

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUKLARDA DEPRESYON VE KAYGI BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Derya NUR YILMAZ

İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Program Tezi, Ocak 2016

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Özlem GÖKMOĞOL

ÖZET

Yapılan araştırmalarda, Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konulurken, depresyon ve /veya anksiyete belirtileri ile karıştırılabildiği ya da DEHB' a depresyon ve/veya anksiyete belirtilerinin eşlik edebildiği görüldüğünden konunun önemine dikkat çekmek için DEHB tanısı alan çocuklarda depresyon ve kaygı belirtilerinin araştırılması ve bu belirtilerin DEHB ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla psikoloğa sevk edilen, okuma-yazma bilen 7 ile 14 yaş aralığında 48 çocuk (22 kız ve 26 erkek) katılmıştır. Veri toplama araçları olarak Stroop Testi TBAG Formu, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) kullanılmıştır. DEHB tanısıyla yönlendirilen çocukların %30'unun DEHB, %12'sinin depresyon, %12'sinin anksiyete bozukluğu, %10'unun ise hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu olduğu görülmüştür. DEHB, erkek çocuklarına oranla kız çocuklarında daha sık görülürken; anksiyete bozukluğu erkek çocuklarında daha sık görülmüştür ancak; depresyon açısından kız ile erkek çocukları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları depresyon ve kaygı belirtilerinin DEHB belirtileri ile karıştırılabildiğini, depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte görünümünün sık olduğunu doğrulamaktadır. DEHB'li çocuk ve ergenlerde ebeveynleri tarafından atlanabilen depresyon ve kaygı belirtileri klinisyenler tarafından sorgulanmalı ve eş tanı varlığı tespit edilip tedavi yaklaşımları buna göre belirlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Çocuklar, DEHB, dikkat, eş tanı, kaygı, depresyon

TO RESEARCH THE SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION ON THE CHILDREN WHO ARE GIVEN ATTENTION DEFİCİT HYPERACTİVİTY DİSORDER (ADHD) SYMPTOMS

Derya NUR YILMAZ

İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Social Sciences Institute, Clinical Psychology Program Thesis, January 2016

Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Özlem GÖKMOĞOL

ABSTRACT

According to researches, while attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) diagnosis is given for children, on the other hand, it is observed that depression and/or anxiety symptoms are confused with ADHD or depression and/or anxiety can accompany to ADHD so in order to attract attention to the importance of the topic, it is aimed to research the symptoms of anxiety and depression on the children who are given ADHD symptoms and examine the relation of these symptoms. Forty-eight children (22 female and 26 male) with ADHD (aged 7-14 years) who know reading and writing skills were included in study. As data collection instrument Stroop Test TBAG Form, Children Depression Inventory (CDI) and State-Trait Anxiety Inventory for children (STAIC) was used. It is observed that the children, who are guided as ADHD diagnosis, %30 of them have ADHD, %12 of them have depression, %12 of them have anxiety disorder, %10 of them have both depression and anxiety disorder. While ADHD was seen mostly on female children; anxiety disorder was seen mostly on male children but for depression it wasn't determined a difference between male or female children. Our results show that depression and anxiety symptoms can be confused with ADHD and depression and anxiety disorders are seen together mostly. Clinicians should evaluate anxiety symptoms carefully in children with ADHD that could be unnoticed by their parents. The treatment should be determined according to the comorbidities.

Key words: Children, ADHD, attention, comorbidity, anxiety, depression

GİRİŞ

Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, odaklanamama, unutkanlık, dalgınlık, dağınıklık, başladığı bir işi bitirememesi, çabuk sıkılma, isteksizlik, erteleme ve öteleme, hayal aleminde gibi olma, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtilerle kendini gösteren ve kişinin akademik, iş ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur (Biederman, 2005). Çocukların yaklaşık %5-10'unu ve erişkinlerin %4'ünü etkileyen DEHB, dünya çapında yaygın bir sorundur (Faraone ve diğerleri, 2003; Polanczyk ve diğerleri, 2007). Türkiye'de okul çağı çocuklarında yapılmış bir çalışmada, çocuklarda DEHB yaygınlığı %8.1 olarak bulunmuştur (Erşan ve diğerleri, 2004); bu da 25-30 kişilik bir sınıfta en az 1-2 DEHB olan çocuk görülebileceği anlamına gelmektedir (Öner, P. ve diğerleri, <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/>).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, çocuk psikiyatrisi alanında en sık görülen ve üzerinde en çok araştırma yapılmış bozukluklardan biridir. Okul çağındaki çocuklar arasında DEHB sıklığının %2-20 arasında değiştiği ve DEHB'de eş hastalık sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (Faraone ve diğerleri, 2003; Polanczyk ve diğerleri, 2007). Yapılan çalışmalarda %22'si DEHB olan grubun %34'ünde en az bir tane eşlik eden tanının mevcut olduğu görülmüştür. DEHB olgularının eş tanı oranları; karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) %24, enüresis %18, davranım bozukluğu (DB) %4, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %8, tik bozuklukları %8, enkopresis %4, özgül fobi %4, distimik bozukluk %2, obsesif kompulsif bozukluk %2 ve sosyal fobi %2 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda %8 oranında özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) saptanmıştır. DEHB ve kontrol grubunun geçmiş tanıları sorgulandığında, DEHB grubunda enüresis %14, depresif bozukluk %10, ayrılık anksiyetesi bozukluğu %6, tik bozuklukları %6, enkopresis %4, travma sonrası stres bozukluğu %2 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise %8.3 enüresis, %4.2 tik bozuklukları %2.1 olarak ayrılık anksiyetesi bozukluğu saptanmıştır. DEHB grubunda kaygı bozuklukları bir başlık altında toplandığında şimdiki tanılarda %16, geçmiş tanılar eklendiğinde ise %24 oranında kaygı bozukluğu saptanmıştır (Gökçe ve diğerleri, 2015).

Yapılan çalışmalar sonucunda DEHB tanısı konulan çocuklarda karşı olma-karşı gelme bozukluğundan sonra en sık kaygı bozuklukları eş tanısının olduğu görülmektedir (Biederman, 2005). DEHB ve kaygı bozuklukları eş hastalanımı sık görülmesine karşın

DEHB’de kaygı belirtileri ile ilişkili etmenler üzerinde az çalışılmış bir alandır. Klinik ve epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre DEHB ve kaygı bozuklukları arasında tutarlı ve çift yönlü bir ilişki olduğu; DEHB varlığında kaygı bozuklukları görülme oranının, kaygı bozuklukları varlığında ise DEHB görülme oranının toplum örneklemine göre arttığı bildirilmekte ve iki bozukluk arasında bağımsız bir geçiş olduğu öne sürülmektedir (August ve diğerleri, 1996; Braaten ve diğerleri, 2003).

DEHB alt tipleri arasında da klinik özellikler ve eş tanı oranları açısından farklılıklar görüldüğüne dair çalışmalar bulunmaktadır (Weiss ve diğerleri, 2003; Carlson ve Mann, 2000). Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin dikkat eksikliğine eşlik ettiği bileşik alt tipin erkek çocuklarda daha sık görüldüğü ve bu alt gruba karşı olma-karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu’nun daha sık eşlik ettiği, buna rağmen dikkat eksikliği (DE) alt tipte öğrenme bozuklarının daha sık görüldüğü öne sürülmektedir (Weiss ve diğerleri, 2003; Grizenkove diğerleri, 2010). Klinik örneklemlerinde DE alt tip olgularında bileşik tipe kıyasla daha sık kaygı bozukluğu ve depresyon eş tanısı saptanırken, toplum örneklemlerinde çalışmalarda kaygı ve depresyon eş tanı oranları bileşik tipte daha yüksek bulunmuştur (Carlson ve Mann, 2000). Ülkemizde yapılan klinik örneklemlerinde somatik/panik ve yaygın anksiyete belirtilerinin bileşik alt tipte daha yoğun olduğu saptanmıştır (Fiş ve diğerleri, 2012).

Çocuklarda depresyon, üzüntü, halsizlik, isteksizlik, düşünciyi yoğunlaştırmakta güçlük, bir konuyu anlamakta ve dersi takip etmede zorluk, derslere karşı ilgisizlik, kafa karışıklığı ve kararsızlık, bir işe başlamakta ve devam ettirmekte zorluk, düşündüklerini ve hissettiklerini toparlayıp kelimelerle ifade etmekte güçlük şeklinde kendini gösterir. Çocuklarda anksiyete ise, endişe/kaygı, konsantrasyonda azalma, aşırı sinirlilik ve huzursuzluk, kötü bir haber alacağı beklentisi, tahammülsüzlük, çabuk irkilme, kolay yorulma, ölüm korkusu, sık soluk alıp-verme, kalp çarpıntısı, terleme, ellerde titreme, ağız kuruluğu, nefes almada güçlük, baş ağrısı, baş dönmesi, kaslarda gerginlik şeklinde karşımıza çıkar. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları, içe vurum bozuklukları olarak da adlandırılmaktadır (Kovacs ve Devlin, 1998). Bu bozukluklar dışa vurum bozuklukları olarak bilinen DEHB, DB, KOKGB ve başka türlü adlandırılmayan yıkıcı davranış bozukluğuna kıyasla çevreden çok kişinin kendisini rahatsız etmektedir. Bu yüzden çevre tarafından fark edilmesi ve tedaviye başvurma oranları dışa vurum bozukluklarına göre daha düşük ve yetersiz düzeydedir. Epidemiyolojik çalışmalarda içe vurum bozuklukları açısından en sık depresif bozukluklar [özellikle major depresif bozukluk (MDB) ve distimi] ve Anksiyete Bozukluğu çalışılmıştır. Ülkemizde ilköğretim öğrencilerinde Çocuklar İçin Depresyon

Ölçeği ile yapılan bir çalışmada %30 oranında orta, %6 oranında ağır depresif belirti (Öy, 1991), lise öğrencilerinde Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada %27 oranında depresif belirti saptanmıştır (Çuhadaroğlu ve Sonuvar, 1992). Yakın zamanlı çalışmalarda çocuk ve ergenlerde MDB yaygınlığı %0,6 ile %3 (Green ve diğerleri, 2005; Canino ve diğerleri, 2004); distimik bozukluk yaygınlığı 4-17 yaş arasındaki çocuklarda %0,3; 11-17 yaş arası gençlerde %3,4 (Canino ve diğerleri, 2004; Roberts ve diğerleri, 2007); bipolar bozukluk yaygınlığı %0 ile %2,1 aralığında (Merikangas ve diğerleri, 2009); depresif bozukluk yaygınlığı %1,4 (Bilaç ve diğerleri, 2014) olarak bildirilmiştir.

Çocuklarda depresyon kendisini huzursuzluk, hırçınlık, hiperaktivite, dikkat sorunları gibi erişkinlerden farklı belirtilerle seyredebilir ve bu nedenle DEHB kliniğini taklit edebilir. Kaygı (anksiyete) bozukluklarında görülen tedirginlik, yerinde duramama gibi belirtiler de bazen DEHB ile karıştırılabilir (Öner, P. ve diğerleri, <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/>). Çocuklarda DEHB tanısı konulurken, depresyon ve /veya anksiyete belirtileri ile karıştırılabilmesi ya da yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere, DEHB' na depresyon ve/veya anksiyete belirtilerinin eşlik etmesi söz konusu olabileceğinden bu durumun göz ardı edilmemesi ve ayrıntılı değerlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada da konunun önemine daha çok dikkat çekmek için DEHB tanısı alan çocuklarda depresyon ve kaygı belirtilerinin araştırılması ve bu belirtilerin DEHB ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE MATERYAL

Çalışma, Hatay Antakya Devlet Hastanesi, çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliğine Ekim 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla psikoloğa sevk edilen, okuma-yazma bilen 7 ile 14 yaş aralığındaki 48 çocuk (22 kız ve 26 erkek) ile gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Stroop Testi TBAG Formu: BİLNOT Bataryası (Karakaş ve Başar 1993, Karakaş ve ark., 1996) kapsamında yer alan Türk formu, orijinal Stroop Testi ile Victoria Formunun birleşiminden oluşturulmuştur. Victoria Formunda olduğu gibi, Stroop Testi TBAG Formu 14.0 x 21.5 sm boyutlarındaki dört beyaz karttan oluşmaktadır. Her kartın üzerinde seçkisiz olarak sıralanmış 4'er maddeden oluşan 6 satır bulunmaktadır. Bu kartlar testin “uyarıcı” maddeleri olup bu uyarıcılara karşı deneğin vermesi gereken tepkiler, yani yerine getirmesi gereken “görevler” (task), testin bölümlerini oluşturmaktadır. Testin temel puanları, bu bölümlerin ayrı ayrı puanlanmasıyla elde edilmektedir. Testin türk kültürüne standardizasyon, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karakaş ve diğerleri (1999) tarafından yapılmış ve fark/oran puanları ile tamamlama süresi arasındaki korelasyonlar, elde edilen güvenilirlik katsayıları ve ortaya çıkan faktör örüntülerini içeren değerlendirmeler, testin puanlanmasında tamamlama süresi puanlarının kullanılabilmesini ortaya koymuştur. Stroop testlerinin ölçtüğü bir özelliğin dikkat olduğu belirtilmekte (Glaser ve Glaser, 1989; MacLeod, 1991); test dikkatin “altın standardı” olarak kabul edilmektedir (MacLeod, 1992).

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Kovacs (1981) tarafından geliştirilen, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, 27 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmış ve patolojik kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE): Spilberg ve arkadaşları (1973) tarafından geliştirilen durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta (1995) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada envanterin, sürekli kaygıyı ölçen ve 20 maddeden oluşan alt ölçeği kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 15.0) kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik yöntemlerinin (ortalama, standart sapma) yanı sıra yorumlayıcı istatistiksel yöntemler için parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda Bağımsız Örneklem t testi, parametrik test varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Veriler arasındaki ilişki düzeyi ve yönünün belirlenmesi amacıyla Pearson ve Spearman korelasyon teknikleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 8.89 ± 2.7 olan ve okuma-yazma bilen 7 ile 14 yaşları arasında 22'si kız (%45.8), 26'sı (%54.2) erkek olmak üzere toplam 48 DEHB tanılı çocuk katılmıştır.

Tanımlayıcı istatistik sonuçlarına göre; Çocuklar için Depresyon Ölçeği puan ortalaması 16.62 ± 8.51 ; Çocuklar için Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması 37.54 ± 9.67 ; Stroop testi TBAG Formu, bölümlerin toplam tamamlama süre ortalaması 127.14 ± 38.14 , toplam hata sayı ortalaması 1.45 ± 1.38 , toplam düzeltme sayı ortalaması 6.70 ± 3.62 olarak bulunmuştur. Buna göre DEHB tanısıyla yönlendirilen çocukların %30'unun DEHB (%20'si kız; %10'u erkek), %22'sinin depresyon (%12'si kız; %10'u erkek), %22'sinin anksiyete bozukluğu (%0'ı kız; %22'si erkek), %10'unun ise hem depresyon hem de anksiyete belirtileri (%0'ı kız; %10'u erkek) gösterdiği görülmüştür. Geriye kalan %36'lık kısmının da diğer psikiyatrik bozukluklar ya da tedavi altında olan DEHB tanılı çocuklardan oluşabileceği düşünülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1. Ölçek puanları ve cinsiyet değişkenine göre oranları

	Toplam Oran	Kız Oranı	Erkek Oranı
DEHB	%30	%20	%10
Depresyon Ö.	%22	%12	%10
Anksiyete Ö.	%22	%0	%22
Dep. ve Anks.	%10	%0	%10

Dep.: Depresyon, Anks.: Anksiyete, Ö.: Ölçek

Ölçekler arası ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi edinmek amacıyla yapılan Pearson ve Spearman korelasyon analiz sonuçları (Tablo 2) anlamlı bulunmuştur. DEHB'ı ölçen stroop testi alt puanları arasındaki korelasyonlar; bölümleri tamamlama süresi ile hata sayısı puanı korelasyon katsayısı ($r = .72, p < 0,01$), bölümleri tamamlama süresi ile düzeltme sayısı puanı korelasyon katsayısı ($r = .66, p < 0,05$), hata sayısı puanı ile düzeltme sayısı puanı arasındaki korelasyon katsayısı ($r = .59, p < 0,05$) olarak bulunmuştur. DEHB ile depresyon puanları arasındaki korelasyon katsayısı ise ($r = -.30, p < 0,05$); DEHB ile anksiyete puanları arasındaki korelasyon katsayısı ($r = -.32, p < 0,05$); depresyon ve anksiyete puanları arasındaki korelasyon katsayısı da ($r = .81, p < 0,01$) olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Stroop testi, depresyon ölçeği ve anksiyete ölçekleri arasındaki korelasyonlar

	Stroop Testi			Depresyon Ö.	Anksiyete Ö.
	Hata S.	Düzeltilme S.	Bitirme S.		
Stroop Testi					
Hata Sayısı		.59**	.72**	.14	-.03
Düzeltilme Sayısı	.59**		.66**	-.01	-.09
Bitirme Süresi	.72**	.66**		-.30*	-.32*
Depresyon Ö.	.14	-.01	-.30*		.81**
Anksiyete Ö.	-.03	-.09	-.32*	.81**	

*p<0.05, **p<0.01

Yapılan Bağımsız Örneklem t testi ve Mann - Whitney U testi analizleri sonucunda cinsiyet değişkeninin ölçeklerden alınan puanlara göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmıştır. Dikkati ölçen; stroop testi toplam süre puan ortalaması (kız: 147.22±31.45, erkek: 110.15±35.34, p < 0,01), stroop testi hata sayısı ortalaması (kız: 2.27±1.35, erkek: .76±.99, p < 0,01), stroop testi düzeltme sayı ortalaması (kız: 8.31±.63, erkek: 5.34±.71, p < 0,01); Depresyon puan ortalaması (kız: 18.63±9.80, erkek: 14.92±6.99, p > 0,05), Anksiyete puan ortalaması (kız: 34.18±8.42, erkek: 40.38±9.91, p < 0,05) şeklinde bulgulanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırması

	Kız Ort. SS	Erkek Ort. SS	t	p
Stroop Testi				
Hata Sayısı	2.27±1.35	.76±.99	4.436	0.000
Düzeltilme Sayısı	8.31±.63	5.34±.71	3.073	0.004
Bitirme Süresi	147.22±31.45	110.15±35.34	3.806	0.000
Depresyon Ö.	18.63±9.80	14.92±6.99	1.527	0.134
Anksiyete Ö.	34.18±8.42	40.38±9.91	-2.312	0.025

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: t testi, p<0.05, p<0.01

TARTIŞMA

Çalışmamızın korelasyon sonuçları DEHB ile depresyon ve DEHB ile anksiyete bozukluğu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu, depresyon ile anksiyete bozukluğu arasında ise pozitif yönde anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunduğunu göstermektedir. Buna göre, DEHB tanısıyla yönlendirilen çocukların %30'unun DEHB, %12'sinin depresyon, %12'sinin anksiyete bozukluğu, %10'unun ise hem depresyon hem de anksiyete bozukluğu olduğu görülmektedir. Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmada DEHB'a depresyon ve/veya anksiyete bozukluğunun eşlik etmediği, DEHB tanısı alan çocukların DEHB belirtileri göstermeyip sadece % 34'ünün anksiyete ve/veya depresyon belirtileri gösterdiği görülmektedir. Bu durum ya çocuklardaki anksiyete ve depresyon belirtilerinin DEHB belirtileriyle karıştırılarak yanlış tanı konmasından ya da komorbid olduğu halde DEHB tedavisi görmüş olabileceği için dikkat testinde belirti göstermeyen çocukların sadece depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu varmış gibi görünmesinden

kaynaklanmış olabilir (DEHB tanısı alan çocukların tedavi altında olup olmadığının sorgulanmaması çalışmanın bir eksikliğidir). Yapılan diğer çalışmalarda DEHB'a çoğunlukla birden fazla ruhsal bozukluğun eşlik ettiği ve eşlik eden ruhsal bozukluk varlığında DEHB'ın klinik görünümünün ağırlaştığı, kliniklere başvurma ve tedavi alma oranlarının arttığı bilinmektedir (Biederman ve diğerleri, 1995; Pliszka ve diğerleri, 1999; Connor ve diğerleri, 2010); davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, gelişimsel gecikmeler, öğrenme güçlükleri, tourette bozukluğu ve diğer tik bozuklukları, bipolar affektif bozukluk? (çocukluk döneminde tanısı henüz tartışmalıdır), enürezis nokturna (gece altını ıslatma). Bu bozukluklar DEHB olan çocukların 2/3'sinde gözlemlenebilir. Bu nedenle tanı konulur konulmaz bu yöndeki değerlendirmelerin yapılması, eşzamanlı diğer bozuklukların da araştırılması ve bu konuda uyanık olunması gerekir. DEHB olan çocuklarda en iyi tedavi yaklaşımını belirlemek için ayrıntılı bilgi almak, çok kaynaktan bilgi toplamak, ailenin ve çocuğun özelliklerinin belirlenmesi önemlidir (Öner, P. ve diğerleri, <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/>).

Çalışmamızda DEHB, erkek çocuklarına oranla kız çocuklarında daha sık görülürken; anksiyete bozukluğu erkek çocuklarında daha sık görülmüştür ancak; depresyon açısından kız ile erkek çocukları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Sonuçlarımız, DEHB'ın kız çocuklarında, depresyon ve anksiyetenin ise erkek çocuklarında daha sık görüldüğünü gösterdiği halde yapılan araştırmalarda birçok kaygı bozukluğunun kız çocuklarında daha çok görüldüğü (Diagnos, 1994), bazı araştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa da, kızlarda anksiyete ve depresif bozuklukların, erkeklerde ise DEHB'ın daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Costello ve diğerleri, 2004; Roberts ve diğerleri, 2007). Öte yandan DEHB'a kaygı bozukluklarının eşlik ettiği durumlara cinsiyetin etkisi ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Gaub ve Carlson'ın (1997) meta analizinde, toplum örnekleminde DEHB tanısı konulan kız çocuklarda hiperaktivite ve dışa yönelim davranışları daha nadir görülürken duygudurum ve kaygı bozukluklarının daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Daha sonra yapılan bir çalışmada ise DEHB tanısı konulan kız ve erkek çocuklar arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır (Biederman ve diğerleri, 1992). Yakın zamanda yapılan bir çalışma sonucuna göre, DEHB tanısı konulan çocuklarda daha fazla kaygı belirtisi görüldüğü, kaygı belirtisi açısından cinsiyet farkı olmadığı ve dikkat eksikliği belirtilerinin kaygı belirtileri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Gökçe ve diğerleri, 2015).

Daha önceki çok sayıda çalışmada anne-baba eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Brooks-Gunn ve Duncan 1997, Bor ve diğerleri, 1997, Costello ve diğerleri, 2001). Çocukların

olumsuz düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada alt sosyo-ekonomik düzeyden gelen çocukların diğer sosyo-ekonomik düzeyden gelen çocuklara göre daha olumsuz düşüncelere sahip olduğu görülmüştür (Karakaya ve diğerleri, 2007). Bununla birlikte yapılan diğer çalışmalarda (Canino ve diğerleri, 2004; Roberts ve diğerleri, 2007) anne-baba eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey ile çocuktaki psikiyatrik hastalık arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada da çocuğun yaşı, anne-baba eğitim düzeyi ve anne-baba medeni durumu ile çocuktaki duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu yaygınlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Farklı olarak orta sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında duygudurum bozukluğunun daha sık görüldüğü saptanırken, anksiyete bozukluğu ile sosyoekonomik düzey arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Bilaç ve diğerleri, 2014). Bu çalışmada da DEHB, depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkisine bakabilmek için ayrıntılı demografik bilgilerin alınmaması çalışmanın bir eksikliği olarak görülmüştür.

Ayrıca yapılan literatür taramasında anne ya da babalardaki ruhsal bozukluk tanılarına göre çocuklarda var olan ruhsal bozuklukların değerlendirildiği görülmüştür. Anne ya da babalara konan tanılar major depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar olarak gruplara ayrıldığında çocuklarda saptanan en sık ruhsal bozukluk tanısının her üç grupta da DEHB olduğu görülmüştür (Öç ve diğerleri, 2006). Diğer çalışmalarda da anne ya da babalarda depresyon başta olmak üzere ruhsal bozukluk varlığının çocuklarda özellikle yıkıcı davranış bozukluğu geliştirme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Beck, 1999; Ensminger ve diğerleri, 2003). Ayrıca depresif anne ya da babaya sahip çocuklarda depresyon ve anksiyete bozuklukları ile DEHB gelişme riskinin arttığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Downey ve Coyne 1990; Fergusson ve Lynskey, 1993). Annede depresif belirtilerin olmasının kız çocuklarında depresyon, davranış ve akademik sorunları arttırdığı bir başka çalışmada bulunmuştur (Crawford ve diğerleri, 2001). Şizofreni hastalarının çocuklarında düşük risk grubundaki çocuklara kıyasla dikkat problemlerinin çocukluk ve yetişkinlik dönemleri boyunca süregeldiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Erlenmeyer-Kimling ve Cornblatt, 1992; Freedman ve diğerleri, 1998). Bu bilgiler çocuk psikopatolojisinin değerlendirilmesi ve tedavisinde aile özelliklerinin irdelenmesinin önemine işaret etmektedir. Diğer yandan anne ya da babadaki ruhsal bozuklukların erken dönemde tanınması ve etkin bir şekilde tedavi edilmesinin çocuk ruh sağlığı açısından koruyucu niteliğe sahip olabileceği düşünülebilir.

Sonuç olarak, DEHB'li ocuk ve ergenlerde ebeveynleri tarafından atlanabilen depresyon ve kaygı belirtileri klinisyenler tarafından sorgulanmalı ve komorbidite varlığı tespit edilip tedavi yaklaşımları buna göre belirlenmelidir. Bu bozuklukların birlikteliğinin klinik uygulama, tedavi seçenekleri, gidiş ve sonlanım üzerine olumsuz etkileri olduğu göz önüne alındığında bu alanda daha yapılandırılmış ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Çalışmamızda denek sayısının az oluşu ve kontrol gurubunun kullanılmaması çalışmanın önemli sınırlılıklarındandır. Bulguların genellenebilir olması açısından daha büyük bir örneklem gurubuyla çalışılması önemlidir.

KAYNAKLAR

August, G. J., Realmuto, G. M., MacDonald, A. W. 3rd., Nugent, S.M., Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 24, 571-595.

Beck, C. T. (1999). Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *Advanced Nurs*, 29, 623-629.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*, 57, 1215-1220.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugalia, K., Jellinek, M. S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M. B., Tsuang, M. T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 728-738.

Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S. V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., Ablon, S. J., Warburton, R., Reed, E., Davis, S. G. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34, 1495-1503.

Bilaç, Ö., Ercan, E. S., Uysal, T., ve Aydın, C. (2014). İlköğretim öğrencilerinde anksiyete ve duygudurum bozuklukları yaygınlığı ve sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(3), 171-180.

Bor, W., Najman, J. M., Andersen, M. J. ve ark. (1997). The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: *an Australian longitudinal study*. *Aust NZ J Psychiatry*, 31, 664-75.

Braaten, E.B., Biederman, J., Monuteaux, M., Mick, E., Calhoun, E., Cattan, G., Faraone, S. V. (2003). Revisiting the association between attention deficit hyperactivity disorder and anxiety disorders: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry*, 53, 93-99.

Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *Future Child*, 7, 55-71.

Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M. ve ark. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 85-93.

Carlson, C. L., Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9, 499-510.

Connor, D. F., Steeber, J., McBurnett, K. (2010). A review of attentiondeficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *J Dev Behav Pediatr*, 31, 427-440.

Costello, E. J., Keeler, G. P., Angold, A. (2001). Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: a study of rural children. *Am J Public Health*, 91, 1494-8.

Costello, E. J., Mustillo, S., Keller, G. ve ark. (2004). *Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Mental Health Services: a Public Health Perspective*, 2. Baskı, BL Levin, J Petrila, KD Hennessy (Ed). Oxford, UK: Oxford University Press, 111-28.

Çuhadaroğlu, F., Sonuvar, B. (1992). Adolesanlarda depresyon. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 29, 145-50.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) (1994). Washington DC: *American Psychiatric Association*.

Downey, G., Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull*, 108(1), 50-76.

Ensminger, M. E., Hanson, S. G., Riley, A. W. ve ark. (2003). Maternal psychological distress: adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(9), 1108-1115.

Erlenmeyer-Kimling, L., Cornblatt, B. A. (1992). A summary of attentional findings in the New York high risk project. *J Psychiatr Res*, 26(4), 405-426.

Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, 354-361.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.

Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. (1993). The effects of maternal depression on child: Conduct disorder and attention deficit behaviours. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 28, 116-123.

Fiş, N., Kayan, E., Murat, D., Poyraz, O. T., Irmak, M. Y., Büyükdeniz, A., Arman, A. (24-27 Nisan, 2012). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu alt tiplerinde anksiyete belirtilerinin dağılımı*. 22. *Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. Özet Kitabı*. Bolu: 84-85.

Freedeman, L. R., Rock, D., Roberts, S. A. ve ark. (1998). The New York high risk project: attention, anhedonia and social outcome. *Schizophr Res*, 30(1), 1-9.

Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a metaanalysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 1036-1045.

Glaser, W. R., Glaser, M. O. (1989). Context effects in Stroop-like word and picture processing. *J Exp Psychol Gen*, 118(1), 13-42.

Gökçe, S., Ayaz, A. B., Rodopman-Arman, A., Kayan, E. (2015). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile kaygı belirtileri ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 103-111.

Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H. ve ark. (2005). Mental health of children and young people in Great Britain 2004. *Great Britain, Gosport: Ashford Colour Press Ltd.*

Grizenko, N., Paci, M., Joobar, R. (2010). Is the inattentive subtype of ADHD different from the combined/hyperactive subtype? *J Atten Disord*, 13, 649-657.

Karakaş, S., Başar, E. (1993). Nöropsikolojik değerlendirme araçlarının standardizasyonu, nöropsikolojik ölçümlerin elektrofizyolojik ölçümlerle ilişkileri. *Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Beyin Dinamiği Araştırma Ünitesi Projesi. TBAG-Ü 17-2.*

Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A. Ş., Ulusoy, T., Ulusoy, İ.Y., Alkan, S. (1999). Stroop testi TBAG formu: türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik. *Klinik Psikiyatri*, 2, 75-80.

Karakaş, S., Eski, R., Başar, E. (1996). Türk kültürü için standardizasyonu yapılmış nöropsikolojik testler topluluğu: BİLNOT Bataryası. 32. *Ulusal Nöroloji Kongresi Kitabı, Türk Nöroloji Dergisi* ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul: Ufuk Matbaası.

Karakaya, I., Coşkun, A., Ağaoğlu, B., Öç, Ö. Y., Memik, N. Ç., Şişmanlar, Ş. G., Arslan, H. (2007). Çocuktaki olumsuz düşünceleri değerlendirme ölçeği geçerlik-güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 1-8.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in schoolaged children. *Acta Paedopsychiat*, 46, 305-313.

Kovacs, M., Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 39, 47-63.

MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychol Bull*, 109(2), 163-203.

MacLeod, C. M. (1992). The Stroop task: The "gold standard" of attentional measures. *J Exp Psychol Gen*, 121(1), 12-14.

Öç, Ö. Y., Şişmanlar, Ş. G., Ağaoğlu, B., Tural, Ü., Önder, E., Karayaya, I. (2006). Anne-babalarında ruhsal bozukluk olan çocukların ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 9, 123-130.

Öner, P., Soykan-Aysev, A., Altınoğlu-Dikmeer, İ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü. Web: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/adhd-brosur-anababa.pdf> adresinden 4 ocak 2016 tarihinde alınmıştır.

Öy, B. (1991). Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(34), 132-136.

Özusta, Ş. (1995). Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(34), 32-43.

Pliszka, S. R., Carlson, C. L., Swanson, J. M. (1999). ADHD with comorbid disorders: clinical assessment and management. New York: *The Guilford Press*, 150-162.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164, 942-948.

Roberts, R. E., Roberts, C. R., Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*, 41, 959-67.

Spilberger, C. D. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Weiss, M., Worling, D., Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *J Atten Disord*, 7, 1-9.