

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun Eşlik Ettiği ve Etmediği Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Davranışsal Sorunlar, Ders Başarısı ve Akran İlişkileri, Açısından Değerlendirilmesi

Burcu Çakaloz*, Aynur Pekcanlar Akay**, Türkan Günay**

* Öğr. Gör. Dr. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bayramyeri-DENİZLİ

** Yard. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İnciraltı-İZMİR

Tel: +902582410034/162

E-mail: burcucakalozdr@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu [DEHB] ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu eşlik eden DEHB [DEHB+KOKGB] olan çocukların sorunlu davranışlarının, akademik başarılarının, akran ilişkilerinin karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya DEÜTF çocuk psikiyatrisi polikliniğine ilk kez başvuran 6–11 yaş arasında DEHB tanısı konan 21, DEHB+KOKGB tanısı konan 26, sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubuna 27 erkek çocuk alınmıştır. Sosyodemografik veri formu, 4–18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği [CBCL], anneler tarafından, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği anne ve babaları tarafından, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği kısa formunu öğretmenleri tarafından doldurmuştur.

Bulgular: CBCL'nin anksiyete/depresyon T skor ortalaması, DEHB grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha yüksek, DEHB+KOKGB grubunda, hem DEHB ve hem kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha yüksek belirlenmiştir. Sosyal sorunlar T skor ortalaması bakımından DEHB ile DEHB+KOKGB grupları arasında anlamlı fark bulunmazken, hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur. DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha fazla akran ilişkilerinde sorun yaşama ve daha düşük akademik başarı saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Bu çocuklarda ileriki dönemlerde ortaya çıkabilecek anksiyete / duygudurum bozukluklarına yönelik psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlarda bulunulması, psikososyal destekte bulunulması önerilir.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranış sorunları, akademik başarı, akran ilişkileri

ABSTRACT

The Assessment of Behavior Problems, Educational Success and Peer Relationships, in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Oppositional Defiant Disorder

Objective: The aim of this study was to investigate behavior problems, educational success and peer-relations of children with attention deficit hyperactivity and comorbid oppositional defiant disorder.

Method: The study involved children between the ages of 6 to 11 with ADHD and ADHD+ODD diagnosis on the basis of DSM-IV diagnostic criteria. They were seeking medical treatment for the first time at the child psychiatry polyclinic of DEU Faculty of Medicine. The ADHD group and the ADHD+ODD group included respectively 21 and 26 boys, while there were 27 boys in the control group comprising healthy volunteers. The children's mothers were given short questionnaire enquiring demographic information. The children's mothers filled in the child behavior check lists (CBCL) for children and adolescents between the ages of 4-18 and the parents filled in the forms of DSM-IV based behavior disorders screening and rating scale for lack of attention and disruptive behavior disorders, and the teachers filled in a brief form of Conner's Teacher Rating Scale.

Findings: The children with ADHD+ODD had significantly higher anxious-depressed scores compared to children with ADHD and controls. In addition, the anxious-depressed scores of children with ADHD had significantly higher scores from controls. Although there were no significant differences between ADHD group and ADHD+ODD group in social problems, both ADHD and ADHD+ODD

groups had significantly higher scores as compared to controls in social problems. Both ADHD and ADHD+ODD groups demonstrated significantly higher problems in peer relationships and educational success as compared to controls.

Discussion and Conclusion: This study demonstrated that, the children with ADHD and ADHD+ODD demonstrated more anxiety/mood problems. In addition to psychopharmacologic treatment, psychotherapeutic approaches should have an important place in the treatment of these disorders.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, behavioral problems, educational success, peer-relations

GİRİŞ

Yıkıcı davranış bozuklukları [YDB] tanı grubunda yer alan bozukluklar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu [DEHB], karşıt olma-karşı gelme bozukluğu [KOKGB] ve davranım bozukluğudur [DB]. DEHB yedi yaşından önce başlayan ve kendini dikkat eksikliği, yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik, dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (APA 1994). Erkek çocuklarda daha fazla oranda görülmektedir. Çocuklar arasında erkek/ kız oranı: 3/1, erişkinler arasında bu oran 2/1 veya daha düşüktür (Zimmerman 2003).

Çalışmalarda, ilkökul çağındaki DEHB'li çocukların üçte ikisinde en az bir ruhsal bozukluğun tabloya eşlik ettiği belirtilmektedir (Arnold ve Jensen 1995, Cantwell 1994 Nottelman ve Jensen 1995). DEHB, en sık diğer YDB ile birliktelik göstermekle birlikte DEHB ile KOKGB birlikteliğinin %40-95 oranındadır (Turgay ve ark. 1994). Yüksek oranda olan bu birliktelik, bozukluğun gidişi için olumsuz bir göstergedir (Earls 1994).

YDB dışında, anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile sık birliktelik göstermektedir (APA 1994). Turgay ve arkadaşları (1994) yaptıkları çalışmada duygudurum bozuklukları için %15-75, anksiyete bozukluğu için %15-40 oranında birliktelik saptamışlardır. Gammon ve Brown (1993) ise yaptıkları çalışmalarında bu oranları sırasıyla %18 ve %18 olarak bildirmişlerdir.

Birliktelik gösterdiği diğer bozukluklar DEHB'nin gidişi için olumsuzluk yaratması dışında, DEHB birçok yönden önemli bir bozukluktur. DEHB, ergenlik döneminde davranım bozukluğu, erişkinlik çağında antisosyal kişilik bozukluğu [ASKB] riskini arttırması (APA 1994), insan ilişkilerini olumsuz etkilemesi, akademik ve sosyal alanlarda güçlük yaşatması sebebiyle önem taşımaktadır. DEHB'li çocukların akademik başarısında düşüklük olması, sosyal, aile ve akran ilişkilerinde sorunlar yaşamaları, suç işleme ve saldırganca davranışlar gösterme riskinin bulunması nedeniyle de tedavi edilmesi gereken bir sorundur. Diğer yan-

dan bu çocuklar ergenlik ve erişkinlik döneminde düşük akademik başarıları ve eğitim sorunları, davranım sorunları, duygusal sorunlar ve sosyal ilişkilerde sorunlar yaşadıkları (Fischer ve ark 1993, Weiss ve Hechtman 1993) için tedavi edilmesi gereken bir bozukluktur.

Bu çalışmanın amacı DEHB, DEHB'ye eşlik eden KOKGB'si olan çocuklar ile yaş, cinsiyet, aile yapısı, anne yaşı, anne baba eğitim düzeyi bakımından eşleştirilmiş olan normal kontrol grubunun sorun davranışlarının, akademik başarılarının ve akran ilişkilerinin karşılaştırılarak araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Bu çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na Eylül 2001 - Mart 2003 tarihleri arasında ilk kez başvuran, iki klinisyen tarafından yarı yapılandırılmış görüşme ile DSM-IV ölçütlerine göre DEHB tanısı konmuş 21, DEHB'ye eşlik eden Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu [DEHB+KOKGB] tanısı konmuş 26 çocuk alınmıştır. Tüm çocuklar erkek cinsiyetinde olup, 6-11 yaş aralığındadır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre yarı yapılandırılmış görüşme ile Öğrenme bozukluğu [ÖB] dışında ek psikiyatrik tanısı olan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır.

Kontrol grubu, aynı bölgede yaşayan ve ebeveynlerinin çalışmaya girmesini kabûl ettiği 27 erkek çocuktan oluşmuştur. Yaş, cinsiyet, aile yapısı, sosyo-ekonomik düzeyi, anne yaşı, anne-baba eğitim düzeyi bakımından olgu grubu ile eşleştirilmiştir. Kontrol grubunda yer alan tüm çocuklar ve aileleriyle çocuklardaki olası sorun davranış ve tanısı saptamaya yönelik DSM-IV tanı ölçütlerini sorgulayan yarı yapılandırılmış klinik görüşme yapılmış ve DSM-IV Eksen I ruhsal bozukluk tanısı almayan çocuklar çalışmaya alınmıştır.

Tanıların desteklenmesi amaçlı çocukların anne ve babaları tarafından Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, öğretmenleri tarafından Conner's

Tablo 1. Grupların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	DEHB n %	DEHB+KOKGB n %	KONTROL n %	TOPLAM n %	*p değeri
Grupların Aile Yapısına Göre Dağılımı					
Evli	20 95.2	25 96.2	26 96.3	71 95.9	0.981
Boşanmış	1 0.8	1 3.8	1 3.7	3 4.1	
$X^2 = 0.038$ D= 2 , p= 0.981					
Grupların Sosyoekonomik Düzeyine Göre Dağılımı					
Yüksek	18 85.7	24 92.3	23 85.2	65 87.8	0.686
Düşük	3 14.3	2 7.7	4 14.8	9 12.2	
$X^2 = 0.753$ SD= 2 p= 0.686					
Annelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları					
İlk/Ortaokul mezunu	8 38.1	13 50.0	10 37.0	31 41.9	0.580
Lise/üniversite mezunu	13 61.9	13 50.0	17 63.0	43 58.1	
$X^2 = 1.088$ SD= 2 p= 0.580					
Babaların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımları					
İlk/Ortaokul mezunu	7 33.3	5 19.2	6 22.2	18 24.3	0.507
Lise/üniversite mezunu	14 66.7	21 80.8	21 77.8	56 75.7	
$X^2 = 1.357$ SD= 2 p= 0.507					

Öğretmen Derecelendirme Ölçeği kısa formu doldurulmuştur. Ayrıca, çalışmadaki olguların davranışlarının değerlendirilmesi amaçlı, annelerine 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği [CBCL] verilmiştir. Tüm çocukların WISC-R testi yapılarak zekâ bölümleri tesbit edilmiştir.

Takvim yaşının 6-11 yaş aralığı dışında olması, kız cinsiyetinde olma, herhangi bir nörolojik, fiziksel veya kronik hastalık öyküsünün bulunması, çalışmadan önceki herhangi bir dönemde psikotrop ilaç kullanım öyküsü bulunması, son altı ay içinde madde/alkol kullanım öyküsü olması, uygulanan WISC-R zekâ testi ile belirlenen tüm zekâ bölümünün 80'in altında bulunması, ebeveyn veya çocukların çalışmaya katılım için onay vermemesi çalışmada dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Veri toplama araçları: Sosyodemografik veri formu: Aile ve çocuğun sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı veri formu ebeveynden alınan bilgiler doğrultusunda klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği): DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen bu ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellliği sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme

bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Kısa Formu [CÖDÖ 28]: Bu form 28 soru içermektedir ve her soru dörtlü Likert skalasında yanıtlanmaktadır. Üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar 8 soruluk dikkat eksikliği/edilginlik ölçeği, 7 soruluk hiperaktivite ölçeği ve 8 soruluk davranım sorunu alt ölçeğidir (Conners 1994). Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şener ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır.

4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği [CBCL] (Achenbach): 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm "etkinlik", "sosyallik", "okul" alt ölçeklerini içermektedir. Ölçeğin sorun davranış bölümünden "içe yönelim" ve "dışa yönelim" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim davranış puanını "sosyal içe çekilme", "somatik sorunlar" ve "anksiyete/depresyon" alt bölümlerinden alınan puanlar, dışa yönelim puanını ise "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar" alt bölümlerinden elde edilen puanlar belirler. Ayrıca içe yönelim ve dışa yönelim davranış belirti puanı içinde yer almayan "sosyal sorunlar", "düşünce sorunları"

Tablo 2. Grupların Akademik Başarılarına ve Akran İlişkilerine Göre Dağılımları

	Yüksek Akademik Başarı		Düşük Akademik Başarı		Toplam		*p değeri
	n	%	n	%	n	%	
DEHB	12	60.0	8	40.0	20	100.0	0.004
DEHB+KOKGB	18	72.0	7	28.0	25	100.0	
KONTROL	24	100.0	0	0.0	24	100.0	
TOPLAM	54	78.3	15	21.7	69	100.0	
X ² = 11.163, SD= 2, p= 0.004							
	Sorunsuz akran ilişkileri		Sorunlu akran ilişkileri		Toplam		*p değeri
	n	%	n	%	n	%	
DEHB	7	33.3	14	66.7	21	100.0	0.0001
DEHB+KOKGB	10	38.5	16	61.5	26	100.0	
KONTROL	25	92.6	2	7.4	27	100.0	
TOPLAM	42	56.8	32	43.2	74	100.0	
X ² = 22.368, SD= 2 , p= 0.0001							
*Ki-kare test kullanılmıştır							

ve “dikkat sorunları” da ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Erol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır.

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-R (WISC-R): Wechsler tarafından geliştirilmiş olup Türkçe’ye uyarlaması Savaşır I ve Şahin N (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. WISC-R sözel ve performans testi olup, 6–16 yaş arası çocuklara bireysel olarak uygulanır. Testin sözel bölümünün biri, performans bölümünün ise tümü sürelidir. Sözel ve performans becerileri içeren 12 alt testten oluşur.

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde, SPSS Windows 10.0 paket programından yararlanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare, Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan olgular DEHB, DEHB+KOKGB, kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. DEHB grubunda 21, DEHB+KOKGB grubunda 26, kontrol grubunda 27 olmak üzere toplam 74 erkek olgu bulunmaktadır. Tüm gruplardaki olguların yaş aralığı 6-11 yaş aralığında olup, DEHB grubunun yaş ortalaması 8.19 ± 1.27 yıl, DEHB+KOKGB grubunun 8.06 ± 1.06 yıl, kontrol grubunun ise 8.47 ± 1.31 yıldır. Her üç grup arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamaktadır [$p > 0.05$].

DEHB grubundaki annelerin yaş ortalaması 35.91 ± 5.83 , DEHB+KOKGB grubundaki annelerin yaş ortalaması 33.92 ± 4.43 , kontrol grubundaki annelerin yaş ortalaması 33.30 ± 4.10 ’dur. Gruplar arasında anne-

lerin yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$p > 0.05$].

Grupların aile yapısı, sosyoekonomik düzeyleri [SED], anne baba eğitim düzeylerine âit veriler Tablo 1’de verilmiştir. Gruplar arasında aile yapıları ve sosyoekonomik düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$p > 0.05$]. Gruplardaki anne ve babaların ortaokul altı eğitime sâhip olma ile ortaokul üzerinde eğitime sâhip olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir [$p > 0.05$].

Çalışmadaki olguların çoğu ilkokula gitmektedir. DEHB grubundaki olguların %95.2’si [n:20], DEHB+KOKGB grubundakilerin %96.2’si [n:25], kontrol grubundakilerin ise %88.9’u [n:24] ilkokula devam etmektedir. Gruplar arasında okula gitme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır [$p > 0.05$].

Okula giden toplam 69 olgu okul başarısı yüksek ve düşük olarak sınıflandırılmıştır ve veriler Tablo II’de verilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede, DEHB ve DEHB+KOKGB grupları arasında okul başarısı açısından fark saptanmazken, DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında, kontrollere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük akademik başarı saptanmıştır [$p < 0.05$]. Anne ve çocuklardan alınan bilgiler doğrultusunda, her üç gruptaki çocukların akran ilişkileri değerlendirilmiştir. DEHB ile DEHB+KOKGB grupları arasında akran ilişkilerinde sorun yaşama bakımından farklılık saptanmazken, hem DEHB, hem de DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna oranla so-

Tablo 3. Grupların CBCL Puanlarının Dağılımı

	DEHB ort±SS	DEHB+KOKGB ort±SS	KONTROL ort±SS	TOPLAM ort±SS	*p değeri
Sosyal içe çekilme T skoru	55.95±7.10	58.96±8.09	55.37±4.98	56.80±6.90	0.270
Somatik sorunlar T skoru	56.52±6.03	56.81±8.41	57.81±8.00	57.09±7.57	0.803
Anksiyete/depresyon T skoru	57.81±6.74	62.81±8.60	57.59±6.45	59.49±7.66	0.041
Sosyal sorunlar T skoru	58.95±8.26	60.15±9.38	51.74±4.02	56.74±8.33	0.001
Düşünce sorunları T skoru	60.10±7.41	61.08±9.24	57.11±4.96	59.35±7.49	0.188
Dikkat sorunları T skoru	64.71±6.00	68.00±7.15	52.22±3.37	61.31±9.01	0.001
Suçla yönelik davranış T skoru	63.10±8.60	66.00±9.72	51.89±3.20	60.03±9.80	0.001
Saldırgan davranış T skoru	61.52±7.12	69.42±11.82	52.48±4.49	61.00±11.00	0.001
Toplam içe yönelim T skoru	57.10±8.50	61.42±10.09	57.81±9.13	58.88±9.38	0.217
Toplam dışı yönelim T skoru	62.95±7.89	67.27±8.86	51.56±7.44	60.31±10.55	0.0001
Toplam sorun davranış T skoru	61.67±8.35	67.85±10.05	47.30±8.77	58.59±12.71	0.0001

*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır

runlu akranları ilişkileri istatistiksel olarak daha fazla saptanmıştır [p<0.05] (Tablo 2).

Çalışmadaki tüm olguların ÖB dışındaki ek tanılarını yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilip dışlanmıştır. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında ek tanılar olarak ÖB bulunmaktadır. Kontrol grubundaki hiçbir olguda ÖB tanısı bulunmamaktadır. DEHB grubunun %19'unda [n:4], DEHB+KOKGB grubunun %23.1'inde [n:6] ek tanılar olarak ÖB olup, gruplar arasında ÖB tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır [p>0.05].

Grupların WISC-R sonuçlarından sözel, performans, tüm zekâ bölümlerinin [ZB] ortalamaları karşılaştırılmıştır. DEHB grubunun sözel ZB ortalaması 103.67±15.75, performans ZB ortalaması 106.67±17.08, tüm ZB ortalaması 105.91±16.06, DEHB+KOKGB grubunun sözel ZB ortalaması 104.23±14.97, performans ZB ortalaması 108.39±15.28, tüm ZB ortalaması: 106.85±14.48, kontrol grubunun sözel ZB ortalaması 109.78±10.08, performans ZB ortalaması 112.89±12.81, tüm ZB ortalaması 112.41±9.47 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında WISC-R sonuç ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır [p>0.05].

Olguların sorun davranış alanlarını belirlemek amacıyla anneler tarafından doldurulan CBCL'nin sonuçları Tablo 3'de verilmiştir.

İçe yönelim sorununu gösteren sosyal içe çekilme, somatik sorunlar, anksiyete/depresyon T skor ortalamaları bakımından karşılaştırılmıştır. Her üç grup arasında sosyal içe çekilme, somatik sorunlar T skor ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir [p>0.05]. Anksiyete/depresyon T skor ortalaması, DEHB grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha yüksek, DEHB+KOKGB grubunda, hem DEHB ve hem kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak daha yüksek belirlenmiştir [p<0.05].

Sosyal sorunlar T skor ortalaması bakımından DEHB ile DEHB+KOKGB grupları arasında anlamlı fark bulunmazken, hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna oranla sosyal sorunlar T skor ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [p<0.05]. Düşünce sorunları T skor ortalaması bakımından da her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir [p>0.05]. Dikkat sorunları T skor ortalaması açısından DEHB ile DEHB+KOKGB grupları arasında is-

tatistiksel olarak fark belirlenmemiştir. Ancak DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında kontrollere göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır [p<0.05].

Dışa yönelim sorunlarını gösteren suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar T skor ortalamaları açısından her üç grup karşılaştırılmış ve DEHB ile DEHB+KOKGB grupları arasında suça yönelik davranış T skor ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiş olup, hem DEHB hem DEHB+KOKGB grubunda, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir [p<0.05]. Saldırganca davranış T skor ortalaması DEHB+KOKGB grubunda, DEHB ve kontrol gruplarına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca DEHB grubunun skor ortalaması da kontrollere oranla daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır [p<0.05].

Toplam içe yönelim T skor ortalaması bakımından da her üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir [p>0.05]. Toplam dışa yönelim T skor ortalaması açısından DEHB ile DEHB+KOKGB arasında istatistiksel olarak fark belirlenmemiştir. DEHB ve DEHB+KOKGB grupları ile kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve hem DEHB hem DEHB+KOKGB grubunda, kontrollere göre toplam dışa yönelim T skorlar ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir [p<0.05]. DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda toplam sorun davranış T skor ortalaması kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca, DEHB+KOKGB grubunda DEHB grubuna oranla daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır [p<0.05].

TARTIŞMA

Bu çalışmanın en önemli sonucu ek tanısı olmayan DEHB ve DEHB+KOKGB grubundaki çocukların CBCL'nin anksiyete/depresyon ve sosyal sorunlar alt bölümlerinden kontrollere göre daha yüksek puan ortalamaları almış olmalarıdır. Ayrıca, zekâ düzeyinden ve ek tanılardan bağımsız olarak, bu çocukların okul başarılarının daha düşük, akran ilişkilerinin daha sorunlu olarak saptanmış olması da çalışmanın diğer önemli sonuçlarındandır.

CBCL'nin sosyal içe çekilme, somatik sorunlar ve anksiyete/depresyon alt bölümleri içe yönelim sorunlarını gösterdiği bilinmektedir (Achenbach ve ark. 1991). Bu çalışmada CBCL'nin sosyal içe çekilme, somatik sorunlar, toplam içe yönelim sorunları alt bölüm puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bu çalışmada ek tanıların dışlanmış olması, bu alt bölümler açısından gruplar arasında fark-

lılık saptanmamış olmasının bir nedeni olabilir.

Anksiyete bozuklukları (Eiraldi ve ark. 1997, The MTA Cooperative Group 1999) ve duygudurum bozuklukları (Biederman ve ark 1996, Pliszka 2000) başta olmak üzere diğer ruhsal bozukluklar DEHB ile sık birliktelik gösterir. Bu çalışmada, DEHB ile KOKGB birlikteliği olan olguların daha yüksek anksiyete/depresyon puan ortalaması almış olmaları bu olgularda duygusal sorunların, anksiyete ve duygudurum bozuklukları tanı ölçütlerini karşılamamasına rağmen, daha fazla olduğunu düşündürmüştür.

Bu çalışmada, sosyal sorunlar hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna oranla daha fazla belirlenmiştir. DEHB'li çocukların akranları tarafından aranan çocuklar olmadığı, sürekliliği olan akran ilişkilerini sürdürebilmelerinin güç olduğu belirtilmektedir ve ileriki dönemlerde bu sorunların sosyal içe çekilmeye yol açabildiği bilinmektedir (Weiss ve Hechtman 1993). DEHB'li çocukların okul öncesi dönemde dâhil her dönemde davranışsal sorunlarının yoğun olduğu ve daha az sosyalleşebildikleri, sosyal düzene uymakta güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Weiss ve Weiss 2002) ve bu verinin bu çalışmanın sonuçlarına paralellik gösterdiği görülmektedir. Satterfield ve arkadaşlarının (1981) yaptıkları çalışmada, DEHB'li çocukların, üç yıllık tedavi sonrası değerlendirilmede sosyal kazanımlarının anlamlı olarak daha iyi olduğunu saptanmış olması bu çocuklara uygun tedavi yaklaşımlarının ve sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır.

CBCL'nin dışa yönelim sorunlarının gösteren alt bölümleri saldırganca davranışlar ve suça yönelik davranışlardır. Toplam dışa yönelim sorun puan ortalaması tanıyı destekleyen bir bulgu olarak hem DEHB hem de DEHB+KOKGB grubunda kontrol grubuna göre yüksek olarak belirlenmiştir. Saldırganca davranış sorun puan ortalaması, DEHB+KOKGB grubunda DEHB ve kontrol gruplarına oranla daha yüksek, ayrıca DEHB grubunda da kontrollere oranla daha yüksek olarak saptanmış olması DEHB'ye eklenen KOKGB'nin saldırganca davranışları arttırdığını düşündürmektedir. Suça yönelik davranışlar puan ortalaması bakımından, hem DEHB hem DEHB+KOKGB grubunda, kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmış olması KOKGB, DEHB'ye eklenmiş olsun veya olmasın, bu çocuklarda suça yönelik davranışların fazla olduğunun bir göstergesidir.

Loeber ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmada, DEHB'li erkek çocuklarda saldırganlığın yaşamın ilk dönemlerinde başladığını ve sıklıkla KOKGB belirtileri ile beraber olduğunu saptamışlardır. Bu

çalışma grubundaki KOKGB'li çocuklarda saldırganca davranış sorunlarının daha fazla olarak belirlenmiş olması Loeber ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışma sonuçları ile uyumludur. DEHB'li çocuklarda mevcut saldırganlığın birçok alanda sorun yaşamalarına neden olduğu bilinmektedir. Saldırganlık akran ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Saldırganca davranışların aşırı hareketlilik ve itki [impuls] kontrolsüzlüğü ile bağlantılı olduğu ve ergenlikte antisosyal davranış (kişiyi ve mülkiyete saldırı ve yasa dışı ilaç kullanımı) ve yetişkin suç davranışı için yüksek derecede yordayıcı olduğunu ileri sürülmektedir (Weiss ve Hechtman 1993). Sonuçta saldırganlığın gidiş için olumsuz bir belirleyici olması ve daha sonraki suça yönelik davranışlar için öncü bir belirti olması saptanan saldırganlığın önemini arttırmaktadır.

Çalışmalarda DEHB'li çocukların, suç işleme ve ıslah evine girmelerinin fazla olduğu (Satterfield ve ark. 1981), tek başına DEHB olanların da suç için yüksek risk taşıdıklarını (Farrington 1990) ileri sürülmektedir. Ergenlik döneminde DB, erişkinlik döneminde ASKB açısından risk taşıdıkları (Weiss ve Weiss 2002), çocukluk çağı DEHB'lilerde davranım sorunları varsa yetişkinlikte suç işlemeye yatkın oldukları (Satterfield ve Schell 1997) ve KOKGB belirtilerinin fazla olduğu olgularda, az olan olgulara göre daha sık tutuklanma olduğu ve daha ağır suçlar işledikleri belirtilmektedir (Satterfield 1994). Bu çalışmada, CBCL' nin suça yönelik davranışlar alt bölümünün puan ortalamasının hem DEHB, hem de DEHB+KOKGB gruplarında kontrollere göre yüksek saptanmış olması, tabloya KOKGB eklenmiş olsun veya olmasın, DEHB'li çocukların ileriki dönemlerde suç işleme için riskli grubu oluşturabileceklerini düşündürmüştür ve bu sonucun çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür. Toplam sorun davranış puan ortalaması, DEHB, DEHB+KOKGB gruplarında kontrol grubuna göre DEHB+KOKGB grubunda DEHB grubuna göre yüksek bulunması; tabloya KOKGB eklendiğinde sorunların daha ciddi ve şiddetli olduğunun bir göstergesidir.

Bu çalışmada, hem DEHB, hem de DEHB+KOKGB grubunda, kontrollere göre okul başarısızlığı daha fazla saptanmıştır. Tüm olguların Tüm ZB'leri 80 üzerinde olup, mental retardasyon tanısını karşılayan olgular çalışma dışı bırakılmış olması ve her üç grup arasında WISC-R sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaması DEHB ve/veya eşlik eden KOKGB'nin zekâ faktöründen bağımsız olarak okul başarısını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu çalışma grubundaki olgularda ÖB ek tanısı, DEHB

grubunda %19.0, DEHB+KOKGB grubunda %23.1 oranında belirlenmiştir. Çalışmalarda öğrenme bozuklukları ile DEHB birlikteliği %10 ilâ %92 arasında değiştiği bildirilmektedir (Biederman ve ark. 1991). Bununla birlikte, okuma, yazma, yazılı anlatım ve/veya aritmetik öğrenme bozukluklarının ilkokul çağı DEHB'li çocuklarda yaklaşık %20–30 kadar olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Biederman ve ark. 1991, Plizka 1998). Bu sonuçların yazın ile uyumlu olduğu görülmüştür.

ÖB'nin birlikteliğinin de okul başarısının olumsuz etkilenmesine yol açmış olabileceği, ayrıca DEHB'nin öğrenmeyi zorlaştıran ve başarıyı düşüren öğeleri olarak gösterilen plânlama ve düzenleme becerilerinin yeterince gelişmemesi, dikkatsizlik, konsantrasyon güçlükleri, sabırsızlık gibi özelliklerin de okul başarısının düşüklüğünden sorumlu olabileceği düşünülebilir (Yazgan 1998). Rohde ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları bir çalışmada DEHB'nin zekâdan bağımsız olarak, sınıf tekrarı, okuldan uzaklaştırılma ve okuldan atılmaya yol açtığı belirtilmektedir. DEHB'li gençleri değerlendiren çalışmalarda, bu gençlerin okul başarılarının düşük olduğu, ileriki sınıflarda başarılı olmadığı (Biederman ve ark. 1996), öğrenme güçlüklerinin yoğun olduğu (Piacentini ve ark 1997), hâttâ liseyi bitirmede güçlük yaşadıkları (Weiss ve Hechtman 1993) belirtilmektedir. Ayrıca çocukluk çağı DEHB tanılı erişkinlerin kontrol grubuna kıyasla 2–3 yıl daha az eğitim aldıkları, kontrol grubuna göre daha düşük mesleki statülerde bulundukları, meslekî yaşantılarında daha sık sorun yaşadıkları ve meslekî başarılarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Mannuzza ve ark. 1993). Bu sonuçlardan DEHB'lilerin gençlik ve erişkinlik döneminde de belirtilerin ve yaşanan sorunların devam ettiği görülmektedir (Barkley ve ark. 1990, Mannuzza ve ark 1998, Weiss ve Hechtman 1993). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında saptanan okul başarısızlığının çalışmalarda da belirtildiği gibi daha sonra da devam edebileceği ve okul ve meslek yaşantısında daha ciddi sorunlar doğurabileceği göz önünde bulundurularak psikiyatrik destekte bulunmanın uygun olacağı düşünülmüştür.

DEHB'li çocukların akran ilişkilerinde sorunların sık olduğunu bilinmektedir (Molina ve Pelham 2001). Bu çalışmada hem DEHB hem de DEHB+KOKGB gruplarının kontrollere göre akranları ile sorunlu ilişkiler daha fazla tanımlanmıştır. Saldırganlık (Dodge ve Coie 1987) ve sosyal becerilerdeki güçlüklerin (Pope ve Biderman 1999) bu duruma katkılarının olabileceği ileri sürülmektedir. Bu çalışmada hem DEHB, hem de DEHB+KOKGB grubundaki olguların akran-

ları ile sorun yaşamalarının nedenleri bunlar olabilir. Ayrıca DEHB'ye özgü davranışlarında (dikkat sorunları, hareketlilik, düşünmeden eyleme geçme, saldırganlık, tepkileri kontrolde güçlük, benmerkezci özellikler) bu soruna katkıda bulunabileceği düşünülebilir. Diğer yandan çocukluk çağı DEHB'lilerin gençlik döneminde akran ilişkilerinin birçok alanında sorun olacağının öngörülebileceği ve ilaç tedavisinin akran ilişkilerindeki sorunları düzeltemediği ileri sürülmektedir (Bagwell ve ark. 2001). Bu çocukların akranları ile yaşadıkları güçlüklerin fazla olması ve ileriki dönemlerde de bu sorunların devam edebileceği düşünüldüğünden ilaç tedavisi dışında, uygun psikososyal destekte bulunulmasının önemi büyüktür.

Olgu sayısının azlığı, tanıların yarı yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmiş olması, akran ilişkilerinin aile ve çocuk alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirilmiş olunması bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında hem DEHB'li hem de DEHB'ye eşlik eden KOKGB'li olguların, sosyal sorunlarının olduğu, akran ilişkilerinde ve akademik alanda güçlük yaşadıkları görülmektedir. Bu olgularda insan ilişkileri, sosyal ve akademik alanlarda yaşanan güçlüklerin ileri dönemlerde de devam edebileceği, mevcut tablonun ileriki dönemlerde anksiyete/duygudurum bozukluklarına yol açabileceği düşünülerek psikofarmakolojik tedavi yaklaşımları yanı sıra psikoterapötik yaklaşımlarda bulunulmasının önemi büyüktür. Ayrıca, psikososyal destek ile uygun akran seçimleri ve sosyal gruplara girmelerinin desteklenmesi akran ilişkilerinde ve akademik alanda olumlu gelişmeler sağlamada yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

- Achenbach TM, Howell CT, Quay HC, et al (1991) National survey of problems and competencies among four-to-sixteen-year-olds. *Monogr Soc Res Child Dev*; 56: 1-131.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM-IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü baskı. Köroğlu E, çeviri editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arnold LE, Jensen PS (1995) Attention Deficit Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th Edition. Kaplan H Sack, editor. Baltimore: Williams & Wilkins, 2295-2231.
- Bagwell CL, Molina BSG, Pelham WE et al (2001) Attention deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40: 1285-1292.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS et al (1990) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 29: 546-557.
- 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 S, Milberger S, et al (1996b) A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 53: 437-446
- Cantwell DP (1994b) Therapeutic Management of Attention Deficit Disorder. Participant Workbook. New York: SCP Communication, 4-20.
- Conners CK (1994) Conners abbreviated symptom questionnaire. North Tonawanda NY: Multi Health Systems.
- Dodge KA, Coie JD (1987) Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Peer Soc Psychol*; 53: 1146-1158.
- Earls FJ (1994) Violence and today's youth. *Future Child*; 4: 4-23.
- Eiraldi RB, Power TJ, Nezu CM (1997) Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention deficit hyperactivity disorder among 6 to 12 years old children. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 503-514.
- 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.
- Erol A, Arslan M, Akçakın M (1995) The adaptation and standardisation of the child behaviour checklist among 6-18 years old Turkish children. *Eunethydis European Approaches to Hyperkinetic Disorders*. Sergeant J, Editor. Fotorotor, Egg, Zurich; 109-113.
- Farrington DP (1990) Implications of criminal career research for the prevention of offending. *J Adolesc*; 13: 93-113.
- Fischer M, Barkley R, Fletcher K, Smallish L (1993) The adolescents' outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social and emotional adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 32: 324-332
- Gammon GD, Brown TE (1993) Fluoxetine and methylphenidate in combination for treatment of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid depressive disorder. *J Child Adolesc Psychopharm*; 3: 1-10.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, et al (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 1468-1484.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, et al (1993) Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 565-576.
- Mannuzza S, Bessler A, Malloy P et al (1998) Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry*; 155: 493-498.
- Molina BSG, Pelham WE (2001) Attention deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40: 1285-1292.
- Nottelman E, Jensen P (1995) Comorbidity of disorders in children and adolescents: developmental perspective in: *Advances Clin Child Psychol*; 17: 109-155.
- Piacentini J, Mannuzza S, Klein R (1997) Cognitive functioning of young adult males previously diagnosed as hyperactives. New York: American Psychological Association Annual Meeting.
- Plizka SR (1998) Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin*

- Psychiatry; 59: 50-58.
- Pliszka SR (2000) Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin NA*; 9: 525-540.
- Pope AW, Biederman KL (1999) Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: the relative roles of aggression and dysregulation. *Dev Psychol*; 35: 335-346.
- Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, et al (1999) ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 716-722.
- Satterfield JH, Satterfield B, Cantwell D (1981) Three year multimodality treatment study of 100 hyperactive boys. *J Pediatrics*; 98: 680-688.
- Satterfield JH, Schell AM, Nicholas T (1994) Preferential neural processing of attended stimuli in attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Psychophysiology*; 31: 1-10.
- Satterfield JH, Schell A (1997) A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36: 1726-1735.
- Savaşır İ, Şahin N (1994) Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayını.
- Şener Ş, Dereboy İF (1995) Conner's Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Türkçe Uyarlaması, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi; 2: 131-141.
- The MTA Cooperative Group (1999a) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry*; 56: 1073-1086.
- Turgay A, Gordon E, Vigdor M (1994) ADHD and comorbidity in the study group. Abstract published in the American psychiatric Annual Meeting's New Research Section. Washington, DC.
- Weiss G, Hechtman LT (1993) *Hyperactive Children Grown Up*, 2nd Edition. New York: Guilford Press.
- Weiss M, Weiss G (2002) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Chapter 52. Lewis M, Editor. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Yazgan Y (1998) Hiperaktivitenin Klinik Özellikleri: Gelişimsel, eş bozukluk ve ayırıcı tanı açısından. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; 417-426
- Zimmerman ML (2003). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Nurs Clin An*; 38: 55-66.