

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONULAN BİR KLİNİK ÖRNEKLEMDE YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI VE ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUKLARI

Ayhan BİLGİÇ*, Birim Günay KILIÇ**, Kağan GÜRKAN**, Ayla AYSEV***

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş olan bir klinik örneklemede davranım bozukluğu (DB), karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KGB) ve özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) eştanılarının sıklığı ve bu eştanıların diğer klinik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. **Yöntem:** Başvuru yaşları 4-18 yaş aralığında olan, DEHB tanısı konmuş 266 çocuğun dosya verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. DEHB tanısının konulması ve alt tiplerinin belirlenmesinde klinik görüşme yanı sıra, Conners Anababa ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği ile Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden yararlanıldı. ÖÖB tanısı Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği ve Okuma-Yazma değerlendirilmesinden yararlanılarak DSM-IV kriterlerine göre konuldu. Okul öncesi dönemde başvuruları olan 5 olguda ise ÖÖB eştanısı okula başladıktan sonra belirlenmişti. **Sonuçlar:** Olguların %36.1'inde DB, %25.9'unda KGB, % 21.7'sinde ÖÖB eş tanılarının olduğu belirlendi. DB'nin bileşik tip DEHB'de en yüksek, dikkatsizliğin önde geldiği tip DEHB'de en düşük oranda olduğu görüldü. Yıkıcı davranış bozukluğu (KGB ve DB) eş tanısı olan olgularda klinik başvuru yaşının daha küçük olduğu saptandı. ÖÖB olan çocukların annelerinin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi. Cinsiyet ve zeka puanları ile eş tanı alma arasında ise bir ilişki saptanmadı. **Tartışma:** DEHB olgularında saptanan eştanıların klinik başvuru ve tedavi arayışı üzerine olan etkileri tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eştanı, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, özgül öğrenme bozukluğu

SUMMARY: DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS AND SPECIAL LEARNING DISORDERS IN A CLINICAL SAMPLE WITH DIAGNOSIS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Objective: Frequency of Conduct Disorder (CD), Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Special Learning Disorder (LD) and their relations to other clinical variables were examined in a clinical sample with diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

Method: Patient records of 266 children with ADHD between ages 4-18 years, were evaluated retrospectively. In addition to clinical interview, Conners Parent Rating Scale, Conners Teacher Rating Scale and Turgay Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)-Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S), were used for diagnosis of ADHD and definition of subgroups. Weschler Intelligence Scale for Children-Revised and Reading-Writing Test were used in the evaluation of LD diagnosis according to DSM-IV. In 5 children who referred before school age, LD comorbidity was determined after starting school. **Results:** CD was detected in 36.1%, ODD in 25.9% and LD in 21.7% of the cases. CD was most common among cases with combined type of ADHD and least common in predominantly inattentive type of ADHD. Clinical referral age was found lower in children with comorbid disruptive behavior disorders (CD and ODD). Maternal educational level was lower in LD cases. There were no associations between comorbidity and gender and IQ scores. **Conclusion:** The impact of comorbid diagnoses on clinical referral and treatment seeking in ADHD cases was discussed.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, comorbidity, conduct disorder, oppositional defiant disorder, special learning disorder

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır (Gillberg ve ark. 2004). DEHB okul çağı çocuklarının %3-5'ini etkilemekte (APA, 2000) ve akademik başarı ile psikososyal uyum üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır

(Gillberg ve ark. 2004). DEHB'de eştanı görülme oranları oldukça yüksek olup, %60 ile %100 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (Kuhne ve ark. 1997). Karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KGB), davranım bozukluğu (DB) ve özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) en sık saptanan eştanılar arasındadır (Kadesjö ve Gillberg, 2001).

Çocukluk döneminde başlayan KGB ve DB sıklıkla DEHB zemininde ortaya çıkmaktadır (Loeber ve ark. 2000). KGB'nin DB gelişimi öncesi bir geçiş evresi olduğu düşünülmektedir (Gillberg ve ark. 2004). DEHB olan çocuklarda KGB veya DB

*Arş. Gör. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

**Uzm. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

***Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

eştanılarının bulunuyor olması, kişilerarası ilişkilerde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Schachar ve Wachsmuth, 1990)

DEHB ve ÖÖB'nin etiyolojik olarak birbirinden bağımsız bozukluklar olduğu bilinmektedir (Fletcher ve ark. 1999). Bununla birlikte bu iki klinik tablo sıklıkla bir arada bulunmaktadır. DEHB'de ÖÖB eştanısı görülme oranlarının yöntemsel farklılıklar ve tanı kriterlerindeki belirsizlikler nedeniyle %10 ile %92 arasında bildirildiği görülmektedir (Biedermann ve ark. 1991). Bu iki nöropsikiyatrik bozukluğun yüksek oranlarda bir arada bulunuyor olması, DEHB olan olgularda ÖÖB eştanısının erken dönemde belirlenmesi ve tedavisinin yürütülmesini gerekli kılmaktadır.

Bu çalışmada DEHB olan çocuklarda DB, KGB ve ÖÖB eştanılarının sıklığı, DEHB alt tiplerine göre eştanıların dağılımı ve eştanıların, yaş, cinsiyet, başvuru yaşı, zeka puanları ve anababa eğitim düzeyi gibi diğer klinik değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir.

YÖNTEM

Örnekleme

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, DEHB ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Ünitesinde izlenmekte olan, başvuru yaşları 4-18 yaş aralığında, zeka geriliği ve ağır nörolojik/metabolik hastalığı bulunmayan, toplam 266 çocuğun dosya verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Olguların başvuru yaşı, cinsiyeti, anne-baba eğitim düzeyi ile zeka düzeyi belirlenmiş olan 217 olgunun test sonuçları kaydedildi.

Tüm olgularda DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılmış olan psikiyatrik görüşme ve değerlendirmeler gözden geçirildi ve DB, KGB ve ÖÖB eştanıları belirlendi. DB, KGB ve ÖÖB dışında da eştanıların saptanmış olmasına karşın, bu üç eştanı dışındaki diğer eştanıların saptanmasında nesnel ölçüklerin kullanımının standart olmaması ve eştanıların önemli bir bölümünün DB, KGB ve ÖÖB olması nedeniyle diğer eştanıların görülme oranları ve klinik değişkenlerle ilişkisi değerlendirmeye alınmadı. DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan olgularda DEHB alt tiplerinin ve DB ile KGB eştanılarının belirlenmesinde Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği, Conners Öğretmen

Derecelendirme Ölçeği ve anne-baba ve öğretmen tarafından doldurulan Turgay-Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden (T-DSM-IV-Ö) yararlanılmıştı. Dosya taraması yapılırken eştanıların belirlenmesindeki hata olasılığının en aza indirilmesi için tüm hastaların anne babasına verilmiş olan T-DSM-IV-Ö'den yararlanılarak, daha önceden saptanmış olan eştanıların doğruluğu gözden geçirildi. ÖÖB tanısı, klinik bulgusu olan çocuklara Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WÇZÖ) ve Okuma-Yazma Değerlendirilmesi (Erden ve ark. 2002) uygulanmasından yararlanılarak DSM-IV kriterlerine göre yapılmış olan klinik görüşme sonrasında konulmuştu.

Veri Toplama Araçları

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği: Öğrencilerin sınıf içi davranışlarının öğretmenleri tarafından derecelendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Conners 1969). Ölçeğin ilk formu 39 madde içerirken gözden geçirilmiş formu 28 madde içermektedir (Goyette ve ark. 1978). Ölçeğin gözden geçirilmiş halinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şener ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Hiperaktivite / Ataklık, Dikkat Eksikliği / Edilginlik ve Davranım Bozukluğu/Toplumsallaşamama alt ölçüklerinden oluşmaktadır.

Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği: Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1998). Dikkat eksikliği, hiperaktivite, DB ve KGB'yi tarayan alt ölçükleri bulunmaktadır. □

Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin Tarama ve Derecelendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö): DSM-IV ölçütlerine göre dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunu sorgulayan toplam 41 maddeden oluşan (Turgay 1994), geçerlik ve güvenilirliği Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir ölçektir (2001).

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği - Geliştirilmiş Formu (WÇZÖ-R) : Wechsler tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin (1974) Türk çocukları üzerinde standardizasyonu Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır (1994). WÇZÖ-R sözel ve performans olmak üzere iki bölümden

BİLGİÇ VE ARK.

oluşmaktadır. Her bölümde 6'şar olmak üzere toplam 12 alt test bulunmaktadır. Sözel ve Performans puanlarının toplanması ile Toplam Test Puanı elde edilmektedir.

Okuma-Yazmanın Değerlendirilmesi: Çocuğa sınıf düzeyine uygun bir metin okutularak doğru okuduğu kelime sayısı belirlenmekte ve okuduğunu anlama becerisi ölçülmektedir. Yazma becerisinin test edilmesinde sınıf düzeyine uygun bir parça çocuğa yazdırılmakta ve yazım hataları belirlenmektedir. Türk çocukları için norm çalışması Erden ve arkadaşları (2002) tarafından yapılmıştır.

İstatistik değerlendirme

Analizlerde İstatistiksel Paket Programı (SPSS 10.0) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında t-testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örnekleminizde 40 kız (%15), 226 erkek (%85) toplam 266 çocuk yer alıyordu ve olguların ortalama yaşı 11.8 ± 2.61 olarak saptandı. Örnekleimde başvuruları okul öncesi dönemde olup da izlemleri süren 5 çocuk bulunuyordu. Kız ve erkek çocukların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Olguların DEHB alt gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, % 76.2'sinin (n=203) bileşik tipte, %15.3'ünün (n=41) dikkatsizliğin önde geldiği (DE) tipte, %8.5'inin (n=22) aşırı hareketlilik-dürtüsellüğün önde olduğu (HA) tipte yer aldığı saptandı.

Tüm olguların %36.1'inde (n=96) DB, %25.9'unda (n=69) KGB eştanılarının olduğu belirlendi. ÖÖB tanısını koyarken zeka düzeyinin belirlenmesi zorunlu olduğundan, ÖÖB eştanısı oranı WÇZÖ-R uygulanmış 217 çocuk dikkate alınarak % 21.7 (n=47) olarak saptandı. ÖÖB eştanısı okul öncesi dönem başvuruları olan olgularda okula başladıktan sonra belirlenmişti. 13 (%4.9) olguda KGB ile ÖÖB, 12 (%4.5) olguda da DB ile ÖÖB eştanılarının her ikisi de bulunuyordu. Toplam 187 (%70.3) çocukta bu üç eştanıdan en az biri bulunmaktaydı, 79'unda (%29.7) ise üç eştanı da bulunmuyordu.

DEHB'nin alt tipleri ile eş tanı alma arasındaki ilişki incelendiğinde, DB'nin bileşik tip DEHB'de en yüksek, dikkatsizliğin önde geldiği tip

DEHB'de en düşük oranda olduğu görüldü. Bileşik alt tip ve HA alt tipi ile DE alt tipi arasında DB görülmesi açısından anlamlı bir fark bulunmaktaydı (sırayla $p=0.000$, $X^2=15.18=$ ve $p=0.039$, $X^2=4.84$). Bileşik alt tip ile HA alt tipi arasında ise anlamlı bir fark bulunmuyordu. KGB ve ÖÖB eştanısı ile DEHB alt tipleri arasında ise bir ilişki saptanmadı (Tablo 1). Cinsiyetler arasında eştanı alma oranları karşılaştırıldığında da kız ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi (Tablo 2).

Tablo-1: DEHB Alt Tiplerine Göre Eştanıların Görülme Oranları

	DE Alt Grubu (n=41)	HA Alt Grubu (n=22)	Kombine Alt Grup (n=203)	X ²	p
DB					
n (%)	4 (9.8)	7 (31.8)	85 (41.9)	15.4	0.000***
KGB					
n (%)	11 (26.8)	6 (27.3)	52 (25.6)	0.48	0.97
ÖÖB					
n (%)	8 (20.0)	2 (9.1)	37 (18.2)	1.30	0.52

DB: Davranım bozukluğu, KGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu, ÖÖB: Öğrenme bozukluğu, DE: Dikkat eksikliği, HA: Hiperaktivite *** $p<0.001$
Kombine>DE ($p=0.000$, $X^2=15.18$), HA>DE ($p=0.039$, $X^2=4.84$),
Kombine=HA ($p=0.494$, $X^2=0.83$)

Tablo-2: Kız ve Erkeklerde Eştanıların Görülme Oranları.

	Kız (n=40)	Erkek (n=226)	X ²	P
DB				
n (%)	12 (30.0)	84 (37.2)	0.76	0.38
KGB				
n (%)	12 (30.0)	57 (25.2)	0.40	0.53
ÖÖB				
n (%)	10 (25.6)	37 (16.4)	1.96	0.16

DB: Davranım bozukluğu, KGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu,
ÖÖB: Öğrenme bozukluğu

Kliniğe başvuru yaşının yıkıcı davranış bozukluğu eş tanıları (DB ve KGB) olan olgularda 7.7 ± 2.3 , yıkıcı davranış bozukluğu olmayanlarda ise 8.5 ± 2.4 olduğu saptandı ve aradaki fark anlamlı düzeydeydi ($p=0.032$, $t=2.16$). ÖÖB olan olguların başvuru yaşı 8.1 ± 1.7 iken ÖÖB olmayanların başvuru yaşı 8.0 ± 2.4 olarak saptandı ve arada anlamlı bir fark bulunmuyordu. Anne baba eğitim düzeyi ile yıkıcı davranış bozuklukları eştanıları arasında bir ilişki bulunmazken, ÖÖB olan

çocukların annelerinin eğitim düzeyinin ÖÖB olmayan çocukların annelerine göre daha düşük olduğu belirlendi ($p=0.016$, $t=2.43$) (Tablo 3).

Tablo-3: DEHB'de Eştanılara Göre Anne-Baba Eğitim Süresi.

	Anne Eğitim Süresi (Yıl ±ss)	Baba Eğitim Süresi (Yıl ±ss)		
DB (n= 82)	+ (n= 82)	10.0± 3.9		11.8± 3.4
	- (n= 135)	10.4± 3.8	t=0.82 p=0.41	11.7± 3.2 t=-0.13 p=0.89
KGB (n= 55)	+ (n= 55)	10.4± 4.0	t=-0.23	11.3± 3.5 t=1.2
	- (n=162)	10.3± 3.8	p=0.81	11.9± 3.2 p=0.24
ÖÖB (n= 46)	+ (n= 46)	9.1± 4.1	t=2.43	12.1± 2.9 t=-0.86
	- (n= 170)	10.6± 3.7	p=0.016*	11.7± 3.4 p=0.39

DB: Davranım bozukluğu, KGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu,
ÖÖB: Öğrenme bozukluğu ss :Standard sapma * $p<0.05$

Klinisyenlerin zeka düzeyi belirlenmesine gerek gördüğü 217 olgunun sözel, performans ve toplam zeka bölümlerinden aldıkları puanlar ile bu olgularda DB, KGB ve ÖÖB eştanılarının görülmesi arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı incelendi. Eştanı bulunması ile zeka düzeyi arasında bir ilişki saptanmadı (Tablo 4).

Tablo-4: DEHB Olgularında Eştanılara Göre Zeka Bölümü Puanları.

	Sözel Zeka Bölümü ±ss	Performans Zeka Bölümü ±ss	Toplam Zeka Bölümü ±ss	
DB (n= 82)	+ (n= 82)	98.2 ±15.5	101.5±21.9	100.6±17.6
	- (n= 135)	97.1 ±17.0	102.6±16.0	99.5 ±17.2
GB (n= 55)	+ (n= 55)	98.6±16.3	103.5±16.1	101.1±15.4
	- (n=162)	97.1±16.5	101.7±19.2	99.5 ±19.0
B (n= 46)	+ (n= 46)	98.2±12.2	105.5±13.9	102.0±12.4
	- (n= 170)	97.4±17.4	101.3±19.5	99.4 ±18.5

DB: Davranım bozukluğu, KGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu, ÖÖB: Öğrenme bozukluğu, ss :Standard sapma

TARTIŞMA

Toplum örneklemelerinde DEHB'nin alt gruplara göre dağılımı sırasıyla, DE alt grubu, bileşik alt grup ve HA alt grubu biçimindedir (Wolraich ve ark, 1996). Klinik örneklemelerde ise en büyük alt grubu bileşik alt grup oluşturmakta, bunu sırasıyla DE alt grubu ve HA alt grubu izlemektedir (Biederman ve ark. 1998, Lalonde ve ark. 1998) Bizim çalışmamızda da alt grupların dağılımının diğer klinik örneklem çalışmalarına benzer olduğu görülmektedir. Bu durum, aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin varlığının kliniğe başvuruda önemli bir etken olduğunu ve dikkat eksikliği belirtilerinin ön planda olduğu DEHB hastalarının sıklıkla tedavi alamadıklarını düşündürmektedir.

DEHB tanısı konulmuş olan çocuklarda KGB eştanısı görülme oranlarının DB'ye göre genel olarak daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Biederman ve ark, 1996, Kuhne ve ark, 1997). Buna karşın, çalışmamızda DB eştanısının KGB'den daha sık olduğu görülmüştür. DB tanısı konulan hastaların tedavilerinde yaşanan zorluklar nedeniyle üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına daha fazla sevk ediliyor olması örneklemimizdeki eştanı dağılımını DB lehine etkilemiş olabilir. Ayrıca toplumumuzda kliniğe başvuru için çoğunlukla DB belirtileri ortaya çıkana kadar gecikiliyor olması da eştanı dağılımında farklılığa neden olmuş olabilir.

BİLGİÇ VE ARK.

DEHB alt gruplarına göre eştanıların dağılımı incelendiğinde, DB'nin en sık kombine alt tipte, en az ise DE alt tipinde görüldüğü saptanmıştır. DB eştanısının DEHB alt gruplarına göre dağılımı ile ilgili bu bulgu yazın bilgilerine benzerdir (Jensen ve ark. 2001). Yazında KGB eştanısının DEHB alt tipleri arasındaki dağılımının da DB'ye benzer olduğu bildirilmektedir (Gillberg ve ark. 2004). Bununla birlikte, örneklemimizde KGB eştanısının DEHB alt grupları arasındaki dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, kombine alt tip dışındaki DEHB alt tiplerindeki örneklem sayısının düşük olmasıyla ilişkili olabilir.

Çocukluk döneminde görülen birçok ruhsal bozuklukta olduğu gibi, DEHB'de de dışa vurum belirtilerinin şiddetinin kliniğe başvuru olasılığını arttırdığı bilinmektedir (Cohen ve ark 1991). Örneklemimizde yıkıcı davranış bozukluğu eştanısı konulan olguların aileleri tarafından daha erken yaşta kliniğe getirilmiş olmaları da bu bilgiler ile uyumlu bulunmuştur.

Yıkıcı davranış bozukluklarının ortaya çıkmasında anne babanın kişilik özellikleri, komşuluk ilişkileri, arkadaş ilişkileri ve sosyoekonomik etmenler gibi psikososyal faktörler etkili olabilmektedir (Burke ve ark. 2002). Örneklemimizde sosyoekonomik durum açısından önemli bir belirleyici olan anne baba eğitim düzeyi ile yıkıcı davranış bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiş ve anne baba eğitim düzeyinin eştanı ortaya çıkmasında belirleyici olmadığı saptanmıştır. Bu durum ek yıkıcı davranış bozukluklarının ortaya çıkmasında çocuğun biyolojik yatkınlığının önemini akla getirmektedir. ÖOB tanısı konulan olgularda ise anne eğitim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. ÖOB olan çocukların ailelerinde ÖOB'ye daha sık rastlandığı bilinmektedir (Faraone ve ark. 1993). Dolayısıyla, ÖOB olan çocukların annelerinde eğitim düzeyinin daha düşük olması, bu annelerde ÖOB'ye sık rastlanması ve buna bağlı olarak yaşamış oldukları akademik başarısızlıklar ile ilişkili olabilir.

Örneklemimizde DEHB tanısı konulan çocukların %85'inin erkek, %15'inin kız olduğu görülmüştür. DEHB'nin toplum tabanlı çalışmalarda erkeklerde kızlara göre yaklaşık olarak 3 kat daha sık görüldüğü, buna karşılık kliniğe başvuran olgularda erkeklerin kızların yaklaşık 10 katı olduğu bildirilmektedir (Arnold 1996, Gaub ve Carlson 1997). DEHB'de kliniğe başvurudaki cinsiyet farklılığının nedeni tam olarak bilinme-

mele birlikte, kızlarda DE'nin önde geldiği tipin daha sık görülmesinin, ÖOB'nin daha az olmasının ve okulla ilgili sorunların daha az görülmesinin bu farklılıkta etkili olabileceği ileri sürülmektedir (Biederman ve ark. 2002) Çalışmamızda eştanı görülmesi bakımından cinsiyetin belirleyici olmadığı saptanmıştır. Yazında KGB ve DB bulgularının erkek çocuklarında daha şiddetli olduğu bildirilmekle birlikte (Newcorn ve ark. 2001), DEHB olan çocuklarda cinsiyete göre eştanı görülme oranları açısından belirgin bir fark olmadığını belirten çalışmaların ağırlıkta olduğu gözlenmektedir (Biederman ve ark. 2005, Byun ve ark. 2006). ÖOB'nin toplum örneklemelerinde erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Rutter ve ark. 2004). Bizim örneklemimizde de ÖOB olan erkek çocuklarının sayısı kız çocuklarına göre daha fazla olmakla birlikte, iki cins arasında ÖOB görülme oranları bakımından fark bulunmamıştır. DEHB varlığı halinde, ÖOB'nin cinsiyetler arasındaki dağılımının nasıl etkilendiğinin daha büyük örneklem üzerinde araştırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda DB, KGB ve ÖOB eş tanularının görülmesi ile zeka puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde DB ve KGB ile zeka puanları arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Kuhne ve ark. 1997). Bu durum, zekanın DB ve KGB ortaya çıkmasında koruyucu bir rolünün olmadığını göstermektedir.

Geriye dönük hasta dosyalarının taranmasına dayalı bir çalışma olması nedeniyle yapılandırılmış bir görüşme yapılamamış olması ve DB, KGB ve ÖOB dışındaki diğer eştanıların değerlendirilmemiş olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Zeka testinin tüm hastalarda uygulanmamış olması da zeka testi uygulanan hasta grubunun homojen olmasını engellemektedir. Ayrıca klinik örneklem üzerinde yapılan çalışmaların toplum tabanlı araştırmalardan farklı sonuçlar gösterebileceği bilinmektedir. Bu nedenle bu sonuçlar hastalığın gerçek doğasını tam olarak yansıtmıyor olabilir.

Özetle, örneklemimizde en sık görülen DEHB alt grubu kombine alt grup olurken üç eştanı arasında en sık görülen eştanı ise DB olmuştur. Ayrıca DB ve KGB eştanılarının varlığı halinde daha küçük yaşta kliniğe başvurulduğu saptanmıştır. Elde edilen bu veriler, DEHB olan çocukların dışa vurum belirtilerinin şiddetinin kliniğe başvuruda önemli bir etken olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu durum DEHB'nin sıklıkla eştanılar ile birlikte görüldüğünü ve eştanıların tedavi arayışında da etkili olduğunu göstermektedir. Türk çocuklarında DEHB ve eştanı dağılımı ile ilgili bilgilerin arttırılması için klinik çalışmaların yanı sıra toplum tabanlı çalışmaların da yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Text Revision(DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Association, Washington DC.

Arnold L (1996) Sex differences in ADHD: conference summary. *J Abnorm Child Psychol* 24:555-569

Biederman J, Newcorn J, Sprich S (1991) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 148: 564-577

Biederman J, Faraone SV, Milberger S ve ark. (1996) Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(9):1193-1204

Biederman J, Faraone SV, Taylor A (1998) Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: finding from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:305-313

Biederman J, Mick E, Faraone SV ve ark. (2002) Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 159:36-42

Biederman J, Know A, Aleardi M ve ark. (2005) Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry* 162: 1083-1089

Burke JD, Loeber R, Birmaher B (2002) Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(11): 1275-1293

Byun H, Yang J, Lee M ve ark. (2006) Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei Med J* 47:113-121

Cohen P, Kasen S, Brook JS ve ark. (1991) Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:989-993

Conners CK (1969) A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry* 126: 884- 888.

Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş ve ark. (1998) Conners anababa derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikolojik Kongresi, Ankara.

Ercan ES, Amado S, Somer O ve ark. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 8:132-144.

Erden G, Kurdoğlu F, Uslu R (2002) İlköğretim okullarına devam eden Türk çocuklarının sınıf düzeylerine göre okuma hızı ve yazım hataları normlarının geliştirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(1) 5:13

Faraone SV, Biederman J, Lehman BK ve ark. (1993) Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *Am J Psychiatry* 150:891-895.

Fletcher JM, Shaywitz SE, Shaywitz BA (1999) Comorbidity of learning and attention disorders. *Separate but equal. Pediatr Clin North Am* 46(5):885-897

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

Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P (2004) Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13(suppl 1):180-192

Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF (1978) Normative data on revised Conners' parent and teacher rating scales. *J Abnorm Child Psychol* 6: 221-236.

Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC (2001) ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(2): 147-158

Kadesjo B, Gillberg C (2001) The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry* 42(4): 487-492

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(12): 1715-1725

Lalonde J, Turgay A, Hudson JI (1998) Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Can J Psychiatry* 43(6): 623-628

Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 1468-1484

Newcorn JF, Halperin JM, Jensen PS ve ark. (2001) Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(2): 137-146

Rutter M, Caspi A, Fergusson D ve ark. (2004) Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *JAMA* 28;291(16):2007-2012

Savaşır I, Şahin N (1994) Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara

Schachar RJ, Wachsmuth R (1990) Oppositional disorder in children: a validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. *J Child Psychol Psychiatry* 31:1089-1102

Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy İF ve ark. (1995) Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe uyarlaması-I. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2(3):131-141

Turgay A (1994) *Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Screening and Rating Scale for Children, Adolescents, Parents, and Teachers*. West Blomfield (Michigan), Integrative Therapy Institute Publication.

Wechsler D: *WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. New York, Psychological Corporation, 1974.

Wolraich M, Hannah J, Pinnock T ve ark. (1996) Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:319-324.