



**Araştırma Makalesi / Research Article**

**Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranım Bozukluğu Eşhastalanımı Olan ve Olmayan DEHB Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi**

Family Functioning in Attention Deficit Hyperactivity Disorder with or without Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder Comorbidity

Sebla Gökçe İmren<sup>1</sup>, Ayşe Rodopman Arman<sup>2</sup>, Funda Gümüştas<sup>3</sup>, Yasemin Yulaf<sup>4</sup>, Özlem Çakıcı<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; RİZE

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İSTANBUL

<sup>3</sup>Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ADIYAMAN

<sup>4</sup>Tekirdağ Devlet Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; TEKİRDAĞ

<sup>5</sup>Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, DIYARBAKIR

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38 (1):22-30.*

**ABSTRACT**

**Purpose:** The purpose of the study was to examine and compare family functioning in attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and ADHD comorbid with oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD) with control subjects.

**Method:** Forty nine children and adolescents diagnosed with ADHD and forty eight controls (aged 8-16 years) were assessed with Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version; Parents completed the McMaster Family Assessment Device (FAD) for family functioning which assesses 6 dimensions of family functioning ( problem solving, communication, behavior control, affective involvement, affective responsiveness, and roles and also includes a general functioning subscale.

**Results:** 34.7 % of the ADHD children had comorbid psychiatric disorders, and the major comorbidity was ODD (24.5 %). ADHD families scored high at the level of "unhealthy functioning" in the problem solving, roles, affective involvement, general functioning, and behavior control subscales of FAD. Besides, problem solving behavior and general functioning were significantly poorer than control families and they had more difficulties in area of roles. When DEHB was comorbid with ODD or DB, all areas of family functioning as measured by FAD were scored high at the level of "unhealthy functioning ". Additionally, general functioning and affective responsiveness were significantly poorer than ADHD without ODD or DB comorbidity.

**Conclusion:** Recent studies revealed that ADHD and especially ADHD comorbid with ODD or DB may disrupt family functioning in many ways. In this study, the families of children and adolescents with ADHD and ADHD comorbid with ODD or DB had poorer family functioning in most of the subscales of FAD. Treatment of children and adolescents diagnosed with ADHD especially comorbid with ODD or DB should include parental treatment and intervention addressing parental skills, and family functioning.

**Key Words:** Adolescent, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Children, Comorbidity, Conduct Disorder (CD), Family, Oppositional Defiant Disorder (ODD).

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanılı çocuk ve ergenlerde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve/ veya Davranım bozukluğu (DB) eşhastalanımı varlığında veya yokluğunda aile işlevselliğinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Metod:** Çalışmaya, Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞŞY-T) ile değerlendirilen 8-16 yaş arası 49 DEHB tanılı çocuk ve ergen ve 48 sağlıklı çocuk ve ergen alındı. Aile işlevselliğini 6 boyutta değerlendiren (problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ebeveynler tarafından dolduruldu.

**Bulgular:** DEHB tanısı olan çocukların % 34.7' sinde eşhastalanım tespit edildi. En sık KOKGB (% 24.5) eşlik etmekteydi. DEHB' li çocukların ailelerinin, ADÖ' nün problem çözme, rollerin dağılımı, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçeklerinden 'sağlıksız işlevsellik' seviyesinde yüksek puan aldıkları görüldü. Bunun yanında DEHB grubu ailelerinin problem çözme davranışı ve genel işlevselliği kontrol grubu ailelerine göre anlamlı düzeyde daha zayıftı ve rollerin dağılımı alanında daha fazla güçlükleri vardı. KOKGB ve/ veya DB eşlik eden DEHB' li grubun aileleri, aile işlevselliğini değerlendiren tüm alanlarda 'sağlıksız işlevsellik' seviyesinde yüksek puanlara sahipti. Aynı zamanda eşhastalanımı olmayan DEHB grubuna göre, genel işlevsellik ve gereken ilgiyi gösterebilme alanlarında anlamlı oranda daha fazla sorun birdirdiler.

**Tartışma:** Bu çalışmada yazın bilgisi ile uyumlu olarak KOKGB ve/veya DB eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin aileleri ADÖ' de çeşitli alanlarda aile işlevselliğinin bozulduğunu bildirmişlerdir. DEHB' nin tedavisi özellikle KOKGB veya DB eşhastalanımı varlığında, ebeveynlik becerilerinin ve aile işlevselliğinin artırılmasını hedef alan müdahale yaklaşımlarını içermelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile, Çocuk, Davranım bozukluğu (DB), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Ergen, Eşhastalanım, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB).

## GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin benzer yaş ve gelişimsel düzeydeki bireylere kıyasla daha ağır, sürekli, şiddetli ya da sık yaşanması durumu olarak tanımlanmaktadır<sup>1</sup>. DEHB çocuk psikiyatrisi alanında en sık görülen ve üzerinde en çok araştırma yapılmış bozukluklardan biridir. DEHB' nin okul çağındaki çocuklarda %5-10 oranında görüldüğü bildirilmektedir<sup>2</sup>. DEHB' nin etiolojisinde genetik etmenlerin yanı sıra gebelikte ilgili komplikasyonlar ve aile içi çatışma gibi çevresel faktörlerin varlığından söz edilmektedir<sup>3</sup>. Rutter ve arkadaşları çocukluk çağı psikopatolojileri ile ilişkili olarak, düşük sosyoekonomik durum, yoğun evlilik sorunları, geniş aile, ebeveynlerin suça eğilimli olması, annenin psikopatolojisinin olması ve evlat edinilmiş olma olmak üzere altı ailesel risk faktörü

bildirmiştir<sup>4</sup>. Biederman ve arkadaşları DEHB tanılı çocukların aile yapısının çoğunlukla düzensiz olduğunu, ebeveynlerden en az birinin bir psikopatolojiye sahip olduğunu ve bu olumsuz aile-çevre koşullarının var olan belirtileri kötüleştirmesinin yanında DEHB' nin ve DEHB ile ilişkili eşhastalanımın etiolojisinde de rol oynayabileceğine işaret etmektedirler<sup>5</sup>. Yıkıcı davranım bozuklukları DEHB' ye en sık eşlik eden bozukluklardandır. Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğu (KOGB)' nun çocuklarda % 46, ergenlerde % 33, Davranış Bozukluğu (DB)' nun ise çocuklarda % 25, ergenlerde % 42 gibi yüksek oranlarda DEHB' ye eşlik ettiği bildirilmektedir<sup>6</sup>. Aile işlevselliğindeki bozuklukların DEHB' de KGB ve DB gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir<sup>7</sup>.

DEHB, KOKGB ve DB aile üzerinde belirgin strese neden olabilmektedir. Çalışmalarda DEHB tanılı çocukların aile işlevselliğinin çeşitli

alanlarda bozulduğu, KOKGB veya DB eşhastalanımı varlığında ise bozulmanın arttığı bildirilmektedir<sup>8,9,10,11</sup>.

Ülkemizde DEHB, çocuklarda en çok araştırılan konulardan biri olmasına rağmen, KOKGB ve DB eşhastalanımı ve aile işlevselliği üzerine odaklanılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır<sup>9,11,12</sup>.

Çalışmamızda KOKGB ve/veya DB eşhastalanımı olan ve olmayan DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde aile işlevselliğinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlandı.

## MATERYAL ve METOD

### Örneklem

Çalışma İstanbul ili Anadolu yakasındaki çocuk ve ergen ruh sağlığı ana merkezlerinden biri olan Marmara Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 09.2010.0039 protokol numarası ile verildi. Ocak 2010- Mart 2010 tarihleri arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan tüm 8-16 yaş çocuk ve ergenler telefonla aranarak çalışmaya davet edildi. DEHB grubu, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma ölçütlerine uyan çocuk ve ergenlerden oluşturuldu. Zeka geriliği, otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk ve kronik tıbbi hastalığı olan çocuklar çalışmaya alınmadı.

Kontrol grubunun belirlenmesinde, çalışmanın yapıldığı hastanede çalışan sağlık personelinin çocuklarına ve ailelerine bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk ve ergenler arasından yaş ve cinsiyet açısından vaka grubu ile benzer çocuk ve ergenler çalışmaya davet edildi. Zeka geriliği, kronik tıbbi hastalık ve yapılan yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi ile herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı konulan çocuklar çalışmaya dahil edilmedi.

## Gereçler

### Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir. Bu formda ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, birliktelik durumları ve ailedeki çocuk sayıları sorgulandı.

### Aile Değerlendirme Ölçeği ( ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. Bulut tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır<sup>13</sup>. ADÖ problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi alt ölçekten oluşan toplam 60 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek puanları 1 (sağlıklı) ile 4 (sağıksız) arasında değişmektedir. Genel olarak 2'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğu kabul edilmektedir. Çalışmamızda ölçeğin anne ve babalar tarafından doldurulması istendi.

### Çocuklar için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞŞY-T)

Yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T, Kauffman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir<sup>14</sup> ve Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşlar tarafından yapılmıştır<sup>15</sup>.

ÇDŞG-ŞY-T 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan

yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur ve DSM-IV tanı ölçütleri göz önüne alınarak uygulanmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY-T ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Çalışmada değerlendirmeye çocuk hakkında bilgi verebilecek en az bir ebeveyn katılmıştır. Bu değerlendirme, çalışmaya katılan çocukların şimdiki zaman psikopatolojilerini belirlemede kullanıldı.

#### İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 17.0) kullanılarak yapıldı. Sayımsal verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ( $\chi^2$ ) testi kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında; parametrik test varsayımlarının karşılandığı durumlarda bağımsız t testi, parametrik test

varsayımlarının karşılanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi uygulandı. Üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında one-way ANOVA, post-hoc analiz için ise Tukey HSD testleri kullanıldı. Sonuçlar % 95' lik güven aralığında ve  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

#### BULGULAR

Çalışmamıza 8-16 yaş arası 49 DEHB ve 48 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 97 çocuk ve ergen katıldı. DEHB ( $11.02 \pm 2.21$ ) ve kontrol grubu ( $10.27 \pm 2.04$ ) yaş ortalamaları açısından benzerdi ( $t=1,730$ ,  $p=0,087$ ). DEHB grubunun % 67,3' i ( $n=33$ ), kontrol grubunun % 58,3' i ( $n=28$ ) erkekti ( $\chi^2=0,844$   $p=0.358$ ).

Demografik bilgiler değerlendirildiğinde, DEHB ve kontrol grubu anne babaların yaş ortalamaları, birliktelik durumu ve ailedeki toplam çocuk sayısı dağılımı bakımından benzerdi ( $p > 0.05$ ). DEHB grubunda annenin eğitim düzeyinin ve babanın eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha düşük olduğu bulundu (sırasıyla;  $p=0.030$ ,  $p < 0.001$ ) (Tablo 1).

DEHB grubu alt tiplerine göre sınıflandırıldığında, olguların % 75.5' sı ( $n=37$ ) birleşik alt tip, % 20.4' ü ( $n=10$ ) dikkat eksikliği önde alt tip ve % 4.1' i ( $n=2$ ) hareketlilik/dürtüsellik önde olan alt tipteydi. DEHB grubunun % 34.7' sinde ( $n=17$ ) en az bir tane eşlik eden tanı mevcuttu. DEHB olgularının şimdiki eş tanı oranları karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) % 24.5 ( $n=12$ ), enüresis % 18.4 ( $n=9$ ), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) % 8.2 ( $n=4$ ), tik bozuklukları % 8.2 ( $n=4$ ), enkopresis % 4.1 ( $n=2$ ), davranım bozukluğu % 4.1 ( $n=2$ ), özgül fobi % 4.1 ( $n=2$ ), distimik bozukluk % 2.1 ( $n=1$ ),

obsesif kompulsif bozukluk % 2.1 (n:1), ve sosyal fobi % 2.1 (n:2), olarak bulundu. Psikiyatrik değerlendirme sonucu % 8.1 (n:4) oranında özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) saptandı.

Anne babalarda bir psikiyatrist tarafından konulan tanılar sorgulandığında, DEHB grubundaki annelerde % 34.7 (n:17) oranında depresif bozukluk, % 2.1 (n:1) oranında panik bozukluk tanısı kontrol grubundaki annelerde ise % 8.3 (n:4) oranında depresif bozukluk tanısı olduğu belirlendi. DEHB grubundaki annelere göre depresif bozukluk tanısı kontrol grubundaki annelere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla idi ( $X^2=9.933$ ,  $p=0,002$ ). DEHB grubundaki babalarda ise % 10.2 (n:5) oranında depresyon, % 4.1 (n:2) oranında DEHB, % 2.1 (n:1) oranında psikotik bozukluk, kontrol grubundaki babalarda ise % 2.1 (n:1) oranında depresif bozukluk, % 2.1 (n:1) oranında panik bozukluk tanıları olduğu belirlendi.

Grublarda ADÖ puanları değerlendirildiğinde DEHB grubunun ailelerinin problem çözme, rollerin dağılımı ve

genel fonksiyonlar alt ölçeklerinde kontrol grubu ailelerine göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek puanlar aldıkları saptandı ( $p<0.05$ ) (Tablo 2). DEHB grubunda problem çözme, rollerin dağılımı, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü alt ölçeklerinde "sağlıksız işlevi" gösterir tarzda 2'nin üzerinde puan aldıkları görüldü ( Tablo 2).

DEHB grubu ODD ve/veya DB eşlik eden (n:12) ve etmeyen (n:37) olarak alt gruplara ayrılıp ADÖ sonuçları üç grup arasında karşılaştırıldı. DEHB' ye ODD ve/veya DB eşlik eden grubun ailelerinin problem çözme, iletişim, rollerin dağılımı, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere tüm alt ölçeklerde 2'nin üzerinde puan alarak sağlıksız işlev gösterdikleri saptandı (Tablo 3). Duygusal tepki verebilme ve genel işlevler alt ölçeklerinde ODD ve/veya DB. eşhastalanımı olan DEHB grubunun eşhastalanımı Olmayan DEHB grubundan anlamlı oranda yüksek puanlar aldıkları belirlendi ( $p<0.05$ ) ( Tablo 3). Davranış kontrolü, rollerin dağılımı ve genel işlevler alt ölçeklerinde ise ODD ve/veya DB eşhastalanımı olan DEHB grubunun kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek puanlar aldıkları saptandı ( $p<0.05$ ) ( Tablo 3.)

**Tablo 1. Anne ve Babaların Demografik Özellikleri**

	DEHB* (n=49)	Kontrol ( n:48)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	Test istatistiği, p değeri
Anne Yaş (yıl)	36.91±5.7	38.29±5.4	t= -1,209, p= 0.230
Baba Yaş (yıl)	41.77±5.8	43.08±5.0	t= -1,122, p= 0.265
	n(%)	n(%)	
Annenin Eğitim Durumu			
İlköğretim	29 (%58.2)	14 (%29.2)	$\chi^2= 8.853$ p= 0.030
Lise ve üzeri	20 (%40.8)	34 (%70.8)	
Babanın Eğitim Durumu			
İlköğretim	25 (%51)	8 (%16.7)	$\chi^2= 12.749$ , p<0.001
Lise ve üzeri	24 (%49)	40 (%83.3)	
Anne Baba Birlikteliği			
Birlikte	46 (%93.8)	48 (%100)	$\chi^2= 3.033$ , p= 0.82
Boşanmış/Ayrı	3 (%6.2)	0 (%0)	
Ailede toplam çocuk sayısı			
İki ve altı	33 (%67.3)	37 (%77.1)	$\chi^2= 1.144$ , p= 0.285
Üç ve üzeri	16 (%32.7)	11 (%22.9)	

\*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**Tablo 2. DEHB\* ve Kontrol Grubunda Aile Değerlendirme Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Aile Değerlendirme Ölçeği	DEHB (n:49) ort±ss	KONTROL (n:48) ort±ss	t	p
Problem çözme	2.11±0.7	1.76±0.4	2,867	0.005
İletişim	1.89± 0.4	1.9± 0.5	-0.276	0.783
Rollerin dağılımı	2.18±0.4	1.8±0.3	4.242	0.001
Duygusal tepki verebilme	1.88±0.6	1.88±0.5	0.048	0.962
Gereken ilgiyi gösterebilme	2.35±0.4	2.64±0.5	-2.825	0.006
Davranış kontrolü	2.17±0.3	2.09±0.2	-1.083	0.281
Genel işlevler	1.96±0.5	1.45±0.4	4.572	<0.001

\*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

**Tablo 3. DEHB\*, DEHB+KOKGB\*\*/DB\*\*\* ve Kontrol Grubu ADÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması**

ADÖ	DEHB (n:37) ort±ss	DEHB+KOKGB/DB (n:12) ort±ss	KONTROL(n:48) ort±ss	p (ANOVA)	Post hoc (Tukey)
Problem çözme	2.13±0.7	2.04±0.9	1.76±0.4	0.018	DEHB>K
İletişim	1.85± 0.5	2.0±0.5	1.9± 0.5	0.628	
Rollerin dağılımı	2.14±0.4	2.30±0.4	1.8±0.3	<0.001	DEHB+YDB,DEHB>K
Duygusal tepki verebilme	1.75±0.0.6	2.29±0.5	1.88±0.5	0.024	DEHB+YDB>DEHB
Gereken ilgiyi gösterebilme	2.28±0.4	2.57±0.5	2.64±0.5	0.005	K>DEHB
Davranış kontrolü	2.11±0.3	2.35±0.4	2.09±0.2	0.042	DEHB+YDB>K
Genel işlevler	1.82±0.6	2.39±0.5	1.45±0.4	<0.001	DEHB+YDB>DEHB>K

\*Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu \*\*Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

\*\*\*Davranım Bozukluğu

## TARTIŞMA

Bu çalışmada KOKGB/DB eşhastalanımı olan veya olmayan DEHB tanılı çocukların ailelerinin işlevselliği ADÖ' ye göre değerlendirildi ve sağlıklı kontrol grubunun ailelerinin işlevselliği ile karşılaştırıldı. Çalışmamızın sonuçları, DEHB tanılı çocukların ailelerinde aile işlevlerinin çeşitli alanlarında bozulmalar olduğunu, DEHB 'ye KOKGB ve/ veya DB eşlik ettiğinde ise aile işlevlerindeki bozulmanın arttığını göstermektedir. Bu bulgular ülkemizde ve dünyada yapılmış çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir<sup>9,11,16,17</sup>.

Çalışmamızın örneklem grubunun DEHB grubu için % 67.3 kontrol grubu için % 57.3 olmak üzere çoğunluğunu erkek cinsiyetin oluşturması ve % 75.5 gibi yüksek bir oranda bileşik alt tipin bulunması yazın bilgisi ile uyumludur<sup>3</sup>.

Çalışmamızda DEHB tanılı çocukların aileleri herhangi bir psikiyatrik bozukluğu bulunmayan çocukların ailelerine göre problem çözme, rollerin dağılımı ve genel işlevler alanlarında anlamlı olarak daha fazla sorun bildirmişlerdir. Ayrıca DEHB grubunun problem çözme, rollerin dağılımı, gereken ilgiyi gösterebilme ve davranış kontrolü alt ölçeklerinde sağlıklı işlev gösterdikleri saptandı. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da DEHB grubunun aileleri kontrol grubuna göre ADÖ' nün problem çözme, rollerin dağılımı, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alanlarında daha fazla sorun bildirmişler<sup>11</sup>. DEHB'li çocuklar sıklıkla talepkar, ısrarcı ve müdahale edici olduklarından, diğer aile üyeleriyle olumsuz ilişkiler kurmakta ve bu durum aile içi ilişkiler

ve ebeveynlerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yapmaktadır<sup>18</sup>. Çocuklarında DEHB tanısı bulunan ailelerde daha yüksek oranda anlaşmazlık, ayrılık ve boşanma görüldüğü, evlilikten alınan doyumun azaldığı bildirilmiştir<sup>16,17,18,19</sup>. Bunun yanında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin tutarsız disiplin ve yetersiz gözetimi içeren, olumsuz, tepkili, saldırganca ve etkin olmayan bir ebeveynlik tutumu sergiledikleri bildirilmektedir<sup>16,17</sup>.

DEHB' ye sıklıkla bir ya da daha fazla eşhastalanımın eşlik ettiği bilinmektedir<sup>20</sup>. DEHB grubunda eş tanılar incelendiğinde, olguların % 34.7' sinde bir ya da daha fazla eş tanı saptandı. Eş tanılar arasında yazın bilgisiyle uyumlu olarak en sık % 24.5 oranı ile KOKGB saptanırken, DB % 4.1 oranındaydı.

DEHB' ye KOKGB ve/veya DB eşlik etmesinin klinik görünümü ağırlaştırdığı, çocuk ve ailenin işlevselliğinde daha fazla bozulmaya yol açtığı birçok çalışmada gösterilmiştir<sup>9,11,21,22</sup>. Bazı çalışmalarda ise aile işlevselliğindeki bozulmanın, DEHB' ye değil eşlik eden diğer yıkıcı davranım bozukluklarına bağlı olduğu bildirilmiştir<sup>9,23</sup>. Biz de KOKGB ve/veya DB' nin DEHB' ye eşlik etmesinin aile işlevselliğinde yol açtığı farkları belirlemek amacı ile DEHB grubunu yıkıcı davranım bozukluğu eşlik eden ve etmeyen grup olmak üzere iki gruba ayırarak kontrol grubu ile beraber üç grupta ADÖ sonuçlarını değerlendirdik. DEHB' ye yıkıcı davranım bozukluğu eşlik eden grubun ailelerinin ADÖ' nün tüm alt ölçeklerinde sağlıklı işlev gösterdikleri saptandı. Duygusal tepki verebilme ve genel işlevler alt ölçeklerinde DEHB+KOKGB/DB grubunun ailelerinin DEHB grubu ailelerine göre anlamlı

oranda daha fazla sorun bildirdikleri, ayrıca DEHB grubunun DEHB+KOKGB/DB grubundan farklı olarak bu alanlarda sağlıklı işlev gösterdikleri saptandı. DEHB' ye KOKGB, DB gibi yıkıcı davranım bozuklukları eşlik ettiğinde çocuktaki sorunlu davranışların artması ile birlikte ebeveynlerin tutumlarındaki olumsuzluklar da artacağından aile işlevlerinde daha fazla bozulmaya yol açıyor olabilir. Ülkemizde DEHB ile DEHB' ye eşlik eden KOKGB tanısı olan çocukların aile işlevleri farklı çalışmalarda karşılaştırılmış ve DEHB' ye KOKGB eşlik ettiğinde ebeveynlerin davranış kontrolü, gereken ilgiyi gösterme, rollerin dağılımı, problem çözüme, genel işlevler gibi her bir çalışmada çeşitli alanlarda daha fazla sorun davranışı bildirdikleri saptanmıştır<sup>9,15,22,23</sup>.

Aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında doğrudan aile üyelerinden bilgi almayı amaçlayan aile değerlendirme ölçeğinde bir işlevde ortaya çıkan bozulma diğer işlevleri de etkileyebilir. DEHB, KOKOG veya DB gibi yıkıcı davranış bozukluğu olan bir çocuğun aile sistemine getirdiği yükün yanında sistemin diğer parçalarını oluşturan anne babalara ilişkin değişkenler de sistemi etkileyip aile işlevlerini bozabilmektedir<sup>9</sup>.

Çalışmamızda ayrıca DEHB grubunda ki annelerde kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek oranda (% 34.7) depresif bozukluk tanısı konduğu tespit edilmiştir. Daha önce de birçok çalışmada DEHB tanılı çocukların annelerinin yüksek oranda depresif bozukluk tanısı aldığı bildirilmiştir<sup>9,16,18</sup>. DEHB tanılı çocukların aileleri çocuklarında görülen uygunsuz ve yıkıcı davranışlar sebebi ile yetersizlik hissedebilmektedir, ayrıca bu durum aile üzerinde belirgin strese ve işlevsellik kaybına neden olmaktadır. En çok rapor edilen bulgulardan biri de DEHB' li çocukların annelerinin daha fazla ebeveynlik stresi yaşadığı ve daha düşük özgüvene sahip olduğudur<sup>18</sup>.

Çalışmamızda DEHB grubu ailelerinin eğitim düzeyinin kontrol grubu ailelerine göre düşük olması çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarındandır,

bu durum aile işlevlerinde diğer çalışmalara göre daha fazla sorun bildirilmiş olmasını açıklayabilir. Ayrıca çalışmamızda DB tanısının az olması sebebi ile KOKGB ve DB tanıları birlikte değerlendirilmiştir. Ailelerde psikopatoloji taraması yapılmamış olup ailelerin verdiği bilgiler doğrultusunda psikiyatrik tanılarının varlığı belirlenmiştir.

Çalışmamızın bulguları DEHB ve DEHB' ye eşlik eden KOKGB/DB varlığında çocukların yanı sıra anne babaların da psikiyatrik açıdan değerlendirilip aile işlevselliğinin belirlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca müdahale yaklaşımları belirlenirken çocuğun aile sisteminin bir parçası olarak ele alınması ve çocuğun işlevselliğinin yanında aile işlevselliğinin artırılması tedavinin ana hedeflerinden biri olmalıdır.

**BU araştırma “ 14th International Congress of ESCAP - European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Helsinki, Finlandiya June 2011 ” kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.**

#### KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, APB (American Psychiatric Association, APA), 2001.
2. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2005; 57:1215-20.
3. Biederman J, Faraone SV. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005; 366:237-48.
4. Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and adjustment in two geographical areas: vol 1. The prevalence of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 1975; 126:493-509.
5. Biederman J, Millberger S, Faraone S, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52: 464-70.
6. Biederman J, Faraone SV, Taylor A. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: finding from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 305-13.
7. Cantwell DP, Attention deficit disorder a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 978-87.



8. Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR et al. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of schoolage children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38:976-84.
9. Kılıç BG, Şener Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005; 16: 21-8.
10. Ellis B, Joel NiggJ. Parenting Practices and Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: New Findings Suggest Partial Specificity of Effects. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2009; 48:146-54.
11. Gökçen C, Özatalay E, Fettahoğlu EÇ. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında psikolojik belirtiler ve aile işlevselliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2011; 18:95-104.
12. Pekcanlar A, Turgay A, Miral S ve ark. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve aile işlevleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1999;6: 99-107.
13. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgüneliş Matbaası,1990, Ankara.
14. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and life-time version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36:980-8.
15. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11: 109-16.
16. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr*. 2012; 171:271-80.
17. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*. 2009;1:167-70.
18. 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.
19. Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *J Pediatr Psychol*. 1988;13:265-80.
20. Pliszka SR, Carlson, CL, Swanson, JM. Anxiety Disorders. ADHD with comorbid disorders: clinical assessment and management. The Guilford Press, New York, 1999; 150-62.
21. Johnston C. 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*.1996; 24: 85-104.
22. Türkbay T, Cögöloğlu A, Cesur G, et al. Evaluation of family functions of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*. 2002; 3: 53-8.
23. Özcan C, Oflaz F, Türkbay T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve binişik karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan çocukların anne babalarının empati düzeylerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2003; 10: 108-14.

#### Yazışma Adresi / Address for Correspondence:

Dr. Sebla Gökçe İmren  
 Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi  
 Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
 Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği  
 RIZE  
 e-mail: seblagokce@yahoo.com

geliş tarihi/received :24.09.2012  
 kabul tarihi/accepted:;17.10.2012