

# DİKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN ANNE BABALARINDA PSİKOLOJİK BELİRTİLER VE AİLE İŞLEVSELLİĞİ

Cem GÖKÇEN\*, Esin ÖZATALAY\*\*,  
E. Çıgıl FETTAHOĞLU\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerindeki psikolojik problemlerin ve bu ailelerin aile işlevselliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya DSM-IV kriterlerine göre DEHB tanısı alan 6-17 yaş arası 43 çocuğun anne babası alınmıştır. Kontrol grubu olarak da DSM-IV'e göre DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB) tanıları dışlanan 6-17 yaş arası 38 çocuğun anne babası alınmıştır. Her iki grubun anne babalarına psikolojik belirtilerinin saptanması amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi amacıyla Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) verilmiştir. **Sonuçlar:** DEHB'li çocukların hem anne hem babaları kontrol grubu anne babalarına göre daha fazla ruhsal belirtiye sahiptir. Aile işlevselliğinde ise DEHB'li çocukların ailelerinde problem çözme, roller, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyon alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre bozuk işlevsellik saptanmıştır. **Tartışma:** DEHB'den ziyade eşlik eden YDB eşhastalanımı, aile işlevleri anne babaların psikopatolojisini daha olumsuz etkilemektedir.

**Anahtar sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, aile işlevselliği, ebeveyn psikopatolojisi.  
**SUMMARY: FAMILY FUNCTIONING AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS IN PARENTS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER**

**Objective:** The aim of this study is to investigate the psychological problems in parents of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and family functioning in these families. **Method:** The study involved parents of 43 children between the ages of 6 and 17 with ADHD diagnosis on the basis of DSM IV diagnostic criteria. Parents of 38 children between the ages of 6 and 17 without ADHD and Disruptive Behavior Disorders (DBD) were recruited as a control group. The psychological symptoms of parents were assessed by SCL-90 and family functioning was assessed by Family Assessment Device (FAD). **Results:** Parents of children with ADHD had more psychological symptoms than the parents of the control group. The families of children with ADHD had more family dysfunction in problem solving, roles, affective involvement and general functioning subscales. **Discussion:** DBD comorbidity in children with ADHD has more negative effects on parent psychopathology and family functioning rather than ADHD without DBD.

**Key words:** Attention deficit hyperactivity disorder, family functioning, parental psychopathology.

## GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Yapılan araştırmalarda okul çağındaki çocuklarda %5-10 oranında görüldüğü bildirilmektedir (Biederman 2005). Aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat sorunları ile karakterize olan bu bozukluk, bireyin olduğu kadar aile ve çevresinin de yaşam kalitesinde bozulmaya yol açar.

DEHB'li çocukların genellikle stresli, talepkar, ısrarcı ve müdahale edici yapıda olmaları, diğer aile üyeleriyle olumsuz ilişkiler kurmalarına ne-

den olmakta ve bu durum aile içi ilişkiler ve ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır (Johnston ve Mash 2001). DEHB'li çocukların aileleri, bu çocukların davranış sorunlarıyla başa çıkmaya çalışmanın yanı sıra, medikal tedavileri, okul başarısındaki bozulmanın düzeltilmesi gibi ek sorunlarla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır (Riley ve ark. 2006). Gerçekten de yapılan çalışmalar DEHB'li çocukların anne babalarında kontrol grubuna göre daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermiştir (Fischer 1990, Johnston ve Mash 2001). Özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu (özellikle de panik bozukluğu), artmış alkol ve madde kullanımı bu anne babalarda kontrol gruplarına göre daha sık görülmektedir (Biederman ve ark. 1991, Biederman ve ark. 1992, Chronis ve ark. 2003, Fones ve ark. 2000). Hechtman ve arkadaşları (1996) yaptıkları on yıllık bir izlem

\*Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Gaziantep

\*\*Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Antalya

\*\*\*Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Antalya

çalışmasında DEHB'li çocukların anne babalarının kontrol grubuna göre daha fazla psikiyatrik tedavi aldığını saptamışlardır.

DEHB'nin aile işlevselliğine etkisi üzerine yapılan çalışmalarda ise, hastalığın aile bireyleri arasındaki bağlılıkta ve karşılıklı etkileşimde azalmaya, organizasyon ve başarmaya yönelik oryantasyonda sorunlara ve daha fazla çatışmaya yol açtığı bulunmuştur (Scahill ve ark. 1999). Pekcanlar ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada ise DEHB'li çocukların ailelerinde aile işlevselliğinde bozulma olmadığı ancak Davranım Bozukluğu'nun (DB) eşlik ettiği durumlarda aile işlevselliğinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur.

DEHB'li çocukların aileleri ile ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Güçlü ve ark. 2004, Kılıç ve ark. 2005, Pekcanlar ve ark. 1999, Varolgüneş 1999). Her ne kadar DEHB'li çocukların aileleri ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma yapılmış olsa da bozukluğun etyolojisinde biyolojik ve genetik faktörlerin etkili olduğunun anlaşılmasından sonra çalışmalar genellikle bu yöne kaymış ve ailelerle ilgili yapılan çalışmaların önemi gözardı edilmeye başlamıştır (Johnston ve Mash 2001).

Bu araştırmanın amacı, DEHB'li çocukların anne babalarındaki psikiyatrik bozukluk ve aile işlevselliğinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır. Çocukluk çağı psikopatolojilerinde yapılan aile çalışmaları genellikle anneler üzerinde yapılmış olup, babaların çalışmaya alınmasında zorluklar yaşanmaktadır (Phares 1992). Ailenin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüldüğü için bu çalışmaya özellikle babalar da dahil edilmiştir. Bu çalışma sonucunda anne babaların psikiyatrik bozukluklarının ve aile işlevselliğindeki sorunların saptanıp, sorun alanlarının düzeltilmesinin sağaltım üzerine etkileri vurgulanmaya çalışılacaktır.

## YÖNTEM VE GEREÇLER

### Örneklem ve İşlem

Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 6-17 yaş arası 43 çocuğun anne babaları ve sağlıklı kontrol grubu olarak ise daha önce Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuru öyküsü olmayan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB) tanıları dışlanan 6-17 yaş arası 38 çocuğun anne babaları alınmıştır. Her iki grubun annelerinin tamamı çalışmaya alınırken, DEHB grubundan 4, kontrol grubundan 6 babaya ulaşılamamıştır. Çalışmaya alınan anne babalara çalışma anlatılarak yazılı onamları alınmıştır.

DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarında zihinsel gelişim geriliği (klinik görüşmede şüphelenilen olgulara WISC-R testi uygulanmıştır ve IQ 80'in altında olanlar çalışma dışı bırakılmıştır), kronik fiziksel bir rahatsızlığı olanlar (epilepsi, malignite vb.) ve evlat edinilmiş çocuklar çalışmadan dışlanmıştır.

DEHB ve kontrol grubu anne babalarından Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'ni doldurmaları istenmiştir. DEHB grubunun anne baba ve öğretmenlerine DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği verilerek tanı desteklenmiştir. Ayrıca DEHB grubundaki çocuklara Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış ve eşlik eden hastalıklar da saptanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

#### Görüşme Formu

Çalışmaya katılan örneklem grubunun sosyodemografik verileri hakkında bilgi sahibi olmak

amacıyla hazırlanan form anne baba ile görüşme sırasında doldurulmuştur. Formda çocukların yaşı, kardeş sayısı, hasta grubundaki çocukların tedavi süreleri, anne baba yaşı, eğitim süreleri, aile özellikleri ve gelir düzeyi gibi bilgilere ulaşmak için sorular bulunmaktadır.

### Aile Değerlendirme Ölçeği

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. Bulut (1990) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. ADÖ problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan toplam 60 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama her aile bireyi için yedi alt ölçekte yapılır. Aile puanları ise bir ailedeki 12 yaşın üzerinde bulunan ve ölçeği cevaplayan aile üyelerinin her alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması alınarak bulunur. Ölçek puanları 1 (sağlıklı) ile 4 (sağlıksız) arasında değişmektedir. Genel olarak 2'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğu kabul edilmektedir.

### Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Bu ölçek 1977 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır. Bunlar somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçeklerdir. Ölçekteki genel ortalama puanı olan Genel Belirti İndeksi'ndeki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi indeksidir (Yule 1994). Bu çalışmada DEHB'li çocukların aileleriyle daha önce yapılan çalışmalarda SCL-90 ölçeğinin obsesif-kompulsif, depresyon ve düşmanlık alt ölçeklerinde bozukluk

bulunması sebebiyle bu üç alt ölçek ve ölçeğin genel ortalama puanı olan genel belirti indeksi kullanılmıştır (Johnston 1996).

### Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)

ÇDŞG-ŞY, oldukça sık kullanılan yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version'un Türkçe versiyonudur. ÇDŞG-ŞY Kaufman ve arkadaşları tarafından 1994 yılında DSM-IV yayınlandıktan sonra geliştirilmiştir. ÇDŞG-ŞY 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Gökler ve ark. 2004). ÇDŞG-ŞY 20 farklı psikiyatrik tanı açısından değerlendirme yapabilmektedir. ÇDŞG-ŞY anne baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. ÇDŞG-ŞY belirtileri "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde değerlendirir. Belirtilerin şiddeti hakkında bilgi vermez. ÇDŞG-ŞY uygulanan DEHB'li çocuklarda eşlik eden hastalıklar yaşam boyu olarak değerlendirilmiştir ve eşik altı belirtiler değerlendirmeye alınmamıştır.

DEHB tanılı çocuklara; Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği tarafından verilen Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) "Yapılandırılmış Görüşme Teknikleri" kursunda eğitim alan bir araştırmacı tarafından ÇDŞG-ŞY uygulanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri SPSS 13.0 for Windows programı ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma; kategorik değişkenler ise yüzde olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenler için bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında

student-t testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında one-way ANOVA, post-hoc analiz için ise Tukey HSD testleri kullanılmıştır. Tüm hipotezler çift yönlü olarak kurulmuş ve alfa kritik değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

DEHB olgularının %83.7'si erkek (n:36) ve %16.3'ü (n:7) kızdır. Kontrol grubunda ise bu oran sırasıyla %78.9 (n:30) ve %21.1 olup gruplar

arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). DEHB grubunun ay olarak hesaplanan yaş ortalaması  $120.3 \pm 31.84$  ay, kontrol grubunun ise  $115.3 \pm 26.36$  aydır ve iki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). DEHB'li çocukların kliniğimizde aldıkları ortalama tedavi süresi  $23.02 \pm 22.61$  ay olarak bulunmuştur. Her iki grubun anne babaları arasında yaş ve eğitim düzeyi açısından istatistiksel anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1.** DEHB ve Kontrol Grubu Anne-Babaların Sosyodemografik Verileri

	DEHB (n:43)	KONTROL (n:38)	p
<b>Anne</b>			
Yaş (yıl)	$35.67 \pm 5.20$	$35.34 \pm 6.36$	ad
Eğitim (yıl)	$9.91 \pm 3.03$	$9.13 \pm 3.63$	ad
Çalışıyor	16	15	ad
Çalışmıyor	27	23	ad
<b>Baba</b>			
Yaş (yıl)	$39.37 \pm 5.60$	$39.00 \pm 6.06$	ad
Eğitim (yıl)	$10.84 \pm 3.13$	$10.45 \pm 3.40$	ad
<b>Aile Özelliği</b>			
Anne-baba ayrı	2	0	ad
Çekirdek aile	41	35	ad
Geniş aile	0	3	ad
<b>Ailedeki Çocuk Sayısı</b>			
1 çocuk	8	12	ad
2 çocuk	25	27	ad
3 çocuk	4	3	ad
4 çocuk	1	1	ad
<b>Gelir düzeyi</b>			
Düşük (0-600 tl)	1	2	ad
Orta (600-2000 tl)	31	28	ad
Yüksek (>2000 tl)	11	8	ad
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ad: anlamlı değil ( $p>0.05$ )			

DEHB'li çocuklara uygulanan ÇDŞG-ŞY sonucunda olguların %7'sinin (n:3) hiperaktivite-dürtüselliğin önde geldiği tip, %9'unun (n:4) dikkat eksikliği baskın tip ve %84'ünün (n:36) bileşik tip olduğu görülmüştür. Ayrıca DEHB'li çocukların 7 (%16)'sinde eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk yokken, 36 (%84) hastada eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bu bozukluklar sırasıyla anksiyete bozukluğu %72.1 (n:31), yıkıcı davranım bozuklukları

(davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu) %46.5 (n:20), tik bozukluğu %23.2 (n:10), dışa atım bozuklukları % 41.8 (n:18) ve major depresyon %4.6 (n:2)'dur.

Her iki grubun anne babalarının psikiyatrik belirtileri SCL-90 ile değerlendirilmiştir. Daha önceden yapılmış olan çalışmalarda en sık problem saptanan üç alan olan obsesif-kompulsif, depresyon ve düşmanlık alt ölçekleri ile ölçeğin genel

ortalama puanı olan genel belirti indeksi değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda her dört alanda da DEHB grubunun annelerinin kontrol grubunun annelerine oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). DEHB'li grubun babaları ise obsesif-kompulsif ve depresyon alanlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanırken ( $p<0.05$ ), diğer iki alanda fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2).

ADÖ kullanılarak yapılan aile işlevselliği değerlendirmesinde anne ve babaların ölçekleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu sayede her iki ebeveynin aile işlevselliğinde sorunlu gördükleri alanlar saptanmak istenmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda DEHB grubunun annelerinin ölçeğin problem çözme, roller ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçeklerinde kontrol grubu annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı görülmüştür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 2.** DEHB ve Kontrol Grubu Anne Babalarının SCL-90 Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB (n=43)	KONTROL (n=38)	p
<b>Obsesif-Kompulsif</b>			
Anne	1.07 ± 0.60	0.59 ± 0.42	0.000
Baba	0.90 ± 0.52	0.56 ± 0.50	0.006
<b>Depresyon</b>			
Anne	1.02 ± 0.74	0.60 ± 0.45	0.003
Baba	0.73 ± 0.57	0.39 ± 0.45	0.009
<b>Düşmanlık</b>			
Anne	1.01 ± 0.88	0.33 ± 0.32	0.000
Baba	0.80 ± 0.73	0.49 ± 0.65	0.063
<b>GBİ</b>			
Anne	0.87 ± 0.64	0.48 ± 0.34	0.001
Baba	0.64 ± 0.46	0.44 ± 0.38	0.063

GBİ: Genel Belirti İndeksi.

DEHB grubunun babalarının ise ölçeğin problem çözme, roller ve genel fonksiyonlar alt ölçeklerinde kontrol grubu babalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda sadece DEHB grubunun annelerinin roller ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçeklerinde "sağlıksız işlevi" gösterir tarzda 2'nin üzerinde puan aldığı, diğer ebeveynlerin ise puanlarının 2'nin altında olduğu görülmüştür. Anne ve babaların ölçekleri kendi aralarında karşılaştırıldığında hem kontrol hem DEHB grubunun anne ve babalarının ölçekleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

DEHB'li çocukların tedavi sürelerinin ebeveynlerin psikiyatrik belirtilerine ve aile işlevselliğine olan etkisi incelendiğinde ise, tedavi süresi uzadıkça annelerin psikiyatrik belirti düzeylerinde anlamlı bir değişme görülmezken ( $p>0.05$ ), babaların depresyon, düşmanlık ve genel belirti indeks puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükselme görülmüştür ( $p<0.05$ ). ADÖ alt ölçekleri ve tedavi süresi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise annelerin duygusal tepki verebilme, babaların problem çözme beceri puanlarının tedavi süresi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseldiği saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Daha önceden yapılan bazı çalışmalarda DEHB'de Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

**Tablo 3.** DEHB ve Kontrol Grubu Anne-Babalarının ADÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB (n=43)	KONTROL (n=38)	p
<b>Problem Çözme</b>			
Anne	1.88 ± 0.70	1.52 ± 0.45	0.007
Baba	1.87 ± 0.58	1.51 ± 0.49	0.008
<b>İletişim</b>			
Anne	1.83 ± 0.59	1.60 ± 0.47	0.073
Baba	1.80 ± 0.49	1.67 ± 0.54	0.274
<b>Roller</b>			
Anne	2.08 ± 0.55	1.74 ± 0.39	0.002
Baba	1.99 ± 0.44	1.78 ± 0.39	0.041
<b>DTV</b>			
Anne	1.74 ± 0.71	1.63 ± 0.50	0.436
Baba	1.87 ± 0.55	1.67 ± 0.53	0.132
<b>GİG</b>			
Anne	2.12 ± 0.47	1.93 ± 0.34	0.040
Baba	2.07 ± 0.47	1.92 ± 0.42	0.181
<b>Davranış Kontrolü</b>			
Anne	1.86 ± 0.47	1.70 ± 0.34	0.074
Baba	1.87 ± 0.42	1.79 ± 0.35	0.381
<b>Genel Fonksiyonlar</b>			
Anne	1.77 ± 0.65	1.51 ± 0.50	0.060
Baba	1.85 ± 0.61	1.42 ± 0.39	0.001

DTV: Duygusal Tepki Verebilme, GİG: Gereken İlgiyi Gösterme

(KOKGB) ve DB gibi YDB varlığının aile işlevselliği ve ebeveynlerin psikiyatrik durumları üzerine olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur (Johnston 1996, Kılıç ve ark. 2005, Kuhne ve ark. 1997, Özcan ve ark. 2003). Bu çalışmada bu etkiyi araştırmak amacıyla DEHB grubu YDB eşlik eden ve etmeyen olarak iki gruba ayrılmış ve kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda DEHB grubunun annelerinin kontrol grubu anneleriyle SCL-90 alt ölçekleri arasında anlamlı derecede fark bulunmazken; DEHB ile birlikte YDB grubu annelerinin kontrol grubu annelerine göre tüm alt ölçeklerde, DEHB grubu annelerinden ise ölçeğin düşmanlık ve genel belirti indeksi alt ölçeklerinde anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. DEHB grubunun babalarına bakıldığında ise, hem kontrol grubu hem de DEHB ile birlikte YDB grubuyla aralarında anlamlı fark yokken, DEHB ile birlikte YDB grubunun

kontrol grubuna göre tüm alt ölçeklerde anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Tablo 4).

ADÖ alt ölçek puanlarında ise; DEHB grubu annelerinin kontrol grubu anneleriyle aralarında anlamlı derecede fark olmadığı bulunmuştur. DEHB ile birlikte YDB grubunun ise kontrol grubu annelerinden problem çözme, roller, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar alt ölçeklerinde, DEHB grubu annelerinden ise sadece problem çözme alt ölçeklerinde anlamlı derecede yüksek puanlar aldığı bulunmuştur. Babaların alt ölçek puanlarında ise DEHB grubuyla kontrol grubu arasında anlamlı derecede fark yoktur. DEHB ile birlikte YDB'li çocukların babalarının problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar puanlarının hem kontrol grubu hem de DEHB grubunun babalarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 5).

**Tablo 4.** DEHB, DEHB+YDB ve Kontrol Grubu Anne Babalarının SCL-90 Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB (n=23)	DEHB+YDB (n=20)	KONTROL (n=38)	p	post hoc
<b>Anne</b>					
OKB	0.97 ± 0.40	1.20 ± 0.71	0.59 ± 0.42	0.000	YDB > K
Depresyon	0.84 ± 0.61	1.22 ± 0.85	0.60 ± 0.45	0.002	YDB > K
Düşmanlık	0.76 ± 0.66	1.30 ± 1.02	0.34 ± 0.32	0.000	YDB > DEHB, K
GSI	0.68 ± 0.49	1.10 ± 0.75	0.49 ± 0.35	0.000	YDB > DEHB, K
<b>Baba</b>					
OKB	0.83 ± 0.49	0.99 ± 0.56	0.56 ± 0.50	0.015	YDB > K
Depresyon	0.62 ± 0.55	0.85 ± 0.58	0.39 ± 0.45	0.013	YDB > K
Düşmanlık	0.58 ± 0.59	1.07 ± 0.80	0.49 ± 0.65	0.016	YDB > K
GSI	0.52 ± 0.36	0.77 ± 0.54	0.44 ± 0.38	0.031	YDB > K

YDB: Yıkıcı Davranım Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Belirtiler, GBI: Genel Belirti İndeksi, K: Kontrol

## TARTIŞMA

DEHB, erkeklerde kızlara oranla 3-4 kat daha sık görülen bir bozukluktur (Martin ve Volkmar

2007). Bizim örnekleminizdeki erkek/kız oranını literatürle uyumlu görünmektedir. DEHB ve kontrol grubunun anne babaları arasında yaş ve eğitim düzeyleri arasında da anlamlı fark yoktur.

**Tablo 5.** DEHB, DEHB+YDB ve Kontrol Grubu Anne-Babalarının ADÖ Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	DEHB (n=23)	DEHB+YDB (n=20)	KONTROL (n=38)	p	post hoc
<b>Anne</b>					
PRÇ	1.65 ± 0.48	2.15 ± 0.84	1.52 ± 0.45	0.001	YDB > DEHB, K
ILT	1.73 ± 0.57	1.95 ± 0.60	1.61 ± 0.47	0.08	
ROL	1.98 ± 0.44	2.18 ± 0.65	1.74 ± 0.39	0.004	YDB > K
DTV	1.66 ± 0.70	1.84 ± 0.73	1.63 ± 0.50	0.466	
GIG	2.06 ± 0.48	2.20 ± 0.45	1.93 ± 0.35	0.068	
DVK	1.76 ± 0.39	1.99 ± 0.53	1.70 ± 0.34	0.038	YDB > K
GNF	1.62 ± 0.56	1.93 ± 0.72	1.51 ± 0.51	0.039	YDB > K
<b>Baba</b>					
PRÇ	1.60 ± 0.48	2.18 ± 0.54	1.51 ± 0.49	0.000	YDB > DEHB, K
İLT	1.66 ± 0.46	1.98 ± 0.49	1.67 ± 0.54	0.098	
ROL	1.80 ± 0.33	2.20 ± 0.46	1.78 ± 0.39	0.001	YDB > DEHB, K
DTV	1.67 ± 0.47	2.11 ± 0.56	1.68 ± 0.53	0.015	YDB > DEHB, K
GİG	1.89 ± 0.33	2.28 ± 0.52	1.92 ± 0.42	0.010	YDB > DEHB, K
DVK	1.82 ± 0.36	1.93 ± 0.50	1.79 ± 0.35	0.483	
GNF	1.61 ± 0.44	2.14 ± 0.67	1.42 ± 0.39	0.000	YDB > DEHB, K

YDB: Yıkıcı Davranım Bozukluğu, K: Kontrol, PRÇ: Problem Çözme, İLT: İletişim, ROL: Roller, DTV: Duygusal Tepki Verebilme, GIG: Gereken İlgii Gösterme, DVK: Davranış Kontrolü, GNF: Genel Fonksiyonlar.

Daha önce yapılan çalışmalarda DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan anne babalar-daki psikiyatrik bozukluğu ve aile işlevselliğini en çok etkileyen iki bozukluğun KOKGB ve DB olduğu belirtilmiş ve bu iki bozukluğun eşlik ettiği ve etmediği DEHB'li çocukların aileleri kar-

şılaştırılmıştır (Johnston 1996, Kılıç ve ark. 2005, Kuhne ve ark. 1997, Özcan ve ark. 2003). Bu çalışmada DEHB'ye eşlik eden KOKGB (n=14) ve DB (n=6) sayıları az olduğu için birlikte YDB adı altında değerlendirdik. KOKGB'nin %30-50 ve DB'nin %15-50 oranında DEHB'ye eşlik ettiği

göz önüne alınırsa bu çalışmadaki %46.5 oranı literatürle uyumlu gözükmektedir (Hechtman 2007).

DEHB'li çocukların anne babalarında ruhsal sorunların toplum örneğine göre daha fazla olduğu yapılan pek çok çalışmada gösterilmiştir (Fischer 1990, Güçlü ve ark. 2004, Johnston 1996, Johnston ve Mash 2001, Varolüneş 1999). Bu çalışmada da DEHB'li grubun annelerinin SCL-90'nın ele alınan üç alt ölçeği ve ölçeğin ortalama puanını gösteren genel belirti indeksinde, kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldığı, babaların ise depresyon ve obsesif-kompulsif alt ölçeklerinde kontrol grubu babalarına göre daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Bunun yanında, DEHB'nin anne babaların ruhsal durumu üzerine etkisinin hastalığın kendisinden ziyade eşlik eden YDB'ye bağlı olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Hinshaw 1987, Satake ve ark. 2004). Biz de DEHB grubunu YDB eşlik eden ve etmeyen olarak ikiye ayırıp kontrol grubuyla tekrar karşılaştırdığımızda sadece DEHB bulunan grubun hem anne ve hem de babalarının, SCL-90'nın değerlendirilen alt ölçeklerinin, kontrol grubu anne babalarıyla aralarında anlamlı derecede fark olmadığını saptadık. DEHB ile birlikte YDB grubunda ise hem anne hem babalarının kontrol grubu anne babalarına göre anlamlı derecede yüksek puanlar aldığını saptadık. Bu sonuç, DEHB'de ebeveynlerdeki ruhsal etkilenme üzerinde hastalığın kendisinden çok eşlik eden YDB'nin etkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Anne babadaki ruhsal sorunlar çocuk ile aralarındaki iletişimi olumsuz etkilemekte ve var olan sorunların şiddetlenmesine yol açabilmektedir (Patterson 1982). DEHB'de anne-baba/aile sorunlarının tedaviye uyumda azalma ve daha az olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Hoza ve ark. 2000). Bu bilgiler DEHB tedavisinde, özellikle YDB eşhastalanımı durumunda, anne babadaki ruhsal sorunlar ve aile içi problemlerin tedaviye dahil edilmesinin önemli olduğuna işaret etmektedir.

DEHB'nin getirdiği zorlukların aile işlevlerini de etkilediği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda; aile işlevselliğindeki bozulmanın, DEHB'den ziyade eşlik eden YDB'ye bağlı olduğu bildirilmiştir (Kılıç ve ark. 2005, Özcan ve ark. 2003). Pekcanlar ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada, DEHB'li çocukların ailelerinde aile işlevselliğinde bozulma saptanmamışken eşlik eden DB'ye bağlı olarak ailede kontrol ve iletişim alanında bozulmaya neden olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da DEHB grubu anne babalarıyla kontrol grubu arasında fark olmamasına rağmen, eşlik eden YDB durumunda aile işlevselliğinin bozulduğu bulunmuştur. Çalışmalarda aile işlevselliğinde farklı alanlarda sorun bulunmuş olması her ailenin kendi içinde ayrı bir dinamiği olduğu ve bu dinamiğe bağlı olarak farklı alanlarda sorun çıkması ile açıklanabilir. YDB'nin hem aile işlevselliği hem de anne babaların ruhsal bozuklukları üzerine etkisi, tedavisinin DEHB'ye göre daha zor, belirtilerinin daha şiddetli ve kişilerarası ilişkilerde daha fazla soruna yol açmasına bağlı olabilir. Bununla birlikte, yapılan bazı çalışmalar, aile işlevselliğindeki bozulmanın ve anne babadaki ruhsal sorunların da DEHB'de YDB eş hastalanım riskini artırdığını göstermiştir (Leung ve ark. 1996, Lindhal 1998, Nigg ve ark. 1998, Taylor ve ark. 1986).

Bu çalışmada babaların değerlendirilmesi sırasında DEHB'de tedavi süresindeki uzamanın babaların ruhsal sorunlarını artırdığı ve aile işlevselliğinde bozukluk algılamasına sebep olduğu saptanmıştır. Bu sonuç tedavi süresi uzadıkça babaların hastalığı kabullenmesi ve tedavi sürecine dahil olmak zorunda kalması, komorbid psikiyatrik problemlerin eklenmesi sonucu hastalığın tedavisinin daha da zorlaşması ve hastalığın aile sistemi üzerindeki olumsuz etkisinin artmasına bağlı olabilir (Biederman ve ark. 2008, Tuğlu ve Şahin 2010). Baba çocuk ilişkilerinin çocuktaki DEHB belirtileri üzerine etkisinin incelendiği uzunlamasına bir çalışmada, baba ile çocuk arasında olan ilişki probleminin çocuktaki DEHB belirtilerini arttırdığı bulunmuştur (Lifford ve ark. 2008). Babadaki ruhsal sorunların



çocukla olan ilişkilerini kötüleştirdiği bilinmektedir (Patterson 1982). Hastalığın süresi yanında, DEHB'de babaların ruhsal belirtilerini etkileyen diğer faktörlerin tespit edilmesine yönelik yapılacak çalışmaların önemi göz ardı edilmemelidir. Tüm bu nedenlerle, DEHB ile uğraşan uzmanların aile sisteminin önemli bir parçası olan babayı da tedavi sürecine dahil etmeleri ve hastalık konusunda bilgilendirmeleri önemli gözükmektedir.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından biri çalışmada yer alan DEHB olgularının hepsinin tedavi altında olmasıdır. Bu durum DEHB'de yaşanan sorunların ilaç tedavisine bağlı olarak baskılanmasına sebep olmuş olabilir. Çalışmamızda DEHB olan çocukların anne babalarında kontrol grubuna göre ruhsal sorun ve aile işlevselliği olarak anlamlı bir fark bulunmazken, YDB eşlik eden durumlarda sorun saptanması DEHB'nin tedavisinin YDB'ye göre daha yüz güldürücü olmasına bağlı olabilir. Bu durum, tedavi altında olmayan DEHB'li çocukların ailelerinin incelenmesinin, bu hastalığın etkilerinin daha net anlaşılmasına yardımcı olacağını düşündürmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları DEHB tedavisinde anne babalarının ruhsal durumları ve ailelerin işlevselliğinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinin önemine işaret etmektedir. Özellikle çocuklarda DEHB'ye eşlik eden YDB varsa anne babaların ruhsal durumlarının ve aile içi ilişkilerin ele alınması daha da önem kazanmaktadır. Anne babaların ruhsal durumları ve aile içindeki ilişkiler değerlendirildikten sonra her çocuk için ayrı bir tedavi planı hazırlanabilir. Bunun yanında; DEHB tedavisinde çocuktaki belirtilerin tedavisine ek olarak, ruhsal durumlarında bozukluk görülen anne babaların psikiyatrik tedaviye yönlendirilmesi ve aile içi ilişkilerin iyileştirilmesine yönelik uygulanacak aile terapilerinin DEHB'li çocukların tedavi sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceği öngörülebilmektedir.

## KAYNAKLAR

Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1991) Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 148: 251-256.

Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (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 (2005) Attention deficit hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 57: 1215-1220.

Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC ve ark. (2008) New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47: 426-34.

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgüzel Matbaası, Ankara.

Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (1992) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 1424-1432.

Dağ İ (1991) Belirti Tarama Listesi'nin üniversiteli öğrenciler için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 5-12.

Fischer M (1990) Parenting stress and the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Psychol* 19: 337-346.

Fones CS, Pollack MH, Susstoein L ve ark. (2000) History of childhood attention deficit hyperactivity disorder features among adults with panic disorder. *J Affect Disord* 58: 99-106.

Gökler B, Ünal F, Pehlivanlı B ve ark. (2004) Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11: 109-116.

Güçlü O, Erkrın M (2004) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri* 7: 32-41.

Hechtman L (1996) Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Can J Psychiatry* 41: 350-360.

Hechtman L (2007) Attention deficit hyperactivity disorder. *Comp-*

## GÖKÇEN VE ARK.

- rehensive Textbook of Psychiatry içinde, Sadock BJ, Sadock VA (ed). (Çev. H Aydın, A Bozkurt), 8. baskı, Güneş Kitabevi.
- Hinshaw SP (1987) On the distinction between attention deficits/hyperactivity and conduct problems/agresion in child psychopathology. *Psychol Bull* 101: 443-463.
- Hoza B, Owens JS, Pelham WE ve ark. (2000) Effect of parent cognitions on child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 28: 569-583.
- Johnston C (1996) Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 24: 85-104.
- Johnston C, Mash EJ (2001) Families of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 4: 183-207.
- Kılıç BG, Şener Ş (2005) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16: 21-28.
- Kuhne M, Schachar R, Tannock R (1997) Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 1715-1725.
- Leung PWL, Ho TP, Luk SL ve ark. (1996) Separation and comorbidity of hyperactivity and conduct disturbance in Chinese school-boys. *J Child Psychol Psychiatry* 37: 841-853.
- Lifford KJ, Harold GT, Thapar A (2008) Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *J Abnorm Child Psychol* 36: 285-296.
- Lindhal KM (1998) Family process variables and children's disruptive behavior problems. *J Family Psychol* 12: 420-436.
- Martin A, Volkmar FR (2007) Attention deficit hyperactivity disorder. *Lewis's Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook içinde, Spetie L, Arnold EL (ed), Fourth ed., Lippincott Williams and Wilkins, s: 430-454.*
- Morrison JL, Stewart MA (1971) A family study of the hyperactivity child syndrome. *Biol Psychiatry* 3: 189-195.
- Nigg JT, Hinshaw SP (1998) Parent personality traits psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 39: 145-159.
- Özcan C, Oflaz F, Türkbay T (2003) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve binişik karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan çocukların anne babalarının empati düzeylerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 10: 108-114.
- Patterson GR (1982) *Coercive Family Process*. Castalia, Eugene, OR.
- Pekcanlar A, Turgay A, Miral S ve ark. (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve aile işlevleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6: 99-107.
- Phares V (1992) Where's Pops? *Am Psychol* 47: 652-664.
- Riley AW, Lyman LM, Spiel G ve ark. (2006) The family strain index. Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15: 72-78.
- Satake H, Yamashita H, Yoshida K (2004) The family psychosocial characteristics of children with attention deficit hyperactivity disorder with or without oppositional or conduct problems in Japan. *Child Psychiatry Hum Dev* 34: 219-235.
- Seahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR ve ark. (1999) Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 976-984.
- Taylor E, Everitt B, Thorley G ve ark. (1986) Conduct disorder and hyperactivity II: A cluster analytic approach to the identification of a behavioural syndrome. *Br J Psychiatry* 149: 768-777.
- Tuğlu C, Şahin ÖÖ (2010) Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobijoloji, tanı sorunları ve klinik özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2: 75-116.
- Varolgüneş D (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin anne babalarında psikiyatrik özellikler ve DEHB'nin araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, s: 40.
- Yule W (1994) Posttraumatic stress disorder. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches içinde, Rutter M, Taylor E, Herdson L (ed), 3. Baskı, Blackwell Science.*