

ÇOCUKLUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ OLGULARIN ERGEN GÖRÜNÜMLERİ: Kesitsel bir çalışma

Ayla Aysev*, Pınar Öner**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada çocukluğunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış olan olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 13 DEHB dahil edilmiştir. **Yöntem:** DEHB grubunda yaş ortalaması 19.3 (± 2.6). Tüm olgulara DSM-IV eksen-I bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme (YG) uygulanmış; ayrıca olgular Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Belirti Tarama Listesi (BTL-90) ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** YG ile deneklerin büyük kısmında psikiyatrik ek tanı saptanmış olmasına rağmen, BTL-90 ve BDÖ'den aldıkları ortalama puanların anlamlı sınırlarda olmadığı gözlenmiştir. **Tartışma:** Sonuçlar, DEHB olan çocuklarda ergenlik döneminde fazla sayıda psikiyatrik bozukluk geliştiğine işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışmadan elde edilen veriler, DEHB olan ergenlerde ölçekler ile yapılacak değerlendirmelerin yeterli olmadığını ve yanıtıcı olabileceğini; yapılandırılmış görüşmelerle psikiyatrik değerlendirme yapmanın tanılarının tespiti açısından en önemli unsur olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ergen, komorbidite
ADOLESCENT PERSPECTIVE OF CASES WHO WERE DIAGNOSED AS ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDHOOD: A cross-sectional study
SUMMARY

Objective: The aim of this study was to examine the psychiatric status of cases diagnosed as having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood, during adolescence. Thirteen ADHD cases were included in the study. **Method:** Mean age of ADHD group was 19.3 (± 2.6). SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) was applied to all subjects. Subjects were also assessed with Beck Depression Scale, and SCL-90. **Results:** Although SCL-90 and Beck Depression Scales were in normal ranges ADHD cases had several psychiatric diagnoses when assessed with SCID-I. **Discussion:** Results indicate that ADHD group received several psychiatric diagnoses in adolescence. These observations suggest that psychiatric assessment with structured interview is very important for the diagnosis of additional disorders. Using only scales for diagnosis is not a very reliable of evaluation of comorbid conditions.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, adolescent, comorbidity.DHDHh

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık rastlanan bozukluklarından biridir. Okul dönemi çocuklarında görülme sıklığı %3-5 arasında olup erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (Coot 1995). Çocuklukta başlayan sorunların daha sonraki dönemlerde ne ölçüde devam ettiği bir süredir incelenen bir konudur. Ferdinand ve Velhulst (1995), 8 yıllık izlem çalışmalarında çocuklukta saptanan davranışsal ve duygusal problemlerin kalıcı olduğunu belirtmişlerdir. Capsi ve arkadaşları (1996) da, üç yaşındaki davranışsal problemlerin, 21 yaşında görülen psikiyatrik bozuklukların ön belirtileri olduğunu öne sürmüşlerdir. Çok sayıda araştırmacı, DEHB tanısı olan çocukların uzun süreli izlem çalışmalarında ergenlik ve erişkinlikteki sonuçlarını incelemiş ve daha sonraki gelişim dönemleri için çocukların çeşitli psikiyatrik bozukluklar geliştirme riski taşıdıklarını saptamıştır. Bu çocukların ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde dikkat dağınıklığı, akademik başarıda düşüklük, eğitim problemleri, davranım problemleri, duygusal problemler, aile problemleri, madde kötü kullanımı, sosyal uyum bozuklukları gösterdiklerini bildirmişlerdir (Fischer ve ark. 1993, Weiss ve ark. 1986,

* Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

** Uzm. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

Gittelman ve ark. 1985). Bu çocukların ergenlik ve erişkinliklerinde sıklıkla bazı belirtiler gösterdikleri ve anksiyete bozukluğu, davranım sorunları, depresyon ve bipolar bozukluk tanısı aldıkları görülmektedir (Biederman 1990). Burada "acaba çocukluktaki DEHB erişkinlikteki diğer psikiyatrik bozuklukların öncülü müdür?" sorusu akla gelmektedir. Bu çocukların ergenlik ve erişkinliklerinde antisosyal kişilik bozukluğu ve psikoaktif madde kötü kullanımı gibi olumsuzluklar görülebildiği bilinmektedir. Bu olumsuzlukların devam eden hiperaktivite ve dikkat eksikliğine mi, yoksa ilişkili davranım ve öğrenme bozukluklarına mı bağlı olduğu henüz anlaşılamamıştır. Komorbidite önemli bir sorun oluşturmaktadır, çünkü bazı hastalarda devam eden DEHB bulgularını, bu bulguların üstüne binen psikiyatrik hastalıklardan ayırt etmek zor olduğu gibi, hangi klinik belirtilerin daha öncelikle tedavi edilmesi gerektiğine karar verilmesi de güçtür. Dolayısıyla erişkinlikte DEHB tanısı dikkatle konulmalıdır (Shaffer 1994, Manuzza ve ark. 1993).

Yukardaki çalışmalarda da belirtildiği üzere, çocuklar gelişimsel olarak ilerledikçe bozukluğun klinik belirtilerinde değişiklik olabileceği düşünülmektedir. Ancak bu konuda yeterli sayıda çalışma olmadığı gibi retrospektif çalışmaların önemli bir kısmı yöntem kısıtlılıkları içermektedir. Prospektif ve kesitsel çalışmalarla bu kısıtlılıklar aşılmaya çalışılmaktadır (Shaffer 1994, Hofstra ve ark. 2000).

Bu çalışmada 1989-1993 yılları arasında 6-13 yaşlarındayken kliniğimizde DEHB tanısı ile izlenmiş 13 çocuğun 2001 yılı Mayıs ayındaki psikiyatrik durumlarının kesitsel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Denekler

1989-1993 yılları içinde Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı polikliniğine başvuran 6-13 yaşları arasındaki 2490 çocuğun 126'sına DEHB tanısı konulmuştur. Bu çocuklardan mental retardasyon ve başka nöro-

lojik ve psikiyatrik bozukluğu olan 49 çocuk çalışma dışı bırakıldıktan sonra geriye kalan 77 çocuğun 50'si kart tarama yöntemi ile rastgele seçilmiş ve kendilerine telefonla ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak ülkemizde aradan çok süre geçtiği için, telefon ve adres değişiklikleri nedeni ile yalnızca 19 ergene ulaşılabilmektedir. İki ergenin ailesi çocuklarının Ankara dışında olduklarını belirtmeleri, iki ergen hiçbir şikayeti olmadığını belirtip gelmek istememesi, iki ergene ise iki kez randevu verilmiş olmasına rağmen randevuya gelmemeleri nedeni ile toplam 6 ergen çalışma dışı bırakılmıştır. DEHB tanısı ile izlenen 13 ergen (10 erkek, 3 kız) çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm olgulara aydınlatılmış onam verilmiştir. Deneklerin yalnızca kendileri değerlendirilmiş, anne-babaları çağırıldıkları halde görüşmeye gelmek istememişler ve kendilerinden bilgi almak mümkün olmamıştır. Bu çocukların dosya incelemelerinde çocukluk döneminde DEHB için DSM-III tanı kriterlerini karşıladıkları ve psikoterapi ya da medikal tedavi aldıkları tespit edilmiştir. Dosyalardan izlem süresi ile ilgili yeterli bilgi edinilememiştir.

Değerlendirme araçları

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonun bilişsel açıdan değerlendirilmesi amaçlanan 21 cümleli bir testtir. 14-24 puan orta derecede depresyon, 25 puan ve üstü ciddi depresyon olduğunu gösterir. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Tegin 1980).

Belirti Tarama Listesi-90 (BTL-90): Ölçek 9 psikiyatrik belirti grubunu içeren 90 sorudan oluşmaktadır. Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Dağ 1991).

DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme (YG): DSM-IV'de yer alan eksen-I bozuklukları için görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşmedir. 18 yaşından büyük, ajite olmayan, ağır psikotik belirtileri olmayan ve görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterlilikte olan deneklere uygulanır. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye için uyarılma ve güvenilirlik çalışmaları Öz-

kürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

İşlem

Deneklerin tümü ile Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yüz yüze iki ayrı görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede öykü alınmış ve psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Deneklere Belirti Tarama Listesi-90 (BTL-90) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilerek doldurmaları istenmiştir. İkinci görüşmede DSM-IV eksen-I bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme tekniği (YG) uygulanmıştır.

BULGULAR

Denekler 10 (%76.9) erkek ve 3 (%23.1) kızdan oluşmaktadır. Yaş ortalaması 19.3 ± 2.6 (18-25 yıl) dır. DEHB tanısı alan olguların 8'i üniversite, 4'ü lise, 1'i ilkokul eğitimi almıştır. Tüm deneklerin çekirdek aileleri ile birlikte yaşamakta oldukları öğrenilmiştir.

YG ile yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu deneklerin ilk başvurularından 8-12 yıl sonra tekrar değerlendirildiklerinde tamamının halen DEHB tanısı aldıkları ve 10'unda (%76.9) psikiyatrik ek tanı bulunduğu saptanmıştır. YG ile konulan ek tanılarının dağılımı Tablo 1' de görülmektedir.

Tablo 1: YG ile konulan ek tanılarının dağılımı

	Ek tanısı yok	Geçirilmiş Mj. Depresyon	Şu anda Mj. Depresyon	Distimi	Anksiyete Bozukluğu	OKB	Depresyon + Anksiyete Boz.
DEHB	3	2	2	1	2	1	2

Beck depresyon ölçeğinde ergenlerden 4'ü 16 dan fazla puan almıştır. Beck ölçeğinden alınan ortalama puan $10.7 (\pm 9.13)$ dir.

BTL-90 Semptom Tarama Listesi alt puanlarının dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Birin üzerindeki değerler anlamlıdır. Tabloya bakıldığında sadece öfke alt puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Belirti Tarama Ölçeği-90 alt puanlarının dağılımı

Alt puanlar	Ortalama
Somatizasyon	0.80
Obsesyon	0.98
Kişilerarası ilişkiler	0.94
Depresyon	0.81
Anksiyete	0.97
Öfke	1.11
Fobi	0.37
Paranoya	0.81
Psikoz	0.36
Uyku-yeme	0.95
Toplam	0.71

TARTIŞMA

Çalışmamızda, şu anda ergenlik ve erken yetişkinlik dönemine girmiş ve 6-13 yaş arasında iken kliniğimizde DEHB tanısı konulmuş olan olguların psikiyatrik durumlarının yeniden değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bilgi kaynağının sadece gençlerin kendilerinden elde edilen verilerden oluşması, kontrol grubunun bulunmaması ve tekrar bağlantı kurulabilme oranının düşüklüğü sonucunda örneklemin hedeflenen sayıya ulaşmaması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

YG değerlendirmeleri sonucunda çocukluğunda DEHB tanısı almış olan deneklerin ergenlik döneminde 10'unda ek başka psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bu durum diğer araştırmalarla uyum içindedir (Biederman ve ark. 1993, Biederman ve ark. 1998). Bunun nede-nin DEHB olan çocukların gelişme dönemlerinde karşılaştıkları zorluklar olabileceği öne sürül-

muştur (Trollor 1999). DEHB ve major depresyonun olguların %20-30 unda birlikte görüldüğünü bildiren araştırmalar vardır (Faraone ve Biederman 2000). Duygu durum bozukluklarının, DEHB'nun tedavi edilmemesi ya da eksik tedavi edilmesi sonucu gelişen bir komplikasyon olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, son yıllarda yapılan aile genetik ve uzun süreli izlem çalışmalarında DEHB ve major depresyonun ortak ailesel risk taşıdıkları gösterilmiştir. Bu durum genetik bir ortak yatkınlık olasılığını da akla getirmektedir (Faraone ve Biederman 2000, Biederman ve ark. 1998b).

Olguların BTL-90 semptom tarama değerlendirme testinde belirgin bir bulgu olmamasına rağmen, klinisyen tarafından yapılan YG'de ek tanılarının saptanmış olması dikkat çekicidir. BTL-90 testinde bu ek tanılarla ilgili semptomların saptanmamış olması, ergenlerin bu testi doldururken kendilerinde ek bir takım bozukluklar çıkmasını engellemek için testi kontrollü olarak doldurmuş olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon ölçeği puanlarının da yüksek olması dikkat çekicidir. Tüm değerler birlikte ele alındığında ölçeklerin kısmen yol gösterici olabildiği, ancak esas değerlendirmenin klinik gözleme dayandığı sonucu çıkmaktadır.

DEHB ile bu bozukluğu olmayan ergenlerin karşılaştırıldığı çalışmalarda akademik başarıları açısından DEHB olan çocukların akademik başarılarının daha düşük olduğuna dair fark bulmuşlardır (Fischer ve ark. 1993, Manuzza ve ark. 1993). Ancak çalışmamızda yer alan olgularda akademik olarak belirgin bir başarısızlık olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda deneklerin tümünün çekirdek ailesi olduğu ve onlarla birlikte oturdukları görülmüştür. Telefonla ulaşılan ailelerin belki de yerleşmiş, sosyoekonomik düzeyleri daha iyi durumda olan aileler olduğu göz önüne alındığında bu ailelerin koruyucu faktör oldukları ve çocukları ile daha fazla ilgilendikleri düşünülmüştür. Fischer ve arkadaşları (1993), okul başarısının aile içi psikolojik sorunların ve aile içi çatışmaların olup olmaması ile orantılı olduğunu göstermişlerdir. Buna karşın, Lambert (1988) çocuğun ailesi ile oturmasının çocuğun okul devamında ve okul başarısının

da etkili olmadığını öne sürmüştür. Kliniğimize 1996-1998 yılları arasında başvuran DEHB tanısı alan çocukların anne-babalarının eğitim düzeyi Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur (Öner ve Aysev 2001). Ayrıca bu araştırmanın bir toplum taraması olmadığı, aksine kliniğimize başvuran çocuklar arasından DEHB olanların seçilerek yapıldığı bir araştırma olduğu ve bu çocukların kliniğimizde bir süre takip edildikleri aile-okul işbirliği yapıldığı ve terapi aldıkları da göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, çocukluğunda DEHB tanısı almış olan olgularımızın ergenliklerinde aileleri ile birlikte oturmaları, belirgin kötü alışkanlıklarının olmaması, eğitimlerini belli düzeyde devam ettiriyor olmaları gibi olumlu faktörlere rağmen halen DEHB belirtilerini sürdürüyor olmaları ve büyük çoğunluğunun psikiyatrik ek tanı almış olması, bu hastalığın yaşam boyu farklı biçimlerde ve farklı psikiyatrik bozukluklarla birlikte sürebileceğini işaret etmektedir. Bu durum daha önceki yazınla paralellik göstermektedir (Biederman ve ark. 1998a, Weis ve ark. 1996). DEHB bozukluğu yaşam boyu süren bir nöro gelişimsel bozukluk olarak düşünüldüğü için diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesine de yatkınlık yaratıyor gibi olabilir. Ayrıca ders başarısında düşüklük, arkadaş ve aile ilişkilerinde sorunlar gibi hastalığın kendisinden kaynaklanan sorunlar da depresyon gelişimine katkıda bulunabilir. Bu açıdan bakıldığında hastaların uzun dönemde izlenmesi ve psikiyatrik muayene ve değerlendirmelerinin periyodik olarak tekrarlanması, eklenen diğer psikiyatrik bozuklukların erken dönemde yakalanmasını ve tedavi edilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, 4. Baskı DSM-IV (1995) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T ve ark. (1993) *Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder*. *Am J Psychiatry* 150: 1792-1798.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1990) *Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder*. *J Am Acad Child Adolesc Psychi-*

atry 29: 526-533.

Biederman J, Mick E, Faraone SV (1998a) Depression in attention deficit hyperactivity disorder children: true depression or demoralization?. *J Affective Dis* 47: 113-122.

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

Capsi A, Moffitt TE, Newman DL ve ark. (1996) Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53: 1033-1039.

Coot HM (1995) Longitudinal studies of general population and community samples. *The Epidemiology Of Child And Adolescent Psychopathology içinde*, FC Verhulst ve HM Coot (eds), Oxford Medical Publications, s: 337-363.

Dağ İ (1991) Belirti Tatama listesi SCL.90-R. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 5-12.

Faraone SV, Biederman J, Spencer T ve ark. (2000) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 48: 9-20.

Ferdinand RF, Verhulst FC (1995) Psychopathology from adolescence in to young adulthood: an 8 year follow-up study. *Am J Psychiatry* 152: 1586-1594.

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.

Gittelman R, Manuzza S, Shenker R ve ark. (1985)

Hyperactive boys almost grown up: psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 42: 937-947.

Hofstra MB, Ende JV, Verhulst FC (2000) continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 850-858.

Lambert NM, Hartsuogh CS, Sassone D ve ark. (1980) Persistence of hyperactivity symptoms from childhood to adolescence and associated outcomes. *Am J Orthopsychiatry* 57: 22-32.

Manuzza S, Klein RG, Bessler A ve ark. (1993) Adult outcome of hyperactive boys. *Arch Gen Psychiatry* 50: 565-576.

Öner Ö, Aysev A (2000) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü içinde, A Aysev (Ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12: 233-36.

Shaffer D (1994) Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 151: 633-638.

Tegin B (1980) Depresyonda bilişsel bozukluklar, Beck modeline bir inceleme (Doktora tezi). Ankara H. Ü. Eğitim Fakültesi.

Trollor JN (1999) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: conceptual and clinical issues. *MJA* 171: 421-425.

Weiss G, Hechtman LTC (1986) Hyperactive children grown-up. New-York: Guilford press.