

ÇOCUKLUKTA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ OLGULARIN ERGENLİK DÖNEMİNDEKİ PSİKİYATRİK DURUMLARININ İNCELENMESİ

Ayla Aysev*, Pınar Öner**

ÖZET

Amaç: Çocukluğunda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış olan olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 13 DEHB ve 12 sağlıklı kontrol olgusu dahil edilmiştir. **Yöntem:** DEHB grubunda yaş ortalaması 19.3 (\pm 2.6); kontrol grubunda 20.6 (\pm 2.7) dir. Her iki gruptaki olgulara DSM-IV eksen-I bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme (YG) uygulanmış; ayrıca olgular Wender-Utah ölçeği (WUÖ), Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Belirti Tarama Listesi (BTL-90) ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Gruplar arasında YG uygulamasında DEHB grubunda anlamlı olarak daha fazla psikiyatrik ek tanı saptanmış olmasına rağmen, BTL-90 ve BDÖ'den aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır. **Tartışma:** Sonuçlar, DEHB

grubunda ergenlik döneminde daha fazla psikiyatrik bozukluk geliştiğine işaret etmektedir. Ayrıca bu çalışmadan elde edilen veriler, DEHB olan ergenlerde ölçekler ile yapılacak değerlendirmelerin yeterli olmadığını ve yanıltıcı olabileceğini; yapılandırılmış görüşmelerle psikiyatrik değerlendirme yapmanın tanıların tespiti açısından en önemli unsur olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ergen, komorbidite

Psychiatric Status of Adolescent Cases Who Were Diagnosed As Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Childhood

SUMMARY

Objective: The purpose of the study is assessing the psychiatric morbidity of cases who were diagnosed Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) during their childhood. Thirteen ADHD cases and 12 normal subjects were included in the study. **Method:** Mean age of ADHD group was 19.3 (\pm 2.6) and of control group was 20.6 (\pm 2.7). SCID-I

* Doç. Dr. Ankara Üniversite Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

** Uz. Dr., Ankara Üniversite Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

(Structured Clinical Interview for DSM-IV) was applied to all subjects in both groups. Subjects were also assessed with Wender-Utah scale, Beck Depression Scale, and SCL-90. **Results:** Although SCL-90 and Beck Depression Scale findings and behavioral and academic histories of ADHD cases were not statistically different than the control group; ADHD cases had significantly more psychiatric diagnoses when assessed with SCID-I. **Discussion:** Results indicate that ADHD group received significantly more psychiatric diagnoses than control group 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.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağıının en sık rastlanan bozukluklarından biridir. Okul dönemi çocuklarında görülme sıklığı %3-5 arasında olup ve erkek çocuklarda daha sık görülmektedir (Coot 1995). Çocuklukta başlayan sorunların daha sonraki dönemlerde ne ölçüde devam ettiği bir süredir incelenen bir konudur. Ferdinand ve Verhulst (1995), 8 yıllık izlem çalışmalarında çocuklukta saptanan davranışsal ve duygusal problemlerin kalıcı olduğunu belirtmişlerdir. Capi ve ark. (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 psi-

kiyatrik 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, 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 ve ark 1990, Biederman ve ark 1998a, Biederman ve ark 1998b). Burada "acaba çocuklukta DEHB erişkinlikteki diğer psikiyatrik bozuklukların öncülü müdür?" sorusu akla gelmektedir. Bu çocukların ergenlik ve erişkinliklerinde antisosyal kişilik bozukluğu ve psikoaktif madde kötü kullanımı gibi durumların görülebildiği bilinmektedir. Bu olumsuz sonuçların, devam eden hiperaktivite ve dikkat eksikliğine mi, yoksa ilişkili davranım ve öğrenme bozukluklarına mı bağlı olduğu henüz anlaşılammıştır. Komorbidite önemli bir sorun oluşturmaktadır, çünkü bazı hastalarda devam eden DEHB bulgularını 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 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).

Yazarların daha önce aynı DEHB hasta grubunu kullanarak yaptıkları araştırmada çocukluklarında DEHB gösteren ergenlerin bu dönemlerinde ek psikiyatrik bozukluklar gösterdikleri saptanmıştır (Aysev ve Öner basımda). Bu çalışmada bir öncekinden farklı olarak, yaş, cinsiyet ve sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş bir kontrol grubu oluşturulmuş, tüm deneklere WUÖ verilmiş ve çocukluklarında DEHB tanısı almış olan bu ergenlerin psikiyatrik durumlarının kesitsel olarak değerlendirmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Denekler

Altı-on üç yaş arasında iken Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı polikliniğine 1989-1993 yılları arasında başvuran 2490 çocuktan DSM-III'e göre DEHB tanısı alan 126 olgu dosya taraması yöntemiyle saptanmıştır. DEHB olan grubun dosya incelemelerinde çocukluk döneminde DEHB için DSM-III tanı kriterlerini karşıladıkları ve psikoterapi ya da ilaç tedavisi aldıkları tespit edilmiştir. Dosyalardan izlem süresi ile ilgili yeterli bilgi edilememiştir. Bu olguların içinden başka nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu bulunan 49 çocuk çalışma dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 77 çocuğun 50'si kart tarama yöntemi ile rastgele seçilmiş ve kendilerine telefonla ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak aradan çok süre geçtiğinde meydana gelen 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 ran-

devuya gelmemeleri nedeni ile toplam 6 ergen çalışma dışı bırakılmıştır. DEHB tanısı ile izlenen 13 ergen (10 erkek, 3 kız) çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubunda nörolojik ya da psikiyatrik bir hastalık tanımlanamayan, yaş, cinsiyet ve eğitim olarak eşleştirilmiş 9 erkek 3 kız denek bulunmaktadır. Tüm olgulara aydınlatılmış onam verilmiştir. Deneklerin yalnızca kendileri değerlendirilmiş, anne-babaları çağırıldıkları halde görüşmeye gelmek istememişler ve kendilerinden bilgi almak mümkün olmamıştır.

Değerlendirme araçları

Wender-Utah ölçeği (WUÖ): Çalışmada DEHB olgularının (ort yaş: 21.1) ve kontrollerin (ort yaş: 20.1) 18 yaşın üzerinde deneklerden oluşması nedeniyle erişkin de DEHB tanısı koymada yararlanılan Wender-Utah ölçeği (WUÖ) kullanılmıştır. Bu ölçeğin Türkiye de geçerlilik çalışması yapılmamıştır, ancak bu yaş grubunda DEHB tanısının konulması anne-babalardan ve öğretmenlerden bilgi alma zorluğu nedeniyle sorun oluşturmaktadır. Bizim olgularımızın ise DEHB tanısı zaten çocuklukta konulmuş ve sonradan kliniğimize çağrılmış bir gruptan oluşmaktadır. Dolayısıyla WUÖ ölçeği ile tanıya yardımcı bir değerlendirmeden ziyade olguların kendilerinin geçmişteki semptomlarının ağırlığını değerlendirmeleri istenmiş ve bunların şu andaki psikiyatrik durumları ile olan (YG, BTL-90, BDÖ) ilişkileri araştırılmıştır. WUÖ, 61 maddeden oluşan bir ölçektir (Wender 1971). Deneklerin kendileri tarafından doldurulur. Eğer bir çocukluk davranışı hiç yok ya da yok denecek kadar az ise (0), hafif derecede var ise (1), orta derece var ise (2), oldukça var ise (3), son derece fazla var ise (4) olarak puanlanır. Erişkin DEHB olguları ile normal erişkinler ve major depresyonu bulunan erişkinlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada (Ward ve ark 1993), bu 61 maddenin içinden

bazı maddelerin erişkin DEHB'nda diğer gruplardan anlamlı olarak farklı olduğu ve DEHB'nu ayırt ettirebildiği saptanmıştır. Bu maddeler: 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 40, 41, 51, 56 ve 59. maddelerdir ve çalışmamızda bu maddeler üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonun bilişsel açıdan değerlendirilmesinin amaçlandığı 21 cümle içeren bir ölçektir. 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).

YG (SCID-I): DSM-IV'de yer alan eksen-I bozuklukları için klinisyen tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşmedir. 18 yaşından büyük, ajite olmayan, ağır psikotik belirtileri olmayan ve görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterlilikte olan kişilere uygulanır. First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (1997). Türkiye için uyarılma ve güvenilirlik çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1999).

İşlem

Deneklerin tümü ile Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılan iki ayrı görüşme ile değerlendirilmiştir. İlk görüşmede öykü alınmış ve psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Deneklere WUÖ, BTL-90 ve BDÖ verilerle doldurmaları istenmiştir. İkinci görüşmede ise YG uygulanmıştır.

İstatistik

İki grup arasında sürekli değişkenlerde fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ile

araştırılmıştır. Cinsiyet dağılımı ve komorbidite açısından fark olup olmadığı ise ki-kare testi ile hesaplanmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Tüm p değerleri iki uçludur ve $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

DEHB olan grup 10 erkek ve 3 kız, kontrol grubu ise 9 erkek 3 kızdan oluşmuştur. DEHB grubunda yaş ortalaması 19.3 ± 2.6 (18-25 yıl); kontrol grubunda 20.6 ± 2.7 (18-25 yıl); olarak hesaplanmıştır. Hasta grubu ile kontrol grubunu yaş ve cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (sırasıyla $p=0.23$, $p=0.91$).

DEHB grubunda WUÖ'den alınan ortalama puan $44.30 (\pm 16.28)$ iken; kontrol grubunda $12.83 (\pm 9.72)$ dir. Tablo 1'de görüldüğü gibi iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). DEHB grubunda WUÖ'den alınan puanlar ile diğer ölçekler ve YG-I ile konulan ek tanılar arasındaki korelasyonlarına bakıldığında, YG ile konulan ek tanılar ve WHÖ arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı bulunmuştur ($P=0.075$). WUÖ puanı ile Beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında oldukça anlamlı bir korelasyon vardır ($p < 0.01$). Yine benzer şekilde WHÖ puanı ile BTL-90 alt puanlarından somatik ($p < 0.01$), kişiler arası ilişkiler ($p < 0.05$), depresyon ($p < 0.01$), anksiyete ($p < 0.05$), öfke ($p < 0.01$), fobi ($p < 0.05$), paranoid düşünce ($p < 0.05$), psikoz ($p < 0.05$), uyku-yeme bozuklukları ($p < 0.05$) alt puanları arasında anlamlı korelasyon vardır. Yani WUÖ'den yüksek puan alan deneklerin, Beck depresyon ölçeği ve BTL-90 alt puanlarının da yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak WUÖ ve YG ile konulan ek tanılar arasında böyle bir ilişki bulunmamıştır.

YG ile yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu DEHB grubunda 10, kontrol grubunda 1 psikiyatrik ek tanı saptanmıştır. YG ile konulan ek tanılarının dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Gruplar arasında psikiyatrik ek tanı sıklığı açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Beck depresyon ölçeğinde DEHB grubunu oluşturan ergenlerden 4'ü 16 dan fazla puan almıştır; kontrol grubunda ise 16 ve üzerinde puan alan ergen bulunmamaktadır. DEHB grubunda Beck ölçeğinden alınan ortalama puan 10.7 (± 9.13); kontrol grubunda ortalama alınan puan 7.3 (± 5.2) dır. DEHB grubunun daha yüksek puan aldıkları görülmektedir; ancak bu fark

t-testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bulunmamıştır ($p=0.26$).

BTL-90 alt puanlarının dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Alt puanlar arasında t-testi ile bakıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

DEHB tanısı alan olguların 8'i üniversite, 4'ü lise, 1'i ilkokul, kontrol grubu olguların 11'i üniversite, 1'i ilkokul eğitimi almıştır. DEHB ile kontrol grubunda ki ergenlerin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Kontrol grubu da dahil olmak üzere tüm deneklerin çekirdek aileleri ile birlikte yaşamakta oldukları öğrenilmiştir.

Tablo 1: Yapılandırılmış Görüşme ile konulan ek tanılarının dağılımı.

	Ek tanısı yok	Geçirilmiş M. Depresyon	Şu anda M. Depresyon	Distimi	Anksiyete Bozukluğu	OKB	Depresyon+Anksiyete Bozukluğu
Kontrol	11	-	-	-	1	-	-
ADHD	3	2	2	1	2	1	2
	12	2	2	1	3	1	2

Tablo 2: Belirti Tarama Ölçeği-90 alt puanlarının gruplara göre karşılaştırılması.

	Kontrol (n=10)		DEHB (n=12)		p	t
	Ortalama	Ss	Ortalama	Ss		
Somatizasyon	0.69	0.38	0.80	0.69	0.676	.427
Obsesyon	0.83	0.48	0.98	0.76	0.606	.526
Kişiler arası ilişkiler	0.78	0.66	0.94	1.06	0.690	.407
Depresyon	0.53	0.49	0.81	1.02	0.438	.802
Anksiyete	0.58	0.47	0.97	0.99	0.281	1.128
Öfke	0.75	0.83	1.11	0.90	0.340	.979
Fobi	0.33	0.36	0.37	0.59	0.861	.178
Paranoya	0.80	0.49	0.81	1.04	0.976	.031
Psikoz	0.51	0.47	0.36	0.54	0.484	.715
Uyku-yeme	0.71	0.57	0.95	1.10	0.541	.628
Toplam	0.56	0.39	0.71	0.69	0.572	.579

Tablo 3: Wender-Utah ölçeğinin gruplara göre karşılaştırılması.

Kontrol (n=12)		DEHB (n=13)		P
Ortalama	Standart S	Ortalama	Standart S	
12.83	9.72	44.30	16.28	<0.01
				t: 5.920

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.

YG değerlendirmeleri sonucunda DEHB tanısı alan ergenlerin 10'u ek tanı almış, kontrol grubunda ise yalnızca 1'inde ek tanı saptanmıştır (Tablo 3). Bu fark dikkat çekicidir ve diğer araştırmalarla uyum içindedir (Biederman ve ark 1993, Biederman ve ark 1998b). Bazı araştırmacılara göre bunun nedeni, DEHB olan çocukların gelişme dönemlerinde karşılaştıkları zorluklardır (Trollor 1999). DEHB ve major depresyon olguların %20-30'unda birlikte görüldüğünü bildiren araştırmalar vardır. Duygu durum bozukluklarının, DEHB'nun tedavi edilmemesi ya da yetersiz 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 yatkınlığı da akla getirmektedir (Faraone ve Biederman 2000, Biederman ve ark 1998a).

DEHB tanısı alan olgular ile kontrol grubu olguların BTL-90 semptom tarama değerlendirme testinde bulgularının karşılaştırılmasında istatistiksel bir fark saptanmamış olmasına rağmen, klinisyen tarafından yapılan YG'de ek tanı-

ların saptanmış olduğu görülmektedir. BTL-90 testinde bu ek tanımlarla ilgili semptomların saptanmamış olması, ergenlerin bu testi doldururken kendilerinde ek bir takım bozukluklar çıkmasını engellemek için testi kontrollü olarak doldurmuş olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bir yandan da WUÖ'den yüksek puan almış olanlarda aynı zamanda BTL-90 ölçeği alt puanlarının ve depresyon ölçeği puanlarının da yüksek olması dikkat çeken diğer bir bulgudur. Tüm bunlar birlikte ele alındığında ölçekler ile yapılan değerlendirmelerden özellikle WUÖ'nin yol gösterici olduğu, ancak esas değerlendirmenin klinik bulgulara dayandığı sonucu çıkmaktadır.

DEHB ile kontrol grubu arasında akademik başarıları açısından herhangi bir fark olmadığı dikkati çekmektedir. Bu bulgu bazı araştırmacıların bulguları ile çelişmektedir (Fischer ve ark 1993, Manuzza ve ark 1993). Çalışmamızda DEHB grubunda 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 ark (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 başarısında

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.

Bilgi kaynağının sadece gençlerin kendilerinden elde edilen verilerden oluşması ve örneklem büyüklüğünün az sayıda olması oluşması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Ayrıca kontrol grubunun, diğer araştırma grubundaki gibi 6-13 yaş döneminde iken psikiyatrik durumları açısından değerlendirilmemiş olmaları ve ergenlik döneminde araştırmaya alınmış olmaları araştırmanın bir başka kısıtlılığını oluşturmaktadır. DEHB'nun çocukluk dönemindeki belirtileri ve tedavisi hakkında elimizde oldukça fazla sayıda çalışma varken ergenlik ve erişkinlik döneminde bu bozukluğun prognozu hakkındaki veriler son derece kısıtlıdır. Normal kontrol grubunu bulduğu, deneklerin hem kendileri hem de ailelerinden bilgi alınarak ve standart görüşme yöntemleri kullanılarak tanıların konulduğu izleme çalışmalarına ihtiyaç olduğu açıktır. Ayrıca çocukluk döneminde tanıla-

rın standart bir yöntemle konulabilmesi için bu yaş grubu için geliştirilmiş yapılandırılmış ya da yarı-yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılmasının oldukça önem taşıdığı ve gelecekte yapılacak çalışmaların bu önemli kısıtlılığın giderilerek planlanması gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, örneklemimizdeki ergenlerin, aileleri ile birlikte oturan ve eğitimlerini devam ettiren bir gruptan oluştuğu göz önünde bulundurulursa, tüm bu olumlu faktörlere rağmen halen DEHB belirtilerinin devam ediyor olması ve büyük çoğunluğunun psikiyatrik ek tanı almış olması, bu hastalığın yaşam boyu farklı psikiyatrik bozukluklarla birlikte sürebileceğini işaret etmektedir. Bu durum daha önceki yazınla paralellik göstermektedir (Biederman ve ark 1998, Weis ve ark 1996). DEHB bozukluğu yaşam boyu süren bir nörogelişimsel 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, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A (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, Knee D, Tsuang MT (1990) Family-Genetic And Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 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.

Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA (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, Verhulst FC ve Coot HM (eds), Oxford Medical Publications, s: 337-363.

Doyle A (1993) Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition, and Psychosocial Functioning in Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Am J Psychiatry*, 150: 1792-1798.

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

Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle A (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.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (YG-I/CV). American Psychiatric Press, Washington DC.

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, Bonagura N (1985) Hyperactive Boys Almost Grown Up: Psychiatric Status. *Arch Gen Psychiatry*, 42:937-947.

Hofstar 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, Sandoval J (1980) Persistence of Hyperactivity Symptoms From Childhood To Adolescence and Associated Outcomes. *Am J Orthopsychiatry*, 57: 22-32.

Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M (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, Ayla Soykan Aysev (Ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E (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 göre 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.

Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150: 885-890.

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

Wender PH (1971) Minimal Brain Dysfunction in Children. New York, John Wiley & Sons.