

# ÇOCUKLARDA HAREKETLİLİK VE/VEYA DİKKATSİZLİK YAKINMALARI VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI

Çığıl Fettahoğlu\*, Esin Özatalay\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmalarıyla polikliniğe başvuran çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının varlığı araştırılmıştır. **Yöntem:** Çocuk psikiyatristi polikliniğine başvuran ve anne babaları tarafından yakınmalarının "hareketlilik ve/veya dikkatsizlik" olarak tanımlandığı 7-15 yaşları arasında 52 olgu araştırılmaya alınmıştır. Başvuran hastalar iki hekim tarafından değerlendirilmiş ve tanular DSM-IV tanı kriterlerine göre konulmuştur. Yükcü Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği anne baba ve öğretmen formu (YDBTDÖ) kullanılmıştır. **Sonuçlar:** Çalışmaya alınan 52 olgunun (44 erkek, 8 kız), yaş ortalamaları 111,7±25,1 ay'dır. Klinik değerlendirmelere göre 17 olgu (%32,7) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 13 olgu (%25) depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu, 11 (%21,2) olgu farklı psikiyatrik tanılar almışlardır. 11 olgu (%21,2) ise herhangi bir psikiyatrik hastalığın tanı ölçütünü karşılamamıştır. Anne babaların ve öğretmenlerin doldurdukları YDBTDÖ puanlarında gruplar arasında fark bulunmamıştır. **Tartışma:** Bu çalışmada hareketlilik ve/veya dikkat eksikliği yakınmaları ile başvuran çocukların üçte ikisinin birincil tanısı DEHB değildir. En sık konulan tanılar DEHB ve depresyon ve/veya anksiyete bozukluğudur. Olguların beşte biri herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamıştır. Bu bulgu, hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmalarının, DEHB dışında depresyon ve anksiyete bozukluğu başta olmak üzere pek çok çocukluk çağı psikiyatrik bozukluğunda görülebileceğini ve tanı sürecinde klinisyenin rolünün önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, hareketlilik, dikkatsizlik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu  
**SUMMARY: HYPERACTIVITY AND/OR ATTENTION PROBLEMS AND ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN**

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the attention deficit and hyperactivity disorder in children whose primary complaint were hyperactivity and/or attention problems. **Method:** Fifty two children between ages 7-15 years who were admitted to a university clinic with hyperactivity and/or attention problems were assessed with interviews by two child psychiatrist and diagnosis were made according to DSM-IV criterias. DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale and the Parent and Teacher Forms were also applied to get information about hyperactivity and attention problems. **Results:** Out of 52 children (44 males, 8 females, mean age 111.7±25.1 months), 17 (32,7 %) were diagnosed as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), 13 (25 %) as major depression and/or anxiety disorder and 11 (21,2 %) as other psychiatric disorders (tic disorder, learning disorder, etc). No psychopathology was detected in 11 cases (21,2 %). Significant differences were not found between groups according to DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale and Parent and Teacher Forms. **Discussion:** Two thirds of the children whose primary complaint was hyperactivity and/or attention problems were not diagnosed as ADHD. Although ADHD and depression and/or anxiety disorder were the most frequent diagnosis in outpatients, almost one fifth of the cases had no psychiatric disorder which can lead to these problems. These findings emphasized that attention and/or hyperactivity problems can not only be present in ADHD cases, but also in other childhood psychiatric disorders; particularly in depression and anxiety disorders. This study also revealed the importance of clinician's role during the diagnostic process.

**Key words:** Child, hyperactivity, attention, attention deficit hyperactivity disorder

## GİRİŞ

Çocuk ve ergenlerdeki psikopatoloji yaygınlığının ortalama %15,8 olduğu tahmin edilmektedir (Roberts ve ark. 1998). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) da çocukluk ve ergenlik çağında en sık görülen ruhsal sağlık sorunlarından biridir ve okul çağı çocuklarının

%3-5'ini etkilediği tahmin edilmektedir (APA 1994). DEHB çocukların sadece işlevselliğini etkilememekte, daha sonraki yaşam dönemlerinde psikiyatrik ve sosyal patolojik durumlara hazırlayıcı rol oynamaktadır (Dulcan 1997). Tedavi ile hastalığın doğasından kaynaklanan ve belirtilere ikincil olarak gelişen olumsuz deneyimlerin azaldığının ortaya çıkarılması dikkatlerin bu hastalık üzerine yoğunlaşmasına neden olmuştur (Brown ve ark. 2001). DEHB üzerinde yapılan

\* Uzm. Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya.

\*\*Doç. Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya.

araştırmaların sonuçlarındaki çelişkilere rağmen, 1994'te yayınlanan ve pek çok ülkede yaygın olarak kullanılan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Basımında (DSM-IV) dikkat bozukluğu ve hiperaktivite/impulsivite şeklindeki iki ana belirti kümesinin bu bozukluğu tanımladığı konusunda genel bir fikir birliğine varılmıştır (APA 1994). DEHB ve onun ana belirtileri olan hiperaktivite ve dikkatsizlik konusunda yayınların artması, anne babaları tarafından "yaramaz, tembel, dikkatsiz" olarak tanımlanan çocukların günümüzde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine getirilmesine neden olmaktadır.

Genel olarak dikkat kavramı, farklı beyin bölgelerinden kaynaklanan ve ardışık basamaklardan meydana gelen bir süreç olarak ele alınmaktadır. Dikkat sisteminin bir özelliği de sınırlı kapasitesidir. Dikkat kapasitesi bireyler arası farklılıklar sergilerken aynı bireyde farklı durumlarda da farklılıklar sergileyebilmektedir. Örneğin depresyon ve yorgunluk dikkat kapasitesinde geçici değişiklik yaratırken demans ve kafa travması kalıcı değişiklikler yaratmaktadır (Lezak 1995).

"Hiperaktivite" sözcüğü bazı yazarlar tarafından, sürekli hiç yerinde durmayan, dikkatsiz, dikkati kolay çelinebilen, organize olmayan şekilde davranma hali olarak kullanılmaktadır. Hiperaktivite sadece yaşlılarından daha fazla hareket etme değildir, niteliksel değişiklikleri de yansıtmaktadır (Taylor 1994). Aşırı hareketlilik ile aşırı yıkıcı davranışların bir arada bulunmasının hiperaktif çocukla normal çocuğu birbirinden ayırt eden unsur olduğu ileri sürülmektedir (Weiss 2002).

DSM-IV'te major depresyon, distimi, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, DEHB gibi farklı tanılarda dikkatsizlik belirtisi tanı ölçütleri arasında yer almaktadır. Ancak sadece DEHB'nin temel belirtilerinden biridir (APA 1994).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları "içe yönelim bozuklukları (internalizing disorder)" başlığı altında toplanabilir (Kovacs ve Delvin 1998). Çocuk ve ergenlerde 6-12 aylık örneklem izleminde depresyon yaygınlığının %3-6 arasındayken anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %10-15 olarak bildirilmektedir (Axelson ve Birmaher 2001). Çocuk ve ergenlerde depresyonun klinik görünümünün erişkinlerde gözlenenenden çok farklı olmadığına dair sonuçlar bulunmaktadır (Birmaher ve ark. 1996). Konsantrasyon güçlükleri,

dikkat sorunları ve irritabilite depresyonu ve anksiyete bozukluğu olan çocuklarda sık olarak gözlenmektedir (Masi ve ark. 2003, Masi ve ark. 2004). Çocuklar genellikle hislerini sözcüklerle yerine huzursuzluk yaşamakta ve engellenmeyi tutturma ve davranış sorunlarıyla yansıtmaktadır (AACAP Official Action 1998). Benzer şekilde anksiyete ve davranış bozuklukları tanılarında dikkat çekici düzeyde belirti binişmeleri vardır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklar sıklıkla aşırı korku nedeniyle okulda veya evde konsantrasyon güçlükleri yaşarlar. Bu güçlüklerin bazen yanlış olarak dikkat eksikliği bozukluğu tanısı alması olasıdır. Ayrıca bu çocuklarda gözlenen anksiyete yaratan durumlardan kaçınma hali yanlış olarak karşı gelme davranışı olarak yorumlanabilir (Schniering ve ark. 2000).

Çocuk ve ergenlerde daha nadir görülen şizofreni ve bipolar bozukluk gibi hastalıklarda da dikkatsizlik ve hiperaktivite gözlenebilmektedir (Şenol ve ark. 1999, Kent ve Craddock 2003).

DEHB'nin iki ana belirti kümesini oluşturan dikkatsizlik ve hiperaktivite yakınmaları pek çok farklı psikiyatrik bozuklukta gözlenebilmektedir. Bu araştırmada dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite birincil yakınmalarıyla polikliniğe başvuran çocukların önemli bir kısmında DEHB olmadığı yönündeki gözlemimizin sınanması ve bu çocuklarda DEHB tanısının araştırılması amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran ve anne babaları tarafından birincil başvuru yakınmalarının "hareketlilik ve/veya dikkatsizlik" olarak tanımlandığı 52 olgu (44 erkek, 8 kız, ortalama yaşları 111,7±25,1 ay) araştırmaya alınmıştır. Okur yazar olmama, nörolojik veya tıbbi hastalık, bilinç kaybının eşlik ettiği kaza öyküsünün olması, WISC-R'da total zeka bölümü puanının 70'in altında olması dışlanma ölçütü olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya alınmadan önce anne babalar araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili olarak bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır.

Başvuran hastalar biri çocuk psikiyatrisi uzmanı olmak üzere en az iki yıl çocuk psikiyatrisi eğitimi almış iki hekim tarafından değerlendirilmiş ve tanılar DSM-IV tanı kriterlerine göre konulmuştur. Hastaların gruplandırılmaları DEHB varlığı temel alınarak ve birincil tanılarına göre yapılmıştır.

Birinci grupta DEHB ve DEHB+komorbid bozukluğu olan olgular, ikinci grupta depresyon ve/veya anksiyete bozuklukları, üçüncü grupta diğer psikiyatrik bozukluk tanılarını (enürezis nokturna, enkoprezis, öğrenme bozukluğu, davranım bozukluğu veya Tourette sendromu gibi) alan çocuklar yer almıştır. Birinci grup dışındaki gruplarda yer alan olguların hiç birinde eşlik eden DEHB bulunmamaktadır. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı konulmayan olgular da dördüncü grubu oluşturmuştur.

Anne babalardan ve öğretmenlerden ayrı ayrı Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDBTDÖ) doldurmaları istenmiştir. DEHB grubunda toplam 4, depresyon/anksiyete grubunda 4, diğer tanıları alan grupta 5 tane ölçek geri gelmemiştir. Herhangi bir tanı almayan grupta ise sadece 1 öğretmenin ölçeği geri dönmüştür. Bazı çocukların tek ebeveynli olması veri eksikliğinde rol oynamıştır. Bu ölçek DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak yıkıcı davranım bozukluklarının taranması ve bulguların şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin birinci bölümü dikkatsizlik (9 madde) ve hareketlilik/dürtüsellik (9 madde) ile ilgilidir. İkinci bölüm karşı olma karşı gelme bozukluğu için 8 madde ve üçüncü bölüm davranım bozukluğu için 15 maddeyi içermektedir. Birinci bölüm DEHB için oluşturulmuştur ve dikkatsizlik bölümünde ve hiperaktivite/dürtüsellik alt bölümlerinde 9'ar ölçütün 6 tanesinin karşılanması gerekmektedir. İkinci bölüm karşı olma karşı gelme bozukluğunu taramaktadır ve tanı için 8 maddeden 4'ünün karşılanması gerekmektedir. Üçüncü bölüm ise davranım bozukluğunun DSM-

IV'teki 15 ölçütünü içerir ve bunlardan 3 tanesinin çocukta var olması davranım bozukluğunu düşündürmektedir. Karşılanan ölçüt sayıları olası tanı hakkında fikir verirken elde edilen puanlar bulguların şiddetinin değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

### İstatistiksel Çözümleme

Gruplarası karşılaştırmalarda varyans analizi (ANOVA) ve gerek görülen durumlarda yaşın etkisini dışlamak için kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmış ve post hoc değerlendirme Scheffe çözümü ile yapılmıştır. Parametrik olmayan çözümlerinde Ki kare ve Wilcoxon "Rank Sum" testi uygulanmıştır.

### SONUÇLAR

Çalışmaya alınan 52 çocuğun 17 tanesi (% 32,7) DEHB, 13'ü (% 25) depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu (ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi), 11 tanesi (%21.2) farklı psikiyatrik hastalık (enürezis nokturna (n=3), enkoprezis (n=1) öğrenme güçlüğü (n=3), davranım bozukluğu (n=1), Tourette Sendromu (n=1), kekemelik (n=1), dürtü kontrol bozukluğu (n=1) tanılarını alarak "diğer" gruplarını oluşturmuştur. Çalışmaya dahil olan 11 (% 21.2) olgu herhangi bir psikiyatrik hastalığın tanı kriterlerini karşılamamıştır. Deneklerin aldıkları tanı ve demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmaya alınan çocuklarda gruplar arasında yaş farkı vardır. Bu farklılık DEHB tanısı alan

**Tablo 1:** Deneklerin Demografik Özellikleri

	DEHB n=17	Dep-Ank n=13	Diğer n=11	Kontrol n=11
Cinsiyet <sup>1</sup> Erkek/Kız	12 / 5	12 / 1	9 / 2	11 / 0
Yaş (ay) <sup>2</sup>	98,9 ± 17,3	114,9 ± 25,2	125,7 ± 26,4	113,7 ± 27,7
Eğitim (yıl) <sup>3</sup>	3,0 ± 1,4	4,4 ± 2,2	5,4 ± 2,1	4,1 ± 2,3
Anne eğitimi <sup>4</sup>	9,7 ± 3,4	8,3 ± 4,3	9,7 ± 4,8	10,7 ± 4,0
Baba eğitimi <sup>4</sup>	12,0 ± 3,1	10,8 ± 4,1	11,4 ± 3,4	13,4 ± 2,0

DEHB:Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dep-Ank: Depresyon/ Anksiyete

- 1: DEHB, Dep-Ank, kontrol ve diğer gruplarında (4 grup: X<sub>3</sub>)= 5.227, p>0.05) cinsiyet dağılımında fark yoktur.
- 2: Gruplar arasında yaş farkı vardır (4 grup-ANOVA: F(3, 51)= 3.021, p<0.05; post hoc Scheffe çözümlemesine göre farkı DEHB ile diğer grup arasındaki fark oluşturmaktadır. 2 grup-ANOVA: F(1, 51)= 7.363, p<0.01)
- 3: Gruplar arasındaki eğitim yılı farkı (4 grup-ANOVA: F(3, 50)= 3.302, p<0.05) yaş 'covariate' olarak alınca (4 grup-ANCOVA: F(3, 50)= 0.450, p > 0.05) kaybolmaktadır.
- 4: Gruplararası istatistiksel olarak fark yoktur (p > 0.05).

çocukların “diğer” grubunu oluşturan çocuklardan anlamlı olarak daha küçük yaşta olmalarına bağlıdır. Deneklerin çoğu erkek çocuklardan (erkek=44, kız=8) oluşmaktadır ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde cinsiyet farklılığı yoktur. Ayrıca çocukların anne babalarının yaş ve eğitim düzeyleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çocukların anne babalarının ve öğretmenlerinin doldurdukları YDBTDÖ toplam puanları ve alt bölüm puanlarında gruplar arasında anlamlı

## TARTIŞMA

Bu araştırmanın bulguları, dikkatsizlik ve/veya hareketlilik nedeniyle polikliniğe başvuran çocukların büyük çoğunluğunun birincil tanılarının DEHB olmadığı gözlemini desteklemektedir. Olguların beşte biri herhangi bir psikiyatrik hastalık için tanı ölçütünü karşılamazken, sadece üçte biri DEHB tanısı almıştır. DEHB dışında en sık konulan tanı ise depresyon ve/veya anksiyete bozukluğudur (% 25). Öner ve arkadaşlarının (2002) dikkatsizlik yakınmalarıyla başvuran ergenlerde yaptıkları benzer bir

**Tablo 2:** Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Anne Baba-Öğretmen Formu Sonuçları\*

		DEHB	Dep/Ank	Diğer	Normal
DEHB bölümü	Anne	31,2 ± 14,4	32,3 ± 10,9	28,4 ± 8	24,6 ± 15
	Baba	29,6 ± 12,8	26,1 ± 15,9	25,1 ± 15,7	29,5 ± 10,3
	Öğretmen	31,4 ± 13,7	27,4 ± 15,4	25,4 ± 19	26 ± 18,1
KOKGB bölümü	Anne	10,3 ± 7,1	13,3 ± 5,7	12,6 ± 7,4	10,9 ± 5,6
	Baba	9,7 ± 6,3	8,9 ± 7,7	7,8 ± 6,1	12,3 ± 7,3
	Öğretmen	9,2 ± 7,6	9,3 ± 7,2	7,9 ± 6,6	9,9 ± 6,9
DB bölümü	Anne	3,1 ± 3,5	3,2 ± 2,9	3,4 ± 4,5	3,6 ± 3,6
	Baba	2,8 ± 3	3,3 ± 3,9	3 ± 4,6	5,9 ± 7,7
	Öğretmen	3,8 ± 5,5	5,5 ± 7	2,6 ± 3,1	5 ± 4,6
Toplam puan	Anne	44,5 ± 22,7	47,9 ± 13,1	44,3 ± 16,5	39,1 ± 19,5
	Baba	41,9 ± 19,2	38,3 ± 24,2	35,9 ± 23	47,7 ± 20
	Öğretmen	44,4 ± 22,9	41 ± 28,5	34,8 ± 27,2	41,2 ± 26,8

DEHB : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dep/ Ank: Depresyon/ Anksiyete

KOKGB : Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu

\* Sonuçlar ortalama değerleri ± standart sapma olarak verilmiştir ve gruplararası anlamlı fark yoktur (p > 0,05).

farklılık saptanmamıştır (Tablo 2). DEHB grubunda yer alan 17 olgu içinde 10 annenin, 10 babanın ve 12 öğretmenin değerlendirmeleri karşılanan ölçüt sayısı bakımından klinik tanıyı desteklemektedir. Depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu grubunu oluşturan 13 çocuğun YDBTDÖ'de anne, baba ve öğretmenlere göre sırasıyla %63,7, %33,3 ve %50'si DEHB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Bu oranlar diğer psikiyatrik bozukluk tanıları alan 11 çocukta sırasıyla %30, %22,2 ve %33,3'tür. Herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan 11 olgunun annelerine göre %45,5; babalarına göre %54,5; öğretmenlerine göre %30'u bu ölçeğe göre DEHB tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Başka bir deyişle klinik olarak DEHB tanısı almayan çocukların azımsanmayacak kısmı YDBTDÖ'de tanı ölçütlerini karşılamaktadırlar.

çalışmada da major depresyon, DEHB ve anksiyete bozukluğunun en sık saptanan hastalıklar olduğu ve deneklerin %16'sının tanı almadığı bildirilmiştir.

DEHB tanısı için objektif bir test yoktur. Bu nedenle DEHB'ye benzer görünümleri olan diğer hastalıklar dışlanmalıdır. Davranım bozukluğu, karşı gelme karşı olma bozukluğu, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk ve madde kullanımı gibi bazı sık görülen psikiyatrik hastalıklar DEHB'yi taklit edebilir ve hatta sık olarak birlikte bulunabilirler. Ayrıca bazı medikal hastalıklar da dikkatsizlik ve hiperaktiviteye neden olabilirler. Bu nedenle DEHB tanısı konulmadan önce klinisyen farklı bilgi kaynaklarını kullanarak detaylı bir değerlendirme yapmalıdır (Daley 2004). Farklı kaynaklardan bilgi

edinmek için çocuğun dikkat ve davranışlarını değerlendiren ölçekler sık kullanılmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları ölçeklerden elde edilen veriler değerlendirilirken dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu araştırmada kullanılan ölçek DSM-IV'e dayalı bir ölçektir ve dolayısıyla sadece tanımlayıcıdır; bulguların süre, gelişimsel içerik ve işlevselliğe olan etkilerinin değerlendirilmesi klinisyenin görüşmelerden elde ettiği bilgiler sayesinde olmalıdır. Örneğin davranım bozukluğunu tarayan bölümde bu tanıyı almayan çocukların bazılarının yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Ancak tanı aşamasında ölçütlerin sorgulanması sırasında bazen verilen yanıtların (kavga dövüş başlatır, başkasının malına isteyerek zarar verir, bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluktan kaçmak için yalan söyler gibi) ölçek üzerinde yüksek puanlar alınmasına ve tanı ölçütlerinin karşılanmasına neden olmalarına karşın, sözü edilen durumun aslında çok daha zararsız, ölçütlerde ifade edilenden daha az önemli durumlar olduğu gözlenmiştir ancak doldurulan ölçeklere müdahale edilmemiştir. Benzer sorunların DEHB ile ilgili alt bölümler için de geçerli olduğu gözlenmiştir. Klinik olarak DEHB tanısı konulmamasına karşın farklı tanılar alan çocukların azımsanmayacak bir kısmı bu ölçüğe göre DEHB tanı ölçütlerini karşılamaktadırlar. Hiç tanı almayan bazı çocuklarda da benzer durum gözlenmiştir. Bu yanıltıcı durum, ölçeklerde bulguların süre, gelişimsel içerik veya işlevselliğe etkilerinin göz önüne alınmadan doldurulmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuçlar, ölçeklerden elde edilen bilgilerin sorgulanmadan ele alınması ve bu temelde tanı konulması ile hiçbir psikiyatrik bozukluğu olmayan bireylerin bile tanı alabileceğini vurgulamaktadır.

Hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmalarıyla başvuran olguların büyük kısmını erkek çocuklar oluşturmaktadır. DEHB'nin de dahil olduğu dışa vurum bozukluklarının (externalizing disorder) erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (APA 1994). Kız çocukların erkek çocuklara göre daha az tedavi için başvurmaları bu farklılıkta etken olabilir. Kız çocuklar daha sık olarak duygulanım ve anksiyete bozuklukları belirtileri göstermekte ve kliniklere başvurduklarında olasılıkla DEHB tanısı yerine bu bozuklukların tanılarını almaktadırlar (Biederman ve ark. 1999).

Bu araştırmaya katılan deneklerde DEHB grubunu oluşturan çocuklar, davranım bozukluğu, Tourette sendromu gibi farklı tanıları alan çocukların

oluşturduğu gruptan daha küçük yaşadılar. DEHB ile yapılan çalışmalarda benzer şekilde kontrol grubuna göre daha küçük yaşlar olduğu bildirilmekte ve bu durum DEHB'nin erken başlangıçlı olmasına bağlanmaktadır (Faraone ve ark. 2000). Ayrıca DEHB okul öncesi dönemlerde aile tarafından görece daha kolay tolere edilebilen belirtilere sahiptir. Aileler çoğu kez hareketliliği yaramazlık olarak kabullenmekte ve "zeki olma" ile ilişkilendirmektedir. Olasılıkla bizim kültürümüze özgü bir inanış olmasına karşın bu durum çoğu kez küçük çocuğu örselenmekten korumaktadır. Okul dönemi başlayıp toplumsal kurallara uyulması, dikkatin toplanması, ödevlerin yapılması gerektiğinde aileler çocuklarında diğer yaşlılarından farklılıklar olduğunu farketmekte ve hekimlere başvurumaktadırlar.

Bu çalışmanın sonuçları çocuk ve ergenlerde görülen başta DEHB olmak üzere psikiyatrik hastalıkların tanısında klinisyenin rolünün önemini vurgulamaktadır. DSM-IV ve ICD-10 gibi kaynaklar hastalıkların tanımlanmalarının dünya çapında birlikteliğini, yapılan çalışmalarda ortak bir dilin gelişmesini sağlamışlardır. Bununla birlikte sadece tanımlayıcı olmaları, özellikle çocukluk çağı hastalıklarında gelişimsel içeriğin olmaması akılda tutulması gereken unsurlardır. Ana yakınma hakkında öykü alma süreci, görünen belirtilerin doğası ve her olgunun detaylarıyla değişkenlik gösterecektir. Amaç, sadece problemleri tanımlanması değil, ayrıca çocuk ve onu etkileyen çevresel faktörler dikkate alınarak belirtilerin anlamını ve işlevini anlamak olmalıdır. Sözü edilen belirtinin farklı çocuklarda ve farklı çevrelerde farklı anlamları, işlevleri olabilir. Bu ayrımın yapılmasında hekim, problemleri tanımlanması önceki şartları, kolaylaştırıcıları, davranışsal eşlik edenleri ve sonuçlarını, belirtilerin ortaya çıktığı gelişimsel dönemi ve aile özelliklerini göz önünde bulundurmalıdır (AACAP 1997).

Klinik değerlendirmenin sonucu DSM-IV tarafından tanımlanan bir veya daha fazla kategorik psikiyatrik tanı olabilir. Değerlendirme süreci kararlaştırılan kategorik psikiyatrik hastalığın ardından devam etmelidir. Bununla birlikte çocuğun belirtilerinin doğası ve içeriği temel alınmalı ve klinisyen çocuğun psikiyatrik olarak hasta olup olmadığına ve tedaviye gerek olup olmadığına karar vermelidir. Klinisyenin tanısal formülasyonu, gelişimsel içeriği olmayan ve birincil olarak tanımlayıcı olan DSM-IV nozolojisi tarafından dışlanan bakış açılarını da hesaba katmalıdır (AACAP 1997). DSM kriterleri klinis-

yene bir hastalığın sıklıkla bir arada olan diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırımında çok az rehberlik etmektedir. Klinisyen DEHB'yi ayırt edebilmek veya birlikte var olduklarını belirleyebilmek için diğer hastalıklarla ilişkili birincil belirtileri ve hastalıkların esas doğasını göz önünde tutmalıdır (Barkley 2003).

Bu çalışmada hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmalarıyla başvuran çocukların üçte biri DEHB, dörtte biri depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. Olguların azımsanmayacak bir kısmı (beşte biri) ise herhangi bir psikiyatrik hastalığın tanı ölçütlerini karşılamamıştır. Bu bulgu, hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmalarının DEHB tanısı dışında depresyon ve anksiyete bozukluğu başta olmak üzere pek çok çocukluk çağı psikiyatrik hastalığına bağlı olarak ortaya çıkabileceğini vurgulamaktadır. Daha önemlisi, çocukların içinde buldukları gelişim dönemi özelliklerinin de pek çok farklı nedenle normal dışı olarak değerlendirilebildiğine işaret etmektedir. DEHB'nin son yıllarda medyatik olması, ilaçla tedavi edilebildiğinin öğrenilmesi, anne babaların ve bazen eğitimcilerin çocuklarla başa çıkamadıkları durumlarda, var olan sorunlarda kendi sorumluluklarını bir ilaca veya hekime yüklemenin daha kolay gelmesi nedeniyle çocukların daha kolay hareketli veya dikkatsiz olarak etiketlenmelerine yol açmaktadır. Anne babaların çocuklarından yaşlarından ve kapasitelerinden daha fazla şey beklemleri, eğitim sistemimizin çocukları yarışmaya zorlaması nedeniyle de çocukların içinde buldukları yaş dönemleri için normal sayılabilecek aktivite ve dikkat düzeyleri bile yetişkinlerce normal dışı olarak değerlendirilebilmektedir. Bu farklı değerlendirmeler ve nedenleri çocuklardaki normal gelişim ve eğitim sürecinde olan olası karıştırıcı faktörlerin varlığını göstermektedir ve bu konuda çok yönlü yaklaşımların ve araştırmaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

- AACAP Official Action (1997) Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 Suppl: 4S-20S.
- AACAP Official Action (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 Suppl: 63S-83S.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 4. Basım (DSM-IV), Köroğlu E (çev.ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Axelson DA, Birmaher B (2001) Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety* 14:67-78.

Barkley RA (2003) Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Dev* 25:77-83.

Biederman J, Faraone SV, Mick E ve ark. (1999) Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:966-975.

Birmaher B, Ryan N, Williamson DE ve ark. (1996) Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1427-1439.

Brown RT, Freeman WS, Perrin JM ve ark. (2001) Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care setting pediatrics. *Pediatrics* 107:3 E43.

Daley CK (2004) Update on attention-deficit /hyperactivity disorder. *Curr Opin Pediatr* 16:217-226.

Dulcan M (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficits/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 Suppl: 85S-121S.

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

Faraone SV, Biederman J, Mick E ve ark. (2000) Family study of girls with attention deficit hyperactivity. *Am J Psychiatry* 157:1077-1083.

Lezak MD (1995) *Neuropsychological Assessment*, 3th Ed, Oxford University Press, New York.

Kent L, Craddock N (2003) Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *J Affect Disord* 73:211-221.

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

Masi G, Millepiedi S, Mucci M ve ark. (2003) Phenomenology and comorbidity of dysthymic disorder in 100 consecutively referred children and adolescent: Beyond DSM-IV. *Can J Psychiatry* 48:99-105.

Masi G, Millepiedi S, Mucci M ve ark. (2004) Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:6 752-760.

Öner Ö, Öncü B, Sağduyu G ve ark. (2002) Dikkatsizlik yakarınmasıyla başvuran ergenlerin aldıkları tanılar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*: 9:167-171.

Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 155:715-725.

Schniering CA, Hudson JL, Rapee RM (2000) Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 20:453-478.

Şenol S, Karacan E, Şener Ş (1999) *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Şizofreni, Ben Hasta Değilim, Ekşi A(ed), Nobel Tıp, İstanbul.*

Taylor E (1994) *Syndroms of Attention Deficit and Hyperactivity, Child And Adolescent Psychiatry Modern Approaches*. Rutter M, Taylor E, Hersov L (ed), 3. Baskı, Blackwell Science, Great Britain.

Weiss G (2002) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, Lewis M (ed), 3. Baskı, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.