

# DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISINA VARILAN OLGULARIN DSM-IV ÖLÇÜTLERİNE GÖRE BELİRTİ SIKLIĞI VE DAĞILIMI VE DİĞER YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLARI İLE BİRLİKTELİĞİ

Aynur PEKCANLAR\*, Atilla TURGAY\*\*, Süha MİRAL\*

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı\*  
Toronto Üniversitesi Scarborough General Hospital Child and Family Clinic \*\*

## SUMMARY

*The purpose of the study was to examine the frequency and distribution of DSM-IV symptoms in children and adolescent with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and other disruptive behavior disorders and to determine comorbidity of ADHD and other disruptive behavior disorders.*

*Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale was given to 60 mothers who have a child with ADHD to assess the presence of DSM-IV criteria. Two child psychiatrists had clinical observations and assessments.*

*The most common symptom was "distractibility" (98%). 95% of the mothers reported inattention symptoms such as "has difficulty sustaining attention in tasks or play activities" and oppositional defiant disorder's symptoms such as "loses temper". More than 80% of the patients had inattention, hyperactivity, impulsivity and oppositional defiant disorder's symptoms. None of the mothers marked severe conduct problems such as "has stolen while confronting a victim" and "is truant from school, beginning before age 13 years".*

**Key words:** Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), disruptive behavior disorders, DSM-IV criteria

## ÖZET

*Çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan çocuklardaki belirti sıklığını ve dağılımını incelemek ve DEHB'nin de içinde yer aldığı yıkıcı davranış bozukluklarıyla ne ölçüde birlikte olduğunu, hangi belirtilerin sıklıkla birlikte görüldüğünü saptamaktır.*

*Araştırma DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 60 çocuk ve anneleri üzerinde yürütülmüştür. Olguların annelerine DSM-IV kökenli Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Belirtileri Ölçeği verilmiştir. Klinik gözlem ve değerlendirmeler iki çocuk psikiyatristi tarafından yapılmıştır.*

*En fazla görülen belirti dikkat eksikliği "kolayca ilgi dağılması" (%98) olarak belirlenmiştir. %95 oranında anne çocuklarında "görevlerinde veya oyun etkinliklerinde dikkati sürdürmede güçlük çekme" gibi dikkat süresinin kısalığının ve/veya "çabuk öfkelenme" gibi karşı olma-karşı gelme bozukluğunun belirtilerinden birini görmüştür. %80'in üzerinde hastada dikkatsizlik, hiperaktivite, impulsivite ve karşı olma-karşı gelme bozukluğunun belirtileri birlikte görülmüştür. Hiç bir anne çocuklarında "kurbanla karşı karşıya iken hırsızlık", "13 yaşından önce başlayan okuldan kaçma" gibi çok büyük davranım sorunları tanımlamamışlardır.*

**Anahtar sözcükler:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, (DEHB), yıkıcı davranış bozuklukları, DSM-IV kriterleri

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yedi yaşından önce başlayan ancak sıklıkla ergenlik ve erişkinliğe kadar devam eden sık görülen bir bozukluktur (1). Prevalansının, 18 yaş altındaki çocuk ve gençlerde %5-20 oranında olduğu saptanmıştır. DEHB dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite-impulsivitenin gelişimsel düzeyde beklenenden daha ciddi ve daha sık görülmesiyle karakterizedir. Ölçütler zamanla değişebilmesine rağmen DSM-IV, sendromun anlamlı derecede sosyal, akademik ve mesleki bozulmaya neden olması ve bu durumun

en az iki ortamda (örn:ev ve okul) bulunmasını gerektirir. Komorbid duygudurum, anksiyete, psikotik bozukluk gibi bozukluklar bulunabilir ancak bu bozuklukların belirtileri DEHB belirtilerinden daha baskın olmamalıdır (2). Kuzey Amerikada geliştirilen DSM sistemi diğer ülkelerde de giderek daha çok uygulanır hale gelmiştir.

DSM-IV ölçütleri DEHB'li ve DEHB'li olmayan örnekleri etkin bir biçimde ayırmalaştırabilir (3). Bir grup çalışmacının yüzüymialtı 4-6 yaş grubu çocukta ve aynı sayıdaki kontrol grubunda DSM-IV tanı

ölçütlerinin geçerliliğini test ettiği çalışmalarında, DEHB alttipleri yapılandırılmış görüşmeden elde edilen tanılarla desteklenmiştir (4). Bir diğer çalışma grubu DSM-III-R ve DSM-IV tanı kriterlerini annebaba ve öğretmen ölçekleriyle karşılaştırmışlar ve DSM-III-R'a göre altgrupların homojenitesi ve olguyu sınıflama yeteneği açısından DSM-IV'ün daha üstün olduğunu saptamışlardır (5). Değerlendirme ölçekleri tanı koyma, izlem ve sağaltım ölçekleme açısından değerli araçlardır. Ancak sadece bu ölçeklerle tanı konulamaz. Klinik gözlem, öykü, annebaba ve öğretmenin gözlemleri, klinik muayene, psikolojik testler ve değerlendirme ölçekleriyle tanıya ulaşılır.

İlkokul çağındaki DEHB'li çocukların üçte ikisinde en az bir ruhsal bozukluk tabloya eşlik etmektedir (6,7,8). Psikiyatriye başvuran olgularda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB), pediatriye başvuran olgularda özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) sık olarak görülmektedir.

Turgay ve ark. (1994) DEHB ve KOKGB'nin %40-95 oranında birlikte görüldüğünü bildirmişlerdir. Aynı çalışmada DB-DEHB birlikteliği ise %25-50 oranında bulunmuştur (9). Biederman ve ark. (1991) %64 DEHB-KOKGB birlikteliği bulmuşlardır (1). Farrington ve ark. (1989) genç mahkumlar arasında yaptıkları bir çalışmada, hiperaktivite+DB'li %45.8, DB'li %35, hiperaktifiteli %12.6 oranında gencin mahkum edildiklerini saptamışlardır (10). DEHB sıklıkla nörogelişimsel ve bilişsel gerilikte birlikte, DB ise özellikle düşük sosyoekonomik koşullar, aile psikopatolojisi, ailede işlev bozuklukları ile birlikte bulunmaktadır (11).

Grillo ve ark. (1996) davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu arasındaki karşılaştırmalı çalışmalarında, DEHB'nin madde kullanımından çok DB ile birlikte görüldüğünü saptamışlardır (12).

Ülkemizde DEHB ve diğer yıkıcı davranış

bozuklukların birlikteliği üzerine yapılmış olan bir çalışmada DEHB tanısı alan olguların %54'ünde karşıt olma karşı gelme bozukluğu ya da davranım bozukluğu gösterilmiştir (13).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite günlük dilde de çok fazla kullanılır hale gelmiştir. Bu yüzden DEHB'de doğru tanı çok önemlidir. Yanlış tanı birçok çocuğun olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı DEHB belirti sıklığını ve dağılımını incelemek, klinik değerlendirmede ölçeklerin kullanımının yararlılığını değerlendirmek ve DEHB'nin de içinde yer aldığı yıkıcı davranış bozukluklarının belirtilerinin ne ölçüde birlikte görüldüğünü belirlemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 1996 yılı içinde, DEHB ön tanısı ile pediatristler ve aile hekimleri tarafından Scarborough Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı Çocuk ve Aile Birimine gönderilen ve DEHB tanısı alan 60 çocuk üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu birim daha çok DEHB tedavi, eğitim ve araştırma enstitüsüdür. DEHB ön tanısı ile bu birime gönderilen çocuk ve gençlerin aileleriyle klinikte görevli olan aile hekimi, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı tarafından ayrıntılı öykü alınmıştır. Tanıları desteklemek için annebaba ve öğretmenlere Turgay, Du Paul ölçekleri verilmiştir. Bu ölçekler hem belirti tarama amaçlı hem de tanıyı destekleme amaçlıdır. Klinikte görevli iki çocuk psikiyatristi tarafından ruhsal muayene ve DEHB muayeneleri uygulanmıştır. Yapılandırılmamış klinik görüşme ile DEHB ve eş zamanlı yıkıcı davranış bozuklukları tanıları DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. DEHB alt tiplmesi DSM-IV temel alınarak yapılmıştır.

### Çalışmamızda kullanılan ölçekler şunlardır:

1- "DSM IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders: Screening and Rating Scale DSM-IV Kökenli Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Belirtileri ve Ölçüm Skalası". Bu ölçek 41 sorudan

oluşmuştur. 9 adet dikkat eksikliğini, 9 adet hiperaktivite ve impulsivite, 8 adet karşıt olma-karşı gelme bozukluğunu, 25 adet davranım bozukluğunu sorgulayan madde bulunmaktadır. Her madde 0:hiç yok, 1:biraz, 2:oldukça fazla, 3:çok fazla biçiminde puanlanmaktadır. DEHB tanısı için 9 adet dikkat eksikliğini sorgulayan maddenin en az 6'sını 2 veya 3, 9 adet hiperaktivite ve impulsiviteyi sorgulayan maddenin en az 6'sını 2 veya 3 olarak karşılanması gerekmektedir. KOKGB tanısı için 8 adet maddenin en az 4'ünü 2 veya 3 olarak karşılanması, DB içinse 25 adet maddenin en az 2'sini 6 ay veya 1 yıl süre ile karşılaması gerekmektedir (9).

2-"Du Paul ADHD Rating Scale" Du Paul Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği: Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve impulsivite belirtilerini sorgulayan 14 maddeden oluşmuştur. Her madde 0:hiç yok, 1:biraz, 2:oldukça fazla, 3:çok fazla biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 14'dür (14).

Verilerin yüzde hesabı olarak dökümü yapılmıştır. İstatistikler için SPSS paket programı ile Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

### BULGULAR

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde 60 olgunun 15'i kız (%25), 45'i erkek olup kız/erkek oranı yaklaşık 1/3 olarak bulundu.

Yaş aralığı kızlarda, 5-14 yaş (yaş ortalaması 8.6, SD: 1.08) erkeklerde 5-14 yaş (yaş ortalaması: 8.4, SD: 3.65), toplam yaş ortalaması: 8.45, SD: 4.62 idi.

60 çocuk tanı açısından değerlendirildiğinde 51(%85) çocuk DEHB bileşik tip tanısı aldı. Bunların 39'u (%87) erkek, 12'si (%80) kız idi. DEHB dikkat eksikliği baskın tip tanısı alan 9 (%15) çocuk bulunmaktaydı (Tablo I).

Çocuklar yaş gruplarına göre incelendiğinde; 5-8 yaş aralığındaki 33 çocuğun 2'si (%6) DEHB dikkat eksikliği baskın tip tanısı, 31'i (%94) DEHB bileşik tip tanısı, 9-14 yaş grubundaki 27 çocuğun 7'si (%26) DEHB DE baskın tip, 20'si (%74) DEHB bileşik tip tanısı aldı. DEHB'nin alttıplerinin yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı (Fisher  $X^2$  p=0.065) (Tablo II).

Komorbid tanılar incelendiğinde 52 çocukta (%86) DEHB'den başka ikinci, 28 çocukta (%46) üçüncü, 11 çocukta (%18) dördüncü ek bir ruhsal bozukluğa rastlanmıştır. En fazla DEHB ile birlikte görülen bozukluk olarak, KOKGB 46 çocukta (%76) saptanmıştır. Kızların 10'u (%66) ve erkeklerin 36'si (%80) KOKGB tanısı almıştır. İkinci en fazla birlikte görülen bozukluk olarak, Davranım Bozukluğu saptanmıştır. 8 çocuk (%13) DB tanısı almıştır, bunların 2'si (%13) kız, 6'si (%13) erkektir (Tablo III).

Tablo I. DEHB bileşik tip ve DEHB dikkat eksikliği baskın tipin cinsiyetine göre dağılımı

Cinsiyet	n	DEHB DE Baskın Tip		DEHB Bileşik Tip	
		N	%	n	%
Kız	15	3	20	12	80
Erkek	45	6	13	39	87
Toplam	60	9	15	51	85

Tablo II. DEHB bileşik tip ve DEHB dikkat eksikliği baskın tipin yaşa göre dağılımı

Cinsiyet	Yaş Dağılımı	DEHB DE Baskın Tip		DEHB Bileşik Tip	
		n	%	N	%
Kız	5-8 y	1	12,50	7	87,50
	9-14 y	2	29	5	71
Erkek	5-8 y	1	4	24	96
	9-14 y	5	25	15	75
Toplam	5-8 y	2	6	31	94
	9-14 y	7	26	20	74

Tablo III. KOKGB ve DB'nin dağılımı

Cinsiyet	n	KOKGB		DB	
		n	%	n	%
Kız	15	10	67	2	13
Erkek	45	36	80	6	13
Toplam	60	46	77	8	13

Turgay'in DSM-IV kökenli çocuk ve ergen davranış bozuklukları değerlendirme ölçeği kullanılarak yapılan incelemelerde 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla yanıtları evet kabul edilmiştir.

Annelerin en fazla gördüğü semptom "kolayca ilgi dağılması" (8. madde) olarak belirlendi. 59 anne (%98) bu bulguyu çocuklarında görmüşlerdir. 57 anne (%95) çocuklarında "görevlerde veya oyun etkinliklerinde dikkati sürdürmede güçlük çekme" (2.madde), "doğrudan ona birşey söylendiğinde dinlemiyormuş gibi görünme" (3. madde), "okul ödevlerini, görevlerini veya iş yerindeki vazifelerini tamamlamada başarısızlık veya istenenleri yapmada güçlük çekme" (4.madde) ve "çabuk öfkelenme" (19.madde) tanımlamışlardır.

56 anne (%93) çocuklarında, "sürekli zihin çalışmasını gerektiren görevlerden çekiniklik, hoşlanmama veya isteksizlik (okul ödevleri gibi)" (6. madde), "günlük etkinliklerde unutkanlık" (9. madde), "konuşma veya oyunları yarıda kesme, sırasını beklemeden girmeye

çalışma" (18. madde) bildirmişlerdir.

55 anne (%92) çocuklarında, "okul ödevlerinde, işinde veya diğer etkinliklerde ayrıntılar üzerine dikkati vermeyi başaramama veya dikkatsizlik nedeniyle hatalar yapma" (1. madde), "erişkinlerle olumsuz tartışma, karşılık verme" (20. madde), "alınan olma veya kolayca başkaları tarafından kızdırılma" (24. madde) itemlerine evet yanıtı vermişlerdir.

53 anne (%88) çocuklarında, "sınıfta, sürekli oturması beklenen durumlarda veya diğer durumlarda oturamama" (11. madde) tanımlamışlardır.

52 anne (%86) çocuklarında, "sırasını beklemekte güçlük çekme" (17. madde), "kendi hataları veya yanlış davranışları için başkalarını sorumlu tutma" (23. madde), 51 anne (%85) çocuklarında, "içinde bir motor varmış gibi sürekli hareket halinde olma" (14. madde), 49 anne (%80) çocuklarında, "bile bile insanları kızdırma" (22. madde), "kızgın ve gücenik olma" (25. madde) bildirmişlerdir.

47 anne (%78) çocuklarında, "aşırı konuşma" (15. madde), 46 anne (%76) çocuklarında, "boş zamanlarda yapacak bir şey bulmakta veya sessizce oynamakta güçlük çekme" (13. madde) itemine evet yanıtı vermişlerdir.

35 anne (%58) çocuklarında, "sıklıkla kinci veya intirikamcı olma" (26. madde) "zorbalık, tehdit veya başkalarının gözünü korkutma" (27. madde), 32 anne (%53) çocuklarında, "fiziksel kavgaları başlatma" (28. madde), 26 anne (%43) çocuklarında, "kendine çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçınmak için yalan söyleme" (37. madde) tanımlamışlardır.

18 anne (%23) çocuklarında, "başkalarının mal ve mülklerine bilerek zarar verme (yangın çıkarmadan başka)" (35. madde), "kurbanla karşı karşıya gelmeksizin değerli, birşeyler çalma (mağazaya zorla girmeden birşeyler çalma, sahtekarlık) (38. madde), 12 anne (%20) çocuklarında, "hayvanlara fiziksel olarak zalim davranma" (31. madde), 10 anne (%16) çocuklarında, "diğer insanlara ciddi zararlar verebilecek silahlar kullanma (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca)" (29. madde) bildirmişlerdir.

2 anne (%3) çocuklarında, "herhangi birini cinsel ilişkiye zorlama" (33. madde), "ciddi hasarlara neden olsun diye yangın çıkarmaya kasıtlı olarak katılma" (34. madde), "13 yaşından önce başlayan, anebabanın yasaklamasına rağmen geceyi dışarıda geçirme" (39. madde), 1 anne (%2) çocuğunda, "herhangi birinin evi, binası veya arabasına izinsiz girme" (36. madde), "ailesiyle birlikte yaşarken en az 2 kez gece yarısı evden kaçma (veya uzunca bir periyod dönmeksizin 1 kez)" (40. madde), "ailesiyle birlikte yaşarken en az 2 kez gece yarısı evden kaçma (veya bir kez uzunca bir süre eve dönmeme)" (40. madde) tanımlamışlardır.

Hiç görülmeyen semptomlar, "kurbanla karşı karşıya iken hırsızlık (saldırıp soyma, cüzdandan kaçırma, silahlı

soygun gibi)" (32. item), "13 yaşından önce başlayan okuldan kaçma" dır (41. item) (Şekil I).

## TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan olguların yaş ortalaması 8.45 olarak saptanmıştır, DEHB'nin 6-9 yaş arası çocuklarda en yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir (15.6). Bu durum zihinsel çaba gerektiren ders çalışma, ödev yapma, sınıfta ders dinleme güçlüğü gibi dikkat eksikliği ve sınıfta sürekli oturma güçlüğü gibi hiperaktivite belirtilerinin okul döneminde ön plana çıkması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda DEHB tanısının erkeklerde kızlara oranla 3 kat daha fazla görülmesi kaynaklar ile uygunluk göstermektedir. Klinik örneklemli bir çalışmada kız/erkek oranı 1/9 olarak saptanmıştır (16). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görüldüğü bilinmektedir (7). Erkek çocukların daha fazla bu bozukluğu gösteriyor olmalarının kesin nedeni bilinmemektedir. Bu seçicilik diğer tüm çocukluk dönemi ruhsal bozukluklarının erkek çocuklarda daha sık görülmesi ile ilişkili olabilir.

5-8 yaş grubuna göre, 9-14 yaş grubunda DEHB bileşik tip/DEHB dikkat eksikliği baskın tip oranı küçülmektedir. Yapılan çalışmalarda göre yaş ilerledikçe bu oranın küçüldüğü saptanmıştır (2). Yaşla birlikte hiperaktivite ve impulsivitenin azaldığı veya huzursuzluğa dönüştüğüne ilişkin görüşlerin yanısıra hiperaktivite ve impulsivitenin azalmayıp sadece bunların şeklinin değiştiğine yönelik görüşler de vardır. Örneğin erken çocukluktaki amaçsız gibi görünen motor hiperaktivite çok fazla spor yapma veya hareketli meslek seçimine dönüşebilir. Yine erken çocukluktaki caddeye fırlama ya da tehlikeli hareketler yapma şeklindeki dürtüsel davranışlar erişkin yaşamda çok sık cinsel eş değiştirme, alkol-madde kötüye kullanımı gibi dürtüsel davranışlar şeklini alabilir (15).

Bu çalışmadaki kız çocuklarda hem 5-8 yaş grubunda, hem de 9-14 yaş grubunda bu oran daha küçük olarak saptanmıştır. Yani kız çocuklarda her iki yaş grubu için DEHB dikkat eksikliği baskın tipin sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Bu çalışmadaki kız çocuklarda hem 5-8 yaş grubunda, hem de 9-14 yaş grubunda bu oran daha küçük olarak saptanmıştır. Yani kız çocuklarda her iki yaş grubu için dikkat eksikliği baskın tip DEHB sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Bulgularımız yapılan çalışmalara uygunluk göstermektedir (17,7). Bu durum kız çocukların doğaları gereği erkek çocuklardan daha az hareketli ve dürtüsel olmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızdaki olguların komorbid bozuklukları incelendiğinde, hastaların %86'sında ikinci, %46'sında üçüncü, %18'inde dördüncü bir DSM-IV tanısına rastlanmıştır. DEHB'nin çeşitli eş zamanlı bozukluklarla birlikte görülen heterojen bir bozukluk olduğu bilinmektedir (18). Yapılan incelemelerde DEHB'li çocukların 2/3'ünde ikinci bir DSM-IV tanısı saptanmıştır (6,7,8).

Çalışmamızda DEHB ile en fazla birlikte görülen bozukluğun KOKGB olduğu bulunmuştur. Kaynaklara göre bu oran %40-95 olarak bildirilmektedir (19, 20,21). Bizim çalışmamızda da kızların %67'sinde, erkeklerin %80'inde, ortalama %77 oranında KOKGB saptanması kaynaklarla uyumluluk göstermektedir. KOKGB'nin çok sık DEHB ile birlikte görülmesi DEHB+KOKGB'nin, DEHB'nin bir alt tipi olabileceği hipotezini destekleyebilir (18,22). Ayrıca DEHB'li olgularda sık görülen saldırganlık ve olumsuz anne baba çocuk ilişkisi KOKGB'ye neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda en fazla görülen ikinci bozukluk olarak DB saptanmıştır. Kaynaklara göre bu iki bozukluğun eşzamanlılık oranı %13 ile %50 arasında değişmektedir (11,12). Bizim çalışmamızda bu oran hem kızlar hem de erkekler için %13 olarak bulunmuştur. DEHB+DB'nin, DEHB'nin bir alt tipi olabileceğine ilişkin tartışmalar vardır (18,22).

Bu çalışmada Turgay'ın DSM-IV Kökenli Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ile yapılan DSM-IV DEHB belirtileri taramasında, en fazla görülen semptom olarak "distraktibilite" (kolayca ilgi dağılması) (%98) saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda dikkat süresinin kısa olması ve distraktibilite en fazla görülen DEHB belirtileri olarak belirlenmiş ve ana semptomlar olarak kabul edilmişlerdir (6,23). Hiperaktivite ise daha değişken bir semptomdur. Dikkat süresinin kısa olması ve distraktibilitenin nedeni, frontal bölgenin etkilenmesi ve mezolimbik, mezokortikal yollar ve talamik yapılarındaki nörotransmitter işlev bozuklukları olabilir.

Annelerin %95'i çocuklarında "görevlerinde veya oyun aktivitelerinde dikkati sürdürmede güçlük çekme" "doğrudan ona bir şey söylendiğinde dinliyor gibi görünmeme", "okul ödevlerini, görevlerini veya iş yerindeki görevlerini tamamlamada başarısızlık veya istenenleri yapmakta güçlük çekme", "çabuk öfkelenme" tanımlamışlardır. Yine dikkat süresinin kısalığı ve distraktibilite ile ilgili belirtilerin görülmesi kaynaklarla uyumludur. "Çabuk öfkelenme" DEHB ile birlikte en fazla görülen KOKGB belirtisidir (1,9,24). Bazı yayınlarda, DEHB'de eksitabilite, öfke nöbetleri, önemsiz konular için tartışmalar, düşük engellenme eşiği, aşırı heyecanlanmaya eğilim ana semptomlar olarak kabul edilmektedir (1,3,6). Bu da her iki bozukluğun aynı etiyolojik etkenlerden kaynaklandığını gösterebilir.

Çalışmamızda bir impulsivite semptomu olan "konuşma veya oyunları yarıda kesme, sırasını bekleyememe" %93 oranında saptanmıştır. Kaynaklarda belirtilen oranlar değişik olmakla birlikte (25), çalışmamızda annelerin %90'ı çocuklarında "ellerini ve ayaklarını kıpırdatma veya oturduğu yerde kıpırdanma"; %88'i "sınıfta, sürekli oturması beklenen ortamlarda veya durumlarda oturamama" gibi hiperaktivite semptomları bildirmişlerdir. Çalışma bulgularımıza dayanarak bu çocukların dikkatini yoğunlaştırabilme sürelerinin kısa olması ikincil olarak

aşırı hareketliliğe mi neden olmaktadır sorusunu akla getirmektedir. Nitekim okul ortamında yaşatlarına kıyasla dikkati çabuk dağılan böyle bir çocuk öğretmenini çok kısa bir süre izleyebiliyor ve daha sonra aktarılan konu ile ilgilenemiyorsa, yaşının özelliği nedeniyle öğretmenini izleyememenin gerginliğini hareketlilik ve hiç durmadan kıpırdanma ile gideriyor olabilir. Bu durumu öğrencisi ile ilgili bir öğretmen ve çocuğunu iyi gözleyen bir annesine farkedebilir. Aksi olduğunda ön planda aşırı hareketlilikten daha çok söz edilebilir. Sonuçlarımız, çalışma kapsamına giren çocukların ailelerinin ön plandaki belirtileri iyi ayırtabildiklerini düşündürmüştür.

Hastaların %80'inden fazlasında dikkatsizlik, hiperaktivite, impulsivite ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu semptomlarının birlikte görülmesi, DEHB ve KOKGB'nin aynı hastalığın değişik alttipleri olabileceği varsayımını destekleyebilir (1).

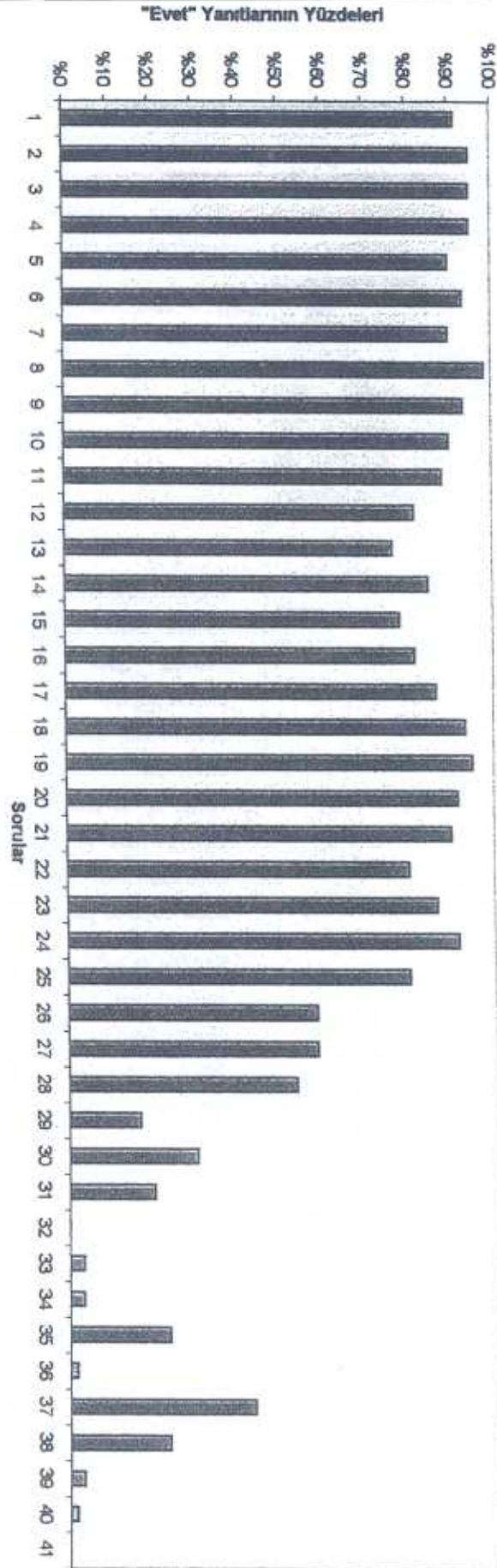
Çalışmamızda en fazla görülen davranım bozukluğu belirtilerinin, "zorbalık, tehdit, diğer insanların gözünü korkutma", "fiziksel kavga başlatma", "yalan söyleme" olduğu gözlenmiştir. Araştırmalara göre okulda başarısız olan yeterince arkadaş ilişkisi geliştiremeyen, evde ve okulda sürekli reddedilen bu çocuklar saldırgan olabilirler ve davranım bozukluğu geliştirebilirler (3,24). Daha önceleri saldırgan ve antisosyal davranışların DEHB için gerekli bileşenler olduğu düşünülmüştür. DEHB'nin davranım bozukluğundan farklı olmadığı ileri sürülmüştür

(1,3,11,24). Klinik çalışmalar, DEHB'li çocuklarda az, fakat anlamlı oranda antisosyal davranış görüldüğünü ortaya koymaktadır (1,9,12). Yapılan çalışmalarda davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik ile DEHB arasında ailesel ve genetik ilişki olduğu öne sürülmektedir (10,12,24).

Hiçbir anne çocuğunda "kurbanla karşı karşıya iken hırsızlık (saldırıp soyma, cüzdandan kaçırma, silahlı soygun)" "13 yaşından önce başlayan okuldan kaçma" gibi çok ciddi davranış sorunları tanımlamamıştır. DEHB'li çocuklardaki davranış sorunlarının çok ciddi düzeyde olmaması aile ilişkilerinin iyi olmasından kaynaklanabilir. Bu bizim örneklem grubumuza özgü bir bulgu olarak düşünülmüştür.

Bizim bulgularımız çocuk psikiyatrisi hekimlerinin klinikte dikkat etmesi gereken durumlar açısından katkıda bulunabilir. Ayrıca Biederman ve arkadaşlarının (1991) (1) "DEHB bir spektrum bozukluktur spektrumun bir ucunda hafif DEHB, ortasında DEHB+karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve en uç noktasında DEHB+davranım bozukluğunun saldırganlıkla ilgili belirtilerinin daha sık birlikte görüldüğü hafif formlarının bulunmaktadır" görüşünü destekleyerek yazına katkıda bulunmuştur.

Kanada'da yapılan bu çalışmanın kültürden ne derece etkilendiğine dair verimiz bulunmamaktadır. Bizim ülkemizdeki aynı tanı grubunda olan çocukları ne ölçüde kapsadığını değerlendirmeye yönelik bir çalışma başlatılmıştır.



Şekil 1 : Turgay ölçeğine yanıtlar



## KAYNAKLAR

1. Biederman J, New Corn J, Sprich S: Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148:564-577.
2. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, (DSM-IV) American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
3. Conners CK. Rating Scales in attention-deficit/hyperactivity disorder: use in assessment and treatment monitoring. *J Clin Psychiatry* 1998; 7:24-30.
4. Laney BD, Pelham WE, Stein MA et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:695-702.
5. MC Burnett K, Pfiffner LJ, Willcutt E et al. Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:17-24.
6. Arnold LE, Jensen PS. Attention Deficit Disorders in: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6. ed. Kaplan, Sadock, Baltimore: Williams&Wilkins, 1995; pp:2295-2310.
7. Cantwell DP. Therapeutic Management of Attention Deficit Disorder, participant workbook. New York, SCP Communication 1994; pp:4-20.
8. Nottelman E, Jensen P. Comorbidity of disorders in children and adolescent: developmental perspectives, in: *Advances in clinical child psychology*, vol. 17, New York Plenum, pp: 1995: 109-155.
9. Turgay A, Gordon E, Vigdor M. ADHD and comorbidity in the study group. Abstract published in the APA, Annual Meeting's New research Section, 1994, Washington DC.
10. Farrington DP, Loeber R, Van Kammen WB. Longterm criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity attention deficit and conduct problems in childhood in straight and devious pathways to adulthood. Edited by Robins LN, Rutter MR, New York, Cambridge University Press, 1989.
11. MC Ardle D, O'Brien G, Kolvin I. Hyperactivity prevalence and relationship with conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36:279-303.
12. Grillo CM, Becker DF, Fehon DC et al. Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry* 1996; 153:914-920.
13. Şenol S. Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, Risklerin ve Tedavi Eğilimlerinin Belirlenmesi. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi. GÜTF Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara, 1997.
14. Du Paul GJ, Anastopoulos AD, Shelton TL, Gueuremont DC, Metavia. Multimethod Assessment of ADHD, the diagnostic utility of clinic-based test. *J Clin Child Psychol* 1992; 21:194-202.
15. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder; A Handbook For Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press, 1990; pp 3-673.
16. Biederman J, Faraone SV, Mick E et al. Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 966-975.
17. Sharp WS, Walter JM, Marsh WL et al. ADHD in girls: clinical comparability of a Research Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 : 40 - 47.
18. Biederman J, Faraone SV, Milberger S et al. Is childhood oppositional disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1193-1204.
19. Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell RC. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder result from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:185-193.
20. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, ve ark. Comparison of diagnostic criteria for ADHD in countrywide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:319-324.
21. Lalonde J, Turgay A, Hudson J. Attention deficit hyperactivity subtypes and comorbid disruptive behavior disorders in a Child and Adolescent Mental Health Clinic. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 623-628.
22. August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with

- ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1262-1270.
23. Weinberg WA, Mc Lean A, Snider RL et al. Depression, learning disability and school behavior problems. *Psychol Rep* 1989; 64:275-283.
24. Faraone SV, Biederman J, Chen WJ et al. Genetic heterogeneity in ADHD, gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *J Abnormal Psychology* 1995; 104:334-345.
25. Stanton RD, Brumbeck RA. Nonspecificity of motor hyperactivity as a diagnostic criterion. *Percept Mot skills* 1991; 52:323-332.