

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocukların Ebeveynlerinde DEHB ve Diğer Psikiyatrik Belirtiler

Şeref Şimşek¹, Cem Gökçen²,
E. Çiğil Fettahoğlu³

¹Yrd. Doç. Dr., Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Çocuk Psikiyatrisi AD, Diyarbakır - Türkiye

²Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi,
Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Gaziantep - Türkiye

³Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Çocuk Psikiyatrisi AD, Antalya - Türkiye

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerindeki DEHB ve diğer psikiyatrik belirtileri araştırmaktır.

Yöntem: DEHB olan 34 çocuğun anne (n=34) ve babaları (n=29) araştırma grubuna alındı. Kontrol grubuna ise, daha önce ruhsal sorunlar nedeniyle doktora başvuru öyküsü olmayan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre, DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB) tanılan dışlanan 34 çocuğun anne (n=34) ve babaları (n=31) alındı. Ebeveynlere, Belirti Tarama listesi (Symptom Check List: SCL-90-R) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (DEHÖE) uygulandı.

Bulgular: Hasta grubunda bulunan ebeveynler, kontrol grubundaki ebeveynlere göre anlamlı oranda daha fazla DEHB belirtilerine ve psikiyatrik belirtilere sahip bulundu.

Sonuç: DEHB'li çocukların değerlendirilmeleri ve tedavi süreçlerinde ebeveynlerinin, DEHB ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından yakından izlenmesi faydalı olabilir. Ebeveynde var olabilecek hastalığın tedavisinin, çocuğun DEHB belirtilerinin düzelmesine katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ebeveyn, psikopatoloji

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and other psychiatric symptoms in parents of children with ADHD

Objective: The aim of this study is to investigate Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and other psychiatric symptoms of the parents of children with ADHD.

Method: Mothers (n=34) and fathers (n=29) of 34 children with ADHD were included into the study group. Mothers (n=34) and fathers (n=31) of 34 children with no history of referral to a doctor due to previous psychological problems and for whom diagnoses of ADHD and Disruptive Behavior Disorder (DBD) according to DSM-IV were ruled out were assigned as the controls. The parents were given Symptom Check List (SCL-90-R) and Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale (ADHD-A).

Results: Parents from the patient group were found to have significantly more ADHD and psychiatric symptoms compared to parents from the control group.

Conclusion: In the evaluation and treatment process of children with ADHD, it would be beneficial to monitor their parents in terms of adult ADHD and related co-morbid psychiatric conditions. It is suggested that treating parents would benefit in the improvement of ADHD symptoms in children.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, parent, psychopathology

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Yrd. Doç. Dr. Şeref Şimşek, Dicle Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı,
21280 Diyarbakır - Türkiye

Telefon / Phone: +90-412-248-8001/5742, 5750

Faks / Fax: +90-412-248-8440

Elektronik posta adresi / E-mail address:
drserefşimsek@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
14 Aralık 2011 / December 14, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
23 Şubat 2012 / February 23, 2012

GİRİŞ

DEHB; dikkatsizlik, odaklanamama, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtilerin gözlendiği ve kişinin akademik, iş ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur (1). Çocukların yaklaşık %5-10'unu ve erişkinlerin %4'ünü etkileyen DEHB, dünya çapında yaygın bir sorundur (2-4). Türkiye'de

okul çağı çocuklarında yapılmış bir çalışmada, çocuklarda DEHB yaygınlığı %8.1 olarak bulunmuştur (5).

DEHB ile ilgili yapılan çalışmalarda, bu bozukluğun güçlü ailesel geçişinin olduğu ve kalıtım oranının %55-92 arasında değiştiği gösterilmiştir (6). DEHB belirtilerinin açığa çıkmasında gen-çevre etkileşimi vurgulanmıştır (7). Erişkin dönemde devam eden DEHB'de ailesel geçiş riskinin daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür.

Benzer şekilde, DEHB'li erişkinlerin çocuklarındaki DEHB oranı, DEHB'li çocukların ebeveynlerindeki DEHB oranından daha yüksek bulunmuştur (8). Aile çalışmalarında, DEHB'li çocukların kardeşlerinde ve ebeveynlerinde DEHB görülme sıklığının 2-8 kat yüksek olduğu bildirilmiştir (9-11).

DEHB'li çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozuklukları, depresyon, antisosyal kişilik bozukluğu ile alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu bildirilmiştir (12,13). Erişkin DEHB hastalarında, benzer şekilde, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve alkol/madde kullanımının sıklıkla eşlik ettiği bulunmuştur. Bu eştanıların bulunmasının hastalığın gidişini ve tedaviyi olumsuz etkilediği gösterilmiştir (14). Ayrıca, DEHB dışı psikiyatrik hastalığı olan çocukların anne babalarında da psikiyatrik bozuklukların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (15).

Bu çalışmanın amacı, DEHB tanılı çocukların ebeveynleri ile kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerindeki DEHB ve diğer psikiyatrik belirtilerin karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu çalışmaya, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Haziran 2008-Aralık 2008 döneminde başvuran ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T) ve DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı görüşmelerle DEHB tanısı alan, 6-17 yaş aralığındaki 58 çocuk ile başlandı. On üç olgunun anne-babası formları doldurmak istemezken, 6 olgunun anne ve/veya babası formu dolduracak zihinsel kapasitede değildi, 5 olgu da formları eksik doldurduğu için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınma kriteri açısından, DEHB şiddeti fazla veya değil şeklinde bir ayırım gözetilmedi. Çalışmaya alınan DEHB'li olguların hepsi tedavi görüyorlardı. Ek tanı olarak, 23 hastada anksiyete bozukluğu, 14 hastada yıkıcı davranım bozukluğu (karşıt olma-karşı gelme ve davranım bozukluğu), 6 hastada tik bozukluğu, 9 hastada dışa atım bozuklukları (enürezis ve enkoprezis) ve 2 hastada depresyon vardı. Kontrol grubu olarak ise; daha önce ruhsal sorunlar nedeniyle doktora başvuru öyküsü

olmayan, ÇDŞG-ŞY-T ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu (YDB) tanıları dışlanan 6-17 yaş aralığındaki 34 çocuğun anne (n=34) ve babaları (n=31) alındı. Kontrol grubu, toplum kaynaklı seçilmiş, daha çok, hastane personelinin yakınları ve tanıdıkları aracılığı ile bulunan çocuklar ve aileleri çalışmaya alınmıştır. Her iki grubun annelerinin tamamı çalışmaya alınırken, DEHB grubundan 4, kontrol grubundan 6 babaya ulaşılamadı.

Her iki grupta da anne-babalar çalışmaya dahil edilirken, çocukta zihinsel gelişim geriliği (klinik görüşmede şüphelenilen olgulara WISC-R testi uygulandı ve IQ'su 80'in altında olanlar çalışma dışı bırakıldı), kronik fiziksel rahatsızlık olması (epilepsi, malignite vb.) ve çocuğun evlat edinilmiş olması, o aile için dışlama ölçütü olarak kabul edildi.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki çocuklara ve anne-babalarına çalışma ile ilgili bilgi verilerek, onam formları imzalatılmış ve çalışma ile ilgili etik kurul onayı alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Görüşme Formu

Çalışmaya katılan örneklem grubunun sosyodemografik verileri hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla hazırlanan form, anne-baba ile görüşme sırasında dolduruldu. Formda çocukların cinsiyeti, yaşı, kardeş sayısı, ebeveynlerin de yaş, eğitim süresi, aile özellikleri, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı gibi bilgilere ulaşmak için sorular bulunmaktaydı.

Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List: SCL-90-R): Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), psikiyatrik belirtilerin tarandığı bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 90 maddeden oluşmakta ve 9 ayrı belirti boyutunu (somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce, psikotizm ve bu alt ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek bölüm) değerlendirmektedir. Derogatis (16) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Dağ (17) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (DEHÖ-E): Turgay tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Günay ve arkadaşları (18) tarafından yapılmıştır. Beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olup, dokuzu dikkat eksikliğini, dokuzu aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, 30'u DEHB ile ilgili özellikleri sorgulayan 58 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerinden üçten düşük puan alanların düşük düzeyde, 3.01-10.99 arasında puan alanların orta düzeyde ve 11'in üstünde puan alanların yüksek düzeyde dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerine sahip oldukları kabul edilmektedir. Sorun (S) bölümünden 0-12.99 arasında puan alanlar düşük, 13-35 arasında puan alanlar orta, 35-75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde belirtilen özellikleri taşımaktadır. Toplamda ise, 20'nin altında puan alanlar düşük, 20-59 arasında puan alanlar orta, 59'un üstünde puan alanlar yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir (18).

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY): ÇDŞG-ŞY, oldukça sık kullanılan yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan Kiddie Schedule for Affective disorder and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version'un Türkçe versiyonudur. ÇDŞG-ŞY, Kaufman ve arkadaşları (19) tarafından 1994 yılında, DSM IV yayınlandıktan sonra geliştirilmiştir. ÇDŞG-ŞY, 2004 yılında, Gökler ve arkadaşları (20) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. ÇDŞG-ŞY, 20 farklı psikiyatrik tanı açısından değerlendirme yapabilmektedir. ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda, tüm kaynaklardan

alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır.

İstatistiksel Yöntem

Çalışmaya ait veriler Windows için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0 bilgisayar programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma) yanı sıra, niteliksel verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır. Niceliksel değişkenler ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. DEHÖ-E ile SCL-90 arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenmesi amacıyla Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hasta ve kontrol grubunda bulunan çocukların yaşları, eğitim durumları, anne ve babalarının yaş ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak fark yoktu ($p > 0.05$). Çalışmada sadece çocuklar, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirildi. Ebeveynler açısından fark olmaması tesadüfi bir birlikteliktir. Hasta ve kontrol grubu ebeveynlerinin demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir (Tablo 1).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; DEHB grubu annelerinin, kontrol grubundaki annelere göre tüm alt ölçeklerde ve toplamda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p < 0.05$). Her iki grubun babalarının karşılaştırılması sonucunda ise, DEHB grubu babalarının 3 alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilen genel toplam puanı hariç, diğer alt

Tablo 1: DEHB ve kontrol gruplarında ebeveynlerin demografik özellikleri

	DEHB grubu n=34	Kontrol grubu n=34	t	p
Anne				
Yaş, yıl, Ort±SS	35.3±6.4	35.5±5.5	0.138	>0.05
Eğitim, yıl, Ort±SS	9.2±3.6	9.7±3.0	0.0622	>0.05
Baba				
Yaş, yıl, Ort±SS	39.1±6.0	39.4±6.1	0.204	>0.05
Eğitim, yıl, Ort±SS	10.3±3.4	10.7±3.2	0.499	>0.05

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; t: Student t test, Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Tablo 2: Hasta ve kontrol gruplarında ebeveynlerin, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırması

	DEHB Anne n=34 Baba n=29	Kontrol Anne n=34 Baba n=31	t	p
Dikkat Eksikliği				
Anne	7.88±5.80	4.47±3.66	2.899	0.005
Baba	6.00±3.99	4.03±4.23	1.856	0.028
Hareketlilik				
Anne	7.00±5.14	3.71±3.72	3.023	0.003
Dürtüsellik				
Baba	6.41±4.93	3.39±3.26	2.779	0.016
Sorun				
Anne	19.85±12.90	10.0±6.54	3.971	<0.001
Baba	20.48±13.16	11.45±8.05	3.180	0.003
Genel Toplam				
Anne	35.03±22.49	18.24±12.46	3.807	<0.001
Baba	32.90±20.02	18.87±13.94	3.130	0.060

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; t: Student t test

ölçek puanlarının, kontrol grubundaki babaların puanlarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Kontrol grubunun her iki ebeveyni tüm alt ölçeklerde düşük düzeyde DEHB belirtilerini gösterirken, DEHB grubunun her iki ebeveyni tüm alt ölçek puanları orta düzeyde DEHB belirtileri gösteriyordu (Tablo 2).

SCL-90-R alt ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucunda; DEHB grubu annelerinin kontrol grubundaki annelere göre, fobi hariç tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0.05$). Psikiyatrik belirtiler açısından babalar incelendiğinde ise, DEHB grubunun babalarının kontrol grubundaki babalara göre obsesif belirtiler, depresif belirtiler, paranoid belirtiler ve kişilerarası ilişkilerde duyarlılık alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3).

Ebeveynlerin DEHB belirtileri ile SCL-90-R alt belirti kümeleri arasındaki ilişki incelendiğinde, hasta grubunda annelerin DEHB alt ölçek puanları arttıkça tüm SCL-90-R alt ölçek belirti puanlarının arttığı, babalarda ise DEHB sorun ve genel toplam belirti puanları ile tüm SCL-90-R alt ölçek belirti puanlarının arttığı,

ancak, dikkat eksikliği ve hareketlilik/dürtüsellik belirti puanları ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise annelerin ve babaların DEHB dikkat eksikliği, sorun ve genel toplam belirti puanları ile tüm SCL-90-R alt ölçek belirti puanlarının arttığı, ancak hareketlilik/dürtüsellik belirti puanları ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Ebeveynlerin DEHB belirtileri ile SCL-90-R alt belirti kümeleri arasındaki ilişkinin yönünü saptamak amacıyla doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Hasta grubunun hem anne hem de babalarında DEHB sorun ve DEHB toplam (bağımsız değişkenler) puanları arttıkça tüm SCL-90-R alt belirti kümelerine (bağımlı değişkenler) ait puanların arttığı saptanmıştır. Benzer bir ilişki kontrol grubunda da saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, DEHB grubunun hem anne hem de babalarında, çocuklarında DEHB ve diğer yıkıcı davranım bozukluğu olmayan ebeveynlere göre, genel olarak psikiyatrik belirtilerin ve DEHB belirtilerinin daha yüksek düzeyde görüldüğü saptanmıştır. DEHB'de kuvvetli genetik geçişin olduğu bilinmektedir ve DEHB'li

Tablo 3: DEHB ve kontrol gruplarında ebeveynlerin SCL-90-R puanları karşılaştırması

SCL-90-R	DEHB grubu Anne n=34 Baba n=29	Kontrol grubu Anne n=34 Baba n=31	t	p
Somatik belirtiler				
Anne	1.15±0.86	0.68±0.55	2.684	0.009
Baba	0.61±0.58	0.63±0.53	0.139	0.907
Anksiyete belirtileri				
Anne	0.85±0.80	0.29±0.27	3.867	<0.001
Baba	0.48±0.57	0.30±0.34	1.473	0.148
Obsesif belirtiler				
Anne	1.10±0.67	0.55±0.40	4.109	<0.001
Baba	0.86±0.53	0.51±0.45	2.748	0.008
Depresif belirtiler				
Anne	1.00±0.79	0.54±0.42	2.997	0.004
Baba	0.70±0.62	0.37±0.44	3.079	0.022
Kişilerarası ilişkilerde duyarlılık				
Anne	1.00±0.91	0.49±0.55	2.796	0.004
Baba	0.77±0.60	0.47±0.49	2.122	0.043
Psikotik belirtiler				
Anne	0.55±0.75	0.26±0.31	2.083	0.037
Baba	0.42±0.45	0.30±0.31	1.195	0.221
Paranoid belirtiler				
Anne	0.85±0.77	0.39±0.38	3.123	0.002
Baba	0.78±0.62	0.46±0.49	2.208	0.032
Öfke				
Anne	1.00±0.94	0.28±0.28	4.280	<0.001
Baba	0.75±0.79	0.41±0.58	1.889	0.059
Fobi				
Anne	0.47±0.52	0.25±0.38	1.991	0.051
Baba	0.32±0.46	0.19±0.29	1.299	0.159
Ek				
Anne	0.86±0.79	0.40±0.33	3.132	0.003
Baba	0.63±0.65	0.47±0.46	1.093	0.262
Genel belirti indeksi				
Anne	0.90±0.71	0.43±0.31	3.537	<0.001
Baba	0.61±0.50	0.42±0.36	1.590	0.091

SCL-90-R: Belirti tarama listesi; DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; t: Student t test

çocuklar ve aileleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, DEHB'de genetik geçişin %75 oranında olduğu gösterilmiştir (21). Çok sayıda çalışmada, DEHB'li çocukların ailelerinde, kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek oranda DEHB belirtisi saptanmıştır (22-24). Ayrıca, erişkinliğe kadar devam eden DEHB belirtilerinin daha güçlü genetik geçişinin olduğu bildirilmektedir (25). Camcıoğlu ve arkadaşlarının (26) yaptığı çalışmada, DEHB olan çocukların anne-babalarının Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ, çocukluk dönemindeki DEHB belirtilerini geriye dönük değerlendiren bir

ölçek) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (DEHÖ-E, mevcut DEHB belirtilerini değerlendiren bir ölçek) puan ortalamalarının, kontrol grubununkinden anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda DEHB grubunun annelerinin, kontrol grubuna göre daha fazla psikiyatrik belirtiyeye sahip olduklarını bulduk. DEHB grubunun babalarının da obsesif, depresif, paranoid belirtiler ve kişilerarası duyarlılıkta anlamlı oranda daha fazla belirtiyeye sahip olduğunu saptadık. Konu ile ilgili yazında, DEHB'li çocukların

Tablo 4: Hasta grubunda ebeveynlerin DEHB belirtileri ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin doğrusal regresyon analizi ile gösterilmesi

SCL-90		Dikkat eksikliği	Hareketlilik dürtüsellik	Sorun	Toplam
Somatik belirtiler					
Anne		0.30	0.19	0.38	0.44**
Baba	r	0.53*	-0.04	0.72**	0.66**
Anksiyete belirtileri					
Anne		0.13	0.42*	0.48**	0.53**
Baba	r	0.44	0.12	0.72**	0.69**
Obsesif belirtiler					
Anne		0.43*	0.23	0.608**	0.635**
Baba	r	0.65**	0.01	0.762**	0.755**
Depresif belirtiler					
Anne		0.16	0.37	0.51**	0.53**
Baba	r	0.55*	-0.08	0.78**	0.69**
Kişilerarası ilişkilerde duyarlılık					
Anne		0.37	0.17	0.46**	0.52
Baba	r	0.47	-0.18	0.56**	0.48
Psikotik belirtiler					
Anne		0.37	0.29	0.47**	0.56**
Baba	r	0.56*	0.06	0.72**	0.72**
Paranoid belirtiler					
Anne		0.37	0.30	0.59**	0.64**
Baba	r	0.15	-0.01	0.56**	0.42*
Öfke					
Anne		0.17	0.35	0.41**	0.47**
Baba	r	0.20	0.17	0.72**	0.62**
Fobi					
Anne		0.48**	0.13	0.47**	0.55**
Baba	r	0.65**	-0.12	0.60**	0.60**
Ek					
Anne		0.42*	0.27	0.58**	0.64**
Baba	r	0.47	-0.01	0.65**	0.60**
Genel belirti indeksi					
Anne		0.33	0.32	0.54**	0.60**
Baba	r	0.42	0.07	0.75**	0.69**

SCL-90-R: Belirti tarama listesi, *p<0.05, **p<0.01

ebeveynlerinin daha fazla eksen I tanısı aldıkları, erişkin DEHB'de, başta anksiyete bozukluğu olmak üzere, diğer psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda eş zamanlı bulunduğu bildirilmektedir (27-31). DEHB tanısı alan bireyler yetişkinlik dönemlerinde, çalışma alanında, ev yaşantısında ve kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadır (22). Bu kişilerin evde var olan kurallara uyum sağlamakta güçlük çekmeleri, evle ilişkili ve evliliğin gerektirdiği sorumlulukları almakta sorunlar yaşamaları ve evliliklerinin sıklıkla ayrılıkla noktalanması, bu bireylerin aileleriyle ilgili yaşadıkları sorunların bazıları olarak sayılabilir.

Ebeveynlerin DEHB belirtileri ile SCL-90-R alt belirti

kümeleri arasındaki ilişki incelendiğinde, DEHB belirtileri arttıkça (sorun ve toplam puanlar) diğer psikiyatrik belirtilerin de arttığını bulduk. Kontrol grubunda da benzer bir ilişki bulduk. Bu bulguyu, ebeveynlerde DEHB belirtilerinin şiddetinin artmasının diğer psikiyatrik bozukluklar açısından risk oluşturduğu şeklinde yorumladık. DEHB'li bir çocuğa sahip ebeveynin, çocuğuyla ilişkisinde yaşadığı sorunlar ve aynı zamanda, kendi DEHB belirtileri sebebiyle yaşadığı güçlükler, bu ebeveynlerde daha yüksek oranda psikiyatrik belirtilerin bulunmasına neden olmuş olabilir. DEHB'li çocukların ebeveynleriyle olan ilişkileri, bu çocukların stresli, talepkâr, ısrarcı ve müdahale edici yapıda olmaları

sebebiyle daha olumsuz seyretmekte, sonuç olarak da, bu durumun aile ilişkileri ve ebeveynlerin ruhsal durumları üzerinde olumsuz etki yaptığı belirtilmektedir (32-34). Ayrıca, kendisi de DEHB belirtilerine sahip bir annenin, DEHB'li bir çocuğun gereksinim gösterdiği sakinlik, sabır, sınır koyabilme, problemler karşısında dürtüsel davranmama gibi özellikleri taşıyan tutum ve tavırlar sergilemesinin güçlüğü göz önüne alındığında, böyle bir evde yaşamının bireyler açısından ne denli zor olduğu, hem çocuk hem de annenin ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileneceği öngörülebilmektedir. Ayrıca, daha şiddetli DEHB belirtisine sahip annelerin ebeveyn eğitimine daha az yanıt verdikleri gösterilmiştir (35). Bu durum, çocuğun yeterince iyi tedavi almasını olanaksızlaştırır. Bu sebeple, tedavide sadece çocuğun değil ebeveynin de, başta DEHB açısından değerlendirilmesi ve gerekirse var olan psikiyatrik problemleri için tedaviye yönlendirilmesi önemlidir. DEHB'nin erişkinlikte pek çok psikiyatrik bozuklukla eşzamanlı gözlemlendiği dikkate alındığında, bu değerlendirmenin önemi daha da belirginleşmektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur.

Ebeveynlerdeki DEHB belirtileri de dahil olmak üzere, psikiyatrik belirtiler öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmiş, ancak yapılandırılmış görüşme yapılmamıştır. Bu durum göz önüne alındığında, çalışmamıza katılan ebeveynlerde DEHB'nin veya diğer psikiyatrik bozuklukların tanınması varlığından çok, belirtilerin olup olmadığı veya bu belirtilerin düzeyleri açısından yorum yapmak mümkündür. Çocuklarda komorbid psikiyatrik bozuklukların araştırılmaması da çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Örneklem büyüklüğünün yetersizliği sebebiyle, bulguların genellenebilirliği açısından da kısıtlılık bulunmaktadır.

Sonuç olarak; gerek ilaç kullanımı ve tedaviyi sürdürmede, gerekse doktor tarafından önerilecek davranışsal düzenlemelerde ailenin işbirliği, tedavinin başarısını etkileyen önemli unsurlardandır. Bu sebeple, DEHB'li çocukların değerlendirilme ve tedavi sürecinde anne ve babalarının da erişkin DEHB ve ilişkili komorbid psikiyatrik durumlar açısından değerlendirilmesinin göz önüne alınması, bu sürecin daha etkili işleminde faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215-1220.
2. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2:104-113.
3. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-723.
4. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164:942-948.
5. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:354-361.
6. Cantwell DP. Attention deficit Disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:978-987.
7. Rietveld MJ, Hudziak JJ, Bartels M, van Beijsterveldt CE, Boomsma DI. Heritability of attention problems in children: I. cross-sectional results from a study of twins, age 3-12 years. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2003; 117:102-113.
8. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, Ouellette C, Moore P, Spencer T. Predictors of persistence and remission of ADHD: results from a four year prospective follow-up study of ADHD children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:343-351.
9. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Familygenetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:526-533.
10. Faraone S, Biederman J, Chen WJ, Krifcher B, Keenan K, Moore C. Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder: evidence for single gene transmission. *Psychiatr Genet* 1992; 2:257-275.
11. Frick PJ, Lahey BB, Christ MG, Geren S. History of childhood behavior problem in biological relatives of boys with attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *J Clin Child Psychol* 1991; 20:445-451.

12. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mick E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994; 53:13-29.
13. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792-1798.
14. Ekinci S, Öncü B, Canan S. Erişkin dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:185-191.
15. Reiss D. Parents and children: linked by psychopathology but not by clinical care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50:431-434.
16. Derogatis LR. SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the revised version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ., School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, 1977.
17. Dağ İ. Belirti Tarama Listesinin üniversiteli öğrenciler için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1991; 2:5-12.
18. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin dilsel eşdeğerlilik, geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8:98-104.
19. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorder and schizizophrenia for school age children-present and life-time version (K- SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Em Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980-988.
20. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11:109-116.
21. Spetie L, Arnold EL. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: In Volkmar M (editor). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. 4.baskı, Williams&Wilkins, 2007, 430-454.
22. Faraone SV, Biederman J, Chen W, Milberger S, Warburton R, Tsuang MT. Genetic heterogeneity in attention deficit hyperactivity disorder: Gender psychiatric comorbidity and maternal ADHD. *J Abnorm Psychol* 1995; 104:334-345.
23. Biederman J, Munir K, Knee D. Conduct and oppositional disorder in clinically referred children with attention deficit disorder: A controlled family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:724-727.
24. Öner Ö, Aysev AS. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde: Aysev AS, Taner YI (Editörler). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Baskı, İstanbul: Golden Print, 2007, 397-421.
25. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48:9-20.
26. Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoglu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:212-220.
27. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:1424-1432.
28. Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:177-184.
29. Aydın H, Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9:70-74.
30. Sevinc E, Şengül C, Cakaloz B, Herken H. Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eştanı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47:139-143.
31. Alyanak F Ö, Yargıç İ, Oflaz S. Genel Psikiyatri Polikliniği'nde erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48:119-124.
32. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4:183-207.
33. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005; 23:93-102.
34. Riley AW, Lyman LM, Spiel G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ. The Family Strain Index. Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15 (Suppl.1):72-78.
35. Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord* 2003; 7:31-42.