ☐

25. Evet ise kaç günde kaç tane:

26. Gebelikte alkol ya da madde kullanımı: Evet ☐ Hayır ☐

27. Evet ise açıklayınız:

28. Gebelikte ilaç kullanımı: Evet ☐ Hayır ☐

29. Evet ise açıklayınız:

30. Gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun oldumu : Evet ☐ Hayır ☐

31. Evet ise açıklayınız:

32. Doğum zamanı: Erken doğum ☐ Zamanında doğum ☐ Geç doğum ☐

33. Doğum tipi: Normal ☐ Seaeryan ☐

BABA

34. Baba : Öz ☐ Üvey ☐...

35. Baba : Sağ ☐ Ölü ☐
Baba ölüm nedeni:

36. Baba Yaşı :

37. Babada sağlık sorunu : Evet ☐ Hayır ☐

38. Evet ise açıklayınız:

39. Baba Eğitim: İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksekokul-Üniversite ☐

40. Baba Meslek: Öğrenci ☐ İşçi ☐ Memur ☐
Çiftçi ☐ Serbest meslek ☐ Esnaf ☐
Diğer ☐ Meslek sahibi değil ☐

41. Anne Baba arasında akrabalık varmı : Evet ☐ Hayır ☐
42. Akrabalık varsa belirtiniz:
43. Anne-babanın medeni durumu: Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor ☐
44. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: Evet ☐ Hayır ☐
45. Evet ise açıklayınız: