



**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUKLARIN TEDAVİ  
ÖNCESİ VE SONRASINDA; EBEVEYNLERİNDE  
ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE AİLE  
İŞLEVSELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Semiha ŞEN KAYA**

**Antalya, 2014**



**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE  
BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUKLARIN TEDAVİ  
ÖNCESİ VE SONRASINDA; EBEVEYNLERİNDE  
ANKSİYETE, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE AİLE  
İŞLEVSELLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Semiha ŞEN KAYA**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mustafa Kadri GÜCER**

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

**Antalya, 2014**

# İÇİNDEKİLER

|                                                                            | <u>Sayfa :</u> |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Simgeler ve Kısaltmalar Dizini                                             | iii            |
| Şekiller Dizini                                                            | iv             |
| Tablolar Dizini                                                            | v              |
| <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>                                                    | <b>1</b>       |
| <b>2. GENEL BİLGİLER</b>                                                   | <b>3</b>       |
| 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu                              | 3              |
| 2.1.1. Tanım                                                               | 3              |
| 2.1.2. Tarihçe                                                             | 3              |
| 2.1.3. Epidemiyoloji                                                       | 5              |
| 2.1.4. Etiyoloji                                                           | 5              |
| 2.1.5. Genetik etkenler                                                    | 6              |
| 2.1.6. Nörofizyoloji ve beyin görüntüleme çalışmaları                      | 7              |
| 2.1.7. Biyokimyasal etkenler                                               | 8              |
| 2.1.8. Çevresel ve psikososyal etkenler                                    | 8              |
| 2.1.9. Klinik özellikler ve tanı                                           | 9              |
| 2.1.10. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar                                 | 12             |
| 2.1.11. Ayırıcı tanı                                                       | 14             |
| 2.1.12. Gidiş ve sonlanım                                                  | 14             |
| 2.1.13. Tedavi                                                             | 15             |
| 2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu                   | 16             |
| 2.3. DEHB Tanısı Konulan Çocuğun Ailesinin Özellikleri                     | 16             |
| <b>3. YÖNTEM VE GEREÇLER</b>                                               | <b>18</b>      |
| 3.1. Araştırmanın Modeli                                                   | 18             |
| 3.2. Araştırma Grubu                                                       | 18             |
| 3.3. Veri Toplama Araçları                                                 | 19             |
| 3.3.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu                                | 19             |
| 3.3.2. SCID-I Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Hasta Formu                 | 19             |
| 3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği                                               | 19             |
| 3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği                                               | 20             |
| 3.3.5. DSM-IV'e dayalı erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme<br>Envanteri | 20             |
| 3.3.6. Aile Değerlendirme Ölçeği                                           | 21             |
| 3.4. Verilerin Toplanması                                                  | 22             |
| 3.5. Verilerin Analizi                                                     | 23             |

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4. BULGULAR</b>                                                     | <b>24</b> |
| <b>5. TARTIŞMA</b>                                                     | <b>39</b> |
| <b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>                                         | <b>47</b> |
| <b>7. ÖZET</b>                                                         | <b>49</b> |
| <b>8. ABSTRACT</b>                                                     | <b>51</b> |
| <b>9. KAYNAKLAR</b>                                                    | <b>53</b> |
| <b>10. EKLER</b>                                                       | <b>65</b> |
| Ek 1. Aydınlatılmış onam formu                                         | 65        |
| Ek 2. Bilgi Formu                                                      | 67        |
| Ek 3. Beck Depresyon Ölçeği                                            | 68        |
| Ek 4. Beck Anksiyete Ölçeği                                            | 71        |
| Ek 5. Aile Değerlendirme Ölçeği                                        | 72        |
| Ek 6. DSM-IV'e dayalı erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri | 75        |

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|               |                                                                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BP</b>     | Bipolar Bozukluk                                                                                                            |
| <b>DB</b>     | Davranım Bozukluğu                                                                                                          |
| <b>DE</b>     | Dikkat Eksikliği                                                                                                            |
| <b>DEHA</b>   | Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite                                                                                           |
| <b>DEHB</b>   | Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu                                                                                    |
| <b>DSM</b>    | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                                                                       |
| <b>HA</b>     | Hiperaktivite                                                                                                               |
| <b>ICD</b>    | International Statistical Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması)                               |
| <b>KOKGB</b>  | Karşı Olma-Karşı Gelme Bozukluğu                                                                                            |
| <b>MDB</b>    | Majör Depresif Bozukluk                                                                                                     |
| <b>ÖÖB</b>    | Özgül Öğrenme Bozukluğu                                                                                                     |
| <b>SCID-1</b> | Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

| <b><u>Şekil</u></b> |                                                                                                             | <b><u>Sayfa</u></b> |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>4.1.</b>         | Kontrol ve deney grubu annelerinde depresyon düzeylerinin karşılaştırılması ve tedavi sonrası değişiklikler | <b>32</b>           |
| <b>4.2.</b>         | Kontrol ve deney grubu annelerinde anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması ve tedavi sonrası değişiklikler | <b>32</b>           |

## TABLOLAR DİZİNİ

| <b><u>Tablo</u></b>                                                                                                               | <b><u>Sayfa</u></b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 4.1. DEHB tanılı ve kontrol grubundaki çocukların özellikleri                                                                     | 24                  |
| 4.2. DEHB grubunda ve kontrol grubundaki ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik öyküleri                         | 26                  |
| 4.3. Vaka ve kontrol grubunda depresyon düzeylerine ilişkin bulgular                                                              | 28                  |
| 4.4. Vaka ve kontrol grubunda anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular                                                              | 28                  |
| 4.5. Depresyon düzeylerinin vaka-kontrol ve tedaviden sonra karşılaştırılması                                                     | 31                  |
| 4.6. Anksiyete düzeylerinin vaka-kontrol ve tedaviden sonra karşılaştırılması                                                     | 31                  |
| 4.7. Beck depresyon ve anksiyete ortalama puanlarının kontrol ve vaka grupları arasında karşılaştırılması                         | 33                  |
| 4.8. Beck depresyon ve anksiyete ortalama puanlarının DEHB grubunda ebeveynlerde tanı anında ve tedaviden sonra karşılaştırılması | 33                  |
| 4.9. Aile değerlendirme ölçeği alt işlevlerde saptanan sağlıksızlık düzeylerinin vaka-kontrol ve tedavi sonrası karşılaştırılması | 35                  |

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), okul öncesi çocuklarda başlayıp yetişkinlikte de devam edebilen, aşırı hareketlilik, kısa dikkat süresi ve dürtüsellikle karakterize bir bozukluktur (1). Çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan birisidir ve tedavi edilmediği takdirde çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini, eğitim hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (2). Son yıllarda üzerinde büyük bir klinik, bilimsel ve toplumsal ilgi oluşan bu bozukluğun okul çağı çocuklarının yaklaşık %3-5'ini etkilediği bildirilmektedir (2). Aile öyküsünün varlığı DEHB için süreklilik göstergelerinden biridir. Özellikle hastalığın erişkin formunun çocuklardaki formundan daha güçlü ailesel etiyolojik risk taşıdığı ve ailesel bir alt tip olabileceği öne sürülmüştür (3).

Literatürde; duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğunun DEHB tanısı almış çocukların ana-babalarında daha yüksek olduğunu sık sık vurgulanmıştır (4). Normal bir fiziksel ve zihinsel gelişime sahip olmalarına rağmen çocuklarının davranışlarını kontrol etmekte güçlük çeken anne ve babalar, stres altında kalmaktadırlar. Ebeveynlerinde depresyon öyküsü olan DEHB'li çocuklarda davranış problemleri, ailesinde patoloji olmayan DEHB'li gruba göre daha fazla saptanmıştır (5). Çocuklarında DEHB olan annelerin muayenelerinde depresyon ile ilişkili düşünce çarpıtılması ile annenin negatif disiplin stili ve anne-çocuk ilişki paterni arasında ilişki bulunmuştur. Yine bu çalışmada annedeki depresyon ile çocuklardaki semptomatoloji arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (6). Başka bir çalışmada DEHB olan çocukların babalarında alkol kötüye kullanımı daha sık olarak bulunmuştur (7). Ancak DEHB ve primer enüresis nokturnal çocukların annelerindeki psikiyatrik belirtileri araştıran bir çalışmada, iki grup arasında fark saptanmamıştır (8). DEHB'li çocukların ebeveynlerinde görülen stres ve kaygı düzeyleri, sosyal yaşantılarına ve yaşam kalitelerine etki etmektedir. Ailenin disfonksiyonu da çocuğun yatkınlığını şiddetlendirmekte ve hastalığının sürekliliğine etki etmektedir.

Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde, DEHB olan çocukların annelerinde psikopatoloji ve psikopatolojiyi yordayan faktörlerin araştırılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu çalışmada amaç; DEHB tanısı almış çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları depresyon ve kaygı düzeyinin, aile işlevlerinin değerlendirilerek aradaki

ilişkinin saptanması ve DEHB tedavisinden sonra bu parametrelerdeki değişimleri incelemektir.

**Bu çalışmadaki temel varsayımlar şunlardır;**

1. DEHB tanılı çocuklara sahip ebeveynlerin depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı çocuğa sahip ebeveynlere kıyasla daha yüksektir.
2. DEHB'si olan ve olmayan çocukların ailelerinin aile işlevleri birbirlerinden farklıdır. DEHB'si olan çocukların ailelerinin aile işlevleri olumsuz yönde etkilenmiştir.
3. DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerindeki depresyon ve anksiyete düzeyinin, çocukların tedavisinden sonra azalması beklenmektedir.

Bu varsayımların geçerliliğinin araştırılması amacıyla, DEHB tanı kriterlerini karşılayan çocuklar ve DEHB tanısı almayan kontrol grubu ile her iki grubun ailelerinin anksiyete, depresyon düzeylerinin ve aile işlevlerinin karşılaştırılması tasarlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

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

#### **2.1.1. Tanım**

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan, temel belirtileri dikkat eksikliği, hareketlilik, dürtüsellik olan süregelen, nörogelişimsel bir bozukluktur (9). DEHB tanısı konulmuş kişilerin biliş, algı ve dikkat kapasitelerindeki bozukluklar görülebilmektedir ve bu da; kişinin davranışsal, sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlar yaşamalarıyla kendini gösterebilir (10-13).

#### **2.1.2. Tarihçe**

DEHB, ülkemizde toplum tarafından yaygın olarak tanınmasına karşın, tüm dünyada uzun zamandan beri bilinmektedir. Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde yıllar boyunca bu klinik durumun çeşitli terimlerle anıldığı görülmektedir. Bu tanımlamalar, sendromun değişik nedenlerine ya da en belirgin görünümüne göre yapılmıştır. DEHB ile ilgili ilk tanımlamaların 18. yy'da "Kötü Çocuklar (Bad Children)" (14), 19. yy'da ise "Çılgın Budalalar (Mad Idiots)", "Fevri Delilik (Impulsive insanity)", "yetersiz inhibisyon (defektive inhibition)" şeklinde yapıldığı bildirilmektedir (15).

Günümüzde kullanılabilecek benzer, göreceli olarak kolay anlaşılır bir tanımlama ilk olarak 1902'de Dr.George Still tarafından yapılmıştır (16). Still bu bozukluğu gösteren olguları ileri derecede hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlamış, erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuş, tabloyu organik zeminde gelişen "ahlaki kurallara uymada güçlük (moral deficiency)" diye adlandırmıştır (16).

Birinci Dünya Savaşı sonrası görülen influenza pandemisinde hayatta kalanlarda sıklıkla "ensefalitis letarjika" gelişmesi ve şiddetli davranış bozukluğunun ortaya çıkması organik açıklamalara eğilimi arttırmıştır. İnfluenza pandemisinden etkilenen çocuk ve yetişkinlerde, laboratuvar hayvanlarında olduğu gibi, şiddetli beyin hasarı ile aşırı hareketlilik dürtüsel davranışlar arasında yakın bir ilişki olabileceği bildirilmiştir (17). Strauss ve arkadaşları 1947 yılında aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon

ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda beyin hasarı olduğunu belirtmişler ve bu durumu “minimal beyin zedelenmesi sendromu” olarak adlandırmışlardır (17).

Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD-9 (17) ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II’de (18) bu bozukluğu “Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom” olarak tanımlamasıyla tanı ile ilgili, geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları başlamıştır. Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom’un temel özellikleri DSM-II’de hiperaktivite, dikkat kısalığı, kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir. DSM III’de (19) “dikkat eksikliği bozukluğu” olarak adlandırılan bozukluk; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak iki gruba ayrılmış, temel belirtileri dikkatsizlik, ataklık (dürtüsellik) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir (16). DSM –III-R’de ise “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak adlandırılmış, sıralanan 14 belirti arasından tanı için en az 8 belirtinin olması gerektiği belirtilmiştir. Bozukluk ICD 10 (20) ve DSM IV’de (21) “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak adlandırılmaya devam edilmiştir. 1994 yılında yayımlanan DSM-IV’te DEHB; Bileşik Tip (DEHB-B), Dikkatsizliğin Ön Planda Olduğu Tip (DEHB-D), Hiperaktivite ve Dürtüsellüğün Ön Planda Olduğu Tip (DEHB-HD) olmak üzere 3 alt tipte tanımlanmaktadır (21).

DSM-IV kriterleri kullanılarak hastalığın alt tiplerine yönelik olarak 3-18 yaş arası 3006 çocukla yapılan bir çalışmada %9,9, dikkatsizlik alt tipi, %2,4 aşırı hareketlilik-dürtüsellik alt tipi ve %3,6 bileşik alt tipte olmak üzere prevalans %15,8 bulunmuştur (22). Hiperaktivite-impulsivitenin ön planda olduğu tipte erkek/kız oranı; 4/1 kadardır; ancak dikkat eksikliğinin ön planda olduğu alt tipte bu oran 2/1’e düşer. Yani kızlarda dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipin görülme olasılığı daha fazladır (23).

ICD-10’da “Hiperkinetik Bozukluk” olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10’da ek olarak sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir (24).

DSM-IV’te DEHB “Genellikle ilk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar” kategorisinde, “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında bulunurken, 2013 yılında yayımlanan DSM-V’te “Nörogelişimsel Bozukluklar” kategorisinin altında yer almaktadır. Yapılan en belirgin ve önemli değişikliklerden bir tanesi DEHB tanısı koyulması için, başlangıç yaşının 7’den 12’ye değiştirilmesidir. DSM-IV’te “alt tip” olarak tanımlama yapılırken, DSM-V’te bu “görünüm” (presentation) olarak değiştirilmiştir. Dışlama ölçütlerinde Yaygın

Gelişimsel Bozukluk kaldırılmıştır; zira DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu birlikte görülebilmektedir. Otizm Spektrum Bozukluğu ile beraber görülen DEHB bağımsız olarak tedavi edilebilir (25).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

DEHB'nin dünya üzerinde görülme sıklığını DSM-IV %5 ile %8 aralığında, ICD-10 ise %1,5 olarak vermektedir (26). Genetik ve ikiz çalışmaları; biyolojik risk ve spesifik genlerin etkilenmesiyle bu oranda artma olduğunu kanıtlamışlar (27,28) ve 8–13 yaşları arasındaki DEHB tanılı çocuklarla yapılan bir uzunlamasına ikiz çalışmasında bu oran %3-9 olarak bildirilmiştir (29). Dünya çapında yapılan gözden geçirme araştırmasında Ocak 1978 ve Aralık 2005 yılları arasında yapılan 9195 kayıt ve 303 tam makale alınıp 171,756 veri incelenmiş olup, DEHA/HA oranı %5,29 olarak saptanmıştır (30).

Ülkemizde ise DEHB'nin yaygınlığının okul öncesi dönemde %3-6, ilkokul ve ortaokul döneminde %3-10 arasında değiştiği bildirilmektedir (31,32). Motovallı'nın 1994 yılında kentsel kesimde Türk ilkokul çocuklarında yaptığı çalışmada DEHB prevalansının %5 olarak bulmuştur (33). Taner ve ark Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 6. sınıfı okuyan 191 öğrencinin dâhil edildiği bir çalışmada Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'nden alınan puanlara göre 191 öğrencinin 12'sinde (%6,3) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kriterlerinin karşılandığı bulunmuştur (34). Tahiroğlu ve arkadaşları, çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve DEHB tanısı alan çocuklar arasında yaptıkları çalışmada, aşırı hareketliliğin önde olduğu tipin erkeklerde daha sık, dikkat eksikliğinin önde olduğu tipin ise kızlarda daha sık olduğunu belirtmişlerdir (35). DEHB ile yapılan çalışmalarda bileşik tipin sıklıkla erişkin yaşamında da sürdüğü ve her iki cinsiyette en sık görülen alt tip olduğu saptanmıştır (26,36,37).

### **2.1.4. Etiyoloji**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun gerçek nedenlerine ilişkin oldukça fazla anlaşmazlık söz konusudur ancak bazı kalıtsal geçmişle ilgili olabileceği üzerinde durmaktadır. Birçok araştırma dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun çevresel etmenlerden daha çok birbiri ile ilişkili olarak genetik ve nörobiyolojik etmenlerin neden olduğuna işaret etmektedir (38,39).

### 2.1.5. Genetik

DEHB olan çocuklarda farklı sonuçlara neden olan genetik ve çevresel faktörleri anlamak, karmaşık bir açıklamayı gerektirmektedir (21). DEHB’de genetik etkenlerin önemi ilk olarak Cantwell ve Morrison ve Stewart tarafından ortaya konmuştur (40). Son 15 yılda yapılan çalışmalar aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarının, DEHB etiolojisinin anlaşılması, genetik ve nörolojik etkilerinin tespit edilebilmesi açısından büyük yararları olmuştur (40,41). Tek bir ebeveynde DEHB tanısı varsa çocuklarda hastalanma oranı %20-54 olarak belirtilmektedir. DEHB tanısı konan çocuk ve ergenlerin ebeveynleri üzerinde yürütülmüş olan sekiz araştırmanın sonuçlarını değerlendiren bir meta- analizde DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde DEHB tanısı için göreceli riskin (“Relative risk”, RR) iki ile sekiz kat kadar arttığı gösterilmiştir. Genetik olarak aktarılabilen oranın 0.50-0.98 aralığında değişebildiği ve monozigot ikizlerde DEHB konkordans oranının 0.80-0.98 aralığından daha yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır (42-45).

DEHB tanısı almış çocuk, ergen ve erişkinlerin ailelerinin değerlendirilmesi ile hiperaktivite-dürtüsellik belirti kümesinin dikkat eksikliği kümesinden daha düşük genetik geçiş gösterebileceği ve DEHB’nin düşük penetranslı otomozomal dominant kalıtım gösterebileceği öne sürülmüştür (46,47). DEHB tanısını alan çocuk ve ergenlerin annelerinin DEHB olma oranı %15-20, babalarda ise %25-30 olarak bulunmuştur (40).

Castellanos yaptığı bir çalışmada DEHB tanılı olguların kardeşlerinde DEHB görülme riski ise %25-35 civarındadır ve risk normal popülasyona göre yaklaşık üç kat artmıştır (48). Aile ve komorbidite çalışmalarının ilk örneklerinden birinde Cantwell hiperaktif çocukların biyolojik ebeveynlerinde normal kontrollerin ebeveynlerine göre daha yüksek oranda sosyopati, histeri ve alkolizm saptamıştır (49). Morrison ise hiperaktif çocukların ikinci dereceden biyolojik akrabalarında unipolar afektif bozukluk insidansının normal popülasyona göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (50). Aile araştırmalarında diğer psikopatolojilerin de taranması ile DEHB’nin kalıtsal heterojenitesi üzerine önermeler ortaya atılmıştır. Bu çalışmalarda, DEHB ve major depresyonun ortak ailesel yatkınlıklar sergiledikleri belirlenmiştir (44,51,52,53). Sherman ve arkadaşları; dürtüsellik/hiperaktivite boyutunun dikkat eksikliği boyutuna göre daha çok kalıtılabilirlik gösterdiği bildirilmiştir (54).

Rhee ve arkadaşları Avustralya’da yürüttükleri araştırmalarında DEHB’li ikiz ve kardeş çiftleri kullanarak cinsiyet farklarını değerlendirmişlerdir. Sonuçta; DEHB

etiyojisi açısından genetik ve çevresel etkenlerin erkek ve kız çocuklar için yüksek ölçüde benzerlik gösterdiği saptanmıştır (55).

Hiperaktif çocukları evlat edinen ebeveynlerin, bu çocukların biyolojik akrabalarına kıyasla hiperaktivite ve ilişkili bozukluklarını daha az gösterdikleri bildirilmiştir (49,56). Bu bulgu daha yakın tarihli bir evlat edinme çalışmasında Sprich ve arkadaşları tarafından da tekrarlanmıştır (57).

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB'nin oluşumunda birden fazla genin bozukluğun ortaya çıkışına katkısı olduğu düşünülmektedir (58,59). DEHB'de moleküler genetik çalışmalarla incelenen genlerden en çok üzerinde durulan genler dopamin D4 reseptör geni (DRD4), dopamin taşıyıcı protein geni (DAT1), DRD1, DRD3, DRD5, serotonin taşıyıcı protein geni (SLC6A4), norepinefrin taşıyıcı protein genidir (38,39,60,61,62). Aynı zamanda 3. kromozomdaki tiroid reseptör genindeki mutasyonla DEHB arasında da bir ilişki saptanmış olup, otozomal dominant geçiş gösteren bu mutasyon sonucu bedende tiroid hormonuna genel bir direnç geliştiği vurgulanmıştır (10).

#### **2.1.6. Nörofizyoloji ve beyin görüntüleme çalışmaları**

Nörokimyasal çalışmaların verdiği çelişkili sonuçlar araştırmacıları beyindeki çeşitli anatomik yapıların nasıl işlev gösterdiğini ve bu farklı yapılardaki işlev bozukluklarının DEHB belirtileriyle nasıl bir ilişkisi olabileceğini araştırmaya yönlendirmiştir (63). Silik nörolojik belirtiler ve özgün olmayan EEG bozukluklarının tabloya eşlik etmesi, epilepsi gelişme olasılığının normalden yüksek olması bu görüşü destekler niteliktedir (64). Barkley yüksek fonksiyonlarla ilgili davranış inhibisyonu için prefrontal alan, çalışan hafıza için dorsolateral prefrontal alan, soyutlama ve inhibisyon için sağ prefrontal alan üzerinde durmuş; bu yapıların DEHB'nun nöroanatomik temelini oluşturduğunu belirtmiştir (65).

2001'de Giedd ve ark yaptığı meta analizde DEHB'li çocuklarda total beyin hacminin aynı yaş ve cinsiyetteki kontrol grubuna göre yaklaşık olarak %5 oranında daha küçük olduğunu saptanmışlardır (66). MRG çalışmalarında görüntüler standardize edildiğinde corpus callosum rostrum ölçüsünün DEHB'li çocuklarda kontrol grubuna göre daha küçük olduğu saptanmıştır (67-70). Normal yapıya göre sağ anterior beyin sola göre daha büyüktür (71); fakat DEHB olanlarda bu asimetrinin daha az olduğu MRG ve BT görüntüleme yöntemleri ile saptanmıştır (67,72,73). Volumetrik ölçümlerde

nörofizyolojik performansı ve inhibisyona cevabı etkileyen sağ prefrontal korteksin DEHB'li erkek çocuklarında daha küçük olduğu görülmüş (74).

Kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) devre, bazı davranışların seçilip bazılarının da inhibisyonunu sağlayan bir devredir (65). Çalışmalar DEHB'de KSTK hipofonksiyon olduğu üzerinde durmaktadır (73). PET çalışmaları ile DEHB olan erişkinlerde prefrontal korteks metabolizmasının azaldığı, ergen kızlarda ise tüm metabolizmanın azaldığı gösterilmiştir (75). Uyarıcılarla yapılan tedavi ile de beyin yapısında değişiklik olmadığı öne sürülmüştür. SPECT ile erişkinlerde dopamin taşıyıcı proteine artmış bağlanma gözlenmiştir (76,77).

DEHB'deki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yolların, dikkat eksikliği belirtilerinden sorumlu yollardan farklı olduğu düşünülmekte, motor aktiviteyi kontrol eden nigrostriatal dopamin yolağın DEHB'daki aşırı hareketliliği ve dürtüsellliği açıklamaya aday olduğu; mezokortikal dopamin yolağı ve lokus sereleustan prefrontal bölgeye uzanan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu öne sürülmektedir (39).

#### **2.1.7. Biyokimyasal etkenler**

DEHB etiyolojisinde üzerinde durulan konular arasında serum serbest yağ asitleri ve eser elementler de yer almaktadır. Eser elementlerden magnezyum, kalsiyum, demir, bakır, kurşun ve çinkonun serum, idrar ve saç seviyeleri DEHB olan çocuklarda ölçülmüş, bakır ve kurşun haricindeki ölçümlerde genellikle düşük seviyeler elde edilmiştir (78). Bazı çalışmalarda çinko eksikliğinin DEHB etiyolojisinde rolü olabileceği vurgulanırken, bazı çalışmalarda çinko eksikliği ile DEHB arasında ilişki bulunamamıştır (79-81). Serum serbest yağ asitleri seviyesinin DEHB'li çocuklarda kontrollere göre anlamlı düşük olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (80). Bu çalışmalardan birinde esansiyel yağ asidi suplementasyonu ile minimal düzeyde iyileşme olduğu bildirilmiştir (82).

#### **2.1.8. Çevresel ve psikososyal etkenler**

Bazı çevresel etkenlerin de DEHB gelişiminde sorumlu olabileceği öne sürülmüştür. Bunlar pre ve perinatal sorunlar, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), şeker zehirlenmesi ve DEHB olan çocuklarda artmış vitamin ve besin

gereksinimi gibi bilimsel verilerle doğruluğu desteklenmemiş etkenleri de içermektedir (83).

Zapitelli ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde 1976-2001 yılları arasında yayınlanan 51 makale incelenmiş ve DEHB'li çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır (84). Perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterin rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, anne yaşı, postmaturite, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamalar (1,85), annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasındaki tıbbi durumu (86,87) ve doğum komplikasyonlarının (88) çocuktaki hiperaktivite için risk oluşturduğu bildirilmiştir. Szatmari ve arkadaşları (89), 1000 gramdan daha düşük doğum ağırlığı ile psikiyatrik bozukluk ilişkisini araştırmışlar ve kontrollerin %6,9'unda, araştırma grubunun %16'sında DEHB saptamışlardır.

DEHB olan çocuklarda çok farklı anne-baba-çocuk ilişkisi örüntüleri ve ailelerde işlev bozuklukları görülebilmektedir. Ancak DEHB'nin etiyolojisinde psikososyal çevrenin önemini araştıran çalışmalarda DEHB etiyolojisinde psikososyal etkenlerin birincil rolü olmadığı belirlenmiş (89), bu durumun DEHB belirtilerinden çok davranım bozuklukları ve karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmüştür (83).

### **2.1.9. Klinik özellikler ve tanı**

DEHB doğuştan gelen bir bozukluktur ve daha bebeklik döneminde uyku bozukluğu, bozuk uyku düzeni, uyarılara karşı duyarlılık, ışık, ısı, gürültü gibi çevresel değişikliklere aşırı tepkilerle kendini göstermeye başlar. Oyun dönemine geldiklerinde aşırı hareketlilik, duygusal değişkenlik, oyun ve oyuncaklara yaşitlarından beklenen odaklanmayı yapamama, bebeklikten itibaren devam eden düzensiz uykuların yanı sıra söz dinlemeyen, aşırı yaramaz, yerinde duramayan çocuklar olarak annelerinin dikkatini çekebilirler. Ancak üç yaş öncesinde çocukların gelişmekte olan kendilerine özgü davranış biçimleri ile DEHB'nin temel belirtilerini ayırt etmek oldukça zordur (16,39). Ayırıcı tanıda normal gelişim dönemi özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Gerçek DEHB olan çocuklarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmaya neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte ve karşı gelme tutumları izlenmektedir (63). Daha ileriki yaşlarda ise hiperaktivite ve ataklıktan kaynaklanan davranış bozukluğu biçimindeki belirtiler bu

dönemde görülen aşırı anksiyete, duygudurum bozuklukları, davranım bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, zeka geriliği ve uyum sorunları ile karışabilir (90).

DEHB'nun temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli aşırı hareketlilik-dürtüsellik olmasıdır. Bu çocuklar bireysel katılım gerektiren etkinlikleri sürdürmekte güçlük çeker ve bir iş tamamlamadan diğerine geçme eğiliminde olurlar. Dikkat eksikliği belirtileri, başladığı işi bitirememe ve görevleri erken bırakma şeklinde ortaya çıkarken; aşırı hareketlilik sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuz olma, duruma bağlı olarak çevrede koşma-atlama, oturması gerektiği yerden sıkça kalkma, kıpır kıpır olma, çok konuşma ve gürültücülük gibi bir tabloya yol açmaktadır. Bu çocuklar atak olmaları nedeniyle riskli davranışlar sergilemeye ve kazalara yatkın olurlar; kurallara uymadaki zorlukları nedeniyle disiplin sorunları çok olur. Tüm bu özellikler erişkin ve yaşıt ilişkilerini etkileyerek dışlanmalarına yol açabilmektedir (90).

Ergenlik dönemiyle birlikte motor etkinlikteki artış yerini huzursuzluk hissine bırakırken, dikkat ile ilgili zorluklar büyük oranda devam etmektedir. Dürtüsellik ise kendini kural dışı yaşantılara yönelme ile gösterir. Daha ileri yaşlar ve erişkinlerde dikkat eksikliği belirtileri planlarını tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum şeklinde ortaya çıkmaktadır (90).

Tanı için bozukluğu oluşturan aşırı hareketlilik-dürtüsellik veya dikkatsizlik belirtileri 12 yaşından önce de bulunmalıdır. Belirtiler ve yol açtıkları işlev bozuklukları en az iki ortamda (örneğin ev ve okulda ya da işte) ortaya çıkmalıdır (25).

DSM-V'e göre DEHB tanı ölçütleri (DSM-V 2013);

| <b>DSM-V Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. (A1) ve/veya (A2)'nin var olması gerekir.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>A1. Dikkatsizlik:</b> Aşağıdaki belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay uyumsuzluk doğurucu ve/veya gelişim düzeyine aykırı bir derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>A2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:</b> Aşağıdaki belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay uyumsuzluk doğurucu ve/veya gelişim düzeyine aykırı bir derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.<br>b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da katıldığı oyun vb etkinliklerde dikkati dağılır.<br>c. Doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.<br>d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.<br>e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.<br>f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.<br>g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.<br>h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlara kolaylıkla dağılır.<br>i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutturur. | a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.<br>b. Çoğu zaman oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.<br>c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır.<br>d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.<br>e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da adeta bir motor takılmış gibi davranır.<br>f. Çoğu zaman çok konuşur.<br>g. Çoğu zaman sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabını verir.<br>h. Çoğu zaman sırasını bekleme gücü yoktur.<br>i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer. |
| <b>B. Bozulmaya yol açmış olan bazı aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri ya da dikkatsizlik belirtileri 12 yaşından önce de vardır.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>D. Toplumsal, okulda ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>E. Bu belirtiler Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluk çerçevesinde ortaya çıkmamıştır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Mevcut duruma göre görünümünü belirtiniz:</b><br><b>Birleşik görünüm:</b> Son 6 ay boyunca hem A1 (dikkatsizlik), hem A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmışsa.<br><b>Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm:</b> Son 6 ay boyunca A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmışsa, ancak A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamışsa.<br><b>Aşırı hareketlilik-dürtüsellğin Önde Geldiği Görünüm:</b> Son 6 ay boyunca A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmışsa, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamışsa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Başka Türlü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu:</b><br>DEHB tanısı almak için eşiğin altında kalan vakalar veya bütün tanı ölçütlerini karşılamak için yeterli olanakların olmadığı kişiler için kodlanabilir. Ancak, DEHB'ye ilişkin semptomlar işlevsellikte bozulmaya yol açmış olmalıdır ve başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

DEHB, tanısı klinik değerlendirmeye konulan bir bozukluk olduğu için tanıyı desteklemek amaçlı geliştirilen çok sayıda ölçek bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ) (91), Conners Anne-Baba ve Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (92), DSM-IV DEHB ve Karşıt Olma-Karşıt Gelme Ölçeği'dir (93).

#### **2.1.10. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar**

Eşhastalanım sık olarak saptanmakta olup, bozukluğa eşlik eden psikopatolojilerin, seyrini olumsuz yönde etkilediği ve tedavi planında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir (76). DEHB ve onunla ilişkili eşhastalanımın yaygınlığı kullanılan tanı ölçütlerine, çalışma desenine ve bilgi kaynaklarına göre değişmekte (90), DEHB'ye eşlik eden tanıların oranı %46–68 arasında bildirilmektedir (39).

DEHB olan çocuklarla yapılan bir araştırmada ağır evlilik sorunları, sosyal sınıf düşüklüğü, geniş aile, babada suça yönelik davranışlar, annede ruhsal bozukluk ve koruyucu aile yanına yerleştirilme gibi risk belirleyicilerinin DEHB ile ilişkili eşhastalanım riski ve psikososyal işlev bozukluğu için yordayıcı olduğu saptanmıştır (94).

DEHB ile eşzamanlı görünümü açısından üzerinde en çok çalışılmış ve en yaygın olarak kabul edilmekte olan bozukluklar Karşı Olma-Karşı Gelme (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB)'dur (95). DSM-IV'te KOKGB ve DB, DEHB ile birlikte Yıkıcı Davranış Bozuklukları tanı grubunu oluşturmaktadır. KOKGB tanısı sık hiddetlenen, büyükleriyle tartışmaya giren, büyüklerin istekleri ve kurallarına uymayı reddeden, özellikle başkalarını kızdıran davranışlarda bulunan, kendi hataları için başkalarını suçlayan, alıngan, kızgın, gücenik çocuk ve ergenleri tanımlamak için kullanılmaktadır (39). DB ise durdurulamayan, yıkıcı, başka insanların haklarına yönelik saldırganca tutum sergileyen, yaşa uygun toplumsal değerleri hiçe sayan çocuk ve ergenler için kullanılan bir tanıdır (39). 6–17 yaş aralığındaki DEHB olan çocuk ve ergenlerle yapılan bir araştırmada eşhastalanım oranı KOKGB için çocuklarda %46, ergenlerde %33; DB için çocuklarda %23, ergenlerde %42 gibi yüksek oranda saptanmıştır (95).

DEHB'na eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilgili bilgilerinin gözden geçirildiği bir çalışmada gelişimsel koordinasyon bozukluğunun %50'nin üzerinde, iletişim bozukluklarının %15–75, anksiyete bozukluğunun %10–40, tik bozukluklarının

%3–34, major depresyonun %0–45 ve bipolar bozukluğun %0–27 arasında değişen oranlarda tabloya eşlik edebileceği vurgulanmıştır (96).

Majör depresif bozukluk (MDB) sıklığı DEHB olan çocuk ve gençlerde, DEHB olmayanlara göre 5,5 kat daha fazla bulunmuştur (97). Duygudurum bozuklukları içinde hem MDB, hem de distimik bozukluk DEHB ile en sık birliktelik gösteren bozukluklardır (16). DEHB belirtilerinin akademik işlevsellik, sosyal ilişkiler ve aile içi etkileşim alanlarında sorunlara yol açacağı ve bu durumun dolaylı ya da dolaysız olarak DEHB olan bireylerde MDB'nun tabloya eşlik etmesine katkıda bulunabileceği vurgulanmıştır (98-101).

DEHB ile Bipolar Bozukluk (BP) arasındaki ilişkiyi değerlendirmek belirtilerindeki binişiklik nedeniyle karmaşıktır. Dikkatin çelinebilirliği, dürtüsellik, aşırı hareketlilik ve duygusal değişkenliğin BP ve DEHB için karakteristiktir (102). DEHB ile BP arasındaki ilişki açık olmamakla birlikte, Plizka ve ark tarafından yapılan, 163 BP tanısı olmayan DEHB'li çocukları tekrar inceledikleri çalışmada; DEHB ve BP bozukluk birlikteliği oranı %16 olarak saptanmış ve DEHB/mani olan grubun akrabaları tarandığında BP oranının DEHB olan grubun akrabalarındaki BP oranına göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (103).

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinin %25 oranında olduğu gösterilmiştir (104). Bu eşhastalanımın ortaya çıkışı ile ilgili etkenler gözden geçirildiğinde birbirinden bağımsız bir genetik geçişin var olduğu (39); anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde önemi vurgulanan aşırı koruyup kollayıcı tutum ve/veya reddedici tutumların, DEHB-anksiyete bozukluğu birlikteliğinde de rol oynayabileceği öne sürülmüştür (104).

Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) da sıklıkla DEHB ile birlikte görülmekte olup, eşhastalanım oranının %10–60 arasında değiştiği bildirilmektedir (105).

Hastalık sırasında çoğul motor ve sesli tiklerin, eş zamanlı olarak ortaya çıkmasalar da, en az 1 yıl süreyle var olması şeklinde tanımlanan Tourette Bozukluğu'na sahip olan çocukların %50-90'ında DEHB birlikteliği olduğu bildirilmiştir. Bu birlikteliğin Tourette Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranışlarda artış, okul başarısı ve kişiler arası ilişkilerde işlevsel bozulmalara yol açtığı bulunmuştur (106).

Dışa atım bozuklukları ile DEHB ilişkisine bakıldığında, enkoprezisi olan çocuklarda %23,4 oranında DEHB olduğu gösterilmiştir (36). KOKGB birlikteliğinde enürezis sıklığında da artış olduğu vurgulanmaktadır (107).

### **2.1.11. Ayırıcı tanı**

DEHB birçok belirti grubunu içerdği ve bazı psikiyatrik bozukluklarla sık olarak birlikte görüldüğü için ayırıcı tanı açısından diğer psikiyatrik bozukluklarla karışabilmektedir. Bunlar arasında mental retardasyon, öğrenme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, metabolik bozukluklar, nörolojik bozukluklar, uyum bozukluğu, karışık olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu en sık görülenleridir. Ayrıca hiper/hipotiroidizm ve diyabet dışlanmalıdır (75,108).

DEHB her zekâ düzeyinde görülebilmektedir, ancak DEHB olmadığı halde, kendi kapasitesinin üstünde veya altında bir eğitim alan mental retarde çocuklarda DEHB belirtilerine rastlanabilmektedir (23,28). Bu durum ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

Öğrenme bozukluğunda çocuğun okuma, yazma veya matematik gibi özgül bir alanda zekâ düzeyinin altında başarı göstermesi söz konusu iken, DEHB’li çocuklarda öğrenme ve okul başarısı özgül bir alandan çok genel olarak etkilenmektedir (105).

Bipolar bozukluk (BP) ve DEHB'nin belirtileri birbirleriyle benzerlikler gösterebilmektedir. Ancak DEHB çocukluktan beri var olan süreğen bir hastalık iken; BP ise, genellikle dönemsel özellik göstermekte ve çocukluk veya ergenlik döneminde herhangi bir yaşta başlayabilmektedir (23).

### **2.1.12. Gidiş ve sonlanım**

Olguların %30'unu oluşturan, genç erişkinlikte belirtilerin kaybolduğu grup “gelişimsel gecikme”, %40'ını oluşturan, belirtilerin çeşitli duygusal ve sosyal güçlüklerle erişkinlik döneminde de devam ettiği grup “aralıksız seyreden” ve %30'unu oluşturan, DEHB belirtilerinin yanı sıra alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin de olduğu grup “gelişimsel bozulma” olarak adlandırılmıştır (10,36). DEHB’nda kötü gidişin en güçlü belirleyicisi çocukluk döneminde DEHB’na eşlik eden DB’nun olmasıdır (109). Bozukluğun süregenliğinde, aile içi güçlükler ve eşhastalanımın belirleyici olduğu ileri sürülmektedir (39).

İzleme çalışmaları DEHB olan çocukların %70-85’inde bozukluğun ergenlik döneminde ve %5-66’sında erişkinlik döneminde sürdüğünü göstermektedir (110). Genç erişkinlik dönemine geldiklerinde akademik başarıları, yıllık gelirleri, yüksek öğrenime girebilme ve bitirebilme oranları da kontrollere göre daha düşük saptanmıştır. Ayrıca kontrollere oranla daha sık iş değiştirdikleri, işten çıkarılma oranlarının daha yüksek

olduğu, sürücülük becerilerinin daha düşük olduğu, daha fazla kaza yaptıkları, cinsel yaşamın daha erken başladığı, daha sık ve fazla eş değiştirdikleri, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ve erken hamilelik risklerinin de arttığı belirtilmektedir (39,111).

### **2.1.13. Tedavi**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi ile ilgili kullanılabilecek birçok yöntem vardır. Bu yöntemleri birbirinden ayrı ayrı uygulamak oldukça zordur. Her müdahalenin sınırlılıkları olduğu için ne ilaç tedavisi ne de davranışsal müdahaleler her çocuk için etkilidir. Farmakoterapi, anne-baba eğitimi, bireysel görüşme, aile tedavisi, grup tedavisi, bilişsel-davranışçı tedavi sık kullanılan yöntemlerdir (112). Farmakoterapi bu tedaviler içerisinde en etkin olanıdır (113). En sık kullanılan ilaçlar, kısa etkili uyarıcı olarak adlandırılan ilaçlardır (75,114). Bu ilaçlar, hem davranış, hem de kognitif belirtileri azaltmada çocukların %70-80'inde etkili bulunmuştur. Bu grupta, metilfenidat (Ritalin), dekstroamfetamin (Dexedrin), atomoksetin (Strattera), magnezyum pemolin ve dekstroamfetamin ve amfetamin tuzlarının oluşturduğu karışım (Adderall) yer almaktadır. Ayrıca desipramin, imipramin (Tofranil), fluoksetin (Prozac), bupropiyon (Zyban), venlafaksin (Efexor), klonidin (Katapres), guanfasin, tiyoridazin (Melleril), klorpromazin (Largactil), risperidon (Risperdal) gibi ilaçlar da kullanılmaktadır (75,114).

Uyarıcı ilaçların etki mekanizmasının presinaptik nöronda dopamin ve norepinefrin geri alımının durdurulması ve sinaptik aralıkta monoamin miktarını arttırılması yoluyla olduğu düşünülmektedir. Bu etkiyi frontal bölgede gerçekleştirdikleri düşünülmektedir. Amfetaminlerin ise ilave olarak presinaptik monoamin salınımını tetikleyerek sinaptik aralıkta monoamin miktarını arttırdıkları düşünülmektedir (115.) Ülkemizde, uyarıcı ilaçlardan kısa etkili metilfenidat (Ritalin) 10 mg'lık tablet ve uzun etkili OROS metilfenidat (Concerta) kapsül şeklinde bulunmakta ve kırmızı reçete ile satılmaktadır.

Son yıllarda DEHB etiyolojisinde noradrenalin mekanizmasının öneminin giderek daha iyi anlaşılmasıyla atomoksetinin DEHB tedavisinde yeri olabileceği düşüncesini akla getirmiştir. Spencer ve arkadaşları (116) tarafından yetişkin DEHB'li olgularla gerçekleştirilen ilk kontrollü çalışma atomoksetinin DEHB'de etkili olabileceği görüşüne son derece önemli bir destek sağlamıştır. Daha sonra yapılan çalışmalar atomoksetinin çocuk ve erişkinlerde DEHB tedavisinde FDA tarafından onaylanan ilk ilaç olmasını sağlamıştır (117,118). Son yıllarda yapılan kontrollü iki çalışmada atomoksetinin İsveç

ve Japonya'daki DEHB olan çocuklarda etkin ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (119,120).

Duygudurum, anksiyete, tik bozukluğu, enüresis noktüma gibi eştanıların bulunması durumunda imipramin, klonidin, nöroleptikler, karbamazepin, valproik asit, fenfluramin kullanılabilir (10,26,75,103,114).

MTA (Multimodal Treatment Study) çalışmasında farklı gruplara ayrılan 579 hastada tedavi etkinliği değerlendirilmiştir (121). 14 aylık izlem sonunda davranış tedavisinin özellikle ebeveyn çocuk ilişkisi, okul başarısızlığı, sosyal beceri eksikliği ve anksiyete belirtileri gibi sorunlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. (122,123). Ana DEHB belirtileri üzerinde ise ilacın davranış tedavisinden daha etkili olduğu ve ilaç ile davranış tedavisinin birlikte uygulanmasının, tek başına ilaca göre üstün olmadığı saptanmıştır.

## **2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

Ülkemizde erişkin DEHB yaygınlığına ilişkin literatür araştırması yapan Tufan ve Yaluğ; erişkin DEHB tanısı konan olguların, literatürdekine uygun olarak dikkat ve konsantrasyon sorunları, dürtüsellik, eğitim ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar, dürtüsellığe ikincil olarak ortaya çıkan maddi sıkıntılar, sinirlilik ve mutsuzluk yakınmaları ile tedavi amaçlı polikliniklere başvurdıklarını tespit etmişlerdir (40).

Psikiyatrik örneklemelerde erişkin DEHB yaygınlığı ise yatarak tedavi edilen hastalarda %2,1, ayaktan tedavi edilen hastalarda ise %50,0 olarak bildirilmektedir (124,125). Kliniğe başvuran çocuklarda erkek/kız oranı 9, toplumda 3 olarak saptanmışken; DEHB tanısı konan erişkinlerde erkek/kadın oranı ise 3/2 olarak bulunmuştur (126).

## **2.3. DEHB Tanısı Konulan Çocuğun Ailesinin Özellikleri**

DEHB olan çocukların ailelerinde çatışmalı ve stresli aile ortamlarının, saldırgan disiplin uygulamalarının, fonksiyonel olmayan aile etkileşimlerinin sık olduğu görülmektedir (127). DEHB olan çocukların anneleri, anababalık rollerinde, yüksek düzeyde stres yaşamakta olup, ana-babalık stresinde yükseliş erken başlamakta ve kronikleşmektedir (128).

Eştanı saptanmamış DEHB’li çocuklarla karşılaştırıldığında; davranım bozukluğu eştanısı olanların babalarında madde kötüye kullanımı, çocukluklarında davranım bozukluğu olan ebeveynlerde ise antisosyal kişilik bozukluğu sıklığı daha yüksek bulunmuştur (127). DEHB’li çocukların ebeveynleri incelendiğinde, annelerde histrionik kişilik özelliği, artmış depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi ve sosyal izolasyon görüldüğü saptanmıştır (128,129).

DEHB’li çocukların aile üyelerinde ayrıca duygulanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğü belirlenmiştir (130,131). DEHB’li çocukların anne ve babalarında ayrıca tutuklanma ve cezaevine girme öyküsü, annelerinde major depresyon, babalarında madde kullanımı daha sık ortaya çıkmaktadır (2,129,132).

Bazı çalışmalarda ise ailelerin hiperaktif çocuklara yetersiz disiplin uyguladığı, ebeveynlerin çocuklarının davranışları ile baş edemedikleri, ebeveynlerin psikiyatrik sorunlarının olduğu ve evlilik uyuşmazlığının görüldüğü bildirilmiştir (129,133). Hiperaktif erkek çocuk annelerinin bebekleri hakkında daha olumsuz duygular hissettikleri, daha az iletişim kurdukları ve daha az yakınlık gösterdiklerini, hiperaktif bebeklerin ise annelerine ve diğer insanlara daha hırçın olduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (134). Bazı çalışmalara göre hiperaktif çocukların anneleri, normal çocukların annelerine göre daha depresif özellikte ve evliliklerinden daha fazla şikâyetçidirler (135). Annenin depresyonda olmasının, DEHB için önemli bir risk faktörü olduğunu belirten çalışmalarda bulunmaktadır (136). Ebeveynlerin, DEHB’nin farmakolojik ve davranışsal tedavilerinde önemli rol üstlendikleri, ebeveynlerdeki psikopatolojilerin tedaviye uyumu bozacağını öngörmek yanlış olmayacaktır. Son yıllarda tedavi değerlendirilirken DEHB olan çocukların aile işlevselliğini kapsayan bir anlayış oluşmaktadır (137). Tüm bu veriler değerlendirildiğinde DEHB’li çocukların tedavi uyumları için ailelerinde psikopatoloji değerlendirmesi ile ilgili yapılacak, yapılandırılmış klinik görüşmeleri de içeren, geniş örneklemli yeni çalışmaların yararlı olacağı belirtilmektedir (135).

### **3. YÖNTEM ve GEREÇLER**

#### **3.1. Araştırmanın Modeli**

Bu araştırma Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuğa sahip ailelerin yaşadıkları depresyon ve kaygı düzeylerinin, aile işlevlerinin değerlendirilerek aradaki ilişkinin incelenmesi ve DEHB tedavisinden sonra bu parametrelerdeki değişimleri saptamaktır.

#### **3.2. Araştırma Grubu**

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran, DSM-4 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan, 5-16 yaşları arasında 30 olgu ve ebeveynleri alınmıştır. Kontrol grubu olarak 5-16 yaş arası herhangi bir tıbbi, nöropsikiyatrik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş 30 çocuk ve ebeveynleri alınmıştır. Ebeveynler gelir düzeyi ve eğitim seviyesi açısından eşleştirilmiştir.

Ebeveynlerde çalışmaya alınma kriteri okuryazar olmak ve aydınlatılmış onam belgesini imzalamış olmaktır. DEHB grubu oluşturulurken çocukların temelde tıbbi ve nörolojik hastalığı olmamasına; psikoz, yaygın gelişimsel bozukluk, zeka geriliği gibi eştanılar almamış olmalarına dikkat edilmiştir. Evlatlık olan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çocukta zihinsel gelişim geriliği (klinik görüşmelerde şüphelenilen çocuklarla WISC-R testi uygulanmıştır ve IQ'su 80 altı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır), kronik fiziksel rahatsızlığı olanlar (epilepsi, malignite vb) ve çocuğun evlat edinilmiş olması, ebeveynlerin okur yazar olmamaları o aile için dışlama ölçütü olarak kabul edilmiştir.

Kontrol grubu daha önce ruhsal sorunlar nedeniyle doktora başvuru öyküsü olmayan, DSM-4 tanı ölçütlerine göre DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu tanıları dışlanan çocuklar arasından seçilmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Çalışmaya katılan ebeveynlere; Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri, SCID-1 (Structured Clinical Interview for DSM-IV), Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çocuklar için Turgay DEHB formu verilmiştir. 3 ay sonra medikal tedavisi başlayan DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerine aynı ölçekler uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin örnek maddeleri EKLER'de sunulmuştur.

#### **3.3.1. Klinik ve Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmanın amacına dönük olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, çalışmaya katılanların klinik durum ile ilişkili sosyodemografik özellikleri, yaşam öykülerine ilişkin soruları içeren ruhsal gelişim ve muayene bilgilerini, klinik tanı sürecini değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur.

#### **3.3.2. SCID-I Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Hasta Formu (Structured Clinical Interview for Axis I Disorder)**

DSM-IV'de yer alan 1. eksen psikiyatrik bozukluk tanılarını değerlendirmek üzere hazırlanan yarı yapılandırılmış Spitzer ve arkadaşları (138) (SCID1) tarafından geliştirilmiş bir görüşme çizelgesidir. Sorulara hastanın verdiği yanıtlar, hasta yakınları ve dosyasından alınan bilgiler ile klinisyenin izlenimi bir araya getirilerek bir kriterin karşılanıp karşılanmadığına karar verilir. İlk kez Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C. ve Londra tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanmıştır. Bu ölçek Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (139).

#### **3.3.3. Beck Depresyon Ölçeği**

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (140).

### 3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılan, Beck tarafından geliştirilen 4'lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirir, 5 madde kavrama yönünü açıklar ve 3 madde hem somatik, hem de kavrama semptomlarını simgeler.

### 3.3.5. DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Kanada'da Atila Turgay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Dilsel eşdeğerlilik, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Günay, Savran, Aksoy, Maner, Turgay ve Yargıç (2004) tarafından gerçekleştirilmiştir(142).

Dikkat Eksikliği Bölümü, Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu/DEHB ile ilişkili özellikler olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin I. ve II. bölümü DSM-IV tanı ölçütleri referans alınarak hazırlanmış olup, kişinin şu anki dikkat, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarını sorgulamaktadır. Bu iki bölümde toplam 18 madde vardır. III. bölüm ise Turgay tarafından geliştirilmiştir ve DEHB ile ilişkili olabilecek özellikler, birtakım duygusal ve davranışsal semptomların sorgulandığı toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Her üç bölümde de semptomların şiddeti ve sıklığı, beşli likert tipi derecelendirme ölçeği kullanılarak “hemen hemen hiç”, “biraz ya da bazen”, “sıklıkla” ve “çok fazla” olarak gruplandırılmış ve sırası ile “0”, “1”, “2”, “3” olarak puanlandırılmıştır (141).

Erişkin Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği'nin değerlendirilmesinde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre; I. Bölüm Dikkat Eksikliği Bölümü puan hesaplaması sonucunda elde edile puanlardan 0-3 puan aralığı belirtilerin düşük düzeyde olduğunu, 3.01-10.99 arasında puan aralığı orta düzeyde dikkat eksikliği olduğunu ve 11'in üzerinde puan aralığı dikkat eksikliği belirtileri üst düzeyde olduğunu göstermektedir. II. Bölüm Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü puan hesaplaması sonucunda elde edilen puanlardan 0-3 puan aralığı belirtilerin düşük düzeyde olduğunu, 3.01-10.99 arasında puan aralığı orta düzeyde Aşırı Hareketlilik belirtilerin olduğunu ve 11'in üzerinde puan aralığı Aşırı Hareketlilik belirtilerinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir. Bölüm III'te ise 0-12.99

arası puanlar düşük, 13-35 arası puanlar orta düzeyde ve 35-75 arası puanlar yüksek düzeyde DEB/DEHB ile ilgili özelliklerin olduğunu göstermektedir. Yüksek puanlar daha büyük psikopatolojiyi göstermektedir.

DSM IV tanı ölçütlerine göre “var” olduğu kabul edilen ölçüt sayısı I. Bölüm’de 6 ve üzerinde ise Dikkat Eksikliği’nin ön planda olduğu, II. Bölüm’de ise “var” olan semptom sayısı 6 ve üzerinde ise Aşırı Hareketlilik ve Dürtüselliğin ön planda olduğu, I. ve II. Bölüm’deki toplam semptom sayısı 12 ve üzerinde ise Bileşik Tip DEHB olarak adlandırılmaktadır (142).

### **3.3.6. Aile Değerlendirme Ölçeği**

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. Bulut ve arkadaşları tarafından 1990 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (143). ADÖ; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere 7 alt ölçekten oluşan toplam 60 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama her aile bireyi için yedi alt ölçekte yapılır. Bu alt ölçeklerden alınan 2’nin üzerindeki puanlar, bu alanlarda sorun bulunduğunu düşündürmektedir.

Alt ölçeklerden problem çözme; ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. İletişim; aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanmaktadır. Bu alt ölçekte ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı, sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Roller; ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynakların kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel bakım sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştiremediği bu alt ölçekle değerlendirilir. Bu alt ölçek görevlerin belirgin ve eşit olarak aile üyelerine dağılımı ve görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir. Duygusal tepki verebilme; aile üyelerinin her türlü uyarana karşı en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi olumlu duyguların yanında; kızgınlık, üzüntü, korku gibi olumsuz duygular da kastedilmektedir. Bu işlevlerini yerine getirebilen bir ailede aile üyeleri her türlü duygularını rahat bir şekilde sözle veya

hareketlerle ifade edebilirler. Gereken ilgiyi gösterebilme; aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevini sağlıklı olarak yerine getiremiyorlar demektir. Çok ilgilenme, aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir. Davranış kontrolü; ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca, kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır. Genel fonksiyonlar; diğer altı alt ölçekte ifade edilen konuları kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır (143).

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veri toplama işlemi 2012 yılının Haziran ayı ile 2013 yılının Mart ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

*Birinci aşamada* çalışma; Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran, 5-16 yaşları arasında 30 olgunun ebeveynleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen ardışık olgular seçilmiştir.

Kontrol grubu olarak 5-16 yaş arası, DEHB tanısı almayan, akademik ve davranış sorunları olmayan herhangi bir tıbbi, nöropsikiyatrik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş 30 çocuğun ebeveynleri alınmıştır. Çocukların ebeveynleri ile görüşülerek çalışmanın amacı anlatılmış ve bilgilendirilmiş "Onam Formu" imzalatılarak araştırma için yasal izin alınmıştır. Ebeveynlere ayrıntılı sosyodemografik ve klinik özellikleri kapsayan çalışmaya uyarlanmış bilgi formu verilmiştir. İlk başvuruda vaka ve kontrol grubundaki ebeveynlere SCID-1, Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği uygulanmıştır. Çocuklardaki DEHB tipi ile ebeveynlerin anksiyete depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerine Turgay DEHB formu verilmiştir. Veri setleri ebeveynlere teslim edilirken kimlik bilgilerinin ve yanıtlarının kesinlikle gizli kalacağı açıklanmış ve anket formlarını içtenlikle doldurmaları istenmiş, zorlandıkları maddelerde açıklamalarda

bulunulmuştur. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerine uygulamaların yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği etik kurulundan izin alınmıştır.

*İkinci aşama:* DEHB tanısı alan çocukların medikal tedavisi başladıktan 3 ay sonra klinik görüşmeler yapılarak, ölçekler uygulanmıştır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Çalışmaya ait veriler Windows için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0 bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde) yanı sıra sürekli verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarına göre, t testi ya da Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Üç aylık tedavi sonrasında bireylerin tedavi öncesi değerleriyle karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarına göre iki eş arası fark testi ya da Wilcoxon eş testi kullanılmıştır. Anlamlılık  $\alpha=0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya 5-16 yaş arasında toplam 60 çocuk ve ebeveynleri dahil edildi. Bu çocukların 30 tanesi yeni tanılı DEHB idi, kalan 30 çocuk ise kontrol grubuydu. DEHB tanısı almış olan çocuklar ve ebeveynleri tedavi sonrası üçüncü ayda tekrar değerlendirildi.

DEHB grubunun 27'si erkek (%90), 3'ü (%10) kızdı. Kontrol grubunun ise 26'sı (%86,7) erkek, 4'ü (%13,3) kızdı. DEHB grubunda dikkatsizlik ön planda olan tip 5 kişide (%16,7), hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olan tip ise 3 kişide (%10), bileşik tip 22 kişide (%73,3) mevcuttu.

**Tablo 4.1.** DEHB tanılı ve kontrol grubundaki çocukların özellikleri.

|                                                                            | DEHB<br>(N=30)           | Kontrol<br>(N=30)   |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Yaş (yıl) ort±sd                                                           | 8.17±2.35                | 8.00±2.22           |
| Cinsiyet (E/K) [%]                                                         | 27/3<br>[90/10]          | 26/4<br>[86.7/13.3] |
| Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu<br>(Hareket/Dikkat/Bileşik)[%] | 3/5/22<br>[10/16.7/73.3] | -                   |
| Kardeş sayısı ort±sd                                                       | 1.8±0.48                 | 1.9±0.30            |
| Ted fayda gören/Ted fayda görmeyen [%]                                     | 5/25<br>[16.6/83.4]      | -                   |

\* Hareket: hareketliliğin ön planda olduğu tip grubuna giren çocuk sayısı \*Dikkat: dikkatsizliğin ön planda olduğu tip grubuna giren çocuk sayısı \*Bileşik: DEHB birleşik tip grubuna giren çocuk sayısı \*Ted fayda gören: Tedaviden fayda gören çocuk sayısı \*Ted fayda görmeyen: Tedaviden fayda görmeyen çocuk sayısı

Çalışmaya alınan DEHB tanısı almış çocukların annelerinin 16'sı (%53,3) ilköğretim mezunu, 11'i (%36,7) lise mezunu, 3'ü (%10) üniversite mezunuydu. Bu 30 kişiden 28'i (%93,3) ev hanımı, 2'si (%6,7) meslek sahibiydi. Kontrol grubundaki annelerin ise 10'u (%33,3) ilköğretim mezunu, 13'ü (%43,3) lise mezunu, 7'si(%23,3) üniversite mezunuydu. Bu 30 kişiden 18'i (%60) ev hanımı, 12'si (%40) meslek sahibiydi.

Vaka grubundaki çocukların babalarının 5'i (%16,7) ilköğretim mezunu, 12'si (%40) lise mezunu, 13'ü (%43,3) üniversite mezunuydu. 29'u (%96,7) meslek sahibiydi. Kontrol grubundaki babaların 10'u (33,3) ilköğretim mezunu, 12'ü (%40) lise mezunu, 13'si(%43,3) üniversite mezunuydu. Bu gruptaki çocukların babalarının hepsi meslek sahibiydi.

DEHB tanısı alan çocukların annelerine bakıldığında; 13'ünde (%43,3) psikiyatrik bir öykü yokken, 17'sinde (%56,7) psikiyatrik bir öykü ve ilaç kullanımı vardı. Bu annelerin 5'i (%16,7) hali hazırda ilaç kullanımına devam ediyordu. 5'i ise çocuğuyla eş zamanlı olarak Erişkin Psikiyatri Bölümü'ne başvurmuş ve yeni tedavi başlanmıştı. Vaka grubundaki annelerin 6'sının (%20) soy geçmişinde psikiyatrik öykü mevcuttu. Kontrol grubundaki çocukların annelerinin 27'sinde (%90) psikiyatrik öykü yokken, 3'ünde (%10) psikiyatrik bir öykü ve ilaç kullanımı vardı. Kontrol grubundaki annelerin hiçbirinin son zamanlarda psikiyatrik ilaç kullanımı yoktu, 4 tanesinin ise (%13,3) soy geçmişinde psikiyatrik bir öykü mevcuttu.

DEHB tanısı alan çocukların babalarına bakıldığında; 28'inde (%93,3) psikiyatrik bir öykü yokken, 2'sinde (%6,7) psikiyatrik bir öykü ve ilaç kullanımı mevcuttu. Bu babalardan 1'i (%3,3) hali hazırda ilaç kullanımına devam ediyordu. Vaka grubundaki babaların 4'ünün (%13,3) soy geçmişinde psikiyatrik öykü mevcuttu. Kontrol grubundaki çocukların babalarının 25'sinde (%83,3) psikiyatrik öykü yokken, 5'inde (%16,7) psikiyatrik bir öykü ve ilaç kullanımı vardı. Kontrol grubundaki babaların hiçbirinin son zamanlarda psikiyatrik ilaç kullanımı yoktu, 2 tanesinin ise (%6,7) birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik bir öykü mevcuttu.

Vaka grubundaki annelerin özgeçmişine bakıldığında 2'sinin (%6,7) geçmişinde suisid girişimi öyküsü mevcuttu, 28'inde (%93,3) ise böyle bir öykü yoktu. Bu grubun 1'inde (%3,3) alkol bağımlılığı öyküsü vardı. Kontrol grubunda ise 1'inin (%3,3) geçmişinde suisid öyküsü bulunurken 29'unun (%96,7) herhangi bir suisid girişimi öyküsü yoktu. Alkol ve madde kullanımı kontrol grubundaki annelerin hiçbirinde yoktu. Her iki gruptaki ebeveynlerde tutuklanma veya yasal olmayan bir duruma rastlanmadı.

DEHB grubundaki çocukların babalarının özgeçmişine bakıldığında hiçbirinin geçmişinde suisid girişimi öyküsü yoktu. Bu grubun 6'sında (%20) alkol bağımlılığı öyküsü vardı ve bunların 5'inde (%16,7) tutuklanma veya yasal olmayan bir durum söz konusuydu. Kontrol grubundaki babaların herhangi bir suisid girişimi öyküsü yoktu. Alkol bağımlılığı kontrol grubundaki babaların 3'ünde (%10) mevcuttu. Bu gruptaki babaların 3'ünde (%10) tutuklanma veya yasal olmayan bir durum saptandı.

Çalışmaya alınan ailelerin gelirlerine bakıldığında vaka grubundaki ailelerin 9'unda (%30) gelir 1000 TL ve altında, 13'ünde (%43,3) 1000-2000 TL arasında, 8'inde (%26,7) 3000TL ve üzerindeydi. Bu oranlar kontrol grubuna bakıldığında; 6'sında (%20)

1000 TL ve altında, 8'inde (%26,7) 1000-2000 TL arasında, 16'sında (%53,3) 3000 TL ve üzerindeydi.

**Tablo 4.2.** DEHB grubunda ve kontrol grubundaki ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik öyküleri.

|                                         | DEHB                 |                     | Kontrol             |                     |
|-----------------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|                                         | Anne<br>(n=30)       | Baba<br>(n=30)      | Anne<br>(n=30)      | Baba<br>(n=30)      |
| Yaş(yıl) ort±sd                         | 34.90±5.35           | 41.03±8.77          | 35.50±6.24          | 38.37±5.88          |
| Evlilik yılı(yıl) ort±sd                | 14.53±3.98           |                     | 13.50±4.65          |                     |
| Eğitim (yıl) ort±sd                     | 8.2±3.66             | 11.73±3.58          | 9.93±3.88           | 10.93±3.76          |
| Çalışma durumu<br>(+/-) [%]             | 2/28<br>[6.7/93.3]   | 29/1<br>[96.7/3.3]  | 12/18<br>[40/60]    | 30/0<br>[100/0]     |
| Psikiyatrik öykü<br>(+/-) [%]           | 13/17<br>[43.3/56.7] | 28/2<br>[93.3/6.7]  | 27/3<br>[90/10]     | 25/5<br>[83.4/16.6] |
| Psikiyatrik ilaç<br>kullanımı (+/-) [%] | 5/25<br>[16.6/83.4]  | 1/29<br>[3.3/96.7]  | 0/30<br>[0/100]     | 0/30<br>[0/100]     |
| Suicid girişimi<br>(+/-) [%]            | 2/28<br>[6.7/93.3]   | 0/30<br>[0/100]     | 1/29<br>[3.3/96.7]  | 0/30<br>[0/100]     |
| Alkol madde<br>kullanımı (+/-) [%]      | 1/29<br>[3.3/96.7]   | 6/24<br>[20/80]     | 0/30<br>[0/100]     | 3/27<br>[10/90]     |
| Psikiyatrik soygeçmiş<br>(+/-) [%]      | 6/24<br>[20/80]      | 4/26<br>[13.3/86.7] | 4/26<br>[13.3/86.7] | 2/28<br>[6.7/93.3]  |

Yapılan SCID görüşmesi sonucunda; DEHB grubundaki annelerden toplam 21 kişide (%70) Major Depresyon (MD), 3 kişide (%10) Obsesif Kompulsiv Bozukluk (OKB), 20 kişide (%66,7) Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), 17 kişide (%56,7) hem MD hem YAB, 3 kişide de (%10) MD, YAB, OKB tespit edilmiştir. Bu annelerin 6'sında Eksen 1 tanımına girecek herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık saptanmamıştır. DEHB grubundaki babalardan ise; 1 tanesinde (%3,3) MD, 3 tanesinde (%10) YAB saptanmıştır, 26 kişide Eksen 1 tanımına girecek herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık saptanmamıştır.

DEHB grubundaki çocuklar tedavi aldıktan sonra çocukların 25'inde (%83,3) Turgay DEHB Ölçeği puanlarında %50'den fazla gerileme görülmüştür. 3 aylık tedavi sonrasında yapılan SCID görüşmesi sonucunda; 19 kişide (%63,3) Eksen 1 tanımına girecek herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık saptanmamıştır. 9 kişide (%30) MD, 3 kişide

(%10) OKB, 6 kişide (%20) YAB, 5 kişide (%16,7) MD ve YAB, 1 kişide (%3,3) MD, OKB, YAB tanıları saptanmıştır. Babalara bakıldığında ise 3 ay öncesi ve sonrası arasında hiçbir fark gözlenmemiştir.

Beck Depresyon leği sonuçlarına göre; vaka grubundaki annelerin 5'inde (%16,7) depresyon saptanmazken; 7'sinde (%23,3) hafif şiddette depresif semptomlar, 16'sında (%53,3) orta şiddette depresif semptomlar, 2'sinde ağır şiddette depresif semptomlar saptanmıştır. Kontrol grubundaki annelerde ise; 24'inde (%80) depresyon saptanmazken, 4'nde (%13,3) hafif şiddette depresif semptomlar, 2'sinde (%6,7) orta şiddette depresif semptomlar mevcuttur. 3 ay sonra verilen ölçek puanlarına göre 20'sinde (%66,7) depresyon saptanmazken, 3'nde (%10) hafif şiddette depresif semptomlar 6'sında (%20) orta şiddette depresif semptomlar, 1'inde ağır şiddette depresif semptomlar saptanmıştır.

Beck Depresyon leği sonuçlarına göre; vaka grubundaki babaların 28'inde (%93,3) depresyon saptanmazken, 1'inde (%3,3) hafif şiddette depresif semptomlar, 1'inde (%3,3) orta şiddette depresif semptomlar saptanmıştır. Kontrol grubundaki babalarda ise; 29'unda (%96,7) depresyon saptanmazken, 1'inde (%3,3) hafif şiddette depresif semptomlar mevcuttur. 3 ay sonraki kontrollerde 27'sinde (%90) depresyon saptanmazken, 3'nde hafif şiddette depresif semptomlar gözlenmiştir.

Beck Anksiyete leği sonuçlarına göre; vaka grubundaki annelerin 5'inde (%16,7) anksiyete semptomları saptanmazken, 8'inde (%26,7) hafif şiddette anksiyete semptomları, 10'unda (%33,3) orta şiddette anksiyete semptomları, 7'sinde ağır şiddette anksiyete semptomları saptanmıştır. Kontrol grubundaki annelerde ise; 25'inde (%83,3) anksiyete semptomları saptanmazken, 5'inde (%16,7) hafif şiddette anksiyete semptomları mevcuttur. 3 ay sonra verilen ölçek puanlarına göre 17'sinde (%56,7) anksiyete semptomları, 7'sinde (%23,3) hafif şiddette depresif semptomlar, 4'nde (%13,3) orta şiddette depresif semptomlar, 2'sinde (%6,7) ağır şiddette depresif semptomlar saptanmıştır.

Beck Anksiyete leği sonuçlarına göre; vaka grubundaki babaların 20'sinde (%66,7) anksiyete semptomları saptanmazken, 8'inde (%26,7) hafif şiddette anksiyete semptomları, 2'sinde (%6,7) orta şiddette anksiyete semptomları saptanmıştır. Kontrol grubundaki babalarda ise; 21'inde (%70) anksiyete semptomları saptanmazken, 9'unda (%30) hafif şiddette anksiyete semptomları mevcuttur. 3 ay sonraki kontrollerde vaka grubundaki babaların 19'unda (%63,3) anksiyete semptomları saptanmazken, 10'unda

hafif şiddette anksiyete semptomları, 1'inde (%3,3)orta şiddette anksiyete semptomları gözlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Vaka ve kontrol grubunda depresyon düzeylerine ilişkin bulgular.

| Beck Depresyon Ölçeği       | Kontrol        |                | DEHB           |                |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                             | Anne<br>(n=30) | Baba<br>(n=30) | Anne<br>(n=30) | Baba<br>(n=30) |
| Depresyon yok [%]           | 24<br>[80]     | 29<br>[86.7]   | 5<br>[16.6]    | 28<br>[93.4]   |
| Hafif Depresyon [%]         | 4<br>[13.3]    | 1<br>[3.3]     | 7<br>[23.4]    | 1<br>[3.3]     |
| Orta Derecede Depresyon [%] | 2<br>[6.7]     | 0<br>[0]       | 16<br>[53.3]   | 1<br>[3.3]     |
| Şiddetli Depresyon [%]      | 0<br>[0]       | 0<br>[0]       | 2<br>[6.7]     | 0[0]           |
| <b>N</b>                    | <b>30</b>      | <b>30</b>      | <b>30</b>      | <b>30</b>      |

**Tablo 4.4.** Vaka ve kontrol grubunda anksiyete düzeylerine ilişkin bulgular.

| Beck Anksiyete Ölçeği       | Kontrol        |                | DEHB           |                |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                             | Anne<br>(n=30) | Baba<br>(n=30) | Anne<br>(n=30) | Baba<br>(n=30) |
| Anksiyete yok [%]           | 25<br>[83.4]   | 21<br>[70]     | 5<br>[16.6]    | 20<br>[66.6]   |
| Hafif Anksiyete [%]         | 5<br>[16.6]    | 9<br>[30]      | 8<br>[26.6]    | 8<br>[26.6]    |
| Orta Derecede Anksiyete [%] | 0<br>[0]       | 0<br>[0]       | 10<br>[33.3]   | 2<br>[6.7]     |
| Şiddetli Anksiyete [%]      | 0<br>[0]       | 0<br>[0]       | 7<br>[23.4]    | 0<br>[0]       |
| <b>N</b>                    | <b>30</b>      | <b>30</b>      | <b>30</b>      | <b>30</b>      |

Aile Değerlendirme Ölçeği değerlendirildiğinde; problem çözme alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 21'inde (%70) kontrol grubundaki annelerden ise 7'sinde (%23,3); vaka grubundaki babalardan 15'inde (%50) kontrol grubundaki babalardan ise 7'sinde (%23,3) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki problem çözme alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 19'unda (%63,3), babalarda ise 13'ünde (%43,3) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu.

İletişim alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 15'inde (%50) kontrol grubundaki annelerden ise 8'inde (%26,7) ; hem vaka grubundaki, hem de kontrol grubundaki babaların 8'inde (%26,7) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki iletişim alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 13'ünde (%43,3), babalarda ise 8'inde (%26,7) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu.

Roller alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 23'ünde (%76,7) kontrol grubundaki annelerden ise 12'sinde (%40) ; vaka grubundaki babalardan 9'unda (%30) kontrol grubundaki babalardan ise 14'ünde (%46,7) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu. Kontrol grubundaki babalarda bu alt ölçeğin daha sağlıklı çıkması dikkat çekiciydi.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki roller alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 20'sinde (%66,7), babalarda ise 10'unda (%33,3) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu.

Duyusal tepki verebilme alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 17'sinde (%56,7) kontrol grubundaki annelerden ise 5'inde (%16,7) ; hem vaka grubundaki, hem de kontrol grubundaki babaların 8'inde (%26,7) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki duygusal tepki verebilme alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 16'sında (%53,3), babaların ise 10'unda (%33,7) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu.

Gereken ilgiyi gösterme alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 21'inde (%70) kontrol grubundaki annelerden ise 12'sinde (%40); vaka grubundaki babalardan 13'ünde (%43,3) kontrol grubundaki babalardan ise 10'unda (%33,3) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 21'inde (%70), babaların ise 13'ünde (%43,3) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu.

Davranış kontrolü alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 14'ünde (%46,7) kontrol grubundaki annelerden ise 9'unda (%30); vaka grubundaki babalardan 10'unda (%33,3) kontrol grubundaki annelerden ise 3'ünde (%10) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki davranış kontrolü alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 14'ünde (%46,7), babaların ise 8'inde (%26,7) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu.

Genel işlevler alt ölçek puanları vaka grubundaki annelerden 13'ünde (%43,3) kontrol grubundaki annelerden ise 9'unda (%30); vaka grubundaki babalardan 6'sında (%20), kontrol grubundaki babalardan ise 7'sinde (%23,3) normalin üzerindeydi ve bu alanda sorun olduğuna işaret ediyordu. Kontrol grubundaki babalarda bu alt ölçeğin daha sağlıklı çıkması dikkat çekiciydi.

DEHB grubundaki çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerdeki genel işlevler alt ölçek puanı değerlendirildiğinde 11'inde (%36,7), babaların ise 9'unda (%30) normalin üzerindeydi ve sorunun devam ettiğini gösteriyordu

#### **Kontrol ve deney gruplarının arasında depresyon düzeyleri açısından karşılaştırılması:**

Vaka ve kontrol gruplarındaki annelerin başlangıçta depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında vaka grubundaki annelerin depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ). Anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında da vaka grubundaki annelerin anksiyetesi yüksek çıkmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,001$ ).

Vaka ve kontrol gruplarındaki babaların başlangıçta depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında vaka grubundaki babaların anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,042$ ). Depresyon düzeyleri açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p=0,259$ ).

#### **Çocukların tedavisi öncesi ve sonrası arasında ebeveynlerin depresyon düzeyleri açısından karşılaştırılması:**

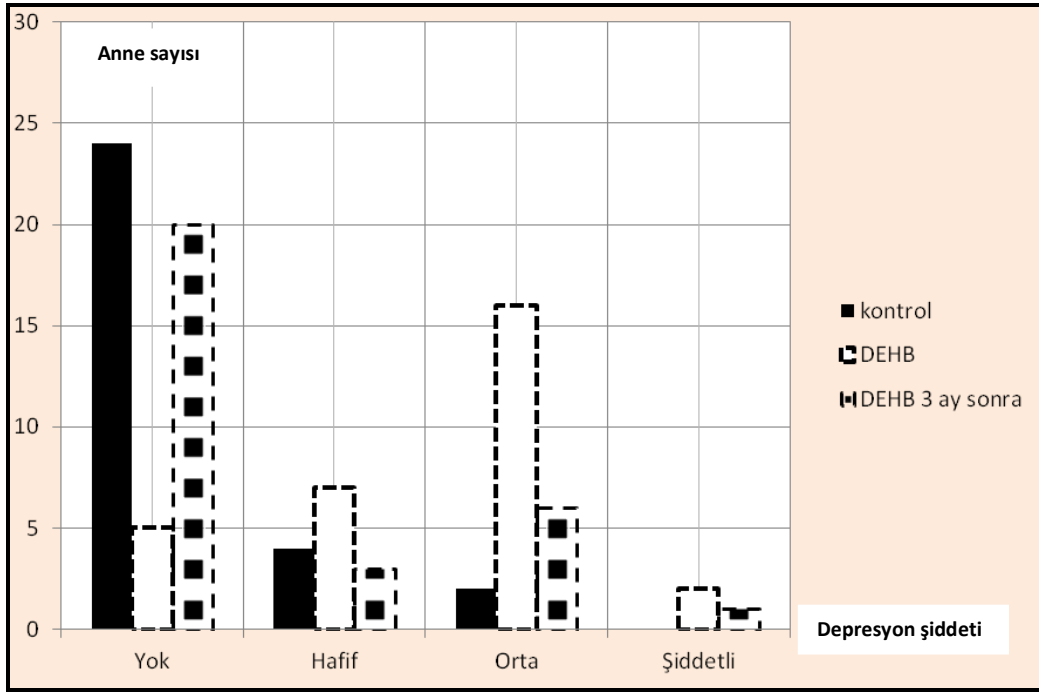
Annelerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin, çocuğa tedavi başladıktan 3 ay sonra anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır ( $p=0,0001$ ). Babalarda 3 ay sonra depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı derecede düştüğü gözlenmiştir ( $p=0,022$  ve  $p=0,027$ ).

**Tablo 4.5.** Depresyon düzeylerinin vaka-kontrol ve tedaviden sonra karşılaştırılması.

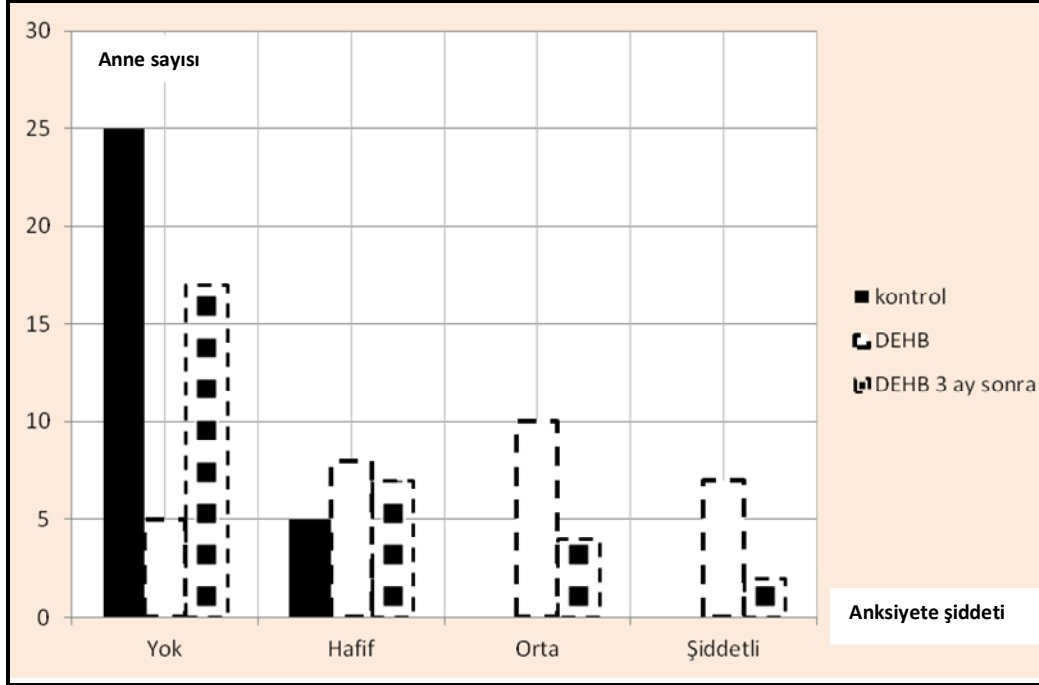
| Beck Depresyon Ölçeği       | Kontrol     |              | DEHB         |              | DEHB 3 ay sonra |             |
|-----------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-------------|
|                             | Anne (n=30) | Baba (n=30)  | Anne (n=30)  | Baba (n=30)  | Anne (n=30)     | Baba (n=30) |
| Depresyon yok [%]           | 24<br>[80]  | 29<br>[86.7] | 5<br>[16.6]  | 28<br>[93.4] | 20<br>[66.6]    | 27<br>[90]  |
| Hafif Depresyon [%]         | 4<br>[13.3] | 1<br>[3.3]   | 7<br>[23.4]  | 1<br>[3.3]   | 3<br>[10]       | 3<br>[10]   |
| Orta Derecede Depresyon [%] | 2<br>[6.7]  | 0<br>[0]     | 16<br>[53.3] | 1<br>[3.3]   | 6<br>[20]       | 0<br>[0]    |
| Şiddetli Depresyon [%]      | 0<br>[0]    | 0<br>[0]     | 2<br>[6.7]   | 0[0]         | 1<br>[3.3]      | 0<br>[0]    |
| N                           | 30          | 30           | 30           | 30           | 30              | 30          |

**Tablo 4.6.** Anksiyete düzeylerinin vaka-kontrol ve tedaviden sonra karşılaştırılması.

| Beck Anksiyete ölçeği       | Kontrol      |             | DEHB         |              | DEHB 3 ay sonra |              |
|-----------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|
|                             | Anne (n=30)  | Baba (n=30) | Anne (n=30)  | Baba (n=30)  | Anne (n=30)     | Baba (n=30)  |
| Anksiyete yok [%]           | 25<br>[83.4] | 21<br>[70]  | 5<br>[16.6]  | 20<br>[66.6] | 17<br>[57.6]    | 19<br>[63.4] |
| Hafif Anksiyete [%]         | 5<br>[16.6]  | 9<br>[30]   | 8<br>[26.6]  | 8<br>[26.6]  | 7<br>[23.4]     | 10<br>[33.3] |
| Orta Derecede Anksiyete [%] | 0<br>[0]     | 0<br>[0]    | 10<br>[33.3] | 2<br>[6.7]   | 4<br>[13.3]     | 1<br>[3.3]   |
| Şiddetli Anksiyete [%]      | 0<br>[0]     | 0<br>[0]    | 7<br>[23.4]  | 0<br>[0]     | 2<br>[6.7]      | 0<br>[0]     |
| N                           | 30           | 30          | 30           | 30           | 30              | 30           |



**Şekil 4.1.** Kontrol ve deney grubu annelerinde depresyon düzeylerinin karşılaştırılması ve tedavi sonrası değişiklikler.



**Şekil 4.2.** Kontrol ve deney grubu annelerinde anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması ve tedavi sonrası değişiklikler.

**Tablo 4.7.** Beck depresyon ve anksiyete ortalama puanlarının kontrol ve vaka grupları arasında karşılaştırılması.

|                             | Anne              |                | P      | Baba              |                | P      |
|-----------------------------|-------------------|----------------|--------|-------------------|----------------|--------|
|                             | Kontrol<br>(n=30) | DEHB<br>(n=30) |        | Kontrol<br>(n=30) | DEHB<br>(n=30) |        |
| Beck<br>Depresyon<br>ort±sd | 19.23±6.84        | 41.77±9.15     | 0.001* | 28±3.58           | 33±4.32        | 0.259  |
| Beck<br>Anksiyete<br>ort±sd | 19.05±4.43        | 41.95±11.31    | 0.001* | 25.97±4.82        | 35.03±5.55     | 0.042* |

\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlılık göstergesi (Mann Whitney U Testi)

**Tablo 4.8.** Beck depresyon ve anksiyete ortalama puanlarının DEHB grubunda ebeveynlerde tanı anında ve tedaviden sonra karşılaştırılması.

|                             | Anne<br>(n=30) |                    | P       | Baba<br>(n=30) |                    | P      |
|-----------------------------|----------------|--------------------|---------|----------------|--------------------|--------|
|                             | Tanı anında    | Tedaviden<br>sonra |         | Tanı anında    | Tedaviden<br>sonra |        |
| Beck<br>Depresyon<br>ort±sd | 41.77±9.15     | 9.53±8.56          | 0,0001* | 33±4.32        | 3.8±4.41           | 0,022* |
| Beck<br>Anksiyete<br>ort±sd | 41.95±11.31    | 9.36±9.15          | 0,0001* | 35.03±5.55     | 6.2±5.54           | 0,027* |

\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlılık göstergesi (Mann Whitney U Testi)

#### **Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) sonuçlarının vaka ve kontrol grubundaki ebeveynlerde karşılaştırılması:**

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ problem çözme alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuştur (p=0).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ iletişim alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur (p=0,06).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ roller alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır (p=0,04).

Ki kare test sonuçlarına göre, ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ( $p=0,01$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre, ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ( $p=0,02$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ davranış kontrolü alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=0,184$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ genel işlevler alt ölçeğinde annelere bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=0,28$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre, ADÖ problem çözme alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ( $p=0,03$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ iletişim alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=1$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ roller alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=0,184$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ duygusal tepki verebilme alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=1$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre, ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=0,43$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ davranış kontrolü alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardır ( $p=0,028$ ).

Ki kare test sonuçlarına göre; ADÖ genel işlevler alt ölçeğinde babalara bakıldığında vaka grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktur ( $p=0,754$ ).

**Çocukların tedavisi öncesi ve sonrasında aile değerlendirme ölçeği karşılaştırılması:**

Ki kare test sonuçlarına göre 3 ay sonra ADÖ altölçekleri değerlendirildiğinde hiçbir altbirimde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.(ADÖ 1 p= 0.5, ADÖ 2 p= 0.73, ADÖ 3 p= 0.41, ADÖ 4 p= 0.75, ADÖ 5 p=0.5, ADÖ 6 p=1, ADÖ 7 p=0.6)

**Anne ve babaların aile işlevlerini değerlendirmeleri açısından karşılaştırılması:**

Roller ve davranış kontrolü ile ilgili alt ölçek puanları incelendiğinde annelerin babalara göre bu iki işlevi daha sağlıklı gördüğü tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.028 ve p=0.046). Problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, genel fonksiyonlar açısından anne ve babaların bu işlevleri değerlendirmesi ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (sırasıyla p=0.276 p=0.172 p=0.239 p=0.067 p= 0.071).

**Tablo 4.9.** Aile değerlendirme ölçeği alt işlevlerde saptanan sağlıksızlık düzeylerinin vaka-kontrol ve tedavi sonrası karşılaştırılması.

| ADÖ<br>Alt işlevler          | Kontrol        |                | DEHB           |                | DEHB 3 ay sonra |                |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|
|                              | Anne<br>(n=30) | Baba<br>(n=30) | Anne<br>(n=30) | Baba<br>(n=30) | Anne<br>(n=30)  | Baba<br>(n=30) |
| Problem çözme [%]            | 7<br>[23.3]    | 7<br>[23.3]    | 21<br>[70]     | 15<br>[50]     | 18<br>[60]      | 13<br>[43.3]   |
| İletişim [%]                 | 8<br>[26.7]    | 8<br>[26.7]    | 15<br>[50]     | 8<br>[26.7]    | 13<br>[43.3]    | 8<br>[26.7]    |
| Roller [%]                   | 12<br>[40]     | 14<br>[46.7]   | 23<br>[76.7]   | 9<br>[30]      | 20<br>[66.7]    | 10<br>[33.3]   |
| Duygusal tepki verebilme [%] | 5<br>[16.7]    | 8<br>[26.7]    | 17<br>[56.7]   | 8<br>[26.7]    | 16<br>[53.3]    | 10<br>[33.3]   |
| İlgiyi gösterme [%]          | 12<br>[40]     | 10<br>[33.3]   | 21<br>[70]     | 13<br>[43.3]   | 21<br>[70]      | 13<br>43.3]    |
| Davranış kontrolü[%]         | 9<br>[30]      | 3<br>[10]      | 14<br>[46.7]   | 10<br>[33.3]   | 14<br>[46.7]    | 8<br>[26.7]    |
| Genel işlevler[%]            | 9<br>[30]      | 7<br>[23.3]    | 13<br>[43.3]   | 6<br>[20]      | 11<br>[36.7]    | 9<br>[30]      |

**Annelerin dikkatsizlik, aşırı hareketlilik/ dürtüsellik, DEB/DEHB ile ilgili özellikleri ve depresyon/anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi:**

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik /dürtüsellik ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. ( $p=0,66$  ve  $p=0,651$ ). Annenin DEB/DEHB ile ilişkili özellikleri ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak arada zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $p= 0,03$  ve  $r =0,391$ ). Bu değişkenler ile annenin anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla  $p= 0,803$ ,  $p=0,388$ ,  $p=0,727$ ). Annelerin bu özellikleri ile 3 ay sonraki depresyon puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ( $p= 0.392$ ,  $p=0.482$ ,  $p=0,773$ ).

**Babaların dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, DEB/DEHB ile ilgili özellikleri ve depresyon/anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmesi:**

Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik /dürtüsellik, DEB/DEHB ilişkili özellikleri ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır ( $p=0.193$ ,  $p=0.905$ ,  $p=0.628$ ). Bu değişkenler ile babanın anksiyetesi arasındaki ilişkiye bakıldığında; dikkatsizlik puanları arttıkça anksiyete seviyesinin arttığına dair zayıf bir ilişki kurulmuştur ( $p=0.041$  ve  $r =0.376$ ). Babanın aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, DEB/DEHB ile ilişkili özellikleri ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla  $p= 0.436$ ,  $p=0.440$ ). Babanın bu özellikleriyle 3 ay sonraki depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki kurulamamıştır (sırasıyla  $p= 0.834$ ,  $p= 0.76$ ,  $p=0.310$ ).

**Annenin eğitim düzeyi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki:**

Anne eğitimi ile depresyon şiddeti arasındaki ilişkiye baktığımızda ilköğretim mezunu olan 16 kişiden 13'ünde, lise mezunu olan 11 kişiden 8'inde, üniversite mezunu olan 3 kişiden 2'sinde hafif-orta şiddette depresif semptomlar saptanmış olup; annenin eğitimi ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki kurulamamıştır. Veri sayısı az olduğundan p değeri hesaplanamamıştır.

**Çocuğun DEHB alttipi ile annenin depresyon/anksiyete düzeyi arasındaki ilişki:**

Çocuğun DEHB alttipi ile annenin depresyon düzeyi ve anksiyete düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,857$  ve  $p=0,547$ ).

#### **Annenin mesleği ile depresyon/anksiyete düzeyi arasındaki ilişki:**

Hasta grubunda 28 anne ev hanımı olup, 6'sında hafif düzeyde, 15'inde orta düzeyde depresif semptomlar saptanmıştır. 2 anne çalışmakta olup, bunların 1'inde hafif düzeyde, 1'inde orta düzeyde depresif semptomlar saptanmıştır. Annelerden çalışanlar ve evhanımları olanlar depresyon açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,803$ ). Anksiyete açısından da aynı durum söz konusudur ( $p=0,617$ ).

Annenin eğitimiyle depresyon düzeyi ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p=0,440$  ve  $p=0,557$ ).

#### **Annenin depresyon düzeyi ile çocuğun tedaviden fayda görmesi arasındaki ilişki:**

Tedaviden fayda gören 25 çocuğun annelerinin 4'ünde orta-ağır şiddette depresyon mevcutken, fayda görmeyen 5 çocuğun 3'ünün annesinde orta-ağır şiddette depresyon mevcuttur.

#### **Anneye tedavi başlanması ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki:**

Anneye eş zamanlı tedavi başlanan 5 kişinin hiçbirinde depresif semptom kalmazken, geriye kalan 25 kişinin 10'unda depresif semptomlar devam etmektedir. Depresyonu belirgin azalan gruptaki iyileşmenin çocuğun iyileşmesine mi yoksa annenin antidepresan ile iyileşmesine mi bağlı olduğu veri sayısı az olduğundan söylenemez.

#### **ADÖ altışlevleri ile anne baba anksiyete/depresyon düzeyi arasındaki ilişki:**

Annelerde ADÖ problem çözme alttipinde sağlıksız puan alanların depresyon ve anksiyete düzeyi almayanlara göre daha yüksek çıkmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,006$  ve  $p=0,006$ ). Roller alt ölçeğinde sağlıksız olan annelerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0,049$ ). Genel fonksiyonlar alt ölçeğinde sağlıksızlık saptanan annelerin depresyon düzeyleri anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ( $p=0,006$ ). Diğer alt ölçeklerin hiçbirinde anksiyete ve depresyon açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Babalardaki ADÖ sağlıksız olan alttiplerin hiçbirinde anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkili anlamlı sonuç saptanmamıştır.

**Ebeveynlerin dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, DEB/DEHB ilişkili özellikleri ile ADÖ arasındaki ilişki:**

Annenin bu özellikleriyle ADÖ alt grupları arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Babalarda ise dikkatsizlik puanı yüksek olanların davranış kontrolü altölçeğinde daha sağlıklı olduğu gözlenmiştir ( $p=0,003$ ).

**Ebeveynlerde dikkatsizlik, hareketlilik /dürtüsellik, DEB/DEHB özelliklerinin karşılaştırılması:**

Deney grubunda anne ve babalarda dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, DEHB özellikleri açısından anlamlı fark yoktur. Vaka ve kontrol gruplarında anneleri arasında dikkat eksikliği ve hareketlilik/dürtüsellik puanları açısından fark olmakla birlikte veri azlığı nedeniyle  $p$  değeri hesaplanamamıştır. Babalarda ise iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Erişkin DEHB özellikleri açısından puanlarda babalarda yine fark olmamakla birlikte, vaka grubunda kontrollere göre daha yüksek puanlar saptanmıştır ( $p=0,004$ ).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları gözden geçirilecek olursa öngörülen varsayımların yüksek oranda desteklendiği görülmektedir. Çalışmamızın en temel bulgusu; DEHB olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyinin normal gelişim gösteren çocuklu annelerin depresyon ve anksiyete düzeyinden önemli düzeyde yüksek olduğudur. Diğer en temel bulgusu ise; tedaviden sonra ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşmesidir.

DEHB tanısı olan çocuğa sahip annelerin SCID görüşmeleri sonucuna bakıldığında %80'inde en az bir psikopatoloji olduğu görülmüş olup, %70'inin tanısı Major Depresyon (MD), %66.6'sının Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) olduğu gözlenmiştir. Bu bulgular kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksektir.

Babaların SCID görüşmesi sonuçlarına bakıldığında ise; DEHB grubundaki babaların %3,3'ünde MD, %10'unda YAB saptanmıştır. Kontrol grubundaki babalarda ise bu oranlar %3.3 MDB, %3.3'ünde YAB şeklindedir. Her iki grup arasında istatistiksel olarak depresyon açısından anlamlı fark olmasa da; anksiyete açısından vaka grubu lehine anlamlı fark vardır.

Başta depresyon olmak üzere, normal popülasyona kıyasla daha yüksek oranda DSM-IV Eksen I tanısı DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, DEHB tanısı olan çocukların ailelerinde psikiyatrik sorunların normalden fazla olduğu bildirilmiştir (144). Biederman ve ark, iki çalışmada DEHB'li olguların birinci derece akrabalarında anksiyete bozukluklarını %23-25 oranlarında, depresif bozuklukları %26 oranında normal kontrollerin ailelerinde görülenden daha yüksek oranda bulmuşlardır (12,131). Perrin ve Last (123) çalışmalarında, DEHB ve anksiyete bozukluklarının ortak risk faktörleri içerdiklerini, DEHB olan çocukların akrabalarında anksiyete bozukluğunun, kontrol grubuna oranla daha fazla olduğunu ve DEHB olan çocukların ebeveynlerinde eş tanımlı DEHB olmasa da anksiyete bozukluklarının bulunduğunu göstermişlerdir.

DEHB olan çocukların anneleri, ana-babalık görevlerini yerine getirirken normal gelişimi olan çocukların annelerine göre daha çok stres faktörlerine maruz kalmaktadırlar. Araştırmalar, DEHB'nin anne ve babalar için önemli bir stres faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (119,146). Anneler, DEHB olan çocuklarda görülen aşırı

hareketliliği, dikkat bozukluklarını, dürtüsel davranışları ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan akademik başarısızlıkları, sosyal uyum güçlüklerini ve aile içi problemleri, ilaç tedavisi veya psikososyal müdahaleler olmadan kontrol altına almada güçlük yaşamaktadırlar. Özellikle çocukta tanılanmış olan DEHB'nin şiddeti, annelerin yaşadıkları stres ve depresyon düzeyini doğrudan etkilemektedir (147). Anneler, yaşadıkları strese yönelik olarak çeşitli başa çıkma yöntemleri kullanmaktadırlar. Çocuklarında görülen DEHB semptomlarının şiddetine göre yaşadıkları stres ve anneliklerine ilişkin yeterlilik duyguları, kendilerine olan özsayıgıları annelerin stres ve depresyon düzeylerini etkilemektedir. Bu durumda, çocuklarının davranışlarını kontrol ve düzenlemede yaşanan yetersizlik duyguları, annenin sorun çözme becerilerini olumsuz etkilemektedir (148). Bauman ve arkadaşlarının (144) yapmış oldukları araştırmada, annelik depresif semptomolojisi ile DEHB olan çocukların annelerinin geniş anlamda dışsallaştırılmış ve içselleştirilmiş davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Annelerin DEHB olan çocuklarını yetiştirirken karşılaştıkları güçlükler, DEHB'nin şiddeti veya sosyal desteğin düzeyi annelerin yeterlilikleri konusunda olumsuz düşünceleri olmasına neden olmakta ve annelerin duygudurumlarına etkide bulunmaktadır (147).

Çalışmamızın diğer en temel bulgusu; çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonraki Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarına bakıldığında, annelerdeki depresyon oranının %33.3'e gerilediğidir. Bu durum bize annelerin depresif semptomlarının kaynağının DEHBli çocukların dürtüsellik, aşırı hareketlilik, dikkatsizlik gibi semptomlarının olduğunu düşündürebilir. Ancak tanı anında görüşme yapılan annelerin 5'inde mevcut antidepresan kullanımı var idi; 5'i ise yapılan görüşme sonucu psikiyatri kliniğine yönlendirildi ve onlara da antidepresan tedavisi başlandı. Çalışmamızda çocukların %83.3'ünün tedaviye yanıt verdiği görülmüştür. Bu sonuç, literatürde DEHB tedavisinde hastaların yaklaşık %90'ının psikostimulan ile tedavi olması bilgisiyle uyumludur (16). Annelerdeki iyileşmenin çocuktaki iyileşmeye mi yoksa kendi tedavisinde yol almasıyla mı olduğu konusunda kesin bir kanıya varılamaz yani tedaviden fayda görme ile annelerin depresyon düzeyi arasında denek sayısının yetersiz olması nedeniyle ilişki kurulamamıştır.

DEHB tanısı alan çocuklara tedavi başladıktan 3 ay sonra annelerin anksiyete düzeylerine bakıldığında bu oranın %83,3'den %43,3'e gerilediği görülmüştür. Bu da bize bu gerilemenin depresyona göre daha az olmasının nedenini düşündürmektedir.

Çocuğun semptomları düzelirken; annenin depresif semptomları hızla düzelmekte, ancak çocuğun ilaç kullanımı, çocuğun geleceği ile ilgili kaygılar, bozuk aile yapısının devam etmesi gibi sebeplerle anksiyete semptomlarının daha az oranda iyileştiğini düşünülebilir.

Babalar için Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen verilere bakıldığında vaka grubundaki babaların %6,6'sında MD saptanmış olup, kontrol grubunda bu oran %3,3'dür. Benzer şekilde vaka grubundaki babaların %33,3'ünde anksiyete semptomları mevcutken; kontrol grubunda bu oran %30'dur. Anksiyete ve depresyon açısından vaka ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Çocuğun tedavisinden 3 ay sonraki Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre, babaların %10'unda MD, %36,6 Anksiyete Bozukluğu saptanmış olup; babaların anksiyete düzeyinin DEHB'li çocuğa sahip olmaktan bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır. Tanı anından sonraki 3 aylık dönemde babaların anksiyetelerini artıran başka faktörler olduğu açıktır, bu nedenle anksiyete düzeyi yüksek baba sayısı artmıştır. Bu veriler bize çocuğun DEHB semptomlarıyla babanın depresyon düzeyi arasında ilişki olmadığını düşündürmektedir. Heler yaptığı araştırmada, özel gereksinimli çocuğun babalardan çok annelerin yaşamını etkilediğini belirtmektedir (149). Babalar çocukla anneler kadar yoğun ilgilenemedikleri ve çocuğun bakımı ile ilgili daha az beklentide olmaları nedeniyle duygusal açıdan anneler kadar etkilenmemektedirler. Çünkü babalar ekonomik nedenlerle iş yerinde daha çok zaman geçirmekte ve çocuklarına bu şekilde destek olmaktadır (150). Bunun sonucunda anneler daha fazla sorumluluk yüklenmektedirler. Bu da annelerin babalara göre depresif semptomlar gösterme oranının yüksek olmasını açıklar. Literatürde anne ve babaların kaygı düzeylerinin farklı olmasına getirilen bir başka yorum da; babaların özel gereksinimli çocuğa gösterdiği yetersiz ilginin annenin kaygısı artırmakta olduğudur (151).

Bu bağlamda ev hanımı olan annelerin çocuklarıyla daha fazla vakit geçirdiğini ve depresyon/anksiyete düzeylerinin daha fazla olmasını beklememize rağmen; istatistikler sonucunda böyle bir sonuca varılamamıştır. Literatürden farklı olarak annenin eğitim düzeyiyle de depresyon ve anksiyete skorları arasında ilişki saptanmamıştır (1,4,5).

Literatürde DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB yaygınlığı %6,8 olarak bulunmuştur (1). Ülkemizde yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların ebeveynlerinin %24,3-43,5'inin erişkin DEHB tanısı aldığı bildirilmektedir (24,132). DEHB'li olguların ebeveynlerinde %12,3 oranında duygudurum bozukluğu, %8,1 oranında anksiyete bozukluğu saptanmış olup, erişkinlikte DEHB tanısı alan

ebeveynlerde %12,5 oranında duygudurum bozukluğu ve %25 oranında anksiyete bozuklukları eş tanısı bulunmuştur (1). DEHB genetik geçişi de göz önüne alındığında annelerdeki yüksek depresyon ve anksiyete düzeyinin çocuktan bağımsız olarak eşanı olabileceği de düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda; vaka ve kontrol gruplarında anneler arasında dikkat eksikliği ve hareketlilik/dürtüsellik puanları vaka grubundan daha fazladır. Literatürde DEHB’li annelerin çocuğun davranışlarına daha az geribildirimde bulundukları ve etkili problem çözme becerilerinde sıkıntılar yaşadıkları, pozitif ana-babalık tutumları ve katılım düzeylerinin ise düşük olduğu belirlenmiştir (149). Kendisi de DEHB belirtilerine sahip bir annenin, DEHB’li bir çocuğun gereksinim gösterdiği sakinlik, sabır, sınır koyabilme, problemler karşısında dürtüsel davranmama gibi özellikleri taşıyan tutum ve tavırlar sergilemekte zorluk çekeceği aşıkardır. Çalışmamızda da aynı zamanda annenin DEHB ile ilgili özellikleri arttığında depresyon düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Babalarda ise dikkat eksikliği, hareketlilik/dürtüsellik açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte; erişkin DEHB özellikleri açısından vaka grubunda kontrollere göre yüksek puanlar saptanmıştır. Babaların dikkatsizlik puanları arttıkça anksiyete düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ebeveynlerdeki dikkatsizlik belirtisinin, çocuğun davranış örüntülerini tutarlı bir şekilde gözlemleme ve yorumlamada güçlüklerle yol açabilmektedir (152). Ebeveynlerde DEHB’nin bulunması çocuğa verilen bakımın kalitesini azaltmakta, ana-babanın yeterlilik duygusunu ve kendine güvenini etkileyebilmekte, ailede gerilim ve huzursuzluk yaşanmasına da neden olabilmektedir (149,152).

Çalışmamızda; çocuğun DEHB alttipinin anne depresyon ve anksiyetesi üzerinde etkili olabileceği düşünülüp, istatistiksel olarak incelenmiştir. Ancak alttipile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur; ebeveynlerdeki depresyon ve anksiyete düzeyi ADHD alttipinden daha çok komorbid davranım bozukluğu varlığıyla ilişkilidir (153).

Bedensel ve psikiyatrik hastalıklar, aile işlevlerini etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir. Ailenin yetki paylaşımı, rol dağılımı, aile sınırları gibi özellikleri, üyelerinin ilişkilerinde görülen esneklik veya katılık, iletişim veya iletişimsizlik gibi faktörler, ihtiyaçların karşılanması ve problem çözme biçimlerini etkilemekte ve hastalıkla baş etme kapasitelerini yıpratmaktadır (163). ADHD gelişiminde güçlü bir genetik yatkınlık olmakla birlikte hastalığın gelişimi, klinik prezentasyonu ve gidişatında

aile ortamı önemlidir. Bu ailelerdeki zorluklar hastalığın karakteristiğinin hem kaynağı hem de sonucudur. Bu çocukların stres yaratan, talepkar, sırnaşık yapıları aile üyelerinden negatif reaksiyonlar almalarına ve aile ilişkileri ile ebeveynlerin psikolojik işlevlerinde uyumu bozan bir etki yapmaktadır (153,154). Literatürde ADHD’li çocuğa sahip ailelerdeki aile işlevleri ve ebeveynlik rollerini araştıran bir çok çalışma mevcuttur. Bizim çalışmamızda da bu etkiyi değerlendirmek amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır. Burada amaç bu ailelerdeki işlevsel bozuklukların hangilerinin ne oranda çocuğun semptomlarıyla ilişkili olduğunu saptamaktır.

ADÖ sonuçları her iki grup için karşılaştırıldığında araştırmamız sonucunda; DEHB tanısı konan çocukların annelerinin, aile işlevlerinde sağlıksızlık bildirme durumuna göre sırasıyla “problem çözme”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “gereken ilgiyi gösterebilme” alanlarında kontrol grubuna göre daha sağlıksızlık olduğu saptanmıştır. Tangül Özcan (2002); DEHB tanısı konan çocukların ailelerinin, aile işlevlerinde sağlıksızlık bildirme durumuna göre “gereken ilgiyi gösterebilme”, “roller”, “duygusal tepki verebilme”, “genel fonksiyonlar” alanlarında sağlıksızlık saptamıştır (164). Bu araştırmanın sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla benzer niteliktedir. Babalarda ise “problem çözme” ve “davranış kontrolü” alanlarında sorunlar olduğu saptanmıştır. Anne ve babaların ailesel işlevlerle ilgili sağlıksız buldukları alanların “problem çözme” dışında farklı olması dikkat çekicidir ve babaların sağlıksız bulunduğu işlevlerin görece az olması onların sorunları yadsıyan tarafını gösteriyor olabilir.

Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisidir (154,155). Ruhsal hastalıklar, tedavisi uzun zaman alan ve damgalanmanın büyük sorun oluşturduğu hastalıklar olup, ailelere duygusal yükün yanında maddi anlamda ve sürekli şikayet ve eleştirilere maruz kalma gibi toplumsal ek yük getirmektedir. Doğal olarak duygusal, maddi ve toplumsal yükün aile üzerinde baskı oluşturması sonucunda problemleri çözme becerisi bozulabilir. Ayrıca literatürde DEHB’li annelerin çocuğun davranışlarına daha az geribildirimde bulundukları ve etkili problem çözme becerilerinde sıkıntılar yaşadıkları, pozitif ana-babalık tutumları ve katılım düzeylerinin ise düşük olduğu belirlenmiştir (149).

Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynakların kullanımı, bakıp büyütmeye, destekleme ve kişisel bakım sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştiremediği bu alt ölçekle değerlendirilir. Bu alt ölçek görevlerin belirgin ve eşit olarak aile üyelerine

dağılımı ve görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir (154,155). Çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklarında annelerle babaları kıyaslayan az sayıdaki çalışmada babanın daha çok ailenin maddi sorumluluklarını üstlendiği, ev dışında daha çok vakit geçirip kişisel uğraşlarına vakit ayırabildiği, annelerin ise evde kalıp ev işleri ve hasta çocukları ile ilgilendikleri ve dolayısıyla daha çok sosyal kısıtlılıklar yaşadıkları bildirilmektedir (155). Yani babalar normale daha yakın bir hayat sürerken annelerin günlük rutin sorumluluklarının üstüne hasta çocuğun bakımı ve tedavisinin takibi de eklenmektedir. Bu çalışmada da benzer şekilde annelerde “roller” alt işlevinde sağlıksızlık saptanırken babalar bu konuda herhangi bir sorun algılamamaktadır.

Davranış kontrolü; ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Ayrıca, kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır (154). Erken yaşta tanı konulan ruhsal hastalıklar küçük yaşlardan itibaren normal gelişimi ve otonomiye sınırlandırabilir. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar ve ailenin aşırı kontrolü nedeniyle çocuk pasif ve yapışkan hale gelebilir. Ya da ebeveynler çocuklarının davranışlarına uygun sınırları koymada yetersiz kalırlarsa dürtü denetiminin normal gelişimi gerçekleşmeyebilir (3). DEHB’li çocuğun dikkatsizliği ve dürtüsellliği aile tutumları açısından sert-katı disiplin, tutarsız disiplin veya disiplinden yoksun ortamlara maruz kalmasına neden olabilir. Bu durum annelerde daha çok sert ve katı disiplin olarak kendini gösterirken, babalarda ise tutarsız ve disiplinden yoksun tutum olarak ortaya çıkmaktadır (153). Bu literatür bulgusu çalışmamızda gösterilmiş olan sadece babalarda “davranış kontrolü” altölçeğinin sağlıksız olması sonucuyla uyumludur. Ayrıca depresif annelerin çocuğuna ceza vermesinde ve gereğinden fazla müdahale etmesinde artış olduğu gösterilmiş (153,154).

“Gereken ilgiyi gösterme”, aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, sevgi ve bakımı içermektedir. Aile işlevlerini yerine getiren ailelerde bireyin duygu, düşünce ve davranışlarına duyarlı olma ve onun bakış açısından olaylara yaklaşabilme davranışları gözlemlenmektedir. Aile işlevlerinde sıkıntı olan sağlıksız aile yapılarında ise aşırı ilgili, müdahaleci, kayıtsız tutumlar içeren davranışlar gözlemlenmektedir. DEHB tanısı alan çocukların annelerinde depresyon sık gözlenmektedir ve bu durum annenin şefkatinde, ebeveynlik duyarlılığında, çocuğunun duygularına karşılık verebilme yeteneğinde azalmaya sebep olmaktadır (153,154). Çalışmamızda bu alt ölçek anneler tarafından sorunlu görülürken babalar tarafından sorun bildirilmemektedir. Bu durum kadınların

erkeklere göre daha depresif olmaları, daha fazla ilgi ve sevgi arama davranışı, erkeklerin sorunları daha fazla yadsıması ile ilişkili olabilir.

Aile işlevlerindeki bozulmalar bireylerin rol, iletişim, davranış kontrolü, duygusal tepki vermedeki sıkıntılar sebebiyle meydana gelmekle birlikte, ailenin krizler karşısındaki duruşunu da etkilemektedir. Aile yaşam döngülerinde gerekli esnekliği ve kabullenışı sağlayamayan aileler, olası bir kriz durumunda da aile işlevlerinde bozulmayla karşılaşabilmektedirler. Bu krizlerden biri de çocuğun DEHB gibi aile uyumunu bozan davranışlara sahip bir hastalığa yakalanması olabilir. Kronik hale gelen hastalık ailedeki tüm etkileşimi değiştirebilir veya zaten var olan belirsiz roller ve kabullenişin katı olması durumu hastalığı da bir kriz olarak algılayıp daha güçlü bir dağılma yaşanmasına sebep olabilir. Literatürde DEHB ile normal çocukların annelerin karşılaştırıldığı çalışmalarda DEHB'lı ailelerde daha stresli ve çatışmalı aile ortamı, daha zayıf ebeveynlik pratiği, daha sık ebeveynler arası tutarsızlık saptanmıştır (153). Çalışmamızda DEHB lı çocuğa sahip olmanın en fazla ilişkilendirildiği işlevler; problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolüdür. 7 altışlevden 5'inde kontrollere göre anlamlı bozulma saptanmıştır. Ancak sorun olarak görülen işlevlerin anne ve babalarda farklı olması anne babaların sorunlara bakış açısının farklı olması ile ilişkilidir.

Aile değerlendirme ölçeği alt işlevleri açısından DEHB grubundaki anne ve babalar kıyaslandığında, annelerin roller ve davranış kontrolünü daha sağlıklı bulduğu ancak diğer işlevlerde anlamlı fark olmadığı çalışmamızda gözlenmiştir. Aradaki farklılığının nedeni çocuk bakımıyla ilgili görevlerin daha çok anne üzerinde olması, babaların çocuk bakımında anneye paylaşım girmemesi ve sorumluluğu paylaşmama davranışlarının sadece anneleri rahatsız eden bir tutum olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca annelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olması sorunları olduğundan daha büyük görme eğiliminde olmalarına yol açıyor olabilir.

Vaka grubundaki çocukların tedavisinden 3 ay sonra ADÖ altölçeklerinde değişme olup olmadığı incelendiğinde hem anne, hem de babalarda herhangi bir altışlevde değişme olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç aile işlevlerinde algılanan sorunların sadece başa çıkılması zor bir çocuğa sahip olmaktan ileri gelmediği, aile içindeki sorunların birçok farklı nedenden kaynaklanabileceği, ayrıca çocuğun bakımı ile ilgili sorunların da semptomlar düzelse bile 3 ay gibi kısa bir sürede düzelemeyeceğini göstermektedir.

August ve ark (1996) yaptığı 3 yıllık izlem çalışmasında aile işlevlerinin çocuğun semptomları üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (100). Aile işlevleri ve DEHB semptomlarıyla ilişkisini inceleyen bir diğer çalışma ise ilkokulun ilk yıllarında ailesel etkiler henüz davranım sorunu geliştirmemiş çocuklarda gidişatı belirlerken; çoktan davranım problemi geliştirmiş olan çocuklarda ailesel etkinin gidişat üzerindeki etkisinin ortadan kalktığını göstermiştir (152). Birçok izlem çalışması; aile işlevlerinin ve aile ortamının DEHB semptomatolojisinden öte davranım problemleriyle ilişkili olduğunu savunmaktadır. Yani DEHB semptomları olan çocuklara karşı anne baba tutumları, çocukların davranım bozukluğu geliştirmesinin en önemli yordayıcılarından denilebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin, aile işlevlerinin; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olmayan çocukların ebeveynleriyle karşılaştırıldığı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. DEHB'li çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyi, sağlıklı çocuğa sahip annelerin depresyon ve anksiyete düzeyinden yüksektir.
2. DEHB'li çocuğa sahip babaların anksiyete düzeyi, sağlıklı çocuğa sahip babaların anksiyete düzeyinden yüksek saptanmıştır; depresyon düzeyi açısından anlamlı fark yoktur.
3. DEHB tanısı alan çocukların tedavisinden 3 ay sonra annelerinin ve babalarının depresyon ve anksiyete düzeyi düşmüştür.
4. DEHB grubundaki çocukların annelerinde ADÖ verilerine bakıldığında, Problem Çözme, Roller, Duygusal Tepki Verebilme ve Gereken ilgiyi gösterme alt ölçekleri puanlarının kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir.
5. DEHB grubundaki çocukların babalarında ADÖ verilerine bakıldığında, Problem Çözme ve Davranış Kontrolü altölçek puanlarının kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir.

DEHB çocukluk çağının sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından. DEHB'si olan çocukların psikososyal açıdan gerekli desteği almalarının ve bozukluğun çocuğun ailesi ve çevresine getirdiği sorunların etkin biçimde ele alınmasının çok önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Bununla beraber; çalışmamızda örneklemin az sayıda kişiden oluşması toplumun genelini yansıtmamaktadır. Çalışmamızda kardeşler gibi aile sisteminin diğer bireylerine ilişkin bir değerlendirme yapılmaması araştırmamızın kısıtlılık alanlarından biridir. DEHB tanısı almış çocukların tedavisi başladıktan sonra ancak 3 ay gibi kısa bir süre bu ebeveynler izlenmiştir. Bu nedenlerle daha geniş ve farklı kesimlerden katılımcıların oluşturduğu bir örneklemlerle daha uzun süre boylamsal olarak yapılacak araştırma, bulguların genellenebilirliğini sağlayacaktır.

Bu kısıtlılıklarına karşın DEHB olan çocukların özellikle annelerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve bozuk aile işlevlerinin kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğunu saptadığımız bu çalışma, DEHB tedavisinde çok yönlü yaklaşımın gerekliliğini göstermesi açısından önemli bulunmuştur.

DEHB tedavisinde bozukluğun etkilerinin çok boyutlu olduğu göze alındığında, çalışmamızda sadece klinik değerlendirmeler ve ölçekler kullanılmış olup biyokimyasal ve genetik incelemeler yapılmamıştır; bu nedenle bu alanların başka çalışmalarda ele alınması önerilmektedir.

İzlem sürecinde sadece tanı koyarken sorgulanan bulguların azalması değil, bozukluğun yaşamın diğer alanlarına olan etkilerini de ele alan bir yaklaşım benimsenmelidir. Psikososyal boyuttaki yeterlilik ve yetersizlikler de yaşam kalitesi kavramı ile açıklanabileceğinden bu alanda yapılacak kapsamlı araştırmaların konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu alanda yapılmış çalışmalarda mevcut ebeveynlerdeki anksiyete ve depresyonun çocuğun gelişimini nasıl etkilediğine dair kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda ebeveynlerdeki psikopatolojinin çocuk gelişimine etkisi ve ailedeki işlev bozukluklarının uzun vadede çocuğun prognozu üzerine etkisinin araştırılması literatüre büyük bir katkı sağlayacaktır.

## 7. ÖZET

### **Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Tedavi Öncesi Ve Sonrasında; Ebeveynlerinde Anksiyete, Depresyon Düzeyleri, Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi**

**Amaç:** Bu çalışma dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklar ile sağlıklı gelişime sahip çocukların ebeveynlerini depresyon ve anksiyete düzeylerini, her iki gruptaki ailelerdeki aile işlevlerini karşılaştırmayı ve çocuğun tedavisinden sonra ebeveynlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşüp düşmediğini, aile işlevlerinin düzelip düzelmediğini göstermeyi amaçlamıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'ne ilk kez başvuran, DSM-4 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan, 5-16 yaşları arasında 30 olgunun ebeveynleri; kontrol grubu olarak 5-16 yaş arası herhangi bir tıbbi, nöropsikiyatrik hastalığı olmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş 30 çocuğun ebeveynleri alındı. Ebeveynlere ayrıntılı sosyodemografik ve klinik özellikleri kapsayan çalışmaya uyarlanmış bilgi formu verildi. DEHB tanısı alan çocukların medikal tedavisi başlamadan önce ve başladıktan 3 ay sonra klinik görüşmeler yapıp ölçekler uygulandı. İlk başvuruda vaka ve kontrol grubundaki ebeveynlere SCID-1, Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, çocuklardaki semptom şiddeti ile ebeveynlerin iletişimi arasındaki ilişkiyi ölçmek için DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerine Turgay DEHB formu verildi. 3 ay sonra medikal tedavisi başlayan DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerine aynı ölçekler uygulandı.

**Bulgular:** İstatistiksel analiz sonucunda DEHB'li çocuğa sahip annelerde kontrol grubuna kıyasla artmış oranda depresyon ve anksiyete düzeyi saptanmış olup, bu durum babalar için sadece anksiyete açısından anlamlıydı. Tedavi başladıktan üç ay sonra ise hem annelerde, hem de babalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri anlamlı olarak azalmaktaydı ( $p<0.05$ ). Aile işlevlerinde ise annelerde kontrollere kıyasla Problem Çözme, Roller, Duygusal Tepki Verebilme ve Gereken İlgiyi Gösterme alanlarında; babalarda ise problem çözme ve davranışın kontrolü alanlarında artmış oranda sorun

olduğu gösterilmiştir. Aile işlevlerindeki düzelmenin depresyon ve anksiyete düzeylerine zıt olarak beklenenin altında olduğu görülmüştür.

**Sonuçlar:** Çocukla daha çok vakit geçiren ve çocuğun bakımından birebir sorumlu olan annenin babalara oranla DEHB'li çocuğa sahip olmaktan ötürü daha çok anksiyete ve depresyona özgü semptomlar geliştirdiği saptanmıştır. Duygusal alanda annelerin ve babaların yaşadığı zorlanmanın aile işlevlerini olumsuz etkilediği ve çocuğun tedavisinin kısa vadede aile işlevlerini henüz iyileştirmese de en azından anne ve babalardaki semptomları hafiflettiği gösterilmiştir. Bu anlamda DEHB tanısı konan çocuklarda aileyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek ve ailenin diğer bireyleri için de gerekli tıbbi desteği sağlamak önemlidir. Bu nedenle depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından annelerin ayrıntılı değerlendirmenin ebeveynde psikopatolojiden kuşkulanılan olgularda yararlı olacağı düşünülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** DEHB, ebeveyn, anksiyete, depresyon, aile işlevleri, tedaviden sonra.

## 8. ABSTRACT

### **Assessment of Levels of Depression, Anxiety and Disruption in Family Functioning Among Parents of Children with ADHD; Before and After Treatment**

**Objective:** The primary objective of the study is to compare the levels of depression, anxiety and disruption in family functioning between parents of children with ADHD and normal development. Secondly to demonstrate whether they recruit or not after the treatment of the child.

**Method:** The parents (mother and father) of 30 children aged between 5-16 years who are admitted to the outpatient clinics of Akdeniz University Hospital Child Psychiatry Department for the first time and diagnosed with ADHD (DSM-IV) are included in experimental group. The parents (mother and father) of 30 children aged between 5-16 years, who are matched with experimental group children by age and gender and also do not have any medical, neuropsychiatric diseases constituted control group.

The parents of children with ADHD are assessed twice; first at the time of diagnosis ADHD and then 3 months after the treatment whereas the parents of control children assessed once.

Both groups of parents asked to fill the form of sociodemographical and personal background data. Adult ADHD scale (Turgay, 2004) and Beck Anxiety and Depression Inventories are administered to both groups of parents and replicated after the treatment of the child among experimental group.

**Findings:** Mothers of children with ADHD showed higher rates of depression and anxiety levels compared to control group mothers. Unlike mothers; fathers showed significant difference only related to anxiety levels but not in depression. 3 months after the treatment of the child levels of depression and anxiety are decreased significantly both in mothers and fathers of ADHD children. Regarding family functioning analyses showed disturbances in problem solving, roles, affective responsiveness, affective involvement among mothers of ADHD children whereas fathers showed disturbances in problem solving and behavior control compared to control fathers. Contrary to

expectations; family functioning disturbances showed no significant amelioration after the treatment of the child.

**Results:** Beside fathers, mothers who are main caregivers and spend more time with the hyperactive child showed higher rates of depressive and anxiety symptoms. Emotional stress that is experienced by parents of children with ADHD impairs family functioning. The treatment of the child ameliorates the depressive and anxiety symptoms of parents but it was not satisfying for the family functioning disturbances in that period. As a result the assessment of the family with ADHD child in an integrated approach and give medical support to all family members are crucial points for practioners.

**Key word:** ADHD, parents, family, depression, anxiety, family functioning, treatment, amelioration.

## 9. KAYNAKLAR

1. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; 7(1): 32-41.
2. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat eksikliği bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A (Editörler). 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi 2007; 3183-205.
3. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, Guite J, Ablon JS, Reed E, Warburton R. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. Am J Psychiatry 1995; 152 (3): 431-5.
4. Brown RT, Pacini JN. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. J Learn Disabil 1989; 22 (9): 581-7.
5. Cunningham CF, Benness BB, Siegel L. Family functioning, time allocation, and parenteral depression in the families of normal and ADHD children. J Of Abnorm Child Psychol 1988; 26: 169-77.
6. Chi TC, Hinshaw SP. Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. J Abnorm Child Psychol 2002; 30(4): 387-400.
7. Kiliç BG, Sener S. Family functioning and psychosocial characteristics in children with attention deficit hyperactivity disorder with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16(1): 21-8.
8. Toros F, Tot S, Bozlu M, Okay Y, Çamdeviren H. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve primer enürezis nokturnali çocukların annelerindeki psikiyatrik belirtiler ve yeti yitimi. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 135-40.
9. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı (DSM IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000'den ÇE: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001; 116-29.
10. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinican's to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, California USA 2002; 25-42.
11. Wender PH. Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Aduts. New York, Oxford University Pres 1995; 122-43.
12. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, Sprich-Buckminster S, Ugaglia K, Jellinek MS, Steingard R. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands

and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(9): 728–65.

13. Faraone SV, Biederman J, Milberger S. An exploratory study of ADHD among second-degree relatives of ADHD children. Biol Psychiatry 1994; 35: 398–402.
14. Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: Historical development of the concept. The Overactive Child. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications 1986; 19-41.
15. Thorley, G. Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. Br J Psychiatry 1984; 144: 16-34.
16. Şenol S, Şener Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 1998; 1119–30.
17. World Health Organization Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with The Ninth Revision of The International Classification of Diseases, World Health Organization, Geneva 1978.
18. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition. USA: American Psychiatric Association, Washington DC 1968.
19. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. USA: American Psychiatric Association, Washington DC 1980.
20. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva 1993.
21. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4.Baskı, Çev. E. Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1994.
22. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD and CD symptoms in school children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(2): 241-9.
23. Castellanos FX. Toward a Pathophysiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Clin Pediatrics 1997; 381-93.
24. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(1): 75-116.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association 2013.
26. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu özellikleri- Tedavisi çocuklarda ve erişkinlerde belirtileri. Ercan ES (ed). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Üçüncü baskı. İstanbul, Genda 2000.
27. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. Pediatrics 2003; 111(5 Part 2): 1232-8.

28. Larrson JO, Larrson HMA, Lichtenstein P. Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: A longitudinal twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(10): 1267–75.
29. Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM, Maes HH, Simonoff E, Pickles A, et al. Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 965–80.
30. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-9.
31. Cuffe SP, Moore CG, McKeown RE. Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey. *J Atten Disord* 2005; 9(2): 392-401.
32. Efron D, Hazell P, Anderson V. Update on attention deficit hyperactivity disorder. *J Paediatr Child Health* 2011; 47(10): 682-90.
33. Aktepe E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikler. *New Symposium Journal* 2011 Ekim; 49(4):201-8.
34. Güçlü O, Kamberyan K, Kutlar T. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında iki uçlu duygudurum bozukluğu. *Düşünen Adam* 2002; 15(3): 164-72.
35. Taner E, İlhan MN, Taner Y, Bakar EE, Şenlik ZB. Tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve eğitim hayatı üzerine etkileri. *FÜ Sağ Bil Derg* 2007; 21(2): 59-62.
36. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 5-10.
37. Türkbay T, Söhmen T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4: 57-63.
38. Mc Cracken JT. Attention Deficit Disorder. Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Kaplan& Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eighth edition. Philadelphia, Lippincott: Williams&Wilkins 2005; 2: 3183-204.
39. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu F, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008; (3): 293–311.
40. Akgün GM, Tufan AE, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry* 2011; 15-48.
41. Waldman ID, Gizer IR. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(4): 396-432.

42. Brasset-Harknett A, Butler N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(2): 188-210.
43. Faraone, SV, Biederman J, Mick E, Williamson S, Wilens T, Spencer T, et al. Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1077-83.
44. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux, MC. Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: Evidence for a familial subtype. *Biological Psychiatry* 2000; 48: 21-9.
45. Faraone SV, Doyle AE. Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports* 2000; 2: 143-6.
46. Asherson P. and Image consortium. Attention-deficit hyperactivity disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 150-70.
47. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001; 10: 299-316.
48. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention deficit/ hyperactivity disorder: The search for endophenotypes, *Nat Rev Neurosci* 2002; 3: 617-28.
49. Cantwell D. Psychiatric illness in families of hyperactive children, *Arch Gen Psychiatry* 1972; 27: 414-23.
50. Morrison JL, Stewart M. Bilateral inheritance as evidence of polygenicity in the hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Disease* 1974; 158: 226-8.
51. Faraone SV, Biederman J. Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 533-41.
52. Wozniak J, Biederman J, Mundy E, Mennin D, Faraone SV. A pilot family study of childhood-onset mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 1577-83.
53. Goodman R, Stevenson J. A twin study of hyperactivity II: The aetiological role of genes, family relationship and perinatal adversity. *J Child Psychol Psychiatry* 1989; 30: 691-709.
54. Sherman D, Iacono W, McGue M. Attention deficit hyperactivity disorder dimensions: A twin study of inattention and impulsivity hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 745-53.
55. Rhee SH, Waldman ID, Hay DA, Levy F. Sex differences in genetic and environmental influences on DSM-III-R attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 24-41.
56. Morrison JL, Stewart M. The psychiatric status of legal families of adopted hyperactives. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 888-91.

57. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1432-7.
58. Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood S, Waldman I. Attention deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large- scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 737-44.
59. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29(4): 526-58.
60. Aaron J, Addington M, Sidransky E. Support for association between ADHD and two Ccandidate genes: NET1 and DRD1. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; 134: 67-72.
61. Kelly YJ. Birthweight and behavioural problems in children: A modifiable effect? *Int J Epidemiol* 2001; 30: 88-93.
62. Barr CL, Kroft J, Feng Y. The norepinephrine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Gen* 2002; 114: 255-79.
63. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5: 111-9.
64. Şenol S, Çeri E, Koçkar A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Hekimler Yayın Birliği, Ankara* 2005; 5-60.
65. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 1997; 121: 65-94.
66. Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals New York Academy of Sciences* 2001; 33-49.
67. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 607-16.
68. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopoulos D, Lyytinen H. Corpus callosum morphology in attention deficit-hyperactivity disorder: morphometric analysis of MRI. *J Learn Dis* 1991; 24: 141-6.
69. Giedd JN, Castellanos FX, Casey BJ, Kozuch P, King AC, Hamburger SD, Rapoport JL. Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 665-9.
70. Baumgardner TL, Singer HS, Denckla MB, Rubin MA, Abrams MT, Colli MJ, Reiss AL. Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder *Neurology* 1996; 47: 477-82.

71. Olsen P, Vainionpää L, Pääkkö E, Korkman M, Pyhtinen J, Järvelin MR. Psychological findings in preterm children related to neurologic status and magnetic resonance imaging. *Pediatrics* 1998; 102: 329–36.
72. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopoulos D. Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/hyperactivity. *Arch Neurol* 1990; 47: 919–26.
73. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention deficit disorder hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology* 1997; 48: 589–601.
74. Casey BJ, Castellanos FX, Giedd JN. Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 374–83.
75. Wendew P, Wolf L, Wassertein J. Adults with ADHD: An overview. In Wasserstein J, Wolf L, LeFever FF (Ed). *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. New York Academy of Science Annals 2001; 931: 1-16.
76. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder across life span. *Ann Rev Med* 2002; 53: 113-31.
77. Donnelly CL. Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1-16.
78. Kozielc T, Starobrat HB, Kotkowiak L. Deficiency of certain trace elements in children with hyperactivity. *Psychiatry Pol* 1994; 28(3): 345-53.
79. McGee R, Williams S, Anderson JC, McKenzie-Parnell JM, Silva PA. Hyperactivity and serum and hair zinc levels in 11- year old children from the general population. *Society of Biological Psychiatry* 1990; 28: 165-8.
80. Bekaroğlu M, Aslan Y, Gedik Y, Deger O, Mocan H, Erduran E, Karahan C. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J Child Psychol Psychiat* 1996; 37(2): 225-7.
81. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroğlu M, Yildirmiş S, Değer O, et al. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004; 28(1): 181-90.
82. Mitchell EA, Aman MG, Turbott SH, Manku M. Clinical characteristics and serum essential fatty acids levels hyperactive children. *Clinical Pediatrics* 1987; 26(8): 406-11.
83. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 978-86.
84. Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46(6): 542-8.

85. Faraone S, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 951-8.
86. Arnold LE, Disilvestro RA, Bozzolo D, Bozzolo H, Crowl L, Fernandez S, et al. Zinc for attention- deficit/hyperactivity disorder: placebo-controlled double-blind pilot trial alone and combined with amphetamine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011; 21(1): 1-19.
87. McIntosh DE, Mulkins RS, Dean RS. Utilization of maternal perinatal risk indicators in the differential diagnosis of ADHD and UADD children. *Int J Neurosci* 1995; 81: 35-46.
88. Firestone P, Prabhu AN. Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *J Abnorm Child Psychol* 1983; 11: 207-16.
89. Szatmari P, Saigal S, Rosenbaum P, Campell D, King S. Psychiatric disorders at five years among children with birthweights less than 1000g: A regional perspective. *Dev Med Child Neurol* 1990; 32: 954-62.
90. Weiss G, Weiss M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, third edition. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2003; 645-70.
91. Turgay A. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve De erlendirme Ölçeği, Integrative Therapy Institute, Toronto, Kanada 1995.
92. Conners C, Erhardt D, Sparrow E. Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS): Technical Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems 1999.
93. Swanson JM. SNAP-IV Scale. University of California Child Development Center, Irvine CA 1995.
94. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 464-70.
95. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: Findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 305-13.
96. Barkley RA. History. Barkley RA, ed. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Third Edition. Guilford Press, New York 2006; 3-75.
97. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 579-90.
98. Waxmonsky J. Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with co-morbid psychiatric illness. *Curr Opin Pediatr* 2003; 15: 476-82.

99. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *J Atten Disord* 2005; 8: 195–207.
100. Ostrander R, Crystal DS, August G. Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 773–87.
101. Herman KC, Lambert SF, Ialongo NS, Ostrander R. Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American Children. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35: 265–74.
102. Wilens TE, Biederman J, Wozniak J, Gunawardene S, Wong J, Monuteaux M. Can adults with attention-deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biol Psychiatry* 2003; 54(1): 1-8.
103. Pliszka SR. Psychiatric Comorbidities in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications for Management. *Pediatr Drugs* 2003; 5(11): 741–9.
104. Tannock R. Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. Brown TE, ed. *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington DC, American Psychiatric Press 2000.
105. Beitchman JH, Young AR. Learning disorders with a special emphasis on reading disorders: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1020-32.
106. Sukhodolsky DG. Disruptive behaviour in Children with Tourette's Syndrome: association with ADHD comorbidity, tic severity and functional impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(1): 98-104.
107. Ghanizadeh A. Comorbidity of enuresis in children with attention- deficit/hyperactivity disorder: *J Atten Disord* 2010; 20: 464-7.
108. Turgay A. Diagnosing and treating ADHD in adults. *The Canadian J of CME* 2001; 182-90.
109. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(12): 1468-551.
110. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-8.
111. Barkley RA. Driving related risk and outcome of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults. A 3-5 year follow-up survey. *Pediatrics* 1993; 92: 212-7.

112. Özcan CT, Oflaz F, Durukan. Psikostimulan ilaç tedavisi alan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda kişilerarası sorun çözme eğitiminin katkıları. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2010; 20: 125-31.
113. Aysev A, Taner Y. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 2007; 397-421.
114. McCracken JT, Smalley SL, McGough JJ, Crawford L, Del'Homme M, Cantor RM, Liu A, Nelson SF. Evidence for linkage of a tandem duplication polymorphism upstream of the dopamine D4 receptor gene (DRD4) with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Mol Psychiatry 2000; 5(5): 531-36.
115. Yazıcı K. Uyarıcı ilaçlar. Yüksel N ed. Temel Psikofarmakoloji. Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları 2010; 938-50.
116. Spencer JT, Kratochvil JC, Sangal RB, Saylor KE, Bailey CE, Dunn DW, et al. Effects of Atomoxetine on growth in children with attention deficit/hyperactivity disorder following up to five years of treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol 2006; 17(5): 689-99.
117. Kratochvil JC, Newcorn JH, Arnold LE, Duesenberg D, Emslie GJ, Quintana H, et al. Atomoxetine alone or combined with fluoxetine for treating ADHD with comorbid depressive or anxiety symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(9): 915-24.
118. Michelson D, Adler L, Spencer T, Reimherr FW, West SA, Allen AJ, et al. Atomoxetine in adults with ADHD: two randomized placebo controlled study. Biol Psychiatry 2003; 53: 112-23.
119. Svanborg P, Thernlund G, Gustaffson PA, Hägglöf B, Schacht A, Kadesjö B. Atomoxetine improves patient and family coping in attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study in Swedish children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009; 18(12): 725-60.
120. Takahashi M, Takita Y, Yamazaki K, Hayashi T, Ichikawa H, Kambayashi Y, et al. A Randomized, double-blind, placebo-controlled study of Atomoxetine in Japanese children and adolescents with attention- deficit/hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychopharmacology 2009; 19: 341-50.
121. Conners CK, Epstein JN, March JS, Angold A, Wells KC, Klaric J, et al. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(2): 159-67.
122. Helmut R. Global consensus on ADHD/HKD. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005; 14: 127-37.
123. Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, et al. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Overview of the evidence. Pediatrics 2005; 115(6): 749-57.

124. Kessler RC, Adler R, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 716-23.
125. Kennemer K, Goldstien S. Incidence of ADHD in adults with severe mental health problems. *Appl Neuropsychol* 2005; 12: 77-82.
126. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 692-700.
127. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 18-23.
128. Norvilitis JM, Scime M, Lee JS. Courtesy stigma in mothers of children with ADHD: A preliminary investigation. *Journal of Attention Disorder* 2002; 6: 61-70.
129. Toros F, Tataroğlu C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2002; 9(1): 23-36.
130. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü baskı (DSM-IV), Washington DC, Amerikan Psikiyatri Birliği, E Köroğlu (1994'ten çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1998.
131. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Steingard R, Tsuang MT. Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 251-6.
132. Taybıllı B. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne ve babalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin taranması. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD, Uzmanlık Tezi İstanbul 1999.
133. Smith AJ, Brown RT, Bunke V, Blount RL, Christophersen E. Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with ADHD. *Journal of Attention Disorder* 2002; 5(3): 165-77.
134. Becerik-Özdiker J. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anneleri ile ilişkilerini algılamaları ile annenin çocuğunu kabullenme ve reddetme davranışlarına ait algılamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri ABD Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık BD Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2002.
135. Befare MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys. mother-child interaction, parent psychiatric status and psychopathology. *Journal of Children Psychology and Psychiatry* 1985; 26: 705-9.

136. Mick E, Santangelo SL, Wypij D, Biederman J. Impact of maternal depression on ratings of comorbid depression in adolescents with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy Child&Adolescent Psychiatry* 2000; 39(3): 314-23.
137. Hoza B, Owens JS, Pelham WE, Swanson JM, Conners CK, Hinshaw SP, et al. Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 569-83.
138. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical interview for DSM IV Axis Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington DC and London: American Psychiatric Press 1997.
139. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1999.
140. Aydemir Ö ve Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2000.
141. Güçlü O, Erkiran M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Anababalarında Psikiyatrik Yüklülük. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7: 32-41.
142. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlik ve Norm Çalışması. *Psychiatry in Türkiye* 2006; 8(2): 98-107.
143. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği. Özgeleş Matbaası, Ankara 1990.
144. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE JR, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(12): 1424-32.
145. Durukan İ, Erdem M, Türkbay T, Cöngöloğlu MA. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Klinik Belirtilerinin Annelerinin Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları İle İlişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 101-4.
146. Theule J, Wiener J, Rogers MA ve Marton I. Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *J Child Fam Stu* 2011; 20: 640-7.
147. Mclaughlin DP ve Harrison CA. Parenting Practices Of Mothers Of Children With ADHD: The Role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health* 2006; 11(2): 82-8.
148. Vitanza SA ve Guarnaccia CA. A Model Of Parenting Distress For Mothers Of Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Family Studies* 1999; 8(1): 27-45.
149. Heller K, Swindle JRW, Dussenbury L. Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54(4): 466-70.

150. Akk k F.  z rl  bir  ocuğa sahip anne-babaların kaygı ve endi e düzeyini  l me aracının güvenirlik ve geçerlik  alı ması. Psikoloji Dergisi 1989; 7(23): 26–38.
151. Winton P. The developmentalıy delayed child within the family contex. Advences in Special Education 1986; 5: 219-55.
152. Harvey E, Danforth JS, Eberhardt T. Parenting of children with Attention-Defecity/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. Journal of Attention Disorders 2003; 7(1): 31-42.
153. Charlotte J. Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. Clinical Child and Family Psychology Review 2001; Vol. 4, No. 3.
154. Duyan GC. Aile İşlevleri ile Ailenin Sosyal, Demografik ve Ekonomik Nitelikleri ve Yaşam Döngüsü Arasındaki İlişkiler. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2000.
155. Tangül  zcan C. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan  ocukların Anne Babalarının Empati Düzeyi İle Aile İ levlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara 2002.

## 10. EKLER

### EK 1. Aydınlatılmış onam formu.

#### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

##### 1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların tedavi öncesi ve sonrasında; ebeveynlerinde anksiyete, depresyon düzeyleri, aile işlevselliğinin ölçülmesi

- a. Araştırmanın İçeriği: Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve ilk kez DEHB tanısı almış 30 çocuğun ebeveynleri ve hiç Çocuk Psikiyatrisi başvurusu olmayan 30 çocuğun ebeveynleri çalışmaya alınacaktır. İlk görüşmede her 2 gruba da depresyon, anksiyete, aile işlevlerini, dikkat eksikliği, hiperaktivite düzeylerini ölçen ölçekler uygulanacaktır. DEHB tanısı alan çocukların tedavisi başladıktan 3 ay sonra, bu çocukların ebeveynlerine aynı ölçekler tekrar uygulanacaktır. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerindeki anksiyete, depresyon düzeyleri, aile işlevlerinin değerlendirilmesi ve çocuğun tedavisinin bu parametrelere nasıl yansıdığını incelemek amaçlanmıştır.
- b. Araştırmanın Amacı: DEHB tanısı alan çocukların ailelerinin yaşadıkları kaygı ve depresyon düzeylerinin bilinmesi; ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğinin araştırılıp ortaya konulması ve tedaviyle bu parametrelerin nasıl değiştiğini bilmek; DEHB tanısı almış çocukların ve ailelerinin eğitiminde ve yaşam kalitesinin artırılmasında büyük kolaylık sağlayacaktır.
- c. Araştırmanın Nedeni:  
( ) Bilimsel araştırma  
(\*) Tez çalışması
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 30 DEHB tanısı almış çocuğun anne ve babaları, 30 hiç psikiyatrik başvurusu olmayan çocuğun anne ve babaları olmak üzere 120 katılımcının alınması planlanmıştır.
- f. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Herhangi bir deneysel işlem yoktur.

##### 2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

**Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:**

**Katılımcı çalışma kapsamında sadece ölçek dolduracaktır. Bu nedenle öngörülen bir risk bulunmamaktadır**

##### 3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

**Ebeveynlerin bu sayede psikiyatrik açıdan muayeneleri ve takibi yapılmış olacaktır**

Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

**Adı- Soyadı: Dr.Semiha Şen Kaya**

Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dâhil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr.Semiha Şen Kayatarafından karşılanacağı bana bildirildi.

4. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

5. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

6. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, firması ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletililebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

7. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

**Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;**

**Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:**

**İmzası:**

**Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):**

.....

.....

**Tarih:**

**Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:**

**İmzası:**

**Tarih:**

**Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin**

**Adı- Soyadı:**

**İmzası:**

**Görevi:**

**Tarih:**

## **EK 2. Bilgi Formu.**

1. Adınız Soyadınız :

2. Doğum Tarihiniz/Yeri :

3. Adresiniz :

4. Çocuğunuzun devam ettiği okul ve sınıfı:

5. Eğitim Düzeyiniz : ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( ) Diğer

6. Mesleğiniz :

7. Gelir Düzeyiniz: ( ) 500-1000 TL ( ) 1001-1500 TL ( ) 1501-2000 TL ( ) 2001-2500 TL ( ) 2501-.....TL

8. Medeni Durumunuz : ( ) Evli ( ) Ayrı yaşıyor ( ) Boşanmış

9. Sürekli tedavi veya ilaç kullanmayı gerektiren bir rahatsızlığınız var mı? Varsa açıklayınız.

10.Şuan herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

11.Geçmişte psikiyatrik bir tedavi aldınız mı?

12.Ailenizde psikiyatrik tanı konulmuş bir hastalık var mı?

13.Alkol madde kullanımı:

14.Adli öykü:

15.Çocuğunuzda görülen “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” hangi tip? a) Bileşik tip b) Dikkatsizliğin önde geldiği tip c) Hiperaktivite-impulsivitenin (dürtüselliğin) önde geldiği tip

**TEŞEKKÜRLER**

### **EK 3. Beck Depresyon Ölçeği.**

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki KUTUCUĞA (x) işareti koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

**1.** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

**2.** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**3.** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**4.** (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**5.** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

**6.** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**7.** (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Herşeyden sıkılıyorum.

**8.** (0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**9.** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**10.** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**11.** (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınlım. (3) Kendimden nefrete ediyorum.

**12.** (0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**13.** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

**14.** (0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

**15.** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**16.** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**17.** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**18.** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla seксе ilgim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**19.**(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

**20.** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolayısı ile cezalandırılabilceğimi düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

**21.** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

Toplam BECK-D skoru:..... DEPRESYON ÖLÇEĞİ

## EK 4. Beck Anksiyete Ölçeği.

### BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğin yanındaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Hiç/ Hafif Düzeyde /Beni pek etkilemedi /Orta Düzeyde Hoş değildi ama Katlanabildim /Ciddi Düzeyde Dayanmakta çok zorlandım

1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma
2. Sıcak/ateş basmaları
3. Bacaklarda halsizlik, titreme
4. Gevşeyememe
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu
6. Baş dönmesi veya sersemlik
7. Kalp çarpıntısı
8. Dengeyi kaybetme duygusu
9. Dehşete kapılma
10. Sinirlilik
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu
12. Ellerde titreme
13. Titreklik
14. Kontrolü kaybetme korkusu
15. Nefes almada güçlük
16. Ölüm korkusu
17. Korkuya kapılma
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi
19. Baygınlık
20. Yüzün kızarması
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)

## EK 5. Aile Değerlendirme Ölçeği.

### AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:**İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. **Mümkün olduğu kadar** çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| CÜMLELER:                                                                                          | Aynen Katılıyorum | Büyük Ölçüde Katılıyorum | Biraz Katılıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
| 1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.     | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.             | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.                                 | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.                   | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.       | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.                          | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.                                                  | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.                                | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.               | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız. | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.                                        | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.                       | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.               | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.             | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.                                                       | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.                                          | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |
| 17.Evde herkes başına buyruktur.                                                                   | ( )               | ( )                      | ( )               | ( )              |

|                                                                                                         |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.                                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.                                                            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.                                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.                 | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.                                                                 | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.                                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.                                                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.                                                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.                                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

|                                                                                                           |     |     |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.                                               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.                                            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.                      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız                                                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.                                                   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.                                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.                                         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.                          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.                                                               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.                                                                         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

|                                                                                                                                                                                 |     |     |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.                                                                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.                                                                                                                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.                                                                                                                                  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.                                                                                                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.                                                                                                                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.                                                                                                                                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 52.Sinirlenince birbirimize küseriz.                                                                                                                                            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.                                                                               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.                                                                                                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 56.Aile içinde birbirimize güveniriz.                                                                                                                                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.                                                                                                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.                                                                                                                             | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.                                                                                             | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.                                                                                                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

Değerlendirme:

Aynen katılıyorum : bir( 1) puan

Büyük ölçüde katılıyorum : iki (2) puan

Biraz katılıyorum : üç (3) puan

Hiç katılmıyorum : dört (4) puan

|                          |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |     |         |
|--------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|---------|
| Problem çözme            | 2-  | 12-  | 24-  | 38-  | 50-  | 60-  |      |      |      |      |      |     | .../6=  |
| İletişim                 | 3-  | 14*- | 18-  | 22*- | 29-  | 35*- | 43-  | 52*- | 59-  |      |      |     | .../9=  |
| Roller                   | 4*- | 8*-  | 10-  | 15*- | 23-  | 30-  | 34*- | 40-  | 45*- | 53*- | 58*- |     | .../11= |
| Duygusal tepki verebilme | 9*- | 19*- | 28*- | 39*- | 49-  | 57-  |      |      |      |      |      |     | .../6=  |
| Gereken ilgiyi gösterme  | 5*- | 13*- | 25-  | 33*- | 37*- | 42*- | 54*- |      |      |      |      |     | .../7=  |
| Davranış kontrolü        | 7*- | 17-  | 20-  | 27*- | 32-  | 44*- | 47*- | 48*- | 55-  |      |      |     | .../9=  |
| Genel işlevler           | 1*- | 6-   | 11*- | 16-  | 21*- | 26-  | 31*- | 36-  | 41*- | 46-  | 51*- | 56- | .../12= |

Yıldız (\*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir , (4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

Aile değerlendirme ölçeğini el kitabı, Ankara 1990 öz güzel iş matbaası, doç dr. Işıl Bulut

## EK 6. DSM-IV'e dayalı erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri.

### DSM-IV 'E DAYALI ERIŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

Adınız, Soyadınız:

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Halen kullandığınız ilaçlar:

Daha önce aldığınız tanılar:

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenirliliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz.

Anlamadığınız sorular olursa, size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

Bu soru formu aynı zamanda tedavinin sonuçları ve gidişi hakkında nesnel karşılaştırma yapma olanağı sunacaktır.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Çok sık=3 Sıklıkla=2 Biraz ya da bazen=1 Hemen hiç=0

#### 1. BÖLÜM

##### Dikkat Eksikliği Bölümü

1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma 0 1 2 3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü 0 1 2 3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme 0 1 2 3
4. Okul ödevlerini ya da işyerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir) 0 1 2 3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü 0 1 2 3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik 0 1 2 3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç) 0 1 2 3
8. Dikkatin kolayca dağılması 0 1 2 3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık 0 1 2 3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

## **2. BÖLÜM**

### **a) Aşırı hareketlilik**

Sorun Sorunun şiddeti ve sıklığı

1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama 0123
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma 0123
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi 0123
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük 0123
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme 0123
6. Çok konuşma 0123
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme 0123
8. Sıra beklemekte zorluk çekme 0123
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme 0123

### **b) Dürtüsellik**

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

## **3. BÖLÜM**

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun Sorunun şiddeti ve sıklığı

1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi 0123
2. Başlanan bir işi bitirememe ya da işe başlama güçlüğü 0123
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve 0123 tamamlamakta güçlük
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da, aklına geleni o anda söyleme eğilimi 0123
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma 0123
6. Sıkılmaya tahammül edememe 0123
7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak 0123
8. Sabırsızlık; engellenme eşliğinin düşük olması 0123
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme) 0123
10. Kendini güvensiz hissetme 0123
11. Duygudurumda sık görülen oynamalar 0123
12. Aniden parlama, tepki gösterme 0123
13. Düşük benlik değeri 0123
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma 0123

15. Sık sık iş değiştirme 0123
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama 0123
17. Zamanı ayarlamakta güçlük 0123
18. Unutkanlık 0123
19. Sözel saldırganlık 0123
20. Fiziksel saldırganlık 0123
21. Alkol kullanımı 0123
22. Madde kullanımı 0123
23. Yasal güçlük ve sorunlar 0123
24. Çöökkünlük (depresyon) 0123
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma 0123
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı) 0123
27. İşinden zevk alamama 0123
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi 0123
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi 0123
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama 0123

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

3. bölümde karşılanan kriter sayısı:

3. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı+ 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2.ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı:

NOT: Erişkin DEB/DEHB ölçeğinin kullanım izni için ölçeği geliştiren Prof. Dr. Atilla Turgay'a (turgay@sympatico.ca), değerlendirme işlemleri için de ölçeğin geçerlilik, güvenirlik ve norm