

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması

Dr. Birim Günay KILIÇ¹, Dr. Şahnur ŞENER²

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve DEHB ile birlikte Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu ve/veya Davranış Bozukluğu (KGB/DB) olan çocukların doğum, gebelik, yenidoğan dönemiyle ilgili özellikleri, gelişimleri, zeka bölümleri ve davranışsal sorun alanlarıyla anababalarının şimdiki zamana ilişkin psikopatolojilerinin, aile işlevlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: DSM- IV tanı ölçütlerine göre DEHB ve DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB tanısı alan, 6-11 yaş aralığında 92 çocuk çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Anababalara 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDO) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADO) uygulanmış ve halen psikiyatrik bir sağıltım alıp almadıkları ve eşlerinin alkol kullanım özellikleri sorulmuştur.

Bulgular: Olguların % 69,6'sında DEHB, % 30,4'ünde DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB saptanmıştır. Gruplar arasında yaş, zeka düzeyi, yenidoğan dönemi özellikleri, yürüme ve konuşma yaşları açısından farklılık saptanmamıştır. Eş hastalık olarak KGB ve/veya DB tanısı alan DEHB'li çocukların ÇGDO alt ölçek puanlarının sosyal içe dönüklük ve cinsel sorunlar alt ölçeği dışında yüksek olduğu belirlenmiştir. DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB grubunda annelerde depresyon, babalarda sorunlu alkol kullanımı yüksek bulunmuştur. ADO'nün Roller ve Davranış kontrolü alt ölçeklerinde DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB grubu 'sağıksız işlevi' gösterir tarzda yüksek puanlar almıştır.

Sonuç: DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olguları değerlendirilirken, sağıltım girişimlerinin çocuk yanı sıra, anababaların sağıltımı ve anababalık becerilerini artırıcı eğitim programlarıyla destekleyici tarzda olması gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, aile işlevleri, anababa psikopatolojisi

SUMMARY: Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder

Objective: To compare the parental sociodemographic characteristics, prenatal and postnatal developmental variables, IQ and behavioral disturbances as well as family functioning and current psychiatric disorders in the parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and the parents of children with ADHD and comorbid oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD).

Method: The sample consists of 92 children in the 6-11 age range, diagnosed with ADHD and ADHD with comorbid ODD/CD using DSM-IV diagnostic criteria. Parents completed the Child Behavior Checklist (CBCL) 4-18 and the Family Assessment Device (FAD) and were interviewed for current psychiatric treatment and alcohol consumption.

Results: 69.6% of the sample was diagnosed with ADHD and 30.4% with ADHD + ODD/CD. There were no differences between the two groups with respect to age, intelligence, characteristics of the neonatal period, age of walking and age of speech. Children with ADHD and comorbid ODD/CD had high CBCL subscale scores except for the social withdrawal and sexual problems subscales. Maternal depression and paternal drinking problems were high in the ADHD+ODD/CD group. The families of children with ADHD+ODD/CD also scored high at the level of 'unhealthy functioning' in the Roles and Behaviour Control subscales of the FAD.

Conclusion: The treatment of children diagnosed with ADHD with comorbid ODD / CD should include parental treatment and intervention addressing parental skills.

Key Words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, family functioning, parental psychopathology

¹Uzm., Ankara Ü Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., ²Prof., Gazi Ü Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Ankara.

GİRİŞ

Eşhastalanım tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda da (DEHB) sık olarak saptanmakta ve klinisyenlerin ilgi odağı olmaktadır. DEHB'de eşlik eden psikopatolojilerin, bozukluğun seyrini olumsuz yönde etkilediği ve sağaltım planında değişikliklere neden olduğu bilinmektedir. DEHB ve onunla ilişkili eşhastalanımın yaygınlığı kullanılan tanı ölçütlerine, çalışma desenine ve bilgi kaynaklarına göre farklılıklar göstermektedir (Weiss 1996).

Biederman ve arkadaşları (1998), 6-17 yaş aralığındaki DEHB'li çocuklarda yaptıkları bir araştırmada eşhastalanımı, Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KGB) için çocuklarda % 46, ergenlerde % 33; Davranış Bozukluğu (DB) için çocuklarda % 25, ergenlerde % 42 gibi yüksek oranlarda saptamıştır. DEHB, KGB ve DB arasındaki ilişkilerin tanımlandığı bir modelde, davranış bozukluklarının daha hafiften daha ağıra doğru gelişimsel bir ilerleme gösterdiği varsayılmakta ve sadece KGB eşhastalanımı olan DEHB'li bir grup çocukta DB'nin geliştiği bildirilmektedir. Bu çizgide DB gelişen çocukların bir alt grubunda da daha sonra antisosyal kişilik bozukluğunun gelişebileceği ileri sürülmektedir (Lahey ve ark. 1999). Yıkıcı davranış bozukluklarının gelişiminde DEHB'nin rolü tartışmalı bir konu olmakla birlikte KGB ve DEHB birlikteliğinin DB belirtilerinin erken başlangıcı için bir belirleyici olabileceği üzerinde durulmaktadır. Genelde DEHB'nin DB'nin gelişimsel seyrini ve ağırlığını etkilediği düşüncesi, yazın bilgilerinin uzlaştığı bir nokta olarak bildirilmektedir (Loeber ve ark. 2000).

Etiyolojisinde nörobiyolojik etkenlerin belirleyici yeri olduğu bilinen DEHB'de yaş, cinsiyet, sosyodemografik özellikler, anababalarda saptanan psikiyatrik bozukluklar gibi birçok değişkenin, biyolojik yatkınlığın ve eşhastalanımın ortaya çıkmasında rolü olduğu vurgulanmaktadır (Faraone ve Biederman 1999). DEHB'li 6-17 yaş arası 140 erkek çocukla yapılan bir araştırmada; Rutter'ın risk belirleyicileri (ağır evlilik sorunları, sosyal sınıf düşüklüğü, geniş aile, babada suça yönelik davranışlar, annede ruhsal bozukluk ve koruyucu aile yanına yerleştirilme) DEHB ile ilişkili eşhastalanım ve psikososyal işlev bozukluğu için öngörücü olarak saptanmıştır

(Biederman ve ark. 1995). Çocuk-aile ilişkisinde ve aile işlevselliğindeki bozuklukların DEHB'de KGB ve DB gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir (Cantwell 1996).

Bu bilgiler ışığında bu araştırmanın amacı, DEHB ve DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olan çocukların gelişimsel, sosyodemografik özelliklerini ve davranışsal sorun alanlarını karşılaştırmak ve bu gruplarda yer alan anababaların şimdiki zamana ilişkin psikiyatrik patolojilerinde ve aile işlevselliklerinde fark olup olmadığını belirlemektir. Bu karşılaştırmalar sonunda çocuğa ve aileye ilişkin değişkenler yönünden saptanacak farkların sağaltım girişimlerine olan izdüşümleri belirlenecektir.

ARAÇLAR ve YÖNTEM

Örneklem ve İşlem

Bu araştırma Kasım 2000- Şubat 2002 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine yapılan ardışık başvuruların değerlendirilmesi sonucunda DEHB tanısı alan, 6-11 yaş aralığında, ilköğretim 1-5. sınıf öğrencisi 92 çocuk ve anababalarına ilişkin veriler üzerinden yürütülmüştür. Araştırmaya alınan çocukların anababalarından yazılı onay alınmıştır.

Örneklemi oluşturan olguların tanı değerlendirilmeleri, araştırmanın her iki yazarı tarafından ayrı ayrı yapılmıştır. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik temel yakınmalarıyla polikliniğe yönlendirilen tüm olgular, anababalardan alınan bilgiler doğrultusunda DSM-IV'te (APA 1994) "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" ana başlığında yer alan ölçütler temel alınarak sorgulanmıştır. Özgül Öğrenme Bozukluğu, Duygudurum ve Anksiyete Bozukluğu tanılarını alan, Toplam Zeka Bölümü 85'in altında olan ve epilepsi dahil başka bir süregelen hastalığı olan olgular çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. DEHB yanısıra eşhastalık olarak KGB ve DB tanılarını alan olgular çalışma kapsamında tutulmuş ve DEHB alt grupları belirlenmiştir. Anababa ve öğretmenlere Connors Öğretmen ve Anababa Derecelendirme Ölçekleri (Şener ve ark. 1995, Dereboy ve ark. 1997, Dereboy ve ark. 1998) verilerek tanımlar desteklenmiştir.

DEHB tanısı alan olguların anababalarından 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış

TABLO 1. DEHB ve DEHB+(KGB/DB) Gruplarındaki Çocukların Yaş, Zeka Bölümü, Kardeş Sayısı ve Temel Gelişim Basamaklarına İlişkin Ortalama Değerler.

	DEHB (N=64)		DEHB+(KGB/DB) (N=28)		p
	X/ortanca	ss/min-max	X/ortanca	ss/min-max	
Yaş (ay)	98.17	17.30	100.43	16.31	ad
Sözel ZB	104.38	14.08	102.29	8.89	ad
Performans ZB	107.75	14.20	105.25	14.42	ad
Toplam ZB	106.56	13.72	104.25	10.86	ad
Yürüme (ay)	12.09	1.71	12.29	2.66	ad
Konuşma (ay)	19.64	4.83	20.64	3.77	ad
Kardeş sayısı	1	0-3	1	0-2	ad

ad: Anlamli değil; yaş ve ZB t testi, yürüme, konuşma ayları ve kardeş sayısı M-W U testi.

Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'ni doldurmaları istenmiştir. Anababalara halen psikiyatrik bir sağıltım alıp almadıkları ve eşlerinin alkol kullanım özellikleri sorulmuştur. Alkol Kullanım Bozuklukları DSM-IV (APA 1994) ölçütleri temel alınarak sorgulanmıştır. Halen psikiyatri kliniklerinde izlendiğini bildiren anababaların tanıları ilgili kliniklerle bağlantı kurularak öğrenilmiştir. Kesitsel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, DEHB olguları KGB ve/veya DB eşhastalanımı olup olmamasına göre iki gruba ayrılarak verilerin analizi yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Görüşme Formu

Bu form aileye ve çocuğa ilişkin sosyodemografik bilgileri toplamayı ve çocuğun erken gelişim özelliklerini belirlemeyi hedeflemiştir. Ailenin demografik bilgileri yanısıra anababanın halen psikiyatrik sağıltım alıp almadığı ve alkol kullanım özellikleri sorgulanmıştır.

4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ)

(Child Behavior Checklist for Ages 4-18, CBCL)

Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇGDÖ), 4-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anababalarından elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Achenbach ve Edelbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1991 formunun Türkçeye çevirisi Erol ve Kılıç tarafından yapılmış ve ülkemizdeki 1985

formuyla (Akçakın 1985) sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla çeviriler gözden geçirilmiştir (Erol ve Şimşek 1998).

ÇGDÖ'den "İçe Yönelim" ve "Dışa Yönelim" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu "Sosyal İçe Dönüklük", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete/Depresyon", Dışa yönelim grubu ise "Suça Yönelik Davranışlar" ve "Saldırgan Davranışlar" alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Sorunları", "Cinsel Sorunlar" ve "Dikkat Sorunları" da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından "Toplam Sorun" puanı elde edilmektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0.70 ve 0.84 olarak saptanmıştır. İç tutarlılık değerleri ise 0.39 ve 0.86 olarak bulunmuştur (Erol ve ark. 1995).

Araştırmada, ölçeğin DOS işletim sistemi üzerinde çalışan programı kullanılarak, kız ve erkek çocuklar için uygun (4-11 yaş) yaş dilimlerine göre elde edilen alt ölçek puanları ve toplam puan hesaplanmıştır.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

(Mc Master Family Assessment Device, FAD)

Aile Değerlendirme ölçeği 1983'te Amerika Birleşik Devletlerinde Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiştir (Epstein ve ark. 1983). Ailenin, işlevlerini yerine getirip getirmediği konusunda genel bir değerlendirme yapmak ve sorun alanlarını ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulmuştur. Toplam 60 maddeden oluşan öl-

TABLO 2. DEHB ve DEHB+(KGB/DB) Gruplarının ÇGDÖ Puanlarına İlişkin Ortalama Değerleri.

Test Puanı	DEHB (N=63)		DEHB+ (KGB/DB) (N=28)		Toplam (N=91)		Z	p
	X	ss	X	ss	Ortanca	Min-max		
Sosyal İçer Dönüklük	4.05	2.84	5.57	3.56	5.00	0-14	-1.94	0.053
Somatik Yakınmalar	1.22	1.67	2.75	2.68	1.00	0-10	-2.87	0.004
Anksiyete-Depresyon	7.11	3.39	9.43	5.36	7.00	0-20	-2.08	0.038
Sosyal Sorunlar	4.40	2.35	6.50	2.53	5.00	0-12	-3.63	0.000
Düşünce Sorunları	1.94	1.61	3.11	1.93	2.00	0-7	-2.83	0.005
Dikkat Sorunları	9.54	3.11	11.71	3.55	10.00	3-19	-2.83	0.005
Suçla Yönelik Davranışlar	3.90	2.60	7.89	3.63	5.00	0-16	-4.96	0.000
Saldırgan Davranışlar	16.70	6.85	25.00	9.08	18.00	1-39	-3.95	0.000
Cinsel Sorunlar	0.65	1.17	1.00	1.33	0.00	0-5	-1.26	0.208
İçer Yönelim Bozuklukları	12.16	5.54	17.29	9.33	12.00	0-32	-2.60	0.009
Dışa Yönelim Bozuklukları	20.60	8.53	32.89	11.79	23.00	3-55	-4.47	0.000
Toplam Puan	55.08	18.27	81.21	28.48	60.00	16-144	-3.91	0.000

M-W U testi.

çeğin 7 alt ölçeği vardır. Bunlar: Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevleri içermektedir. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağsızsız) arasında değişmektedir. Görgül çalışmalar sürmekle birlikte genel olarak 2.00'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağsızsızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe Formunun test-tekrar test güvenilirliği 0.62 ve 0.90 olarak saptanmıştır. İç tutarlılık değerleri ise 0.38 ve 0.86 olarak belirlenmiştir (Bulut 1990).

Verilerin değerlendirilmesi

DSM-IV'te 'Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları' ortak çatısında yer alan KGB ve DB, araştırmalarda da genellikle birlikte ele alınmaktadır. DB tanısını alan olguların sayıca az olmasının istatistiksel analizlerin yapılmasına uygun olmayacağı da düşünülerek analizler KGB ve DB tanılarını alan olgular birleştirilerek yapılmıştır. Çalışma verilerinin istatistiksel analizinde, SPSS paket programının 11.0 sürümü kullanılmıştır. Sayısal verilerin değerlendirilmesinde t testi, ölçek puanlarının değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Frekans karşılaştırmaları için ise Ki-kare (X^2) Testi uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi < 0.05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Olguların % 78,3'ü (N=72) erkek, % 21,7'si

(N=20) kızdır. Kız olguların % 25'i (N=5), erkeklerinse % 31,9'u (N=23) KGB ve/veya DB tanılarını da alan DEHB olgularıdır. Eşhastalık tanısı alma yönünden kız ve erkek olgular arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2= 0.357$, $p> 0.05$). KGB ve/veya DB tanılarını alan DEHB olgularının % 82,1'i (N = 23) erkek, % 17,9'u (N=5) kızdır. DEHB yanısıra ek yıkıcı davranış bozuklukları tanısını erkek olguların daha fazla aldığı ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($X^2= 11.571$, $p< 0.05$).

Her iki grupta yer alan çocukların doğum biçimi, gebelik süresi, yenidoğan döneminde sorun olup olmaması gibi yenidoğan dönemi özellikleri açısından benzerlik gösterdiği belirlenmiş ve gruplar arasında yaş, zeka düzeyi, yürüme ve konuşma yaşları ile kardeş sayıları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p> 0.05$) (Tablo 1).

Eşhastalanım kapsamında yer alan olguların % 75'inin (N= 21) KGB ve % 25'inin (N=7) DB tanı ölçütlerini karşıladığı belirlenmiştir. Yalnızca DEHB tanısı alan 64 (% 69,6), DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB tanısı alan 28 (% 30,4) olgu bulunmaktadır. Tüm olguların DEHB alt gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; % 73,9 (N= 68) olgunun bileşik alt grupta, % 15,2 (N= 14) olgunun dikkat eksikliği alt grubunda ve % 10,9 (N= 10) olgunun ise hiperaktivite-dürtüsellik alt grubunda yer aldığı belirlenmiştir. KGB ve/veya DB tanılarını alan ve almayan olguların DEHB alt gruplarına dağılımı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($X^2= 2.513$, $p>$

TABLO 3. DEHB ve DEHB+(KGB/DB) Grup Ailelerinin ADÖ Puanlarına İlişkin Ortalama Değerleri.

Alt Ölçek Puanı	DEHB (N=63)		DEHB+ (KGB/DB) (N=28)		Toplam (N=91)		Z	p
	X	ss	X	ss	Ortanca	Min-max		
Problem çözme	1.77	0.60	2.03	0.75	1.66	1-3.50	-1.24	0.214
İletişim	1.74	0.52	1.88	0.68	1.66	1-3.70	-0.77	0.445
Roller	1.95	0.48	2.18	0.57	1.95	1-3.45	-1.97	0.049
Duygusal tepki verebilme	1.61	0.53	1.75	0.63	1.50	1-3.50	-1.09	0.274
Gereken ilgiyi gösterme	2.03	0.49	2.05	0.49	2.00	1-3.71	-0.10	0.918
Davranış kontrolü	1.82	0.44	2.11	0.59	1.77	1-3.50	-2.23	0.026
Genel işlevler	1.70	0.51	1.98	0.65	1.66	1-4.00	-1.91	0.056

M-W U testi.

0.05). Ek tanısı olan olguların DEHB alt gruplarına göre dağılım oranları; % 78,6 (N=22) bileşik, % 7,1 (N=2) dikkat eksikliği, % 14,3 (N=4) hiperaktivite-dürtüsellik alt grubu biçimindedir. Ek tanı almayan DEHB olgularının % 71,9'u (N=46) bileşik, % 18,8'i (N=12) dikkat eksikliği, % 9,4'ü (N=6) hiperaktivite-dürtüsellik alt grubunda yer almıştır.

KGB ve/veya DB eş tanısı olan ve olmayan DEHB'li çocukların ÇGDÖ alt ölçek puanlarında sosyal içe dönüklük ve cinsel sorunlar alt ölçeği dışında tüm alt ölçek puanları ve toplam puanda anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Eşhastalık olarak KGB ve/veya DB tanısı alan çocukların anlamlı olarak yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir. ÇGDÖ puanlarına ilişkin ortalama değerler Tablo 2'de sunulmuştur.

İki grup anababa yaşları açısından istatistiksel anlamlı bir fark göstermemiştir ($p > 0.05$). Gruplar aile türleri açısından değerlendirildiğinde, DEHB grubunun % 87,5 (N= 56) çekirdek aile, % 7,8 (N= 5) geniş aile, % 4,7 (N= 3) tek ebeveynli aile düzeninde yaşadığı saptanmıştır. DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olan grupta ise tüm çocukların çekirdek aile düzeninde yaşadığı belirlenmiştir. Bu gruptaki % 7,1 (N= 2) olgu evlat edinilmiştir.

Ülkemizde ailenin gelir düzeyi ve anababanın eğitim düzeyi ile mesleği arasındaki ilişki çok değişken olduğundan sadece eğitim düzeyi ve mesleğe ilişkin veriler analiz edilmiştir. DEHB grubundaki annelerin % 54,7'si (N=35) ev hanımı, % 31,3'ü (N=20) memur, DEHB ile birlikte KGB/DB olan gruptaki annelerin ise % 50'si (N=14) ev hanımı, % 39,3'ü (N=11) memurdur. DEHB grubu babaların % 59,4'ü (N= 38) memur

ve %28,1 (N=18) serbest meslek sahibidir. DEHB ile birlikte KGB/DB olan grupta babaların ise % 50'si (N= 14) memur, % 32,1'i (N=9) serbest meslek sahibidir. Gruplar anne ve babaların eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında birbirinden farklı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Elde edilen veriler doğrultusunda örnekleme giren ailelerin orta sosyo-ekonomik düzeyde olduğu düşünülmüştür.

Ailede şimdiki zamana ilişkin psikiyatrik öykü incelendiğinde iki sorun alanı saptanmıştır. Bunlar, annelerde depresyon ve babalarda alkol kötüye kullanımı (APA 1994) tanı ölçütlerini karşılayan sorunlu alkol kullanımıdır. Bu yönden iki grup karşılaştırıldığında KGB ve/veya DB ek tanı alan DEHB grubu çocukların annelerinde depresyon, babalarında alkol kötüye kullanımının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($X^2=7.196$, $p < 0.05$).

Tablo 3'te her iki grubun ortak aile bildirimi-ne dayalı ADÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Bu ölçeğin Roller ve Davranış kontrolü alt ölçeklerinden elde edilen puanlar iki grup arasında anlamlı fark göstermiştir ($p < 0.05$). Eşhastalık olarak KGB ve/veya DB tanısı olan grup, bu iki alt ölçekte 'sağlıksız işlevi' gösterir tarzda yüksek puanlar almıştır.

TARTIŞMA

Yıkıcı davranış bozuklukları için çocuğa ve psikososyal bileşenlere ilişkin risk etkenleri tanımlanmaktadır. Genetik/ailevi yatkınlık, nörokimyasal ve nöroanatomik farklılıklar ile doğum öncesi ve doğum sırasındaki sorunlar biyolojik risk etkenleri olarak ele alınmaktadır. Çocuğun mizacı, bağlanma özellikleri, nöropsikolojik du-

rumunun yanısıra zeka, akademik başarı, sosyal/moral gelişim gibi bileşenler de işlevsel risk etkenleri olarak araştırılmaktadır. Öte yandan anababalık, akran ilişkileri, sosyoekonomik durum, baş etme becerileri gibi psikososyal risk etkenleri bildirilmektedir (Loeber ve ark. 2000). Araştırmalar genellikle DEHB, KGB, DB belirtilerini kapsayan antisosyal davranışlara odaklanmaktadır. Tanısal sınıflar için risk etkenlerini ayırtıcı biçimde tasarlanmış araştırmaların gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Burke ve ark. 2002).

Çalışma örnekleminde yer alan olguların % 78,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. DEHB bileşik alt grubunda yer alan % 73,9 olgu bulunmaktadır. Bu bulgu klinik örneklemelerde daha önce bildirilen oranlarla uyum göstermektedir (Biederman ve ark. 1998, Faraone ve Biederman 1999). Bu araştırmada saptanan eşhastalık olarak KGB ve/veya DB tanısını alma oranı (% 30,4) düşük görünebilir. Fakat DEHB'de ikinci, hatta üçüncü bir ek tanının sıklıkla var olduğu ve bu araştırmada sıklıkla DEHB'ye eşlik ettiği bilinen Özgül Öğrenme Bozukluğu, Duygudurum ve Anksiyete bozukluğu gibi bozuklukları olan olguların dışlandığı düşünüldüğünde bu oranın da yazın bilgileriyle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Bu araştırmada yer alan iki grup çocuk gebelik ve doğuma ilişkin özellikler, yürümeye ve konuşmaya başlama gibi temel gelişim basamaklarına ulaşma yönünden benzer özelliklere sahiptir. Yaş ve zeka düzeyleri açısından da iki grup farklı değildir. ÇGDÖ puanları incelendiğinde, anababa değerlendirmeleri açısından sosyal içe dönüklük ve cinsel sorunlar hariç tüm puanlarda DEHB yanısıra eşhastalanımı olan grubun sorunlu davranışı gösterir tarzda daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. ÇGDÖ, doğrudan DSM-IV'ü temel alan bir ölçek olmamakla birlikte eşhastalık olarak yıkıcı davranış bozuklukları tanısı alan DEHB'li grupla sadece DEHB olan grubun davranışsal sorun alanlarındaki farkları ortaya koymuştur. "Dışa Yönelim" bozuklukları davranış belirti puanında gruplar arası ortaya çıkan fark şaşırtıcı bir sonuç değildir. Fakat "Sosyal İçe Dönüklük", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete/Depresyon" alt ölçeklerinin toplamından oluşan "İçe Yönelim" bozuklukları davranış belirti puanının DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olan grupta daha yüksek olması dikkat çekicidir. DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olan grupta

olumsuz yönde anlamlı fark yaratan, "Somatik Yakınmalar" ve "Anksiyete/Depresyon" alt ölçekleri puanlarıdır.

Ergenlik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğü, bilinen bir gerçektir. Gençlerde, DEHB ve yıkıcı davranış bozukluklarının ikincil depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla birlikteliğinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Turgay 1997, Loeber ve ark. 2000). Bu araştırmada homojen bir grup oluşturmak amacıyla, klinik görüşmeler yanısıra psikometrik değerlendirmeler sonucunda depresyon ve anksiyete bozuklukları eşhastalanımı gösteren DEHB olguları dışlanmıştır. Bu durumda ÇGDÖ puanlarına dayanarak eşik altı düzeyde anksiyete ve depresif belirtilerin eşhastalık olarak KGB ve/veya DB tanısı alan DEHB grubunda daha yüksek olduğu söylenebilir. Çalışma örnekleminin ergenlik öncesi dönemi kapsadığı da dikkate alınırsa eşhastalık olarak KGB ve/veya DB olan DEHB'li çocukların ergenlik döneminde depresyon ve anksiyete bozukluğu gösterme olasılığının daha yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Pekcanlar ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukların ailelerinin işlevleri genel olarak normal sınırlar içinde bulunmuştur. Fakat aynı çalışmada DEHB ile birlikte DB olan gruptaki ailelerde kontrol ve iletişim alanlarında sorunlar belirlenmiştir. Özcan ve arkadaşları (2003) DEHB ve DEHB ile birlikte KGB olan gruplarda ADÖ kullanarak aile işlevlerini değerlendirmiş ve DEHB ile birlikte KGB eşhastalanımı olan gruptaki ailelerde Davranış Kontrolü alt ölçeğinde sağlıksızlık oranını anlamlı olarak yüksek bulmuştur. Çalışmamızda da, bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında doğrudan aile üyelerinden bilgi almayı amaçlayan ADÖ'nün Roller ve Davranış Kontrolü alt ölçeklerinde KGB ve/veya DB tanılarını alan DEHB'li grubun ailelerinin anlamlı olarak "sağlıksızlığı" gösterir biçimde yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Bu sonuç, eşhastalık olarak KGB ve/veya DB gösteren grup ailelerinin, diğer gruba oranla üyelerinin kendilerinden beklenen rolleri etkili bir biçimde yerine getiremediği ve birbirinin davranışlarına etkin ve ölçülü bir şekilde standart koyup kontrol edemediği anlamına gelmektedir. Sistem yaklaşımını temel alan bu ölçekte bir işlevde ortaya çıkan bozulmanın diğerlerini de etkileyeceği düşünülebilir. Fakat aile işlevlerinde saptanan bu bozulma ile nedensellik

ilişkisi kurmak güçtür. DEHB'ye ek olarak yıkıcı davranış bozuklukları sergileyen bir çocuğa sahip olmak aile sistemine ek bir yük getirdiği gibi, sistemin diğer parçalarını oluşturan anababalara ilişkin değişkenler de sistemi etkileyip aile işlevlerini bozuyor olabilir. Nitekim çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu da DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olan grubun annelerinde şimdiki zamana ilişkin psikiyatrik öyküde depresyon varlığının, babalarında ise alkol kötüye kullanımının anlamlı olarak yüksek saptanmasıdır.

DEHB ve KGB'nin birlikte olduğu gruptaki anababaların kontrol grubuna oranla daha çok olumsuz-tepkisel ve daha az olumlu anababalık stratejileri kullandıklarını saptayan bir çalışmada, bu anababaların özgüvenlerinin düşük olduğu ve psikolojik bozuklukların daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Johnston 1996). DEHB, DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB gösteren Japon çocukların ailelerinin psikososyal özelliklerinin ele alındığı bir çalışmada ise eşhastalanım gösteren çocukların ailelerinde kişiler arası ilişkiler daha çok çatışmalı ve daha az organize olarak saptanmıştır. Ruh sağlığı yönünden DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB grubunda yer alan annelerin en kötü durumda olduğu belirlenmiştir (Satake ve ark. 2004). Yıkıcı davranış bozukluğu eşhastalanımı olan ve olmayan, 3-7 yaş grubu DEHB'li çocukların anababalarındaki psikiyatrik bozuklukların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise çocuk-taki DEHB'ye ek olarak var olan KGB ve/veya

DB'nin annelerin mevcut duygudurum ve anksiyete bozukluğu ve uyarıcı/kokain bağımlılığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu anneler çocuklarının babalarına ilişkin olarak daha fazla sorunlu içicilik bildirmişlerdir (Chronis ve ark. 2003).

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri DB tanısı alan olguların azlığı nedeniyle KGB ve DB olgularının birleştirilmiş olmasıdır. Diğer bir kısıtlılık anababaların psikopatolojilerinin tarafımızdan yapılandırılmış görüşme ve ölçeklerle saptanmış olmasıdır. Psikiyatristler tarafından konan tanımlar anamnez bilgilerinden yola çıkılarak doğrulanmıştır. Sonuç olarak, çalışma örneklemimizde eşhastalanım olup olmaması dışında çocuklara ilişkin birçok değişkenin farklılık göstermediği ve anababalara ilişkin sosyodemografik özelliklerin benzerlik gösterdiği dikkate alındığında, DEHB ile birlikte KGB ve/veya DB olan grupta saptanan aile işlevlerine ve anababa psikopatolojisine ilişkin olumsuz farkların önemli olduğu düşünülmüştür. DEHB'de, anababa/aile sorunlarının sağaltıma uyumda azalma ve daha az olumlu sağaltım sonuçları açısından yordayıcı olduğu gösterilmiştir (Hoza ve ark. 2000). Bu bağlamda, DEHB olguları değerlendirilirken özellikle eşhastalık olarak yıkıcı davranış bozukluğu varlığında, sağaltım girişimlerinin çocuk yanı sıra, anababaların sağaltımı ve anababalık becerilerini artırıcı eğitim programlarıyla destekleyici tarzda olması gerektiği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

Achenbach TM, Edelbrock C (1983) Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Akçakın M (1985) Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 5: 3-6.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

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: 464-470.

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

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) Elkitabı. Ankara, Özgüzel Matbaası.

Burke JD, Loeber R, Birmaher B (2002) Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part II.

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 41: 1275- 1293.

Cantwell DP (1996) Attention deficit disorder a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 978-987.

Chronis A, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (2003) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42: 1424-1432.

Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy İF ve ark. (1997) Connors öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 4: 10-18.

Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş ve ark. (1998) Connors anababa derecelendirme ölçeği uyarlama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi Özet Kitabı, Ankara, s. 42.

Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster Family Assessment Device. Marital and Family Therapy, 9: 171-180.

Erol N, Arslan BL, Akçakın M (1995) The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder, içinde Sergeant J (ed) Zürih, Fotoratar, s. 97-113.

Erol N, Şimşek Z (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve

Gençlerde Ruh Sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Birinci baskı. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (Eds) Eksen Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, s. 25-75.

Faraone SV, Biederman J (1999) The neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Neurobiology of Mental Illness, 1. baskı. DS Charney, EJ Nestler, BS Bunney (Eds) Oxford University Press, s. 788-801.

Hoza B, Owens JS, Pelham WE ve ark. (2000) Effect of parent cognitions on child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol, 28: 569-583.

Johnston C (1996) Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. J Abnorm Child Psychol, 24: 85-104.

Lahey BB, Waldman ID, McBurnett K (1999) The development of antisocial behavior: an integrative causal model. J Child Psychol Psychiatry, 40: 669-682.

Loeber RL, Burke JD, Lahey BB ve ark. (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39: 1468-1484.

Özcan C, Ofllaz F, Türkbay T (2003) Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşı olma-karşı gelme bozukluğu olan çocukların anne-babalarının empati düzeylerinin karşılaştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 10: 108-114.

Pekcanlar A, Turgay A, Miral S ve ark. (1999) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda aile işlevleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6: 99-107.

Satake H, Yamashita H, Yoshida K (2004) The family psychosocial characteristics of children with attention deficit hyperactivity disorder with or without oppositional or conduct problems in Japan. Child Psychiatry Hum Dev, 34: 219-235.

Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy İF, Sertcan Y (1995) Connors öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması- I. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2: 131-141.

Turgay A (1997) Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB): sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım-I, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2: 413-451.

Weiss G (1996) Attention deficit hyperactivity disorder. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook, 2. baskı. M Lewis (Ed), Williams and Wilkins, Baltimore, s. 544-563.

Şizofreni Dernekleri ruh hekimlerinin ilgi ve desteğini bekliyor

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Kuveyt Cad. (Güven Sokak) 7/18, Aşağıyayracı, ANKARA • Tel. 0312 466 54 66

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ • Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR • Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA • Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, Manisa • Tel: 0 236 239 64 71