

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA AİLE İŞLEVLERİ

Aynur Pekcanlar * Atilla Turgay ** Süha Miral *** Ayşen Baykara****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocuklarda ve ailelerinde görevleri başarma, rolünü yerine getirme, iletişim, duygusal dışavurum, girişlilik, kontrol, değerler ve kurallar gibi özellikler değerlendirilmiştir. **Yöntem:** Araştırma DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 60 çocuk ve anneleri üzerinde yürütülmüştür. Klinik gözlem ve değerlendirmelerle konulan tanılar, okullara, annelere ve öğretmenlere DSM-IV 'e dayalı Turgay Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Conners Ana Baba Ölçeği, Conners Öğretmen Ölçeği, Du Paul DEHB Ölçeği verilerek desteklenmiştir. Aile işlevlerini değerlendirmek için annelere Aile Değerlendirme Ölçeği III (FAM III) uygulanmıştır. **Bulgular:** DEHB'li çocukların ailelerinin işlevleri genel olarak normal sınırlar içinde bulunmuştur, ancak büyük yaş (1-14) DEHB'li çocuğu olan ailelerde özellikle, yönetimde katılık, belirsizlik, sorumsuzluk gibi kontrol alanında olmak üzere sorunların arttığı saptanmıştır. DEHB + davranım bozukluğu çocuğu olan ailelerde kontrol ve aile içerisindeki bireylerin ilti gönderiminin açık, doğrudan ve yeterli olmayışı gibi iletişim alanlarında belirgin olmak üzere sorunları arttığı belirlenmiştir. **Tartışma:** DEHB'li çocukların aile işlevlerinin normal sınırlar içinde bulunması DEHB etiolojisinde psikososyal etkenlerden çok biyolojik etkenlerin rol oynayabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, aile işlevleri.

SUMMARY

FAMILY FUNCTIONING IN ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER

Objective: The purpose of the study was to examine family functioning in children and adolescent with Attention Deficit and Hiperactivity Disorder (ADHD). **Method:** Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale, Conners' Rating Scales for Parents, Conners' Rating Scales for Teachers, Du Paul ADHD Scale were given to 60 children outpatients, their mothers and their teacher to assess the presence of ADHD. Family Assessment Measure Version III (FAM III) were given to their mothers to evaluate their family functioning. **Results:** We found that functioning of families of children with ADHD were in normal range. But families interactions with older children with ADHD (aged 9-14 years) were problematic in control and communication including message sent is not clear, direct, and sufficient. **Conclusions:** Results of study support the biological factors than the psychosocial factors in etiology of ADHD.

Key words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, family functioning.

GİRİŞ

DEHB etiyojisi tam olarak saptanamamış, heterojen bir bozukluktur. Başka ruhsal bozukluklarla çok sık birliktelik gösterir. Tedavisinin uzun süreli olması ve kişiyi üretken olmaktan alıkoymasını nedeniyle topluma getirdiği ekonomik yük, ailede yarattığı sorunlar, okul, iş ve

benlik saygısı üzerine olumsuz etkisi nedeniyle çok önemlidir.

DEHB'nin etiyojisinde hem psikososyal, hem biyolojik olayların sorumlu olduğu düşünülmektedir.

Etiyojide çevresel etkenlerin rol oynadığı varsayımının doğruluğu kanıtlanamamıştır. Biederman ve ark. (1995), Rutter ve arkadaşlarının ortaya çıkardığı aile-çevre risk etmenleri olarak kabul edilen; ciddi evlilik uyumsuzlukları, düşük sosyal sınıf, geniş aile, baba tarafında yasalara karşı gelme, anne tarafında mental hastalık ve koruyucu aile yanına yerleştirilme gibi güçlü be-

* Uzm. Dr., Dokuz Eylül Ü., Tıp F., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İzmir.

** Prof. Dr., Toronto Ü., Scarborough Gen. Hosp. Child and Family Clinic Toronto, Ontario, Kanada.

*** Doç. Dr., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İzmir.

**** Prof. Dr., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, İzmir.

lirleyicileri ile DEHB ilişkisini araştırmamışlardır. DEHB gelişimini arttıran tek bir etmeden çok bu etmenlerin DEHB'li hastalarda durumu kötüleştirdiğini saptamışlardır. Ayrıca Rutter'ın ortaya çıkardığı güçlük belirleyicilerinin DEHB ile birlikte görülen depresyon, anksiyete, davranım bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğu gibi bozuklukların gelişiminde rolü olabileceğini öne sürmüştür.

Cunningham ve Barkley (1979) DEHB'li çocukların annelerinin daha az ilişki başlatıcı, daha az yanıtlayıcı, daha kontrol edici ve daha emredici olduklarını bildirmişlerdir. Annelerin ödüllendirmelerinin az ve çocukları istenen davranışları yaptığında ödüllendirmelerinin sürekli olmadığını gözlenmiştir.

Hecthman (1981) hiperaktiflerin annesababalarında disiplinde sürekliliğin olmayışı, kontrolsüzlük, cezalandırıcılık-otoriterlik ve aşırı koruyuculuk gibi çocuk yetiştirme yöntemlerini değerlendirmiş, sadece cezalandırıcı-otoriter yöntemlerin hiperaktif olguların ailelerinde daha fazla görüldüğünü saptamıştır.

Schachar ve ark. (1978) ilaç alan hiperaktif çocukların anneleriyle etkileşimlerinde yumuşaklık ve temasta artma, eleştiride azalma ve kardeşleri ve akranlarıyla daha iyi ilişkiler saptamışlardır. Anne-çocuk ilişkisindeki bu değişim, çocuğun bozuk davranışlarının, zorlayıcı, kontrol edici, onaylamayan anne tutumuna neden olduğu düşündürmüştür.

Pek çok yazar hiperaktif çocukların anneleriyle etkileşimlerinin zaman içinde nasıl değiştiğini araştırmışlardır. Campbell ve Ewing (1990) erken ve geç çocukluk dönemlerindeki etkileşimleri, Barkley ve ark. (1991) çocukluk ve ergenlik dönemlerini karşılaştırmışlardır. Yazarlar genelde büyük çocukların daha az olumsuz oldukları ve uyumlarını daha iyi sürdürüldükleri sonucuna varmışlardır. Barkley ve ark. (1991) hiperaktif ergenlerin, anne-ergen etkileşimleri açısından daha olumsuz ve kontrol edici davranışlar sergilediklerini gözlemişlerdir. DEHB ile karşı olma-karşı gelme bozukluğu (KOKGB) birlikteyse özellikle bu güçlükler yaşanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı alan çocukların ailelerinde görevleri başarma, rolünü yerine

getirme, iletişim, duygusal dışavurum, girişlik, kontrol, değerler ve kurallar gibi ailedeki temel kavramların değerlendirilmesidir. Bununla birlikte DEHB'deki aile işlevleri açısından oldukça kısıtlı olan kaynaklara katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma 1996 yılı içinde, Scarborough General Hospital Ruh Sağlığı Çocuk ve Aile Birimine başvuran ve DEHB tanısı alan çocuklarda gerçekleştirildi. Tanılar DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirildi. Anne-baba ve öğretmenlere Turgay, Du Paul ve Conners ölçekleri verilerek tanıları desteklendi. Hastaların hepsi için ilaç tedavileri planlanıp, 2 saat süreli, 12 haftalık bir süreci içeren anne-baba eğitimi programı için hastaların annesababaları kliniğe davet edildi. Araştırmaya çağrıya uyan ailelerde yürütülmüştür. 2 çocuk dışında, çocukların hepsi ilaç tedavisi, 8 çocuk bir diğer tedavi, 2 aile aile tedavisi almaktaydı. Eğitime başlamadan önce Turgay, Du Paul ve Conners ölçekleri annesababa ve öğretmenlere verilmiştir. Baba sayısının yetersiz olması nedeniyle babalar, öğretmen verilerindeki yetersizlik nedeniyle öğretmenler çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan ölçekler şunlardır:

- 1- "DSM IV Based Child and Adolescent Behavior disorders Screening and Rating Scale" (yayınlanmamış bir ölçek) DSM-IV ve Dalayı Çocuk ve Ergen Davranış Bozuklukları Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.
- 2- "Du Paul ADHD Rating Scale" (Du Paul 1991), Du Paul Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği.
- 3- "Conners'Parent rating Scales Short Version (CPRS-48) Conners Annesababa Değerlendirme Ölçeği Kısa Form (Conners 1994).
- 4- "Conners'Teacher Rating Scales Short Version (CTRS-28) Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği Kısa Form (Conners 1994).
- 5- "FAM III (Family Assesment Measure Version III)" Aile İşlevlerini Değerlendirme Ölçeği (Skinner ve ark. 1995). FAM kantitatif olarak ailenin güçlülüğünü veya zayıflığını gösterir. Görevleri

ni başarma, rol performansı, iletişim, duygusal dışavurum, girişiklik, kontrol, değerler ve kurallar gibi temel kavramlar FAM'la değerlendirilebilir.

FAM "self report" tekniğine dayalı aileye bir sistem olarak odaklanan bir ölçektir. SSPS programı kullanılıp, verilerin yüzde hesabı olarak dökmü yapılmıştır. Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde 60 olgunun 15'i kız (%25), 45'i erkek (%75) olup kız/erkek oranı yaklaşık 1/3 olarak bulundu.

Yaş aralığı kızlarda, 5-14 yaş (yaş ortalaması 8.6, SD: 1.08) erkeklerde 5-14 yaş (yaş ortalaması : 8.4, SD: 3.65), toplam yaş ortalaması: 8.45, SD: 4.62 idi.

60 çocuk tanı açısından değerlendirildiğinde 51 (%85) çocuk DEHB bileşik tip tanısı aldı. Bunların 39'u (%87) erkek, 12'si (%80) kız idi. DEHB dikkat eksikliği baskın tip tanısı alan 9 (%15) çocuk bulunmaktaydı.

Komorbid tanılar incelendiğinde 52 çocuk (%86) DEHB'dan başka ikinci bir ruhsal bozukluğa sahipti. 28 çocuğun (%46) üçüncü, 11 çocuğun (%18) dördüncü ek bozukluğa sahip olduğu görüldü. DEHB ile birlikte en fazla görülen bozukluk olarak, 46 çocukta (%76) KOKGB saptandı. Kızların 10'u (%66) ve erkeklerin 36'sı (%80) KOKGB tanısı aldı. İkinci en fazla komorbid bozukluk olarak DB saptandı. 8 çocuk (%13) DB tanısı aldı. Bunların 2'si (%13) kız, 6'sı (%13) erkekti.

Araştırmamızdaki 60 çocuğun anneleriyle, ailelerinin işlevlerini değerlendirmek için FAM III verildi.

Görevlerini başarabilme (task accomplishment) (FAM A), rol performansları (role performance) (FAM B), iletişim (communication) (FAM C), duygusal dışavurum (affective expression) (FAM D), girişiklik (involvement) (FAM E), değerler ve kurallar (values and norms) (FAM G), sosyal olma arzusu (social desirability) (FAM H), karşıtlık-savunuculuk (defensiveness) (FAM I) ve toplam olarak FAM için kız ve erkek çocuklu aileler teker teker değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1: DEHB'li çocukların aile işlevlerinin ortalama skorları (cinsiyete göre).

CİNSİYET	NO	FAM A	FAM B	FAM C	FAM D	FAM E	FAM F	FAM G	FAM H	FAM I	FAM T
KIZ	15	6.06 (1.73)	7.73 (1.96)	6.53 (1.51)	5.93 (1.88)	4.86 (1.62)	6.46 (1.37)	5.13 (2.19)	8 (3.08)	8.6 (2.64)	60.06 (10.53)
ERKEK	45	6.31 (2.80)	7.46 (2.66)	6.08 (2.61)	5.77 (2.62)	5.4 (2.57)	6.35 (2.45)	5.95 (2.75)	7.6 (3.57)	7.68 (2.69)	59.28 (12.04)
TOPLAM	60	6.25 (2.56)	7.53 (2.52)	6.2 (2.37)	5.81 (2.46)	5.26 (2.38)	6.38 (2.25)	5.75 (2.60)	7.7 (3.43)	8.58 (2.66)	59.48 (10.90)

* Standart sapmalar parantez içinde belirtilmiştir.

Çocuklar yaş gruplarına göre incelendiğinde; 5-8 yaş aralığındaki 33 çocuğun 2'si (%6) DEHB dikkat eksikliği baskın tip tanısı, 31'i (%94) DEHB bileşik tip tanısı, 9-14 yaş grubundaki 27 çocuğun 7'si (%26) DEHB dikkat eksikliği baskın tip, 20'si (%74) DEHB bileşik tip tanısı aldı. DEHB'nun alttıplerinin yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı (Fisher X^2 p: 0.065).

Bütün ortalamaların T değerleri hesaplanıp grafik oluşturuldu. Bütün ortalamaların T değerleri 40-60 (normal) arasındaydı. 40 ve altı güçlülük, 60 ve üstü sorun olduğunun göstergesiydi (Grafik 2) (Grafik 3).

Aile işlevleri 5-8 ve 9-14 yaş üzere çocuklar iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Tüm alt testler ve FAM toplam için, 5-8 yaş ve 9-14 yaş grupları arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: DEHB'li çocukların ortalama skorları (yaşa göre).

CİNSİYET	NO	FAM A	FAM B	FAM C	FAM D	FAM E	FAM F	FAM G	FAM H	FAM I	FAM T
5-8 Yaş	33	6.09 (2.44)	7.33 (2.03)	5.87 (1.90)	5.63 (2.22)	4.87 (2.06)	6.15 (2.25)	5.93 (2.39)	7.78 (3.29)	8.66 (2.75)	58.21 (-9.28)
9-14 Yaş	27	6.44 (2.74)	7.77 (3.04)	6.59 (2.83)	6.03 (2.78)	5.81 (2.68)	6.77 (2.22)	5.7 (2.88)	7.88 (3.39)	8.48 (2.59)	61.03 (12.61)
Toplam	60	6.25 (2.56)	7.53 (2.52)	6.2 (2.37)	5.81 (2.46)	5.26 (2.38)	6.38 (2.25)	5.75 (2.60)	7.7 (3.43)	8.58 (2.66)	59.48 (10.90)

* Standart sapmalar parantez içinde belirtilmiştir.

Bütün ortalamaların T değerlerinden grafik oluşturuldu. Bütün ortalamaların T değeri, 9-14 yaş grubundaki kontrol işlevi (FAMF: 60) hariç, normal değerler arasındaydı (T skorları 40-60 arası). FAM III'te 60 ve üzeri sorun olarak gözetilmelidir.

Davranım Bozukluğuna sahip olan çocukların, annelerin aile işlevlerini değerlendirmeleri incelendi.

FAM A için ort: 6.87 ± 2.36 FAM B için ort: 7.75 ± 2.36

FAM C için ort: 7.57 ± 1.77 FAM D için ort: 7.75 ± 2.76

FAM E için ort: 5.87 ± 2.23 FAM F için ort: 7.37 ± 2.00

FAM G için ort: 6.62 ± 2.50 FAM H için ort: 7.37 ± 3.81

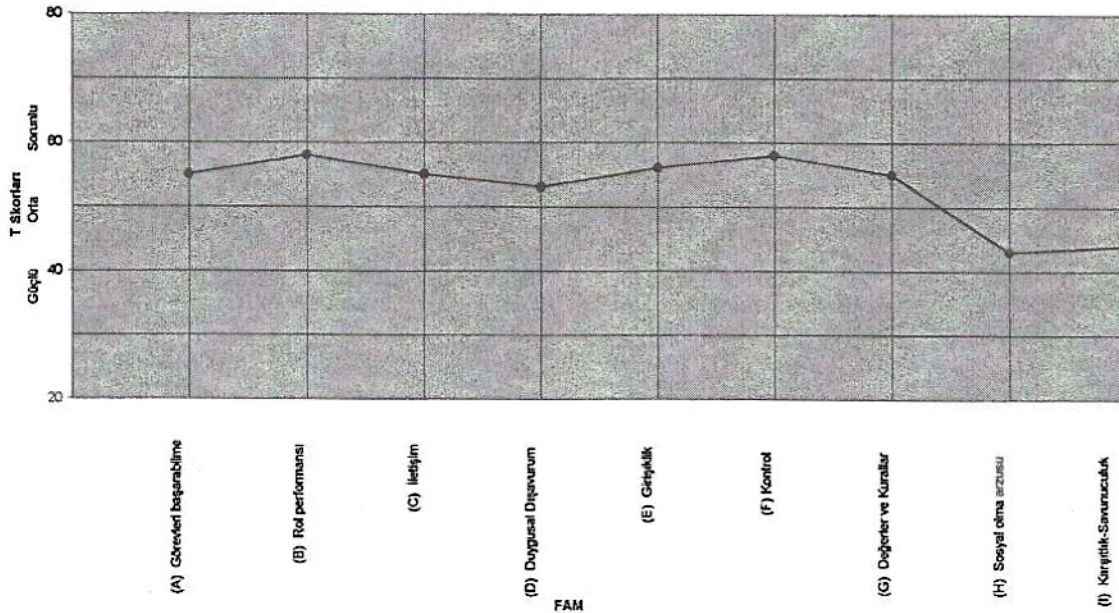
FAM I için ort: 8.37 ± 1.85 FAM top. iç. ort: 62.25 ± 9.478

DEHB + DB ye sahip çocuklar sadece DEHB ve DEHB + diğer komorbid bozukluklarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. T değeri hesaplandığında, iletişim (FAM C) ve Kontrol (FAM F) alanlarında ailelerde sorun saptandı, (FAM C: 62, FAM F: 64) diğer değerler normal sınırlar içerisindeydi (Grafik 5).

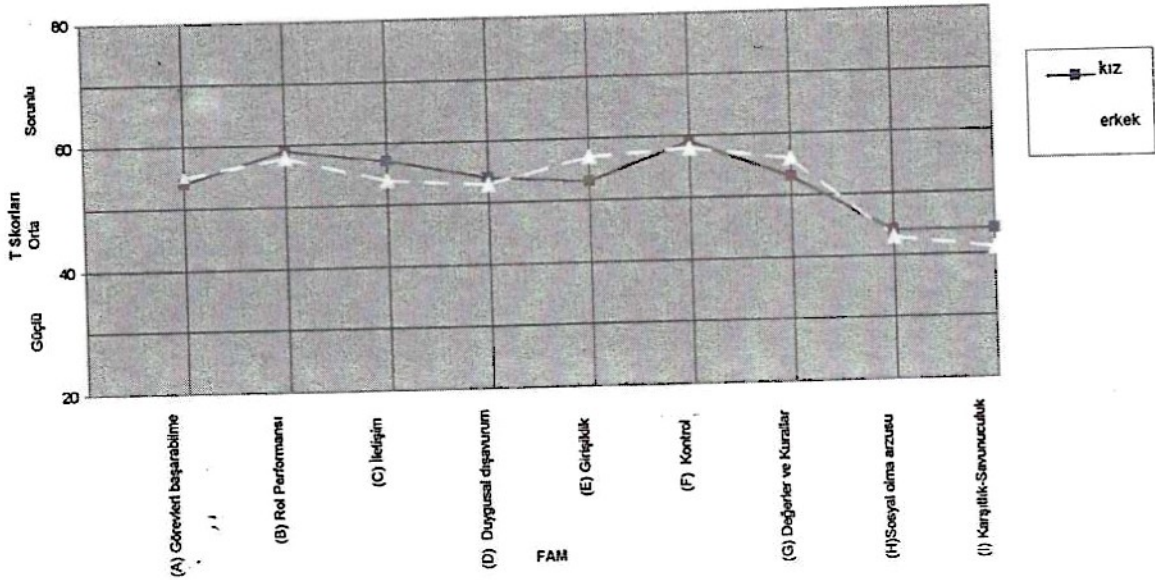
TARTIŞMA

Kesin nedeni bilinmemekle birlikte bilindiği gibi DEHB erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görülmektedir (APA 1994). Değişik çalışmalarda DEHB'da kız-erkek oranının 1/1.6 dan 1/9'a kadar değiştiği saptanmıştır (Szatmari ve

GRAFİK 1: DEHB'Lİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ (TOPLAM T SKORLARININ ORTALAMALARI)



GRAFİK 2: DEHB'LI ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ
(KIZ VE ERKEKLERİN T SKORLARININ ORTALAMALARI)



ark. 1989). Çalışmamızda da DEHB'nun erkeklerde üç kat daha fazla görümesi kaynaklarla uygunluk göstermektedir. Bu eğilim biyolojik, genetik, hormonal farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi sosyokültürel etkenlerden de kaynaklanabilir.

Yapılmış olan çalışmalarda DEHB'nun 6-9 yaş arası çocuklarda en yüksek oranda görüldüğü bulunmuştur (Mc Clure ve ark. 1989). Bizim çalışmamızda yaş ortalaması 8.45 olarak saptanmıştır. Bu durum, zihinsel çaba gerektiren ders çalışma, ödev yapma, sınıfta ders dinleme gibi dikkat eksikliği ve sınıfta sürekli oturma güçlüğü gibi hiperaktivite belirtilerinin okul döneminde ön plana çıkması ile ilgili olabilir.

Yapılan çalışmalara göre yaş ilerledikçe DEHB bileşik tip/DEHB dikkat eksikliği baskın tip oranı küçülmektedir (APA 1994). Bizim çalışmamızda da 5-8 yaş grubuna göre, 9-14 yaş grubunda bu oran daha küçük olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalara göre kızlarda DEHB bileşik tip/DEHB dikkat eksikliği baskın tip oranı erkeklere göre daha düşüktür (Baumagaertel ve ark. 1995, Cantwell 1994). Bu çalışmadaki kız çocuklarda hem 5-8 yaş grubunda, hem de 9-14 yaş grubunda bu oran daha küçük olarak saptanmıştır. Yani kız çocuklarda her iki yaş grubu için DEHB dikkat eksikliği baskın tip sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Bunun nedeni kız çocukla-

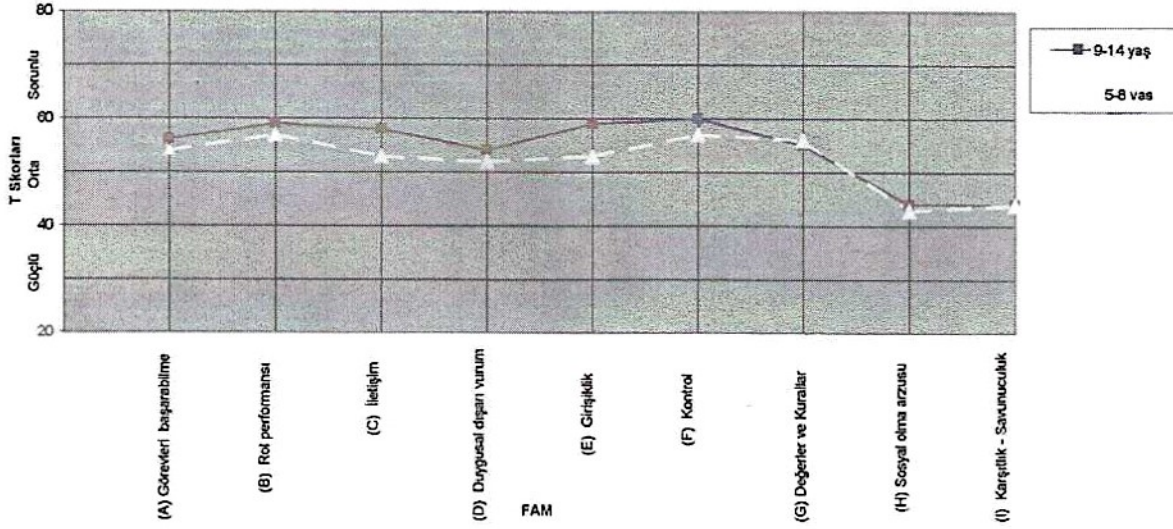
rın doğaları gereği erkek çocuklardan daha az hareketli ve dürtüsel olmaları olabilir.

DEHB'nin hatırı sayılır ve çeşitli komorbid bozukluklarla birlikte görülen heterojen bir bozukluk olduğu bilinmektedir (Biederman ve ark. 1995).

DEHB ile en fazla birlikte görülen bozukluğun KOKGB olduğu saptandı. Kızların %66'sında, erkeklerin %80'inde, ortalama %76 oranında KOKGB bulundu. Kaynaklara göre bu oran %40-95 olarak belirlenmiştir (Angold ve Costello 1993, Biederman ve ark. 1991, Turgay ve ark. 1994, Faraone ve ark. 1995). En sık görülen ikinci bozukluk DB idi. Bu oran kızlar için %13, erkekler için %13 olarak bulundu. Kaynaklara göre birliktelik oranı %13'ten %50'ye kadar değişmektedir (Mc Ardie ve ark. 1995, Grillo ve ark. 1996). Diğer en fazla görülen bozukluklar, duygulanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, özgül gelişimsel bozukluklardır (Jensen ve Sherette 1993).

Çalışma kapsamına giren çocukların aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla annelere uygulanmış olan aile değerlendirme ölçeğinin (FAM III) yapılan çalışmalara göre klinik bozukluğu olan veya olmayan aileleri ortaya çıkarabildiği gösterilmiştir (Skinner ve ark. 1995). Bizim çalışmamızda görevlerini başarma, rol performansı, iletişim, duygusal dışavurum, girişlilik, kontrol,

GRAFİK 3: DEHB'Lİ ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ (5-8 YAŞ VE 9-14 YAŞ T SKORLARININ ORTALAMALARI)



değerler ve kurallar gibi ailedeki temel kavramlar, aileyi en iyi değerlendirebilecek kişi olan anne tarafından değerlendirilmiştir; ailenin işlevleri normal sınırlarda bulunmuştur. Bu da DEHB etiolojisinde psikososyal etkenlerden çok biyolojik etkenlerin rol oynayabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda ailelerin görevlerini iyi bir şekilde yerine getirebildikleri ve işlevlerini sürdürebildikleri belirlenmiştir. Grup uyumunda ve ailenin başarılı olmasında görevlerini başarabilme, yerine getirebilme önem taşır. Bu işlev aile üyelerinin gelişmesine, güvenliğine, bütün olarak birlikteliklerini sürdürmelerine ve toplumsal uyumlarına olanak sağlar (Skinner ve ark. 1995). Aile üyelerinin görevlerini başarabilmesi ve yerine getirebilmesi, onların çocuklarındaki sorun veya hastalık üzerine odaklanıp, kendi olağan karmaşalarını, evlilik sorunlarını unutmaları veya ikinci plana atmalarından kaynaklanabilir.

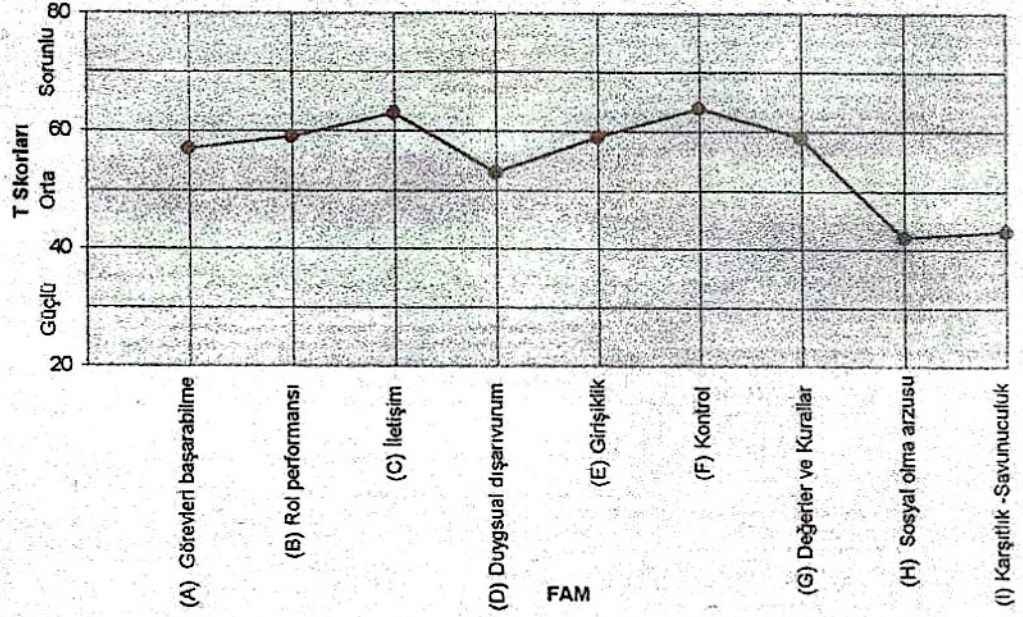
Araştırma kapsamına girmiş olan ailelerde bireylerin rollerinin bilincinde oldukları ve en iyi şekilde yerine getirmeye çalıştıkları saptanmıştır. Rol performansı aile üyelerinin gerekli beslenme, giyinme ve destek gibi işlevlerini karşılamak, aile sisteminin sınırlarını koruma ve standartların devamını sağlamaya kapsar (Epstein ve ark 1978). Araştırma kapsamındaki aile bireylerinin rol performansının iyi düzeyde olması DEHB'den etkilenmiş çocukların görev ya da

rollerini yerine getirebilmek için diğer aile üyelerinin fedakarlık yapmasından kaynaklanabilir. Okulda başarılı olamayan DEHB'li çocuğa özel ilgi gösterilmesi ve bu açığın kapatılmaya çalışması buna bir örnek olabilir. Aile üyeleri çocuğun DEHB sorunu nedeniyle çocukta beklentilerini daha aza indirgemiş ya da daha toleranslı olabilirler.

Bu çalışmaya alınmış olan ailelerin aile içi iletişim alışverişi doğrudan ve yeterli bulunmuştur. Etkili iletişimin, temel hedefi, karşılıklı anlaşılmanın başarılmasıdır. Böylece iletiler istenildiği şekilde algılanmış olur (Epstein ve ark 1978). DEHB'li çocuklardaki impulsivite ve dikkat eksikliği gibi sorunlar iletişim becerilerinin uygun şekilde gelişimini engelleyebilir. Çalışmaya alınmış olan ailelerdeki iletişimin yeterli ve doğrudan olması ailenin çocuğunun düzeyine uygun, açık bir iletişim modeli geliştirmiş olmalarından kaynaklanabilir.

Bizim çalışmamızda aileler, duygusal dışavurumlarında sorun tanımlamamaktadırlar. Duygusal dışavurum özelliği görevlerin başarılması ve başarılı rol paylaşımı gibi çeşitli işlevleri engelleyebilir veya kolaylaştırabilir (Skinner ve ark. 1995). Aileler hasta çocuklarının koruma isteğiyle veya incitmekten korktukları için hasta çocuğa veya diğer aile üyelerine karşı duygu dışavurumunda kontrollü davranıyor olabilirler.

GRAFİK 4: DEHB'Lİ ÇOCUKLARI OLAN ANNELERİN AİLE İŞLEVLERİNİ DEĞERLENDİRMELERİ (DEHB + DB T SKOR ORTALAMARI)



Bu çalışmadaki ailelerde girişiklik normal sınırlarda saptanmıştır. Aile üyelerinin diğerlerine olan girişikliği, aile üyelerinin birbirine olan ilgi derecesi ve kalitesine bağlıdır. Girişikliğin diğer önemli bir unsuru; aile üyelerinin birbirlerinin düşünce, özerklik ve işlevlerine destek verirken, duygu ve güvenlik gereksinimlerini karşılamalarıdır (Skinner ve ark. 1995). Bu çalışmadaki ailelerde girişikliğin normal sınırlarda saptanması DEHB'li çocukların ailelerinin empatik aileler olabileceğini ve çocuklarının sorunlarına empati yapabileceklerini gösterebilir.

Bizim çalışmamızdaki ailelerin kontrol işlevleri normal sınırlarda bulunmuştur. Kontrol, aile üyelerinin diğerlerini etkileme sürecidir. Rijid, otoriter, karşılıklı etkileşimin az olduğu, disiplin konusunda annelerin farklı tutumlarının olduğu ailelerde daha fazla annelere - çocuk çatışması ortaya çıkabilir (Barkley ve ark. 1991). Çalışmamızdaki ailelerin kontrol işlevlerinin normal olması annelerin esnek ve tutarlı bir disiplin uygulamasıyla çocuklarındaki sorunlarla başa çıkabildiklerini gösterebilir.

Bu çalışmada, değerler ve kuralların ailelerin işlevlerini normal ölçülerde etkilediği saptanmış-

tır. Görevlerin nasıl tanımlanacağını, ailenin nasıl bu görevleri başarıyla yerine getireceğini büyük ölçüde kurallar ve özellikle ailenin kültürel değerleri belirlemektedir (Skinner ve ark. 1995).

Sosyal olma arzusu ve karşıtlık-savunuculuk, daha çok aile üyelerinin kendi ilişkilerini nasıl gördüklerini yansıtmaları açısından yararlıdır. Aile üyelerinin kendi ailelerini sorunlu olarak görmeleri ya da görmek istememeleri halinde oldukça yüksek değerlerde çıkabilir. Sorunsuz ailelerde bu iki değeri hafifçe yükseltme eğilimi vardır. Eğer bu iki değer 50'nin üzerindeyse klinik ölçeğe verilen cevapların geçerliliğinden şüphelenmek gerekir. 60'ın üzerindeyse, kesinlikle FAM profilinin yanlışlığı gösterir. 40'ın altında olması, profilin doğruluğunu kesin olarak göstermez (Skinner ve ark. 1995). Bizim çalışmamızdaki ailelerin değerlerinin normal sınırlar içinde çıkması FAM profillerinin geçerliliğini desteklemektedir.

9-14 yaş grubu çocuklarda kontrol alanında sınırlarda sorunlu sayılabilecek aile işlevleri saptanmıştır. 9-14 yaş grubu çocuğu olan ailelerde, 5-8 yaş grubuna göre daha yüksek rol performansı ve girişiklik skorlarının elde edilmiş olması çocu-

ğün yaşının büyümesiyle aile sorunlarının artışı-
nı yansıtabilir. Lewis ve Abney (1993) aile işlev-
leriyle DEHB'li çocuğun yaşı arasında anlamlı
ilişki bulmuşlardır. Daha büyük çocuğu olan ai-
leler daha bozuk işlevler bildirmişlerdir. Anne-
baba yeterliliği ve çocukları kontrol edebilme
yönünden bu ailelerin işlevlerinde zayıflıklar
görülmüştür. DEHB'li çocuklarda artan yaşla
birlikte ergenlik dönem özellikleri, çocuğun bo-
zukluğuna ikincil olarak geliştirebileceği davra-
nuş sorunları ve duygulanımsal güçlükler nede-
niyle kontrol başta olmak üzere tüm aile işlevle-
ri bozuluyor olabilir. Herhangi bir ruhsal bozuk-
luk tanısı almamış bile olsa ergenlik döneminde
çocuğu olan ailelerde bu düzeyde bir sorun ya-
şamaları da doğal kabul edilebilir.

Yapılan çalışmalarda sadece DEHB dikkat eksik-
liği baskın tip bozukluğuna olan çocukların ailele-
rinin en yüksek işlev düzeylerinin olduğu, hipe-
raktivite ve saldırganlığı olan çocukların aileleri-
nin ise işlevlerinin ise daha bozuk olduğu sap-
tanmıştır (Lewis 1992). Çalışmamızda da DEHB
+ DB'nun birlikte bulunduğu çocukların aileleri-
nin profilleri incelendiğinde iletişim ve kontrol
alanlarında sorunlar belirlenmiştir. Bu da aile
üyeleri arasında karşılıklı anlaşılmanın başarıla-
madığı veya yetersiz olduğunu, ileti gönderimi-
nin yeterince açık olmadığını, karşılık durum-
larında aydınlanma arayışının eksik olduğunu
göstermektedir. Kontrol açısından, aile üyeleri-
nin birbirlerini yeterli ölçüde etkileyemedikleri-
ni, yaşam koşullarına uyum sağlamada güçlük-
leri olabileceğini, yönetimde çok fazla katılık ve
ya karmaşa ve belirsizliğin bulunabileceğini,
kontrol girişimlerinin yıkıcı veya utandırıcı ola-
bileceğini, açık veya gizli güç mücadelesi olabi-
leceğini gösterebilir. Ek davranış sorunlarının bu
tür işlev bozukluklarına yol açıp açmadığı açık
değildir.

Çalışmamızda DEHB'li çocukların aile işlevleri-
nin normal sınırlarda bulunması DEHB etiolo-
jisinde psikolojik etmenler ve aile işlevlerindeki
yetersizlikten çok biyolojik varsayımları destek-
leyen bir bulgudur. Bu da DEHB'da aile tedavi-
lerinden çok ilaç sağaltımını ve annesaba eğiti-
mine öncelik verilmesi gerektiğini akla getir-
mektedir. Çalışmamızda DEHB'da aile işlevleri-
nin normal sınırlarda bulunmasının bir nedeni
ilaç sağaltımı ve diğer sağaltımların belirtilerinin

şiddetini baskılamış olması olabilir. Ayrıca tıbbi
tedaviye karşın, belirtilerin halen var olması ve
DEHB + DB'ye birlikte sahip olan çocukların ai-
lelerinde işlevlerin yetersizliği yalnızca ilaç teda-
visinden çok, ilaç tedavisi ile birlikte annesaba
eğitimi ve aile tedavisini birlikte içeren bütünle-
yici yaklaşımların DEHB tedavisinde kulla-
nılması gerektiğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Angold A, Costello E (1993) *Depressive comorbidity in children and adolescent: Empirical theoretical and methodological issues*, *Am J Psychiatry* 150: 1779-1791.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM IV)* American Psychiatric Association, Washington D.C
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS ve ark. (1991) *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria III: mother-child interactions family conflicts and maternal psychopathology*, *J Child Psychol Psychiatry* 32: 233-55.
- Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M (1995) *Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorder in a german elementary school sample*, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28: 777-784.
- Biederman J, New Corn J, Sprich S (1991) *Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety, and other disorders*, *Am J Psychiatry* 148: 564-577.
- Biederman J, Milberger S, Faraone SV ve ark. (1995) *Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity*, *Arch Gen Psychiatry* 52(6): 464-470.
- Campbell SV, Ewing LJ (1990) *Follow-up of hard to manage preschoolers' adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms*, *J Child Psychol Psychiatry* 31:871-85.
- Cantwell DP (1994) *Therapeutic Management of Attention Deficit Disorder, participant workbook*, New York. SCP communication, pp:4-20.
- Conners K (1994) *Conners Abbreviated Symptom Questionnaire*, North Tonawanda NY: Multi Health Systems.
- Cunningham CE, Barkley RA (1979) *The interactions of normal and hyperactive children and their mothers in free play and structured tasks*, *Child Dev* 50: 217-24.

- Du Paul GJ, Anastapoulos AD, Shelton TL ve ark. (1992) Multimetod assessment of ADHD: the diagnostic utility of clinic-based test. *J Clin Child Psychol* 221: 194-202.
- Epstein NM, Bishop DS, and Levin S (1978) The Mc Master model of family functioning. *J Marriage Counseling* 19-31.
- Faraone SV, Biderman J, Chen WJ ve ark. (1995) Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry* 153: 914-920.
- Hechtman L (1981) Families of hyperactives. In: Greenley J, editor research in community and mental health, vol 2. Greenwich CT: JAI Press; 1981. P 275-92.
- Jensen PS, Shervette RE (1993) Anxiety and depressive disorders in ADHD: New finding. *Am J Psychiatry* 150: 1203-1209.
- Lewis K (1992) Family functioning as perceived by parents of boys with ADHD. *Mental Health Nursing* 13(4): 369-386.
- Lewis-Abney K (1993) Correlates of family functioning when a child has attention deficit disorder. *Issues Comprehensive Pediatric Nursing* 16(3): 175-190.
- Mc Ardle D, O'Brien G, Kolvin I (1995) Hyperactivity prevalence and relationship with conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 36: 279-303.
- Mc Clure, Ferguson, Boodoosingh, ve ark. (1989) The frequency and severity of psychiatric disorders in special education and psychiatric programs. *Behav Disord* 14: 117-126.
- Schachar R, Taylor E, Wieselberg M ve ark. (1978) Changes in family function and relationships in children who responded to methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26: 728-32.
- Skinner HA, Steinhaur PD, Santa-Barbara J (1995) Family Assessment Measure Version III. Manual Toronto: Multi Health Systems, Inc.
- Szatmari P, Offord DR, and Boyle MH (1989) Ontario child health study: prevalence of ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 30: 219-230.
- Turgay a, Gordon E, Vigdor M (1994) ADHD and comorbidity in the study group. Abstract published in the APA, Annual Meeting's New research Section, Washington D.C.