

Bir Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğinde Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik Yakınması İle Değerlendirilen Hastaların Psikososyal Gelişim Özellikleri

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

- * Uzm. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD
** Yrd. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD
*** Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD
**** Int. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD

Tel: +902324125456
Faks: +902322776686
Email: fvaroltas@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınmaları ile polikliniğimize başvuran ve değerlendirmesi yapılan hastaların psikososyal gelişim özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 1999–2003 yılları arasında, birincil yakınma olarak dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınması ile başvuran ve değerlendirmesi yapılan hastaların dosya verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Psikososyal gelişim özellikleri, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, akran ilişkileri ve zekâ testi değerlendirmelerine ilişkin veriler kaydedilmiştir.

Bulgular: Olguların 542'si (%77.7) erkek, 156'sı (%22.3) kızdır. Tüm olguların yaş ortalaması 8.43±3.6 olarak belirlenmiştir. Yaş ortalaması açısından karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yürüme zamanı ortalama 19.7±10.8 ay, konuşma zamanı 33.9±11.4 ay ve tuvalet eğitimi 25.9±10.6 ay olarak belirlenmiştir. Her üç gelişimsel alan açısından da cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Weschler Çocuklar için Zekâ Ölçeği testi puan ortalamaları cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında, erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik olduğu saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmanın sonunda olguların çoğunluğunda psikososyal gelişim yönünden normal ölçütlere göre gerilik bulunmamıştır. Olguların önemli bir kısmında ise tıbbî hastalık, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, akran ilişki güçlükleri olduğu belirlenmiştir. Bu yakınmalarla gelen çocukların zekâ ortalama puanlarında erkeklerde anlamlı düzeyde yükseklik olduğu bulunmuştur. Bu yakınmalar ile başvuran olguların ayrıntılı gelişim öykülerinin değerlendirilmesi gerekli olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, psikososyal gelişim

ABSTRACT

Psychosocial Developmental Aspects Of Children and Adolescents With Attention Deficit and Hyperactivity Complaints In a Child Psychiatry Out Patient Unit.

Purpose: We aimed to investigate the psycho-social development features of the patients admitted to our outpatient clinic and evaluated for attention deficit and/or hyperactivity.

Method: The data of the patients admitted to our outpatient clinic primarily for attention deficit and/or hyperactivity and evaluated between the years 1999-2003 were assessed retrospectively. Psychosocial development features, familial psychiatric disorder history, peer relationships and intelligence quality test results were recorded.

Findings: Of all cases 542 were boys (77.7%) and 156 were girls (22.3%). Average age was 8.43±3.6 years for all cases. There was not any significant difference between the genders for average ages ($p=0.645$). Average age at the time of first walking was 19.7±10.8 months, speaking was 33.9±11.4 months and toilet training was 25.9±10.6 months. There was not any significant difference between the genders for three developmental areas. The average scores of Weschler Intelligence Scale Test for Children were compared it was significantly higher in boys than girls.

Discussion and Conclusion: As a result, majority of the cases were not retarded when compared with normal scales of psycho-social development, but had higher number of medical diseases,

familial psychiatric disease history, and peer relation difficulties. The children with these complaints had significantly higher IQ scores in boys. In these patients it is necessary to evaluate the developmental history in detail.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, psychosocial development

GİRİŞ

Çocuk ve ergenlerde, psikiyatlara başvuru nedenleri arasında en sık karşılaşılanlardan biri dikkat eksikliği ve / veya aşırı hareketlilik (Zarin ve ark. 1998). Polikliniğimizde yapılan bir çalışmada, en sık yakınmanın aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklığı, en sık görülen bozukluğun ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olduğu bildirilmiştir (Aras ve ark. 2005).

Dikkatsizlik ve konsantre olamama veya motor aktivite artışı belirtilerine yol açan tanı grupları incelendiğinde, majör depresyon, anksiyete bozuklukları, DEHB, bipolar bozukluk gibi birbirinden farklı bozukluklar görülebilmektedir (APA 1994). Tanımlandığı üzere pek çok psikiyatrik bozukluğun tanı kriterleri arasında dikkat veya hareketlilikteki değişikliklere ilişkin bulgular yer almaktadır.

Bebeklik ve okul öncesi dönemde girişkenlik ve itkisellik olağandır. Okul yılları ve ergenlikte hareketlilik ancak oyun hâllerinde, itkisellik ise akran katılımlı etkinliklerde artış göstermektedir. Bu dönemdeki hareketlilik ve/veya itkisellik işlev kaybına yol açmıyorsa bir bozukluğu göstermemektedir. Gelişimsel olarak aşırı hareketlilik belirtisi olan bebekler erkenden yürümeye tırmanmaya başlarlar ve bu grupta aşırı motor faaliyet ile birlikte duygusal aşırı tepkisellik veya tepki azlığının gelişimsel anormallikleri tanımlanmıştır.

Dikkat kavramı farklı beyin bölgelerinden kaynaklanan ve ardışık basamaklardan meydana gelen bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Dikkat kapasitesi kişiler arası farklılıklar gösterebileceği gibi, belli durumlarda (yorgunluk vb.) veya bazı bozukluklarda da değişebilmektedir (Fettahoğlu ve ark. 2006). Küçük bir çocuk kısa dikkat süresine sahiptir ve bu süre olgunlaşma ile artmaktadır. Dikkatsizlik normâl gelişimsel süreçte çocuğun düzeyi ile orantılıdır ve işlev kaybına yol açmaz. Bebeklik döneminde dikkat seçiciliğe göre değişken olabilmektedir. Bebeğin görsel, işitsel veya motor yeteneklerine göre farklılıklar gösterir. Okul öncesi bir çocuk kısa bir öykü kitabı veya çizme boyama gibi kısa eylemlerde dikkatini sürdürebilir. Okul dönemi ve ergenlikte özellikle istenilmeyen görevler yerine getirilen dikkatin kolaylıkla dağılabilmektedir. Dikkat sorunu olan erken çocukluk dönemindeki çocuklar ise oyun ve faaliyetleri tamamlamakta oldukça zorlanırlar. Bu çocuklar akranları ile herhangi bir oyunu tamamlamada da yetersizdirler. Dikkatin başka bir nesneye kaymasına olanak olmadan çok kısa süre-

li faaliyetlerde dikkatlerini toplayabilirler. Okul dönemi ve ergenlik döneminde ise okuldan gelen yönerge ve açıklamaları çoğunlukla kaçıırırlar. Diğer çocuklarla yapılan oyunları ve etkinlikleri çoğunlukla tamamlayamazlar. Belirgin sosyal güçlükleri vardır ve sosyal ipuçlarını toplayamazlar (APA 1994). Bütün bu özelliklerin yanı sıra aşırı hareketlilik anne babaların çocukla ilgili algılarına, çocuğun içinde bulunduğu koşullara göre de ortaya çıkabilen bir durumdur ve her zaman psikiyatrik bozukluklarla da ilişkili olmayabilir (Weiss 2002).

Bu çalışmamızda polikliniğimize dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınması ile başvuran ve değerlendirilen olguların psikososyal gelişim özellikleri incelenecektir.

YÖNTEM

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları poliklinik arşivinde yapılmıştır. 1999–2003 yılları arasında, birincil yakınma olarak dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınması ile başvuran ve değerlendirmesi yapılan hastaların dosya verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Sonuçta 698 olgunun dosyasına ulaşılmıştır. Dosya bilgileri detaylı olarak incelenerek, değerlendirme sırasında âilelerden alınan doğum şekli, yürüme, konuşma ve tuvalet eğitiminin zamanları, geçmişteki hastalık öyküleri, çocuğun değerlendirme sırasındaki okul başarısı ve akran ilişkilerine âit bilgiler ile anne ve babanın eğitimi, iş durumu, ayrıca âilede ruhsal bozukluk öyküsü verileri toplanmıştır. Poliklinikteki izlemi sırasında Weschler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WÇZÖ) kullanılarak zekâ düzeyi değerlendirilmiş olan olguların zekâ bölümü puanları da kaydedilmiştir.

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS Windows 11.0 paket programı kullanılmıştır. Veriler ki-kare testi, gerekli yerlerde ise Fisher kesin ki-kare testi ve t-testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Dosyaların geriye dönük incelenmesi sonucunda 698 olgunun kayıtlarına ulaşılmıştır. Olguların 542'si (%77.7) erkek, 156'sı (%22.3) kızdır. Tüm olguların yaş ortalaması 8.43±3.6 olarak belirlenmiştir. Cinsiyet açısından yaş ortalaması incelendiğinde, erkek olguların 7.4±5.3, kız olguların ise 8.2±4.2 olduğu tesbit edilmiştir. Yaş ortala-

ması açısından karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.645$).

Doğumun hangi şekilde olduğuna ilişkin 408 olguda veriye ulaşılabilmektedir. 255 olguda (%62.5) normal doğum, 95 olguda (%23.3) sezaryen ile doğum, 43 olguda (%10.5) zor veya sorunlu bir doğum olduğu, 15 olguda (%3.7) ise düşük tehdidinin bulunduğu bulunmuştur.

Psikososyal gelişim basamaklarından yürüme ve konuşma becerileri ile tuvalet eğitimi kazandıkları aylar değerlendirilmiştir. 512 olguda yürüme ve konuşma zamanlarına, 464 olguda ise tuvalet eğitimi zamanına ilişkin verilere ulaşılabilmektedir. Yürüme zamanı ortalama 19.7 ± 10.8 ay, konuşma zamanı 33.9 ± 11.4 ay ve tuvalet eğitimi 25.9 ± 10.6 ay olarak belirlenmiştir. Her üç gelişimsel alan açısından da cinsiyetler arasında anlamlı fark tesbit edilmemiştir (yürüme: $t=-1.053$, $p=0.318$, konuşma: $t=0.273$, $p=0.785$, tuvalet eğitimi: $t=-0.672$, $p=0.503$).

Olgularda çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmadan önce ortaya çıkan fiziksel hastalık öyküsüne de bakılmıştır. 698 çocuktan 11'inde (%1.6) merkezî sinir sistemi (MSS) enfeksiyonu, 25'inde (%3.6) MSS travması, 46'sında (%6.6) çocukluk çağı hastalıkları, 24'ünde (%3.4) epilepsi, 155'inde (%22.2) diğer hastalık öyküsünün olduğu belirlenmiştir. 437 olguda (%62.6) herhangi bir hastalık öyküsü bulunmamıştır.

Dosya değerlendirmesinde 203 olguya poliklinik izlemi sırasında WÇZÖ uygulaması yapıldığı, ortalama puanların sözel zekâ bölümü için 90.3 ± 20.2 , performans zekâ bölümü için 96.0 ± 18.8 ve toplam zekâ bölümü için 92.7 ± 19.9 olarak tesbit edildiği görülmüştür. WÇZÖ testi puan ortalamaları cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında, erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik olduğu bulunmuştur (sözel: $t=3.294$, $p=0.002$, performans: $t=2.234$, $p=0.029$, toplam: $t=2.928$, $p=0.005$).

Olgular ile ilgili sosyodemografik özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Dikkat eksikliği ve / veya aşırı hareketlilik yakınması ile başvuran olguların psikososyal gelişimlerinin ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği çalışmanın bulguları yazındaki veriler ile uyumlu bulunmuştur.

Emiroğlu-İnal ve arkadaşlarının (2007) bulguları, bu hastalarda %31.5 oranında DEHB, %0.9 okul sorunu, %12.0 gelişimsel dönem özellikleri, %5.4 mental retardasyon, %1.4 özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), %2.1 duygudurum bozuklukları, %1.3 yaygın gelişimsel bozukluklar, %0.4 dışa atım bozuklukları, %2.4 anne-baba-çocuk ilişki sorunu, %6 oranında ise diğer bozukluklara ilişkin tanıların olduğunu göstermiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

	n	%
Âilede psikiyatrik bozukluk öyküsü (n=181)		
Yok	98	54.2
Annenin tarafında	38	21.0
Babanın tarafında	39	21.5
İkisinin tarafında da	6	3.3
Okul başarısı (n=287)		
Düşük	96	33.5
Orta	58	20.2
İyi	133	46.3
Akran ilişkileri (n=280)		
Kötü	73	26.0
Orta	44	15.7
İyi	16	58.2

Dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınmaları sıklıkla DEHB'nin belirtileri olarak görülmektedir. DEHB, erkek çocuklarda daha fazla oranda bildirilmektedir. Çocuklar arasında erkek-kız oranı 3/1 olarak belirtilmektedir. DEHB'nin dikkatsizliğin önde geldiği tipinin ise kızlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü saptanmıştır (Zimmerman 2003). Bu belirtilere yol açabilen diğer bozukluklardan biri olan depresyon ise kızlarda daha sık görülen bir bozukluktur. Kız cinsiyetinde olma, depresif bozukluklar için risk etmeni olarak tanımlanmaktadır (Bhatia 2007). Bipolar bozukluğun ergen yaş grubunda, her iki cinsiyette de eşit sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir (Pataki 2000). Bizim çalışmamızda değerlendirilen çocukların ve ergenlerin büyük bir kısmı erkektir (%77.7). Anne babalar, çocuklarının gelişimsel özelliklerini olağan olarak değerlendirme ile ilgili sorun yaşıyor olabilirler.

Değerlendirilen olguların %10.5'inde zor veya sorunlu bir doğum öyküsü olduğu, %3.7'sinde ise düşük tehdidinin bulunduğu tesbit edilmiştir. Yazında gebelik ve doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı, beyin travması, gebelik esnasında toksik maddelere maruz kalmanın birkaç çalışmada DEHB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu konudaki çalışmalardan elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Diğer çalışmalarda doğum sırasındaki sorunların, fetal stres ve diğer doğum komplikasyonlarının, daha sonra ortaya çıkan yıkıcı davranış sorunları ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (McCracken 2000, Milberger ve ark. 1997).

Olgularımızda çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurmadan önce ortaya çıkan fiziksel hastalık öyküsüne de bakılmıştır. Olguların %38'inde fiziksel hastalık öyküsü bildirilmiştir. Bu hastaların %8.6'sında MSS enfeksiyonu ve travması ile epilepsi olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda çocukların fiziksel hastalığa sâhip olması ve bebeklikte sık nöbet geçirme öyküsü gibi çeşitli etmenlerin DEHB gelişiminde risk oluşturabileceği belirtilmiştir (Allen ve ark. 1998, Faraone ve ark. 1998). Çocukların ve ergenlerin kronik bir hastalığının olması, aynı zamanda depresif bozukluklar açısından da risk oluşturmaktadır (Bhatia 2007). Prenatal, perinatal ve postnatal pek çok etmenin, özellikle de MSS'yi etkileyen fiziksel hastalıkların etiyolojide önemli yer tuttuğu bir başka bozukluk zekâ geriliğidir. Zekâ ve gelişim geriliği olan çocukların bir kısmı, ebeveynlerin dikkat eksikliği yakınmaları ile veya aşırı hareketliliğin tabloya eşlik etmesi ile polikliniklere başvurabilmektedirler. Bu çocuklarda fiziksel hastalık sıklığı da yüksektir (AACAP 1999).

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınmaları, öğrenme sorunları ve zekâ geriliği olan çocuklarda sık görülmektedir (Hastings ve ark. 2005). Emerson'un (2003) çalışmasında zekâ geriliği olan çocuklarda, ICD-10'a göre hiperkinezi görülme sıklığının 10 kat arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda da, öğrenme bozuklukları ve zekâ geriliklerini değerlendirebilmek için bazı olgulara uygulanan zekâ testi sonuçları incelenmiştir. Sözel, performans ve toplam zekâ bölümlerinin ortalamaları değerlendirildiğinde, normâl standartlarına yakın ortalamalar çoğunlukta saptanmakla beraber, cinsiyet açısından karşılaştırıldığında hem sözel hem de performans ortalamalarının erkeklerde istatistiksel olarak yüksek bulunduğu görülmüştür. Bu nedenle dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınmaları ile başvuran çocuklarda kızların zekâ kapasitesine ilişkin sorunlarının yadsınması veya fark edilememesi söz konusu olabilir.

Dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınması genellikle ilkökul döneminde yoğun olarak sorun oluşturmaktadır. Bu yakınmaları olan çocukların buldukları sınıf düzeyine göre öğrenme ile ilgili alanda sorunlar yaşayabildikleri görülmüştür. Özellikle yakınmalar DEHB ile ilişkili ise, öğrenme bozuklukları da sık birliktelik gösterebilmektedir (Harpin 2005). Literatürde, DEHB'nin dikkat eksikliğinin önde geldiği ve bileşik tiplerinde daha düşük okul başarısı görüldüğü, hiperaktivitenin-itkiselliğin önde geldiği tipte ise okul başarısının diğer tiplere göre daha az oranda olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Lahey ve ark. 1994). DEHB dışında depresyonu olan

çocuklarda da dikkat sorunları, konsantrasyon güçlükleri, düşünme hızında yavaşlama, ilgi ve motivasyon kaybı gibi belirtiler görülmektedir. Bu belirtiler okul başarısının düşük olmasına neden olabilmektedir (Bhatia 2007). Hattâ bazı çocuklarda okul başarısızlığı nedeniyle, öğrenme bozukluğu olduğu yönünde yanlış bir tanılama olabilmektedir (Sadock 2003). Dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınmalarının sık görülebildiği diğer bozukluklarda da okul başarısı olumsuz etkilenebilmektedir (Sadock 2003). Bizim çalışmamızda da ebeveynlerden alınan bilgiler değerlendirildiğinde, olguların yaklaşık yarısında (%53.7) okul başarısı düşük veya orta olarak tanımlanmıştır.

Literatürde DEHB'si olan çocukların akran ilişkilerinde sık sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Bagwell ve ark. 2001). Saldırganlık ve sosyal becerilerdeki güçlüklerin de bu duruma katkı sağlayabileceği ileri sürülmektedir (Pope 1999). Aynı zamanda DEHB'ye özgü davranışlarının da (dikkat sorunları, hareketlilik, düşünmeden eyleme geçme, saldırganlık, tepkileri kontrolde güçlük, benmerkezci özellikler) bu soruna yol açabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, aşırı hareketlilik ve itkisellik sorunu olmayan, sadece dikkat dağınıklığı ve düzensizlik sorunları olan DEHB'li çocukların da, yaşlıları tarafından istenmememe, dışlanma veya zoraki kabûllenilme gibi sorunları sık yaşadığı belirtilmektedir. (Yazgan 1998). Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik yakınmalarının sık görülebildiği diğer bozukluklarda da hem akran hem de âile ile olan ilişkilerde ciddi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. İlişkilerindeki bu bozulmalar zâten mevcut olan psikiyatrik sorunları artırmakta veya ek sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Sadock 2003). Çalışmamızın bu alandaki bulguları, olguların %41.7'sinde orta veya kötü bir akran ilişkisi olduğu yönündedir.

Bu çalışmada incelenen alanlardan biri de âilede psikiyatrik bozukluk öyküsünün olmasıdır. Olguların %45.8'inin âilesinde psikiyatrik bozuklukların olduğu görülmüştür. Âilede psikiyatrik bozuklukların etkisini incelediğimizde, DEHB görülme riski bakımından kontrollerin anne babaları ile karşılaştırıldığında, DEHB'li olguların babalarında riskin 1.9-8.0 kat, annelerinde 2.1-7.6 kat artmış olduğu bildirilmiştir (Faraone ve ark. 1994). Bu bozukluğu olan çocukların anne babalarında, alkolizm, antisosyal kişilik bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Güçlü ve Erkrân 2004, Faraone 2000). Ciddi evlilik sorunları, evlât edinilmiş olma, dü-

şik sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, anne ve babanın suç işlemeye yatkın yapılarının bulunması, annenin ruhsal hastalığının olması DEHB gelişimi için risk etkenleri olarak değerlendirilmiştir (Weiss ve Weiss 2002).

Yine duygudurum bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde ve akrabalarında duygudurum bozukluklarının sık görüldüğü belirtilmektedir (Sadock 2003). Bipolar bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde %31 oranında bipolar bozukluk görüldüğü bildirilmiştir (Weller ve ark 2003). Ayrıca anksiyete bozukluğu olan çocukların birinci derece akrabalarında anksiyete bozuklukları görülme oranı yüksektir. Anksiyete bozukluğu tanısı konulan çocukların annelerinde %93 oranında yaşam boyu anksiyete bozukluğu tesbit edilmiştir (Işık Taner 2007).

SONUÇ

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınması ile başvuran çocukların psikososyal gelişim özelliklerini incelediğimiz çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Kısıtlılıklarımızdan biri verilerin geriye dönük olarak incelenmiş olmasıdır. Bu nedenle tüm hastalarda her alandaki veriye ulaşamamıştır. İncelenen alana göre hasta sayısı değişkenlik göstermiştir. Akran ilişkisi, okul başarısı, gelişimsel özellikleri gibi alanlardaki bilgilerin yalnızca ebeveynlerden alınmış olması diğer bir kısıtlılığımızdır. Ebeveynler, özellikle geçmiş dönemlere ait bilgileri hatırlamakta güçlük yaşamış olabilirler ve bilgi aktarımlarında eksik yahut hatalı noktalar kalmış olabilir. Özellikle gelişimsel özellikler ve geçirilmiş fiziksel hastalıklar konusunda tıbbî kayıtların da kullanılması güvenilirliği artıracaktır.

Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınması sık başvuru nedenlerindedir. Farklı pek çok psikiyatrik bozukluğun belirtisi olabilmesi, kimi zaman da normâl dönem özellikleri olan çocukların aile tarafından algılanmasındaki sorunlar nedeniyle çocuk psikiyatrisi pratiğinde fazlaca yer tutmaktadır. Bu yakınma ile gelen hastaların detaylı ele alınması, âilesel ve gelişimsel özellikleri ile işlevselliğine ilişkin bilgilerin genişletilerek dikkatli bir ayırıcı tanı yapılması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR (1998) Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*; 10: 513-529.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999) AACAP official action. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: S5-S31.

American Academy of Pediatrics (1994) The classification of

child and adolescent mental diagnoses in primary care. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics.

American Psychiatric Association (APA) (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Basım (DSM-IV). Köroğlu E, çeviri editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Aras Ş, Varol Taş F, Ünlü G (2005) Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde ilaç tedavisi uygulamalarının değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 15: 127-133.

Bagwell CL, Molina BSG, Pelham WE, Hoza B (2001) Attention deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 40: 1285-1292.

Bhatia SK, Bhatia SC (2007) Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician*; 75:73-80.

Emerson E (2003) Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Intellectual Disab Res*; 6: 63-78.

Emiroğlu İnal FN, Varol Taş F, Akay A, Aslan E, Culfa Ş, Tağa R, ve ark. (2007) Ayaktan takip edilen dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik yakınmalı çocuklara ve ergenlere konan tanımlar ve uygulanan tedaviler. *Yeni Symposium*; 45: 107-112.

Faraone SV, Biederman J (1994) Genetics of attention deficit hyperactivity disorder *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*; 3: 285-299.

Faraone S, Biederman J, Weber W, Russell R (1998) Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/ hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37: 185-193.

Faraone SV (2000) Genetics of childhood disorders XX. ADHD, Part4: Is ADHD genetically heterogeneous? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 1455-1457.

Fettahoğlu Ç, Özatalay E (2006) Çocuklarda hareketlilik ve/veya dikkatsizlik yakınmaları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 13: 13-18.

Güçlü O, Erkıran M (2004) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yüküklük. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 7: 32-41.

Harpin VA (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*; 90(suppl1): i2-i7.

Hastings RP, Beck A, Daley D, Hill C (2005) Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Res Developm Disab*; 26: 456-468.

Işık Taner Y (2007) Yaygın anksiyete bozukluğu. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Soykan Aysev, Işık Taner, editörler. Ankara, 455-464

Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al (1994) DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*; 151: 1673-1685.

McCracken JT (2000) Attention Deficit Disorder. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition, on CD-ROM. Lippincott Williams and Wilkins, Chapter 39.1.

Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Guite J, Tsuang MT (1997) Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment

-
- interaction. *Biol Psychiatry*; 41: 65-75.
- Pataki C (2000) Mood disorders and suicide in children and adolescents. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th edition. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2740-2758.
- Pope AW, Biederman KL (1999) Predicting adolescent peer problems and antisocial activities: the relative roles of aggression and dysregulation. *Dev Psychol*; 35: 335-346.
- Sadock BJ, Sadock VA (2003) Mood Disorders and Suicide in Children and Adolescents. Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry*, 9th edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 1274-1281.
- Weiss M, Weiss G (2002) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry - a Comprehensive Textbook*. Chapter 52. Lewis M, editor. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins, 645-670.
- Weller E, Clavert M, Weller R (2003) Bipolar disorder in children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 16: 383-388.
- Yazgan Y (1998) Hiperaktivitenin klinik özellikleri: gelişimsel, eşbozukluk ve ayırıcı tanı açısından. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. 417-426
- Zarin DA, Suarez AP, Pincus HA, Kupersanin E, Zito JM (1998) Clinical and treatment characteristics of children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder in psychiatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37: 1262-1270.
- Zimmerman ML (2003) Attention-deficit hyperactivity disorder. *Nurs Clin An*; 38: 55-66.