

# BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇOCUK - ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN VE DİKKAT EKSİKLİĞİ - HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI KONULAN ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KOMORBİD PSİKİYATRİK TANILARI

THE SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES AND COMORBID PSYCHIATRIC DIAGNOSIS OF CHILDREN  
WHO APPLIED TO A UNIVERSITY HOSPITAL CHILD - ADOLESCENT PSYCHIATRY OUTPATIENT CLINIC  
AND DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT - HYPERACTIVITY DISORDER

Serkan KARADENİZ, Sema KANDİL

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk - Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

## ÖZET

**AMAÇ:** Biz bu çalışmamızda Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konulan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini, komorbid psikiyatrik tanıları ve bunların DEHB alt tipleri ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışmamıza DEHB tanısı konulan 164 çocuk ve ergen dahil edildi ve katılımcılar DEHB-Bileşik görünüm (DEHB-B), DEHB-Dikkatsizliği önde geldiği görünüm (DEHB-D) ve DEHB-aşırı hareketlilik ve dürtüsellik öncesi geldiği görünüm (DEHB-H) olmak üzere üç gruba ayrıldılar. Gruplar sosyodemografik özellikleri ve komorbid psikiyatrik tanıları açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 164 DEHB tanılı çocuğun 120'si (%73,2) erkek, 44'ü (%26,8) kız olarak saptandı. Bu çocukların 81'i (%49,4) DEHB-B grubu, 69'u (%42,1) DEHB-D grubu ve 14'ü (%8,5) ise DEHB-H grubu tanı kriterlerini karşılamaktaydı. Örneklemimizin genelinde en sık gördüğümüz ek psikiyatrik tanı Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu olup tüm örnekte 43 (%26,2) çocukta ek tanı olarak karşımıza çıktı. Diğer ek tanılarından Davranım Bozukluğu 41 (%25), Anksiyete Bozuklukları 36 (%22), Enürezis 22 (%13,4), Tik Bozuklukları 17 (%10,4), Özgül Öğrenme Bozukluğu 12 (%7,3) ve Depresif Bozukluk 10 (%6,1) çocukta saptandı.

**SONUÇ:** DEHB ile birlikte eş tanıya sahip çocukların tedaviye direnç göstermeleri daha muhtemeldir ve bu çocuklarda DEHB ve eş tanıların başarılı bir şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. Bizim çalışmamızda çıkan yüksek komorbidite oranları DEHB'yi tedavi ederken bu tanılarında etkin bir şekilde tedavi edilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Dikkatsizlik, Hiperaktivite, Komorbidite, Sosyodemografik

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** In this study, we aimed to evaluate the sociodemographic characteristics, comorbid psychiatric diagnoses and their relationship with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) subtypes of children and adolescents who applied to the Child-Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of the Karadeniz Technical University Faculty of Medicine and diagnosed with ADHD.

**MATERIAL AND METHODS:** 164 children and adolescent diagnosed with ADHD were included in our study and the participants were divided into three groups as ADHD-combine type (ADHD-C), ADHD-inattention predominant type (ADHD-I) and ADHD-hyperactivity and impulsivity predominant type (ADHD-H). The groups were compared in terms of their sociodemographic characteristics and comorbid psychiatric diagnoses.

**RESULTS:** Of the 164 children with ADHD, 120 (%73,2) were male and 44 (%26,8) were female. Of these children, 81 (%49,4) met the criteria of ADHD-C group, 69 (%42,1) of them met the criteria of ADHD-I group and 14 (%8,5) of them met the criteria of ADHD-H group. The most common additional psychiatric diagnosis in our sample was the Oppositional Defiant Disorder and 43 (%26,2) children had this diagnosis in the whole sample. 41 (%25) children had Conduct Disorder, 36 (%22) children had Anxiety Disorder, 22 (%13,4) children had Enuresis, 17 (%10,4) children had Tic Disorder, 12 (%7,3) children had Specific Learning Disorder and 10 (%6,1) children had Depressive Disorder as additional diagnosis.

**CONCLUSIONS:** Children with a comorbid psychiatric diagnosis in addition to ADHD are more likely to be resistant to treatment. Both ADHD and comorbidities in these children need to be successfully treated. In our study, high comorbidity rates showed that these diagnoses should be treated effectively while treating ADHD.

**KEYWORDS:** Comorbidity, Hyperactivity, Inattention, Sociodemographic

**Geliş Tarihi / Received:** 17.04.2020

**Kabul Tarihi / Accepted:** 14.12.2020

**Yazışma Adresi / Correspondence:** Dr. Öğr. Üyesi Serkan KARADENİZ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk - Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

**E-mail:** serkankaradeniz@ktu.edu.tr

**Orcid No (Sırasıyla):** 0000-0003-3789-9331, 0000-0002-5331-5378

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) 18 yaş altı çocukların yaklaşık olarak %7,2'sini etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Okul çağı döneminde en sık görülen nörodavranışsal bozukluk olup çocuğun normal gelişimini, akademik ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (2). DEHB erkeklerde daha sık görülmekte olup çalışmalarda erkek kız oranınının 3 ile 10 kat arasında değiştiği bildirilmektedir (3). DEHB'nin Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) kriterlerine göre 3 alt tipi bulunmaktadır. Bunlar DEHB-bileşik görünüm(DEHB-B), DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği görünüm(DEHB-D) ve DEHB-aşırı hareketlilik-dürtüselliliğin önde geldiği görünümdür(DEHB-H) (4). DEHB-D alt tipinin en sık görülen tip olduğunu söyleyen çalışmalar olmasına rağmen bazı çalışmalarda ise DEHB-B tip en sık görülen DEHB tipi olarak gösterilmektedir (3).

Çeşitli çalışmalarda DEHB'li hastaların %60-100'ünde bir veya daha fazla ek tanı olduğu gösterilmiştir (5). Klinik örneklemede ek tanının oranının (%70 - 93) toplum örnekleme göre (%40 - 65) daha fazla olması beklenmektedir ve bir çok DEHB olgusunda ek tanıları DEHB'nin kendisinden daha fazla işlev bozukluğuna yol açmaktadır (6). Bu durum eş tanılarının tanınması ve tedavisinin ne kadar önem arz ettiğini göstermektedir. Türkiye'de 2012 yılında yapılan bir çalışmada DEHB tanısı olan çocukların %73,7'inde en az bir ek psikiyatrik hastalık olduğu bulunmuştur (7). Çalışmalarda DEHB tanısı olan çocukların %54 - 84'ünün Karşıt Olma Karşıt Gelme bozukluğu (KOKGB) tanı kriterlerini karşıladığını bunların da büyük çoğunluğunda ilerde Davranım bozukluğu (DB) gelişebileceği bildirilmektedir (3). DEHB'ye ek tanı olarak anksiyete bozukluklarının (AB) eşlik etme oranı çeşitli çalışmalarda %18-50 olarak bildirilmektedir (6). Genelde DEHB'ye ek olarak AB tanısı ergenlik döneminde eklenmektedir. Bu durumun nedeni olarak AB'lerinin gelişimsel olarak bu dönemde artış göstermesi ve bu dönemde artan akademik ve sosyal yük nedeniyle DEHB'nin neden olduğu işlev kaybına ikincil oluşabileceği düşünülmektedir. DEHB'ye ek olarak görülebilecek diğer bir psikiyatrik hastalık da Major

Depresif Bozukluktur (MDB). Metaanalizlerde DEHB'lilerde MDB görülme ihtimalinin DEHB olmayanlara göre beş kattan daha fazla arttığı bildirilmiştir (8). DEHB'ye ek depresyon görülen vakalarda hastalık seyrinin daha kötü olduğu, hastane yatış ve intihar olasılığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (9). MDB genel olarak DEHB semptomları belirginleştikten birkaç yıl sonra ortaya çıkmaktadır (10). Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) DEHB tanılı çocukların %33'ünde ek tanı olarak karşımıza çıkmaktadır (6). Bu iki bozukluk için ortak bir biyolojik ve genetik zemin olduğu ileri sürülmektedir ve bu ilişkiye özel allel genler tanımlanmıştır. DEHB tablosuna ÖÖB'nin eşlik etmesi varolan tabloyu ağırlaştırmakta, akademik başarı ve tedavi yanıtını düşürmektedir (11). Bu sık görülen ek tanılardan başka tik bozuklukları, bipolar bozukluk, enürezis, enkoprezis, madde kullanım bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve uyku bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalık da DEHB'ye eşlik edebilmektedir.

Biz bu çalışmamızda Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Ocak 2014-1 Haziran 2014 tarihleri arasında başvuran, DEHB tanısı konulan ve dışlama kriterlerini karşılamayan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini, ek psikiyatrik tanıları ve bunların DEHB alt tipleri ile olan ilişkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk - Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Ocak 2014 - 1 Haziran 2014 tarihleri arasında ilk kez başvuran ve çocuk psikiyatri uzmanı tarafından çocuk-ergen ve ailesiyle yapılan klinik görüşme, psikometrik incelemeler neticesinde DSM IV tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konulan 164 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılmayı kabul etmeyenler, 6 yaşın altında olanlar, 18 yaşın üstünde olanlar, yaygın gelişimsel bozukluğu olanlar, mental retardasyonu olanlar, nörolojik hastalığı ve kronik fiziksel bir hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik verileri değerlendirmek için yarı yapılandırılmış görüşme formu görüşmeyi yapan doktor tarafından doldurulmuştur. Ayrı-

ca DEHB tanısı konulan tüm çocuk ve ergenlerin ebeveynlerine ve öğretmenlerine Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, kendilerine Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI) ve Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ) doldurtulmuştur. DEHB tanısı konulan tüm çocuklara Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - ÇDŞG - ŞY (K-SADS-PL) uygulanmış ve ek tanılar değerlendirilmiştir. ÖÖB tanısı Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - ÇDŞG-ŞY (K-SADS-PL) ile konulamadığı için bu tanı klinik görüşme, aile ve öğretmen görüşmeleri ile konulmuştur. Son olarak da katılımcılarda olası zeka geriliğini değerlendirmek için tüm katılımcılara Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu (WISC-R) uygulanmıştır.

#### Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ait bu form çalışmaya katılanların sosyodemografik özelliklerini saptamak için çalışmayı yürüten doktor tarafından doldurulmuştur.

#### Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI)

CDI çocukluk depresyonunu araştırmada kullanılan, 6 - 17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir (12). Bu ölçeğin Türkçeye uyarlama Öy ve ark tarafından yapılmıştır (13).

#### Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Birmaher ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karacayan Çakmakçı tarafından yapılmıştır (14, 15).

#### Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - ÇDŞG - ŞY (K-SADS - PL)

Kaufman ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004'te Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (16, 17). ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir.

#### Etik Kurul

Çalışmamız için gerekli etik kurul izin Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 21.03.2014 tarihli ve 24237859 nolu karar yazısı ile alınmıştır. Tüm katılımcılardan ve ebeveynlerinden yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

#### İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) paket programı kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama (X) ve standart sapma (SD); sayımla elde edilen veriler (%) olarak gösterilmiştir. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Üç grubun (DEHB-B, DEHB-D, DEHB-H) ölçümsel değişkenleri için Tek Yön ANOVA testi uygulanmış olup, grupların ikili olarak karşılaştırılması için post-hoc normal dağılıma uyanlarda Tukey testi uymayanlarda ise Tamhane testi uygulanmış ve gruplar ikili olarak da karşılaştırılmıştır. Ek tanıların olup olmamasına göre yaş ortalamalarının ölçümsel değerleri student t testi ile hesaplanmıştır. Cinsiyet, anne-baba eğitimi, gibi ordinal verilerin frekansları bakımından gruplar arasındaki farklar ki kare testi ile incelenmiştir. Saptanan komorbid bozuklukların yaş grubu (çocuk-ergen), cinsiyet (kız-erkek) ve DEHB alt tipleri ile arasındaki ilişkinin varlığı ki kare testi ile incelenmiştir.

## BULGULAR

#### Tanımlayıcı Bulgular

##### Örneklemin Kendisine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmamıza alınan 164 DEHB tanılı çocuğun 81'ine (%49,4) DEHB-B, 69'una (%42,1) DEHB-D ve 14'üne (%8,5) DEHB-H tanısı konulmuştur.

Grupların polikliniğimize ilk başvuru yaşları DEHB-B grubunda  $9,05 \pm 2,484$ , DEHB-D grubunda  $10,00 \pm 3,020$ , DEHB-H grubunda ise  $8,71 \pm 2,091$  olarak saptandı. Gruplarımızın ilk başvuru yaşları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. ( $p=0.61$ ) Tüm örnekleminin yaş ortalaması ise  $9,42 \pm 2,727$  olarak bulundu (**Tablo 1**). 164 DEHB tanılı çocuğun 120'si (%73,2) erkek, 44'ü (%26,8) kız olarak saptandı. DEHB-B grubundaki 81 çocuğun 61'i (%75,3) erkek 20'si (%24,7) kız, DEHB-D grubundaki 69 çocuğun 45'i (%65,2) erkek, 24'ü (%34,8)

kız ve 14 DEHB-H grubundaki çocuğun 14'ünün de (%100) erkek olduğu saptandı (p=0,023) (Tablo 1). Gruplar cinsiyet dağılım oranları açısından ikili olarak karşılaştırıldığında DEHB-H grubunda erkeklerin DEHB-B ve DEHB-D gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı. (DEHB-H\*DEHB-B p=0,036, DEHB-H\*DEHB-D p=0,008) DEHB-B ve DEHB-D grupları arasında ise cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,176).

Cinsiyetlerde DEHB alt tipi yaygınlıkları karşılaştırıldığında erkeklerin 61 (%50,8)'ine DEHB-B, 45 (%37,5)'ine DEHB-D ve 14 (%11,7)'üne DEHB-H tanısı konulduğu saptandı. Kızların ise 24 (%54,5)'üne DEHB-D ve 20 (%45,5)'sine DEHB-B tanısı konulduğu saptandı. Örneklemimizdeki kızlardan DEHB-H tanısı konulan olmadı. Erkeklerde en sık DEHB-B kızlarda ise DEHB-D tanısı konulmuştur.

**Tablo1:** Grupların demografik verileri

|                    | Yaş               | Sayı              | Cinsiyet E/K              |
|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| DEHB-B             | 9,05±2,484        | 81 (%49,4)        | 61/20-%75,3/%24,7         |
| DEHB-D             | 10,00±3,020       | 69 (%42,1)        | 45/24-%65,2/%34,8         |
| DEHB-H             | 8,71±2,091        | 14 (%8,5)         | 14/0 -%100/%0             |
| <b>Tüm gruplar</b> | <b>9,42±2,727</b> | <b>164 (%100)</b> | <b>120/44-%73,2/%26,8</b> |

DEHB-B:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm, DEHB-D: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm, DEHB-H:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite ve Dürtüsellüğün Önde Geldiği Görünümü

### Örneklem Ebeveynlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Anne yaş ortalamaları DEHB-B grubunda 35,1 ± 6,3, DEHB-D grubunda 37,6 ± 5,8 ve DEHB-H grubunda ise 36,5 ± 5,3 olarak saptandı (p=0,044). Post-hoc analizlerde gruplar anne yaşı ortalamaları açısından ikili olarak karşılaştırıldığında istatistiksel farkın sadece DEHB-B ve DEHB-D grupları arasında anlamlı olduğu ve DEHB-D grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalamaları DEHB-B grubundakilerden büyük olduğu saptandı (p=0,034). Baba yaş ortalaması DEHB-B grubunda 39,3 ± 6,2, DEHB-D grubunda 42,6 ± 6,2 ve DEHB-H grubunda ise 41 ± 6,03 SD olarak saptandı (p=0,005). Post-hoc analizlerde gruplar baba yaşı ortalamaları açısından ikili olarak karşılaştırıldığında istatistiksel farkın yine sadece DEHB-B ve DEHB-D grupları arasında anlamlı olduğu ve DEHB-D grubundaki çocukların babalarının yaş ortalamaları DEHB-B grubundakilerden büyük saptandı (p=0,003).

### Uygulanan Test ve Ölçeklere İlişkin Bulgular

#### WISC-R Zeka Testi Sonuçları

Örneklem her üç grubundaki çocuklara uygulanan WISC-R zeka testi değişkenleri "sözel alt puanı, performans alt puanı ve WISC-R toplam puanı" şeklinde 3 alt başlıkta tanımlandı. Sözel puan ortalamaları DEHB-B grubunda 98,1 ± 5,1, DEHB-D grubunda 96,3 ± 4,9 ve DEHB-H grubunda 97,5 ± 4,5 olarak saptandı ve gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı (p=0,095).

Performans puan ortalamaları DEHB-B grubunda 98,9 ± 4,9, DEHB-D grubunda 98 ± 4,8 ve DEHB-H grubunda 98,2 ± 3,9 olarak saptandı ve gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı (p=0,472). Total puan ortalamaları DEHB-B grubunda 98,5 ± 4,8, DEHB-D grubunda 97,2 ± 4,7 ve DEHB-H grubunda 97,8 ± 4,1 olarak saptandı ve gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmadı (p=0,264), (Tablo 2).

#### ÇATÖ Puanları ile İlgili Bulgular

Anksiyete ölçeği puan ortalamaları DEHB-B grubunda 12,4 ± 10,3 DEHB-D grubunda 17,19 ± 11,02 ve DEHB-H grubunda 12,57 ± 6,7 olarak saptandı (p=0,019). Gruplar post-hoc ikili olarak karşılaştırıldığında farklılığın sadece DEHB-D ve DEHB-B grupları arasında olduğu, DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ÇATÖ puanları saptandı (p=0,017), (Tablo 2).

#### CDI Puanları ile İlgili Bulgular

DEHB-B grubunda 6,21 ± 4,4, DEHB-D grubunda 8,07 ± 4,9 ve DEHB-H grubunda ise 6,07 ± 3,4 olarak saptandı (p=0,037). Gruplar post-hoc ikili olarak karşılaştırıldığında farklılığın sadece DEHB-D ve DEHB-B grupları arasında olduğu, DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek CDI puanları saptandı (p=0,038), (Tablo 2).

**Tablo 2:** Grupların WISC-R ve ölçeklerle ilgili verileri

|                    | DEHB-B<br>X(SD) | DEHB-D<br>X(SD) | DEHB-H<br>X(SD) | p değeri     |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| WISC-R             |                 |                 |                 |              |
| Performans puan    | 98,9±4,9        | 98±4,8          | 98,2±3,9        | 0,472        |
| Sözel puan         | 98,1±5,1        | 96,3±4,9        | 97,5±4,5        | 0,095        |
| <b>Toplam puan</b> | <b>98,5±4,8</b> | <b>97,2±4,7</b> | <b>97,8±4,1</b> | <b>0,264</b> |
| ÇATÖ               | 12,4±10,3       | 17,19±11,02     | 12,57±6,7       | 0,019*       |
| CDI                | 6,21±4,4        | 8,07(4,9)       | 6,07±3,4        | 0,037*       |

\*p<0,05, DEHB-B:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm, DEHB-D: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm, DEHB-H:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite ve Dürtüsellüğün Önde Geldiği Görünümü

### DEHB'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Ek Tanılara İlişkin Bulgular

Çalışmamızda DEHB tanısı konulan tüm çocuklara Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - ÇDŞG-ŞY (K-SADS-PL) uygulanmış ve ek tanıları değerlendirilmiştir.

DEHB örneklemimizde genel olarak en az bir komorbidite görülme oranı %75,6 (124) olarak saptandı. DEHB tanısına ek psikiyatrik tanı görülme oranı ise %24,4 (40) olarak saptandı.

DEHB'ye ek sadece bir komorbiditesi olanlar %42,1 (69), iki komorbiditesi olanlar %31,7 (52) ve üç komorbiditesi olanlar ise %1,8'lik (3) kısmı oluşturuyordu. DEHB-B grubunda %80,2, DEHB-D grubunda %68,1 ve DEHB-H grubunda ise %85,7 oranında en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk bulunduğu saptandı (**Tablo 3**).

**Tablo 3:** DEHB tanısına ek psikiyatrik hastalık görülme oranları

| DEHB'YE EK PSIKIYATRİK TANI | HASTA SAYISI | YÜZDE |
|-----------------------------|--------------|-------|
| 0 EK TANI                   | 40           | 24,4  |
| 1 EK TANI                   | 69           | 42,1  |
| 2 EK TANI                   | 52           | 31,7  |
| 3 EK TANI                   | 3            | 1,8   |
| TOPLAM                      | 164          | 100   |

DEHB:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Örneklemimiz genelinde en sık saptanan ek psikiyatrik tanı KOKGB olup tüm örneklemimizde 43 (%26,2) çocukta saptanmıştır. KOKGB'nin DEHB-B grubunda 35 (%43,2), DEHB-D grubunda 2 (%2,9) ve DEHB-H grubunda 6 (%42,9) çocukta görüldüğü saptandı ve gruplar arası bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,0001$ ). Gruplar ikili karşılaştırıldığında DEHB-B ve DEHB-H gruplarında KOKGB sıklığının DEHB-D grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı (sırasıyla  $p=0,0001$ ,  $p=0,00018$ ) (Tablo 4). Örneklemimizin genelinde ikinci sıklıkta gördüğümüz ek psikiyatrik tanı DB olup 41 (%25) çocukta ek tanı olarak saptanmıştır. DB'nin DEHB-B grubunda 33 (%40,7), DEHB-D grubunda 4 (%5,8) ve DEHB-H grubunda 4 (%28,6) çocukta görüldüğü saptandı. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında DEHB-B ve DEHB-H gruplarında DB ek tanısının görülme oranı DEHB-D grubunda görülme oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla  $p=0,0001$   $p=0,025$ ) (Tablo 4). Örneklemimizin genelinde

üçüncü sıklıkta gördüğümüz ek tanı Anksiyete Bozuklukları (AB) olup 36 (%22) çocukta ek tanı olarak saptanmıştır. AB'nin DEHB-B grubunda 12 (%14,8), DEHB-D grubunda 22 (%31,9) ve DEHB-H grubunda 2 (%14,3) çocukta görüldüğü saptandı. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında sadece DEHB-D grubunda AB görülme oranı DEHB-B grubunda AB görülme oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,013$ ). Tüm örneklemde görülen anksiyete bozukluklarının alt tiplerine baktığımızda 36 AB ek tanısı olan hastanın 18'inin sosyal fobi (%50), 10'unun ayrılık anksiyetesi bozukluğu (%27,7), 8'inin yaygın anksiyete bozukluğu (%22,3) tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Örneklemimizde ek tanı olarak Depresif bozukluk 10 (%6,1) çocukta saptandı. Depresif bozukluk DEHB-B grubunda 2 (%2,5), DEHB-D grubunda 8 (%11,6) çocukta saptandı ve DEHB-H grubunda hiçbir çocukta depresif bozukluk tanısı konulmadı. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında sadece DEHB-D grubunda Depresif bozukluk görülme oranı DEHB-B grubunda Depresif bozukluk görülme oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,044$ ) (Tablo 4). Örneklemimizde ek tanı olarak Tik bozukluğu 17 (%10,4) çocukta saptandı. Tik bozukluğu DEHB-B grubunda 9 (%11,1), DEHB-D grubunda 6 (%8,7) ve DEHB-H grubunda 2 (%14,3) çocukta saptandı. Gruplar arasında tik bozukluğunun ek tanı olarak görülme oranları açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4). Örneklemimizde 22 (%13,4) çocukta ek tanı olarak enürezis saptandı. Enürezis DEHB-B grubunda 11 (%13,6), DEHB-D grubunda 9 (%13) ve DEHB-H grubunda 2 (%14,3) çocukta tespit edildi. Gruplarımızda dışa atım bozukluklarının ek tanı olarak görülme oranları açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (Tablo 4).

Örneklemimizde Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) ek tanısı 12 (%7,3) çocukta saptandı. ÖÖB DEHB-B grubunda 3 (%3,7), DEHB-D grubunda 9 (%13) çocukta mevcuttu ve DEHB-H grubunda ÖÖG ek tanısı saptanmadı. Gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında sadece DEHB-D grubunda ÖÖB görülme oranı DEHB-B grubunda ÖÖB görülme oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,036$ ) (**Tablo 4**).

**Tablo 4** : DEHB'ye ek olarak görülen psikiyatrik hastalıkların gruplardaki dağılımları

|               | DEHB-B     | DEHB-D     | DEHB-H    | Genel sıklık | p       |
|---------------|------------|------------|-----------|--------------|---------|
| Ek tanı yok   | 22 (%31,9) | 16 (%19,8) | 2 (%14,3) | 40 (%24,4)   |         |
| KOKGB         | 2 (%2,9)   | 35 (%43,2) | 6 (%42,9) | 43 (%26,2)   | 0,0001* |
| DB            | 4 (%5,8)   | 33 (%40,7) | 4 (%28,6) | 41 (%25)     | 0,0001* |
| AB            | 22 (%31,9) | 12 (%14,8) | 2 (%14,3) | 36 (%22)     | 0,032*  |
| Depresif boz. | 8 (%11,6)  | 2 (%2,5)   | 0         | 10 (%6,1)    | 0,044*  |
| Enürezis      | 9 (%13,0)  | 11 (%13,6) | 2 (%14,3) | 22 (%13,4)   | 0,990   |
| Tik Bozuk.    | 6 (%8,7)   | 9 (%11,1)  | 2 (%14,3) | 17 (%10,4)   | 0,784   |
| ÖÖB           | 9 (%13)    | 3 (%3,7)   | 0         | 12 (%7,3)    | 0,050*  |

\*p<0,05, DEHB-B:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm, DEHB-D: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm, DEHB-H:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite ve Dürtüsellik Önde Geldiği Görünüm.

Örneğimizde bulundan 164 çocukta DEHB'ye ek olarak Bipolar Bozukluk ek tanısına rastlanmadı. Tüm örneklemimizdeki 44 kız hastanın 34'ünde (%77,3), 120 erkek hastanın ise 90'ında (%74,2) DEHB'ye ek psikiyatrik tanı olduğu saptandı. Yapılan analizler sonucunda cinsiyetler arasında DEHB'ye ek psikiyatrik tanının eşlik etmesi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı (p=0,684) (Tablo 5). Çalışmamızda DEHB'ye ek saptanan psikiyatrik tanılardan sadece AB'nin kızlarda erkeklere oranla istatistiksel olarak daha fazla olduğu (p=0,007) diğer ek tanıların cinsiyetler arası dağılımında farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5** : DEHB'ye ek olarak görülen psikiyatrik hastalıkların cinsiyetler arası dağılımları

|               | KIZ        | ERKEK      | p değeri |
|---------------|------------|------------|----------|
| Ek tanı yok   | 10 (%22,7) | 30 (%25,8) | 0,684    |
| KOKGB         | 9 (%20,5)  | 34 (%28,3) | 0,309    |
| DB            | 7 (%15,9)  | 34 (%28,3) | 0,104    |
| AB            | 16 (%36,4) | 20 (%16,7) | 0,007*   |
| Depresif boz. | 2 (%4,5)   | 8 (%6,7)   | 1,000    |
| Enürezis      | 8 (%18,2)  | 14 (%11,7) | 0,278    |
| Tik Bozukluğu | 5 (%11,4)  | 12 (%10)   | 0,778    |
| ÖÖB           | 3 (%6,8)   | 9 (%7,5)   | 1,000    |

\*p<0,05, KOKGB:Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, DB:Davranım Bozukluğu, AB:Anksiyete Bozukluğu, ÖÖB:Özgül Öğrenme Bozukluğu

## TARTIŞMA

Biz bu çalışmamızda DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerde sosyodemografik özellikler ve DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklığını ve bunların DEHB alt tipleri arasındaki farklılıklarını karşılaştırdık. İlk kez DEHB tanısı konulan 164 çocuk ve ergende erkek kız oranını 3:1 olarak saptadık. Yazında çeşitli çalışmalarda DEHB'de erkek baskınlığının 3 - 10 kat olduğu bildirilmekte olup bizim çalışmamız da bu açıdan yazın bilgisi ile uyumlu çıkmıştır (3). Çalışmamızda DEHB alt tiplerinden en sık görülenin DEHB-B tip olurken en az DEHB-H tipi görüldüğü saptandı. Yazında bu konu ile ilgili farklı bilgiler mevcut olup kimi çalışmada DEHB'nin en sık görülen tipinin DEHB-B tip olduğu kimi çalışmada ise DEHB-D tipi olduğu bildirilmektedir (18). Bu durumun çalışmanın yapıldığı kültüre, çalışmanın toplum temelli ya da klinik temelli bir çalışma olup olmamasına göre değişebildiği

bilinmekte olup bizim çalışmamız gibi klinik temelli çalışmalarda DEHB-B tipin, toplum temelli çalışmalarda ise DEHB-D tipinin daha sık görüldüğü bilinmektedir. Çalışmamızda DEHB alt tiplerinin ilk tanı yaşları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmamasına rağmen DEHB-D grubunun yaş ortalamasının DEHB-B ve DEHB-H gruplarının yaş ortalamalarına göre yaklaşık bir yaş fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun sebebi olarak DEHB-B ve DEHB-H gruplarında görülmesi beklenen hareketlilik ve fevrilik semptomları nedeniyle uyum sorunlarının daha erken dönemde başlaması ve bunun da kliniklere erken başvuru ile sonuçlanması olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu ÇATÖ ve CDI ölçek puanlarının her ikisinin de DEHB-D grubunda DEHB-B grubundan daha yüksek çıkmasıydı. Yazında DEHB-D alt tipi görülen çocuk ve ergenlerde daha çok içe atım sorunlarının (depresyon-anksiyete) DEHB-B alt tipi görülenlerde ise dışa atım sorunlarının daha sık görüldüğü bildirilmekte olup bu bulgumuz da bu açıdan yazın ile paralel görülmektedir (19). Anksiyete ve içe atım sorunlarının DEHB-D grubunda daha fazla olmasının diğer alt tiplere göre daha geç tanı konulmasına ve bu sebeple kronik başarısızlık ile ilgili sorunlara daha fazla maruz kalmalarına bağlı olabileceği yorumu yapıldı.

DEHB'ye en az bir psikiyatrik ek tanı eşlik etme oranı bizim çalışmamızda %75,6 saptandı ve yazındaki %60 - 100 oranıyla uyumlu görülmekteydi (5). DEHB'ye başka herhangi bir bozukluğun eşlik etmesi klinik tabloyu ağırlaştırır, seyri kötüleştirir, tedaviyi güçleştirir ve tedavi maliyetini arttıran bir durumdur ve tedavide en az DEHB kadar bu durumların da yönetimleri önem arz etmektedir (20). Çalışmamızda DEHB'ye en sık eşlik eden ek tanı KOKGB'ydü (%26,2) ve DEHB-B ve DEHB-H grubunda DEHB-D grubundan fazla saptanmıştı. Çeşitli çalışmalarda DEHB tanısı olanlara KOKGB eşlik etme oranının %54 - 84 arasında olduğu bildirilmiş ve bizim çalışmamıza paralel KOKGB'nin DEHB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanı olduğu söylenmektedir (3). Son yıllarda Russel Barkley DEHB-Bileşik alt tipi eşikteki DEHB+KOKGB, DEHB + KOKGB'yi ise eşikteki DEHB+DB olarak değerlendirmekte

ve DEHB'de erken aşamada tedavi başlanmadığı takdirde ağır sonuçlarla karşılaşılabilirliğini bildirmektedir (21). Bu sebeple bu zinciri kırmak için KOKGB ek tanısının tedavisi bu hastalarda ileride görülebilecek depresyon ve DB açısından koruyucu olabilecektir (22).

İkinci sık tanımımız DB'ydi (%25) KOKGB gibi bu tanımımızda DEHB-B ve DEHB-H grubunda DEHB-D grubundan fazla saptandı. Biederman ve arkadaşları DEHB'li çocuklarda DB eşlik etme sıklığını %30-50 olarak rapor etmişlerdir (23).

DEHB'de görülen DB sıklığının 6 - 7 yaşlarında %10, 10 yaşlarına geldiklerinde %30 - 40 ve 13 yaşa geldiklerinde ise neredeyse %50 oranında olduğu bildirilmiştir (24). Bu ek tanı DEHB'nin gidişini olumsuz etkilemekle kalmayıp, ciddi düzeyde ailevi ve toplumsal zararlara yol açmaktadır. Erişkin yaşamdaki psikiyatrik bozukluklar için davranım bozukluğunun varlığının erken bir belirleyici olduğu, alkol madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğunun bu kişilerde daha sık geliştiği bilinmektedir.

Diğer bir ek tanı olarak AB'ye baktığımızda çalışmamızda %22 oranında karşımıza çıkmıştı. DEHB ve AB eş tanı oranları, klinik örneklemelerde %10 ile %40 arasında bildirilmektedir (25).

Bizim oranlarımız da bu açıdan yazın ile uyumlu görülmektedir. Lahey ve arkadaşları anksiyete bozukluğu görülme sıklığının DEHB dikkatsizliğinin önde geldiği tip tanısı konulan çocuklarda DEHB'nin diğer alt tipleri olan çocuklara göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (26).

Çalışmamızda DEHB-D grubunda DEHB-B grubundan daha yüksek oranlarda AB saptanması da bu bilgi ile uyumlu görünmektedir. Örneklemimizdeki anksiyete bozukluklarının alt tiplerine baktığımızda en fazla sosyal fobininin(%50) görüldüğü bulunmuştur. Türkiyede yakın zamanda yapılan bir çalışmada Sosyal fobi tanılı bireylerde de %72 oranında DEHB görüldüğü saptanmış (27). Bu çift yönlü birliktelik nedeniyle klinik uygulamalarda hem sosyal fobisi olan bireylerde DEHB'yi hem DEHB'li bireylerde sosyal fobiyi araştırmak çok önemli görülmektedir. DEHB tanısına ek Depresif bozukluk(%6,7) örneklemimizde DEHB-D grubunda DEHB-B grubundan fazla saptandı. DEHB'de depresif bozukluk görülme oranının %12 - 50 arasında

değiştiği bildirilmektedir (10). Bizim çalışmamızda depresif bozukluk ek tanı oranının yazından düşük olmasının sebebinin örneklemin yaş ortalamasındaki düşüklüğe bağlı olduğu düşünülmektedir. DEHB'li bireylerde hastalığın yol açtığı akademik, sosyal ve duygusal sorunlar nedeniyle ileri yaşlarda depresyona meyil artmakta ve bu durum tedaviyi zorlaştıran bir faktör olarak karşımıza çıkabilmektedir. DEHB'nin erken yaşlarda tanınip tedavisinin sağlanması bu çocuklarda ileride gelişebilecek olası Depresif bozukluktan koruyucu olabilmektedir. Diğer bir ek tanı olarak karşımıza çıkan tik bozukluğunun(%10,4) yazında DEHB'ye %20 civarında eşlik ettiği bildirilmektedir. 2011 yılında Türkiye'de yapılan bir çalışmada DEHB'ye %9,8 oranında Tik bozukluğunun eşlik ettiği bulunmuş olup veriler de bizim çalışma sonuçlarımızla uyumlu görülmektedir (18). Tik bozukluğu DEHB'de hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtını olumsuz etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda DEHB'ye ek tüm örnekleme %13,4 oranında enürezis tanısı saptandı. Yazında bu birliktelik ile ilgili benzer oranlar bulunmakta ve primer enürezis ve DEHB arasında ortak bir genetik mekanizmanın olduğu bildirilmektedir (28). ÖÖB örnekleminizde ek tanı olarak %7,3 oranında görüldü ve DEHB-D grubunda DEHB-B grubuna göre daha yüksek oranda görülmüyordu. Yazında çeşitli çalışmalarda ÖÖB'nin %7 - 92 gibi geniş bir aralıkta DEHB'ye eşlik ettiği belirtilmektedir (6). Bizim bulgularımızla paralel yazında da DEHB-D alt tipi olanlarda ÖÖB sıklığının daha fazla olduğu bildirilmekte ve dikkat sorunlarının öğrenme üzerine etkisinin hiperaktiviteye göre daha fazla olduğu düşünülmektedir (29). Bu çocuklarda DEHB tedavisi yanında uygun eğitsel yardımların erken dönemde çocuğa sunulması gidişatı olumlu etkileyecektir. Ayrıca çalışmamızda ÖÖB ek tanısının yazına göre daha düşük oranlarda saptanmasının çalışmamızda ÖÖB tanısının klinik görüşme ile konulmasına bağlı olabileceğini düşündük. Çalışmamızda ek tanılardan sadece AB'nin kızlarda erkeklere göre fazla görüldüğü, diğer ek tanıların ise erkek ve kızlarda benzer oranlarda olduğu bulunmuştur. Bu durum yakın tarihte yayınlanan bir çalışmadaki bulgular ile uyumlu görülmektedir. Bu çalışmada DEHB'ye ek AB'nin kızlarda %15,3 erkeklerde ise %2,5 oranında eşlik ettiği gösterilmiştir (3).

Sonuç olarak; Klinik temelli çalışmamızda DEHB'ye büyük oranda ek tanı eşlik ettiği bulunmuştur. DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik ek tanı varlığı, çocuğun, anne-babanın ve öğretmenin DEHB ile baş etmesini daha da zorlaştırmaktadır. Anne-babanın ve öğretmenlerin tedavi sürecindeki katkısını arttırmak ve bozuklukla baş etmelerini kolaylaştırmak için DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların erken tanınması, tedavisinin planlanması ve bu hastalıklarla ilgili anne-babanın ve öğretmenlerin çok iyi bilgilendirilmesi önemlidir. DEHB'ye sahip çocuk-ergenin akademik, sosyal gelişimini ve DEHB'nin ileriye dönük prognozunu olumlu yönde değiştirebilmek için eşlik eden psikiyatrik bozuklukların çok iyi değerlendirilip tedavide işlevselliği esas bozan tanıya öncelik verilerek tedavi modaliteleri oluşturulmalıdır. Klinik temelli yapılan bir çalışma olması nedeniyle çıkan sonuçların topluma genellenememesi çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca DEHB'ye ek ÖÖB tanısını değerlendirirken Öğrenme Güçlüğü bataryası ya da herhangi bir ölçek kullanmamız da çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı olarak görülmektedir. Daha farklı ve gerçekçi sonuçlar vermesi nedeniyle bu konu ile ilgili toplum temelli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

## TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılmayı kabul ederek değer katın tüm ebeveynlere ve çocuklara teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

1. Thomas R, Sanders S, Doust J, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):994–1001.
2. Biederman, J, Fried, R, Petty, C, et al. An examination of the impact of attention-deficit hyperactivity disorder on IQ: A large controlled family-based analysis. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*. 2012;(57):608–16.
3. İnci, SB, İpci, M, Akyol AU, et al. Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *Journal of Attention Disorders*. 2019; 23(11):1356–67.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.

5. Rommelse NNJ, Altink ME, Fliers EA, et al. Comorbid problems in ADHD: Degree of association, shared endophenotypes, and formation of distinct subtypes. Implications for a future DSM. *J Abnorm Child Psychol*. 2009; 37(6):793–804.
6. Coşkun M, Kaya İ. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer Komorbid Durumlar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2015;1(1):68–76.
7. Hergüner, S., Hergüner, A. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2012;(49): 114–18.
8. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiat Assoc Child Psychol Psychiatry*, 1999;(40):57–87.
9. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, et al. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;(47):426–34.
10. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric adhd: etiologies, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(6):565–71.
11. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM- 5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil*. 2013;(1):43–51.
12. Kovasc M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21(4):995–8.
13. Öy B. Çocuklar için Depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;(2):132–36.
14. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4):545–53.
15. Karaceylan ÇF. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi), 2004, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kocaeli.
16. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (KSADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;(36):980–88.
17. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B ve ark. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;(11):109–16.



- 18.** Aktepe E. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. *New Symposium Journal*. 2011;(49):201-08.
- 19.** Takahashi K, Miyawaki D, Suzuki F ve ark. Hyperactivity and comorbidity in Japanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;61(3):255-62.
- 20.** Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (Ed). *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2007, 645-70.
- 21.** Ercan ES.(2013). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. DEHB uzman görüşü raporu-Türkiye.
- 22.** Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;(48):404-12.
- 23.** Biederman J, Faraone S, Lapey K. Comorbidity of diagnosis in attentiondeficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*, 1992;(1): 335-60.
- 24.** Gillberg C. Mental Health Problems/Additional "Psychiatric Disorders". Gillberg C. (Ed.). *ADHD and its many associated problems*. New York: Oxford University Press, 2014; 127-43.
- 25.** Barkley RA. History. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Barkley RA. (Ed.). New York, Guilford Press. 2009;3-75.
- 26.** Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA. Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;(27):330-35.
- 27.** Koyuncu A, Ertekin E, Yüksel C , et al. Inattention predominant type ADHD is associated with social anxiety disorder. *J. Attention Disorder*, 2015;19(10):856-64.
- 28.** Bailey JN, Ornitz EM, Gehricke JG ve ark. Transmission of primary nocturnal enuresis and attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 1999;88(12):1364-68.
- 29.** Hahn LG, Morgan JE. ADHD and learning disorders. Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*, UK: Cambridge University Press. 2015;123-38.