

Ayaktan Takip Edilen Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Yakınlmalı Çocuklara ve Ergenlere Konan Tanılar ve Uygulanan Tedaviler

F. Neslihan İnal Emiroğlu*, Fatma Varol Taş**, Aynur Akay***, Esra Aslan****, Şafak Culfa****, Rezerta Taga****, Özlem Çubuk****, Eren Şahbaz****, Elmira Şintayeva****, Hasan H. Yalçın****

* Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD, İnciraltı-35340 İzmir

** Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD, İnciraltı-35340 İzmir

*** Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD, İnciraltı-35340 İzmir

**** Int. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD, İnciraltı-35340 İzmir

Tel: +902324123564

Faks: +902322776686

E-mail: neslihan.emiroglu@deu.edu.tr, neslihanemir@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Birincil yakınması dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite olan hastaların takip sürecini geriye dönük değerlendirmek ve bu süreç sonunda aldığı tanıları ve tedavileri belgelendirmektir.

Yöntem: 1999–2003 tarihleri arasında dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite yakınması ile başvuran hastaların belgelerinin tümü geriye dönük olarak taranmıştır. DSM IV tanı ölçütlerine uygun şekilde tanı alan hastalar ve tedavileri kaydedilmiştir. Bütün bu bulgular SPSS 11.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Değerlendirme sonucunda 698 başvuru saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 8.43 ± 3.6 idi. Olguların 542'si erkek [%77.7], 156'si kızdı [%22.3]. Olguların %36.3'ü [n=254] yetersiz takip bilgisi nedeni ile analiz dışı tutulmuştur. Diğer tanıları %31.5 [n=220] Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Bozukluğu [DEAHB], %0.9'u [n=6] Okul Sorunu, %12.0'ı [n=84] gelişimsel dönem özellikleri, %5.4'ü [n=38] mental retardasyon, %1.4'ü [n=10] Özgül Öğrenme Bozukluğu [ÖÖB], %2.1'i [n=15] Duygudurum bozuklukları, %1.3'ü [n=9] Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, %0.4 [n=3] Dışa Atım Bozuklukları, %2.4 [n=17] Anne baba-Çocuk İlişki Sorunu, %6 [n=42] diğer bozukluklar olarak saptanmıştır. Cinsiyetler arasında DEAHB tanısını alma yönünden istatistiksel anlamlı fark yoktur [f kesin p:0.084]. Tedaviler ise %11.9 [n=83] metil fenidat, %17.8 [n=124] aile rehberliği, %4.3 [n=30] imipiramin, %2 [n=14] serotonin geri alım blokörleri (SGAB), metilfenidat ve imipiramin %0.4 [n=3], %0.1 [n=1] klomipiramin, %1.9 [n=13] antipsikotikler idi. %59.9 [n=418] olguya tanı alanları da içerse bile herhangi bir tedavi başlanamamıştır.

Tartışma ve Sonuç: DEAHB tanısı alma yönünden cinsiyetler arası istatistiksel fark görülmemiştir. En sık saptanan tanı DEAHB olmasına karşın, olguların çoğu başka farklı tanıları da almıştır. Bu nedenle, dikkat eksikliği ve hiperaktivite yakınlmalı çocuk ve ergenlerde diğer tanı grupları göz önüne alınmalıdır. Bu grupta geriye dönük ilaç kullanımı verileri, kliniğimizde uyarıcı kullanımının sık olmadığını doğrulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, tanı, tedavi

ABSTRACT

The Diagnoses and The Treatments of Outpatients With Attention Deficit and Hyperactivity Complaints

Objective: To assess the follow-up period of patients with primarily attention deficit and/or hyperactivity complaint retrospectively and to document their diagnoses and treatments at the end of this period.

Method: All of documents of patients who were admitted with attention deficit and/or hyperactivity complaints in-between 1999-2003 were reviewed retrospectively. The patients who received any psychiatric diagnosis according to DSM IV criteria and their treatments were documented. All of these findings were analyzed using SPSS 11.0 computer package program.

Findings: 698 applications were determined at the end of the assessment. The mean age of the patients was 8.43 ± 3.6 . 542 of the patients were male [77.7%], 156 of the patients were female [22.3%]. %36.3 of the patients [n=254] were excluded the analysis because of lack of follow-up data.

ta. Other diagnoses were Attention Deficit Hyperactivity Disorder 31.5% [n=220], School Problem 0.9% [n=6], normally developmental level features 12.0% [n=84], Mental Retardation 5.4% [n=38], Learning Disorders 1.4% [n=10], Mood Disorders 2.1% [n=15], Pervasive Developmental Disorders 1.3% [n=9], Wetting and Soiling Disorders 0.4% [n=3], parent-child relationship problem 2.4% (n=17), other disorders 6% (n=42). There was no statistical significance between genders in terms of ADHD diagnosis [f exact p:0.084]. The treatments were methylphenidate 11.9% [n=83], family consultation 17.8% [n=124], imipramine 4.3% [n=30], selective serotonin re-uptake inhibitors [SSRI] 2% [n=14], methylphenidate and imipramine 0.4% [n=3], clomipramine 0.1% [n=1], antipsychotics 1.9% [n=13].

Discussion and Conclusion: The statistical difference between genders was not seen in terms of ADHD diagnosis. Although, most frequent diagnosis was ADHD, most of the cases were also diagnosed with other different disorders. For that reason, other diagnostic groups should be considered in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity complaints. The data of retrospective drug use confirmed that psychostimulant usage was not frequent in our clinic.

Keywords: attention deficiency, hyperactivity, diagnosis, treatment

*** Bu çalışma bir özel çalışma modülü içinde gerçekleştirilmiştir.**

GİRİŞ ve AMAÇ

Son yıllarda çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuru- lar arasında dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakın- ması çok yaygın bir birincil yakınma haline gelmiştir. Eş zamanlı olarak dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bo- zukluğunun [DEAHB] yaygınlığı nedeni ile hem artan tıbbi maliyet hem de hasta ve ailenin işlev kaybı tartışıl- maktadır (Swensen ve ark. 2003). Ayrıca bu bozuklukla birlikte pek çok içe ve dışa atım bozukluk eştanısı bildir-ilmektedir (Jensen ve ark 1993).

Dikkat, özellikle yakın bellek, amaçlı öğrenme ve dü- şünme gibi her türlü bilinçli nöropsikolojik işlevin opti- mal koşulu olup oldukça karmaşık bir psikolojik işlev- dir. Dikkat, algılamadaki aktif ve seçici bir öğeye verilen isimdir. Dikkatin ön koşulları arasında "uyanıklık [viji- lans] – canlı ve uyanık olma ve uyandırma, canlandırma uyum yapma yer alır (Luria 1981). Dikkatin odaklanma- sı -ki bu seçici dikkat olarak da anılır, herhangi bir şeyin seçilip sabit tutulması anlamına gelir. Bu düzlemde dik- kat, ilgi ve güdülenme ile yakın ilişkidir. Etkinleşmek üzere hazır bekleyen mevcut kuvvetlendirilmiş duygu, belli koşullar altında otomatik olarak dikkati doğurur (Korkmaz 2000). Dikkatin sürdürülmesi efor uygulama duygusu yaratır, dıştan ve içten gelen ilgisiz uyarıların tanınıp engellenmesi gerekir. Dikkatin esnekliği bir du- rumdan diğerine kaydırılabilmesi veya bölünebilmesi- dir. Özellikle çocuklar için zor olan aynı anda iki şeyi yapma, dikkatin bu özelliğini ifade eder. Dikkatin bu bi- leşeni de ancak eğitimle incelikli hale gelir (Kinsbourne 1992). DEAHB'da, dikkat bozuklukları bireyin yanıtladı- ğı olayın tipinde (seçici veya genel dikkat sorunu), yanı- tın verilme hızında (dikkatin kaydırılamaması), yanı- tın sürekliliğinde(dikkatin dağılması) gereksiz veya ilgi- siz yanıtı engellemede [impulsif: itkisel davranış] görü- lür. Belleğe âit bir sorun olarak görülen unutkanlık da bunlara dâhildir (Korkmaz 2000).

Çocuk ve ergenlerde dikkatsizlik ve konsantre olama- ma veya motor aktivite artışı belirtilerine yol açan tanı grupları incelendiğinde majör depresyon, anksiyete bo- zuklukları, DEAHB, bipolar bozukluk gibi birbirinden farklı bozukluklar görülebilmektedir (APA 1994). Ayrıca çocukluk dönemindeki depresyonda ve bipolar bozuk- lukta görülebilen saldırganlık, iritabilite ve davranış so- runları aşırı hareketlilikle karışabilmektedir (Birmaher ve ark. 1996, Leibenluft ve ark. 2003). Çocuklarda erken dö- nemde depresyon ve anksiyete belirtilerini ortaya çıkaran etkenlerin incelendiği 10 yıllık bir takip çalışmasında, er- ken dönemdeki dikkat sorunlarının bu bozuklukları ön- celediği saptanmıştır (Leech ve ark. 2006). Çocukluk dö- nemi bipolar bozuklukta nörokognitif bozulmaların araş- tırıldığı çalışmalarda dikkat ve görsel algısal alandaki iş- lev kaybından söz edilmektedir (Dickstein ve ark. 2004). Dikkati sürdürme güçlüğü'nün DEAHB ve diğer psikiyat- rik bozukluklar için ayırımının ölçülmeye çalışıldığı bir diğer çalışmada anksiyete bozuklukları ve distimide de DEAHB kadar dikkati sürdürmede bozulma olduğu sap- tanmıştır. Bu nedenlerle klinisyenlerin bu bozukluklarda- ki dikkat sorunlarını göz önüne alması gerekliliği üzerin- de durulmuştur (Swaab-Barneveld ve ark. 2000).

Bütün bu etiyolojik psikiyatrik durumlar dışındaki et- kenlerle de benzer belirtiler oluşabilir. Bazı nörolojik ve ge- netik hastalıklarda, örneğin fragil X sendromu, Kleinfelter sendromu, Turner sendromu, fetal alkol sendromu, tiroid bozukluğu ve çok düşük doğum ağırlığı olan çocuklarda da DEAHB belirtileri çok belirgin görülür. Ayırıcı tanıda ço- cuk kötüye kullanımı, ya da ihmali, çok çocuklu bir üvey aileye yerleşim ya da kaotik aile ortamında yaşama, nöro- toksinler, enfeksiyonlar, *in utero* ilaçlara maruz kalma, men- tal retardasyon da yer alır (Shaywitz ve Shaywitz 1989).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin DEAHB dışın- da pek çok bozuklukta da öncül veya ana belirti olabile- ceği bilimsel verilerle ortaya konulmuştur. Bu nedenlerle

Tablo 1: Sosyodemografik veriler

Sosyodemografik özellikler	n	%
Cinsiyet (n=698)		
Kız	156	22.3
Erkek	542	77.7
Babanın iş durumu (n=571)		
İşsiz	6	1.05
İşçi	38	6.6
Memur	266	46.6
Serbest	234	41.8
Emekli	27	4.7
Annenin iş durumu (n=574)		
Ev hanımı	315	54.9
İşçi	16	2.8
Memur	165	28.7
Serbest	52	9.0
Emekli	26	4.5
Babanın eğitimi (n=557)		
Okuma yazması var	1	0.2
İlköğretim mezunu	133	23.9
Lise mezunu	202	36.2
Yüksekokul-üniversite mezunu	221	39.7
Annenin eğitimi (n=547)		
Okuma yazması yok	3	0.01
Okuma yazması var	4	0.7
İlköğretim mezunu	149	27.2
Lise mezunu	223	40.7
Yüksekokul-üniversite mezunu	168	30.7

Tablo 2: Cinsiyete göre tanı dağılımı

Tanı	Olgu cinsiyeti				
	Erkek	%	Kız	%	Toplam
Tanı yok	199	80.2	49	19.8	248
DEAHB	179	81.4	41	18.6	220
Okul sorunu	4	66.7	2	33.3	6
Dönem özellikleri	61	72.6	23	27.4	84
Mental retardasyon	23	60.5	15	39.5	38
Özgül öğrenme bozukluğu	6	60	4	40	10
Duygudurum bozuklukları	9	60	6	40	15
Otizm	7	77.8	2	22.2	9
Dışa atım bozuklukları	3	100	-	-	3
Anksiyete bozuklukları	3	50	3	50	6
Diğer	48	88.1	11	11.9	59

Tablo 3: Hastalara uygulanan tedaviler

Uygulanan tedaviler	n (toplam n=698)	%
Hiç tedavi uygulanmayanlar	418	59.9
Âile rehberliği	124	17.8
Metilfenidat	83	11.9
İmipramin	30	4.3
Serotonin geri-alım inhibitörleri	14	2.0
Antipsikotikler	13	1.9
Âile rehberliği + diğer ilaçlar	9	1.3
Âile rehberliği + metilfenidat	3	0.4
Metilfenidat + imipramin	3	0.4
Klomipramin	1	0.1

çalışmadaki amacımız kliniğimize dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınması ile gelen çocuk ve ergenlere konan tanı ve uygulanan tedavileri gözden geçirmektir. Böylece DEAHB tanısının bu grup içindeki sıklığı, görülen diğer ve eş tanılar, cinsiyet farklılıkları ve uygulanan tedavileri değerlendirmek mümkün olabilecektir. Bu nedenlerle bu yakınmalar ile başvuran hastaların takip süreci geriye dönük değerlendirilmiş ve bu süreç sonunda aldıkları tanılar ve tedaviler belgelendirilmiştir.

YÖNTEM

1999-2003 tarihleri arasında birincil yakınma olarak dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik ile ayaktan başvuran hastaların dosya verileri geriye dönük olarak taranmıştır. Değerlendirme için yeterli süre izlenmiş [en az 6 ay], DSM IV tanı ölçütlerine uygun şekilde tanı alan hastalar ve aldıkları tedaviler kaydedilmiştir. Ayrıca hastalar ebeveynlerin bildirdikleri sosyodemografik bilgiler, olası psikiyatrik âile öyküsü ve takip sürecinde aldığı ek nörolojik veya tıbbî tanı ve tedaviler yönünden de değerlendirilmiştir.

İlgili zaman aralığındaki arşivdeki tüm dosyalar taranmıştır. Bu tarama sonucunda birincil yakınma olarak

dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik ile başvuran çocuk ve gençler arşivdeki kayıtlı dosyalardan seçilerek incelemeye alınmıştır. Seçilen dosyalardan bilgiler bir çocuk psikiyatrisi uzmanı ve öğretim üyesi gözetimi ile tıp öğrencileri tarafından bilgi toplama formlarına aktarılmıştır. Bu araştırma aktif eğitim sistemi içindeki bir özel çalışma modülü olarak plânlanmıştır ve tüm tıp öğrencileri araştırmada aktif çalışmacı olarak yer almışlardır.

6 aydan daha az takip süreci bulunan ve yukarıdaki bilgilere ulaşmak için yeterli veri toplanamayan hastalar bu analizlerin dışında tutulmuşlardır. Kaydedilen bulgular SPSS 11.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin gruplandırılması ve yorumlanması için tanımlayıcı ölçümler yapılmıştır. Verilerin analizinde ise Ki-kare testi, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde 0.05'ten küçük p değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Dosyaların geriye dönük incelenmesi sonucunda 698 olgunun başvurusuna ulaşılmıştır. Olguların yaş ortalaması 8.43±3.6 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin yaş ortala-

ması 7.4 ± 53 , kızların yaş ortalaması ise 8.2 ± 42 idi. İki cins arasında yaş dağılımı yönünden istatistiksel anlamlı fark yoktu [$p=0.645$]. Olgularla ilgili sosyodemografik veriler Tablo 1.'de özetlenmiştir.

Olguların 542'si erkek [%77.7], 156'sı kızdır [%22.3]. Olguların %36.3'ü [$n=254$] herhangi bir tanı alamamış veya yeterli takip olmaması nedeni ile analiz dışı tutulmuştur. Hastalara konan tanıları Tablo 2'de ve uygulanan tedaviler Tablo 3'de sunulmuştur. DEAHB tanısı konan 220 olgu eş zamanlı başka psikiyatrik tanılarda almıştır. Bu olguların %70.9'u Özgül Öğrenme Bozukluğu, %53.1'i Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, %2.3'ü Davranım Bozukluğu, %0.9'u Dışa atım Bozukluğu tanısı almıştır. DEAHB'li 53 olgu [%24.09] eş zamanlı olarak Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu tanısı almıştır. Tablo 1'de diğer gruplarda DEAHB ile olmayan pür tanıları sergilenmiştir.

Cinsiyetler arasında DEHB tanısını alma yönünden istatistiksel anlamlı fark yoktur [f kesin $p:0.084$]. Bu tanıları sonrasında kullanılan tedaviler tablo 4.'de sunulmuştur. %59.9 [$n=418$] olguya tanı alanları da içerse bile herhangi bir tedavi başlanamamıştır.

TARTIŞMA

Bu geriye dönük tarama çalışmasının sonuçlarına göre birincil yakınma olarak dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik ile başvuran çocuk ve ergenlerin %31.5'inin DEAHB tanısı ile izlendiği saptanmıştır. Bu sonuca göre dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınması ile ayaktan tedavi birimine başvuran çocukların büyük çoğunluğunun birincil tanıları DEAHB olmadığı savı desteklenmiştir. Bu yakınmalarla başvuran çocuk ve ergenlerin tanıları incelendiği önceki bir çalışmada da olguların üçte bir oranda DEAHB tanısı aldığı bildirilmiştir, sonuçlar çok benzerdir. Ancak bu çalışmada DEAHB dışında en sık konulan tanı depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu olmuştur (Fettahoğlu ve Özatalay 2006). Öner ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada da majör depresyon, DEAHB ve anksiyete bozukluğunun en sık saptanan bozukluklar olduğu ve deneklerin %16'sının tanı almadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran daha fazladır ancak bu sonuç geriye dönük bir döküm çalışması olması ve veri eksiklikleri nedenine bağlı olabilir. Bizim sonuçlarımıza göre duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluğu tanı oranları da diğer çalışmalara göre daha az oranda saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda bu belirtilerle gelen çocuklarda tanı alanlar içinde beklenen DEAHB tanısından sonra en sık rastlanan durumun normâl dönem özellikleri gösteren çocuklar olması ilginçtir. DEAHB tanısı konulurken dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin gelişimsel özellikleri ve bozuk-

luk varlığında döneme özgü belirtiler dikkate alınmalıdır (Reiff ve Stein 2003). Bebeklik ve okul öncesi dönemde girişkenlik ve dürtüsellik olağandır. Okul yılları ve ergenlikte oyun içinde aşırı hareketlilik ve akran rekabetine dayalı durumlarda dürtüsellik gözlemlenebilir. Erken çocukluk ve bebeklikte gelişimsel olarak aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bulunabilir. Bu dönemde çocuklar kendilerine zarar verme riskleri nedeni ile sürekli ebeveyn gözetimine ihtiyaç duyarlar ve bu ebeveynleri bunaltabilir. Okul yılları ve ergenlikte hareketlilik ancak oyun hallerinde, dürtüsellik ise akran katılımlı etkinliklerde artış göstermektedir. Bu dönemdeki hareketlilik ve/veya itkisellik işlev kaybına yol açmıyorsa bir bozukluğu göstermemektedir. Bu davranışlar insan ilişkilerini bozacak veya yaşa özgü yetenekleri etkileyecek dereceye geldiklerinde sorun davranış hâline dönüşürler. Gelişimsel olarak aşırı hareketlilik belirtisi taşıyan bebekler erkenden tırmanmaya başlarlar ve bu grupta aşırı motor etkinlik ile birlikte duyuşal aşırı tepkisellik veya tepki azlığının gelişimsel anomâlleri tanımlanmıştır. Erken çocuklukta aşırı hareketli çocuklar hızla insanların içine koşabilir ya da oyunda sürekli bir şeylere çarpabilirler. Bu dönemde genellikle yaralanırlar ve oturarak hikâye dinleyip oyun oynayamazlar. Okul döneminde aşırı hareketli çocuklar diğer çocukların oyunlarına sıklıkla karışır ve bozarlar, gündelik işlerini tamamlamakta güçlük çekerler. Ergenlik döneminde ise başkalarını kızdıracak şakalar yapıp, sınıfta veya televizyon seyredirken aşırı kıpırtılı hâle gelebilirler. Küçük bir çocuk kısa dikkat süresine sâhiptir ve bu süre oyunlaşma ile artmaktadır. Dikkatsizlik normâl gelişimsel süreçte çocuğun düzeyi ile orantılıdır ve işlev kaybına yol açmaz. Bebeklik döneminde dikkat seçiciliğe göre değişken olabilmektedir. Bebeğin görsel, işitsel veya motor yeteneklerine göre farklılıklar gösterir. Örneğin bir çocuk ebeveynin sesine odaklanır iken diğeri canlı yüz dışavurumlarına yanıt verebilir. Okul öncesi bir çocuk kısa bir öykü kitabı veya çizme boyama gibi kısa eylemlerde dikkatini sürdürebilir. Okul dönemi ve ergenlikte özellikle istenilmeyen görevler yerine getirilir iken kolaylıkla dikkatin dağılması görülebilmektedir. DEAHB dikkat eksikliğinin özellikle baskın olduğu tipte çocuk ile âile ve öğretmen arasında belirgin güçlükler mevcuttur. Bu güçlükler akademik ve sosyal işlevselliği etkilemektedir. Ancak davranış bozukluğu olacak kadar yoğun değildir. Dikkat sorunu olan bir bebek bakım verenin yüzüne ya da yaşa uygun bir oyuncığa olan ilgilerini belirgin sürdüremezler. Nesnelere emekleme, "cee oynama" veya kutuya birkaç blok atma gibi kısa görevleri yerine getiremezler. Bu bebekler yemek yerken ilgileri başka yöne çekilmeden yiyeceklerini bitiremezler. Dikkat sorunu olan erken çocukluk dönemindeki çocuklar ise oyun ve etkinlikleri tamamlamakta oldukça zorlanırlar. Bu çocuklar akranları ile herhangi bir oyunu tamamlamada da yetersizdirler. Dik-

katin başka bir nesneye kaymasına olanak olmadan çok kısa süreli etkinliklerde dikkatlerini toplayabilirler. Okul dönemi ve ergenlik döneminde ise okuldan gelen yönerge ve açıklamaları çoğunlukla kaçırlırlar. Diğer çocuklarla yapılan oyunları ve etkinlikleri çoğunlukla tamamlamazlar. Belirgin sosyal güçlükleri vardır ve sosyal ipuçlarını toplayamazlar (AAP 1996). Çalışmamızın geriye dönük bulgularında hiç de azımsanmayacak sayıda normâl çocuğun bu belirtilerin mevcudiyeti ile başvurusu belki de DEAHB tanısının popülerliği veya anne babaların ve öğretmenlerin çocukları yanlış değerlendirmesi hakkında ipuçları verebilir. Bunun sonucunda klinisyenlerin ön yargılı yaklaşmamaları ve döneme özgü aşırı hareketlilik ve dikkati iyi değerlendirmesi gerekliliğini gözler önüne serer.

DEAHB tanısı DSM IV ölçütlerine göre konulabilen bir tanı olduğu için klinisyenler mümkünse her iki ebeveyne DSM IV kökenli belirti kontrol listeleri sunmalıdır. DEAHB'ye benzer görünümüleri olan karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon ve madde kullanımı gibi tanıların değerlendirilebilmesi için ayrıntılı inceleme ve takibe ihtiyaç vardır. Bu belirtilerin farklı çocuklarda ve farklı çevrelerde farklı anlamları olabilir. Bu nedenlerle bu sorunlu davranışların önceki durumları, ortaya çıkarıcıları ve eşlik edenleri ile ortaya çıktığı gelişimsel dönem ve âilevi özellikler mutlaka değerlendirilmelidir (AACAP 1997). Bu çalışma geriye dönük bir çalışma olmasına karşın bu ölçütleri karşılamayan hastalar tanı için veri yetersizliği nedeni ile değerlendirme dışı tutulmuşlardır. DEAHB tanısı için ebeveynlerden alınan bilgi yanı sıra belirtilerin okulda devamlılığının gösterilmesi zorunludur. DEAHB tedavisinde âile, eğitimci, hekim ve psikologların yer aldığı mültidisipliner bir yaklaşım önerilmektedir (Reiff ve Stein 2003).

Erkek cinsiyetinde bu belirtilerle kliniğe başvuru önceki bilgilerden dolayı beklendiği üzere daha yüksek orandadır (Swanson ve ark 1998). Ancak DEAHB tanısı konması yönünden cinsiyet farkı görülmemiştir. Tanı konmayan olguların çoğu erkek cinsiyetindedir. Normâl gelişimsel dönem özellikleri olarak değerlendirilen olguların da çoğunlukla erkek olması cinsiyete yönelik davranış şekillerinin aşırı hareketlilik olarak algılanması olasılığını akla getirmiştir. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi belirtilerin kızlarda daha yüksek bildirilmesine rağmen bu çalışmada bu bozukluklarda cinsiyete özgü farklılık saptanmamıştır.

DEAHB tanısı konan hastaların büyük bir çoğunluğunun DEAHB ile eş zamanlı tanı aldığı saptanmıştır. Yazında %30–50 oranında Davranım Bozukluğu, %15–75 oranında Duygudurum Bozukluğu, %25 oranında Anksiyete Bozukluğunun DEAHB ile eş zamanlı tanılabilirliğinden söz edilmektedir (Biedeman ve ark 1991). Öner ve arkadaşlarının

(2002) dikkatsizlik ile başvuran ergenlerde yaptığı benzer bir çalışmada da Majör Depresyon, DEAHB ve Anksiyete Bozukluğunun en sık rastlanan bozukluklar olduğu ve olguların %16'sına tanı konmadığı bildirilmiştir. Kliniğimizde bu oranlara uymayan şekilde en sık eştanı Özgül Öğrenme Bozukluğu olmuştur. Ayrıca azımsanmayacak oranda DEAHB'li olgu [%24.09] eşzamanlı olarak Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu tanısı almıştır. En sık görülen tanı DEAHB olmasına karşın, olguların yaklaşık üçte ikisinin başka tanıları olması bu yakınma ile başvuran hastalarda diğer tanı gruplarının da akılda tutulması gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

DEAHB tanısı alanların oranının [%31.5] bu bozukluğa yönelik ilaç kullanımı oranından [%14.3] büyük olması bu hastaların tanı sonrası tedaviye başlanmadan takipten çıktığı kanısını oluşturmaktadır. Bu belirtilerle gelen çocuklarda olasılıkla yüksek oranda uyarıcı kullanımı beklenmekteydi. Ancak bu oran yalnızca %12.75 bulunmuştur. Dünya genelinde yoğun stimülan kullanımı bir tartışma konusudur. Amerika'da 1995 yılı itibarı ile 5–18 yaşlar arasında uyarıcı kullanımı %2.8 saptanmıştır (Safer ve ark 1996). Bu grupta geriye dönük ilaç kullanımı verileri, Amerikan literatürünün aksine, kliniğimizde çok yüksek oranda uyarıcı kullanımı olmadığını doğrulamaktadır. Yüksek oranda uyarıcı kullanımı genetik zemini olan çocuklarda Bipolar Bozukluk gibi ağır psikiyatrik durumları tetikleyebilmektedir (DellBello ve ark. 2001). Bu nedenlerle ilaç kullanımından önce tanı değerlendirmesi ve takibin iyi yapılması gittikçe önem kazanmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçlarına göre DEAHB şüphesi ile getirilen pek çok çocuğun normâl gelişim dönemi özelliklerine veya farklı tanılarına sâhip oldukları saptanmıştır. Ancak, çalışma geriye dönük ve dosya taramaya dayalı bilgilere dayandığı için veri eksikleri nesnelliği etkilemiş olabilir. Bununla beraber nesnelliği sağlamak için veri eksiklikleri olan olgular analizden çıkarılmıştır. Son zamanlarda DEAHB'nin oldukça popüler bir bozukluk hâline gelmesi anne, baba ve eğitimcileri baş edemedikleri durumlarda kliniklere bu etiketleme ile çocukları göndermesine yol açabilmektedir. Ayrıca ebeveynlerin çocuklardan gerçek dışı beklentileri de hesaba katılmalıdır. Bütün bu değerlendirmeler çocukların normâl gelişim veya eğitim süreçlerinde pek çok işe katılan etmenin çok yönlü değerlendirilmesi gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

KAYNAKLAR

AACAP Official Action (1997) Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. Ameri-

- can Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 36 Suppl: 4-20.
- American Academy of Pediatrics (1994) The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Basım (DSM IV). Köroğlu E, çeviri editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- 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.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al (1996) Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35: 1427-1439.
- Dickstein DP, Treland J, Snow J, McClure EB, Mehta MS, Towbin KE, Pine DS, Leibenluft E (2004) Neuropsychological performance in pediatric bipolar disorder. *Biol Psychiatry*; 55: 32-39.
- DelBello MP, Soutullo CA, Hendricks W, Niemeier RT, McElroy SL, Strakowski SM (2001) Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder: association with age at onset. *Bipolar Dis*; 3: 53-57.
- Jensen PS, Shervette RE 3rd, Xenakis SN, Richters J (1993) Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *Am J Psychiatry*; 150(8):1203-9.
- Kinsbourne M (1992) Development of attention and metacognition. Segalowitz SJ, Rapin I, editors. *Handbook of Neuropsychology*, Vol 7. Amsterdam: Elsevier, 261-279.
- Korkmaz B (2000) Dikkat ve bozuklukları Pediatrik Davranış Nörolojisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 79-91.
- Leech SL, Larkby CA, Day R, Day NL (2006) Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 45: 223-230.
- Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS (2003) Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*; 160: 430-437.
- Luria AR (1981) The working brain. An Introduction to Neuropsychology. Middlesex, England: Penguin Books.
- Reiff MI, Stein MT (2003) Attention-deficit/hyperactivity disorder evaluation and diagnosis A practical approach in office practice. *Pediatr Clin N Am*; 50: 1019-1048.
- Safer DJ, Zito JM, Fine EM (1996) Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics*; 98: 1084-1088.
- Shaywitz BA, Shaywitz SE (1989) Learning disabilities and attentional disorders. Swaiman K, editor. *Pediatric Neurology, Principles and Practice*. St. Louis, CV: Mosby, 857-895.
- Swaab-Barneveld H, Sonneveld L, Cohen-Kettenis P, et al (2000) Visual sustained attention in a child psychiatry population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 651-659.
- Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP (1998) Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*; 351: 429-33.
- Swensen AR, Birnbaum HG, Secnik K, Marynchenko M, Greenberg P, Claxton A (2003) Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42: 1415-1422.