

Bir bölge çocuk hastanesinde okul öncesi dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu prevalansı ve ilaç kullanım sıklığı

The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and the frequency of medication use among preschool children in a district children hospital

Ayşe KUTLU, Nagihan CEVHER BİNİCİ

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir

ÖZ

Amaç: 1 Ocak-31 Aralık 2016 tarihleri arasında okul öncesi dönem çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) prevalansı ve ilaç kullanım sıklığını araştırmak.

Yöntem: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran ve ICD-10 tam kriterlerine göre DEHB tanısı konan 36-60 ay yaş aralığındaki çocukları dosyaları taranmıştır. Mental retardasyon, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, kronik tıbbi hastalık ve dosyalarda eksik veri olan çocuklar çalışma dışında bırakılmıştır.

Bulgular: 218 DEHB tanılı okul öncesi çocuk çalışma grubunu oluşturmuştur. DEHB prevalansı okul öncesi çocuklarda %7,8'dir. Hastaların 61'inde (%28) bir komorbid hastalık vardır ve %32,1 oranında en sık eştani yıkıcı davranış bozuklukları (karşıt olma, karşı gelme bozukluğu+davranım bozukluğu) olmuştur. Psikososyal tedavi olguların 116 (%53,2) iken, 102 (%46,8) çocuğa psikofarmakolojik tedavi başlanmıştır. İlaç tedavisi olarak en sık önerilen psikofarmakolojik ajan risperidon olmuştur. Otuz altı-kırk sekiz ay yaş grubuna göre 49-60 ay yaş grubunda daha fazla komorbidite saptanmış ve ilaç tedavisinin kullanıldığı belirlenmiştir. Eştani sayısının fazlalığı ilaç tedavisi seçeneğini tercih etmede belirleyici olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Psikososyal tedavi ilk sırada tedavi seçeneği olsa da ilaç tedavisi de gerekli gibi görünmektedir. İlk sırada tercih edilen psikofarmakolojik ajan Risperidon olmuştur. İlaç tedavisini tercih edilmesinde daha büyük yaş ve eştani sayısının fazlalığı belirleyici gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, okulöncesi dönem, yaygınlık, eştani, psikofarmakoloji

ABSTRACT

Objective: This study analyzed the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and frequency of medication use among preschool children in a district children hospital between January 1 and December 31, 2016.

Methods: We reviewed the medical files of children who admitted to the outpatient clinics of Child and Adolescent Psychiatry within the age range of 36 to 60 months, diagnosed with preschool ADHD (PS-ADHD) according to ICD-10 criteria. Children with comorbid intellectual disability, mood disorders, anxiety disorders, autism spectrum disorders and chronic medical disorders were excluded from the study. Medical files with incomplete data were not included in the analysis.

Results: The study sample consisted of 218 preschool children with ADHD. The prevalence of ADHD among preschool children was 7.8 percent. Sixty-one (28%) patients had at least one comorbid disorder and the disruptive behaviour disorders (oppositional defiant and conduct disorder) were the most common diagnoses with the rate of 32.1 percent. Treatment with psychosocial interventions was applied to 116 (53.2%) children, whereas 102 (46.8%) children were started on pharmacotherapy. Risperidone was the most prescribed medication at a rate of 98%. In children within the age group of 49-60 months greater number of comorbidities were detected and drug therapy was more frequently used compared to 36-48-month-group. The higher number of comorbid disorders was the determinative factor for drug use ($p<0.05$).

Conclusion: Even though psychosocial treatment is the first-line treatment, additional pharmacotherapy seems to be required. The first choice of psychopharmacological agent was risperidone. Older age and higher number of comorbidities seem to predict the drug use.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, preschool age, prevalence, comorbidity, psychopharmacology

Alındığı tarih: 07.03.2017

Kabul tarihi: 16.03.2017

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Ayşe Kutlu, İsmet Kaptan Mah. Sezer Doğan Sok. No:11 Polk. Binası Psikiyatri 1 Polk., Alsancak-Konak-35220-İzmir
e-mail: kutlu.ayse@yahoo.com

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), erken çocuklukta başlayan, kişinin yaşına ve gelişim düzeyi ile uyumsuz düzeyde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize, yaşam boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur ⁽¹⁾. DEHB'nin okul çağı çocuklar ile yapılmış çok sayıda literatür bilgisi olmasına karşın, okul öncesi dönemdeki sıklığı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili çalışmalar ise sınırlı sayıdadır.

Çocuk ve ergenlerde tüm psikiyatrik bozuklukların sıklığının araştırıldığı çok merkezli bir meta analiz çalışmasında, dünyada ortalama psikiyatrik bozukluk sıklığı %13,4, ortalama DEHB prevalansı ise %3,4 oranında bulunmuştur ⁽²⁾. Türkiye'de farklı illerde yapılan okul çağı çocuklarda DEHB prevalans çalışmalarında ise, %2-12,7 arasında değişen oranlarda DEHB sıklığı saptanmıştır ⁽³⁻⁵⁾. Dünyada epidemiyolojik çalışmalar okul öncesi çocuklarda DEHB (OÖ-DEHB) yaygınlığını %2-7 arasında bildirmiştir ⁽⁶⁻⁸⁾. Ülkemizde bildiğimiz kadarı ile OÖ-DEHB sıklığını araştıran çalışmaya rastlanmamıştır.

Okul öncesi dönemde tanı konan DEHB'nin daha belirgin dil ve bilişsel sorunlar, daha fazla sayıda psikiyatrik eştanı, daha fazla psikososyal ve akademik sorunlar ile okul yıllarında daha dirençli davranış sorunları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir ⁽⁸⁻¹⁰⁾. DEHB'li okul öncesi çocukların %72'sinde bir ve birden çok eştanı olduğu, en yaygın eş tanının %54,5 oranında karşı olma karşı gelme bozukluğunun (KOKGB) olduğu bildirilmiştir ^(8,11). Eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, zeka geriliği, tik bozuklukları olmuştur ^(8,11). Psikiyatrik eştanının varlığı kötü gidiş ve bozulma göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir ^(8,11). Erken girişimde bulunma, DEHB'li çocuk ve gençlerde görülen eştanıların gelişmesi gibi olumsuz gidişi de önleyebilmektedir ^(8,12).

OÖ-DEHB ile ilgili sınırlı ampirik kanıt nedeniyle henüz spesifik bir tedavi kılavuzu yoktur ⁽¹³⁾. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Okul Öncesi Psikofarmakoloji Çalışma Grubu, ve NICE kılavuzu gibi tedavi kılavuzları OÖ-DEHB tanılı çocuklarda

ilk seçenek olarak psikososyal yaklaşımları önermektedir. Bu yaklaşımlardan yararlanmayan ve daha ciddi belirtileri olan çocuklarda ilaç tedavisi başlanabileceğini bildirmektedir ^(10,14-16). Psikososyal yaklaşımların kolay ulaşılabilir olmaması, uzun zaman alması, ebeveynlerin bu tedaviye uyum sorunları ve maliyetinin yüksek olması nedeniyle uygulanabilirliğinde güçlükler mevcuttur ⁽¹⁷⁾. Beş-on üç yaşları arasında 80 hasta ile yapılan bir çalışmada, davranışçı girişim önerilerine uyum %58, ilaç tedavisine uyum %78 oranlarında saptanmıştır ^(8,17). Ancak OÖ-DEHB'de ilaç tedavilerini de sınırlayan sorunlar vardır. Yapılan en kapsamlı randomize kontrollü çalışmada, OÖ-DEHB'li çocuklarda hızlı salınan metilfenidatın etkinlik ve kullanılabilirliğinin okul çağı çocuklarından daha az, yan etkilerin ise daha fazla görüldüğü belirlenmiştir ⁽¹⁴⁾. Bu nedenle yıkıcı davranım sorunlarında FDA (Amerikan İlaç Birliği) tarafından bir atipik antipskiotik olan Risperidonun 3 yaştan itibaren kullanımına onay verilmiş ve klinik kullanımda sık tercih edilen ilaçlardan biri olmuştur ^(14,29,30).

Ülkemizde OÖ-DEHB sıklığı ve tedavi seçeneklerini araştıran çalışma yok denecek kadar azdır. Bu nedenle biz bu çalışmada, üçüncü basamak bir bölge hastanesinde OÖ-DEHB'nin bir yıllık sıklığı ve psikofarmakolojik tedavi sıklığı ile kullanılan ilaçların dağılımını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerine 01.01.2016-31.12.2016 tarihleri arasında başvuran hastalar arasından 36-60 ay yaş aralığında olan ICD-10 tanı kriterlerine göre "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" tanısı almış çocukların hastane kayıtlarının taranmıştır. Eşzamanlı gelişimsel gerilik, motor ve/veya mental retardasyon, duygudurum bozuklukları, otizm spektrum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kronik tıbbi hastalık tanısı olan ve dosyalarında eksik veri olan çocuklar çalışma grubu dışında bırakılmıştır. Eştanı olarak, yıkıcı davranış bozuklukları (YDB) başlığı altında, karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ile davranım bozukluğu (DB),

tik bozuklukları ve iletişim bozuklukları (konuşma bozuklukları ve dil gelişim gecikmesi/geriliği) olan çocuklar çalışmaya dahil edilmiştir.

Retrospektif olarak dosyaları incelenen hastalardan çalışmaya uygun olan 36-60 ay yaş aralığında 218 OÖ-DEHB olan hasta çalışma örneklemini oluşturmuştur. Araştırma için İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Klinik Araştırmalar Etik Kuruldan onay alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi için (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS 18.0 programı kullanılmıştır. Olgu grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir. Sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz ki-kare testi kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ile veya normal dağılım gösteriyorsa t-testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

01.01.2016-31.12.2016 tarihleri arasında hastanemiz Çocuk Psikiyatri polikliniklerinde 0-18 yaş aralığındaki 32362 hastanın başvurduğu ve bir yılda 36-60 ay yaş aralığındaki 3550 hastanın muayene olduğu tespit edilmiştir ve bunlardan OÖ-DEHB tanısı alan 286 hastanın dosyaları taranmıştır. Dışlama kriterlerine göre 68 olgu çalışmaya dahil edilmemiştir (8 hasta eksik veri nedeniyle, 18 hasta otizm spektrum bozukluğu, 28 hasta motor/mental retardasyon, 12 hasta anksiyete bozuklukları, 1 hasta tik bozukluğu ve 1 hasta duygudurum bozukluğu) (Tablo 1). Bunun dışında dahil edilme kriterlerine uygun olan 218 OÖ-DEHB tanılı araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmaya alınan çocukların yaş ortalaması $49,91 \pm 6,98$ aydır ve %81,7'si erkektir. OÖ-DEHB ile birlikte olguların %60,1'inde ($n=131$) en az bir eştanı saptanmıştır ve en sık rastlanan eştanı % 32,1 ($n=70$) oranında YDB (KOKGB+DB) olmuştur. Tedavi seçeneği olarak yalnızca psikososyal tedavi yaklaşımı oranı n %53,2 ($n=116$) iken, ilaç tedavisi başlanan hasta oranı %46,8 ($n=102$) dir. İlaç tedavisi önerilen-

lerin neredeyse tamamında önerilen psikofarmakolojik sağaltım risperidon olmuştur (%98). Yalnızca 1 hastaya metilfenidat, 1 hastaya da aripiprazol tedavisi başlandığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışmadan çıkarılan olguların dağılımı.

Tüm olgular	Yaş (ay) (ort±ss)	286	% 100
Çıkarılan olgular		68	%23,7
Eksik veri		8	%2,8
Otistik spektrum bzk.	48,88±7,23	18	%6,3
Motor mental ret.	50,21±6,38	28	%9,8
Anksiyete bzk	53,08±6,0	12	%4,2
Tik bozuklukları	60	1	%0,3
Duygudurum bzk.	59	1	%0,3

Tablo 2. Çalışma grubu demografik, hastalık ve tedavi ile ilgili değişkenler.

Değişkenler	Yaş (ay):ort(ss)	min-max	Sayı (n)	%
Yaş	49,91±6,98	36-60 ay	218	100
Cins				
Erkek	50,07±6,98		178	%81,7
Kadın	49,2±7,01		40	%18,3
Eştanı sayısı				
Yok			87	%39,9
1 eştanı			61	%28,0
2 eştanı			70	%32,1
Eştanılar				
YDB(KOKGB+DB)			70	%32,1
KOKGB			26	%11,9
DB			8	%3,7
İletişim bozukluğu			27	%12,4
Tedavi				
Psikososyal			116	%53,2
İlaç			102	%46,8
İlaç tedavileri				
Risperidon			100	%98
Metilfenidat			1	%1
aripiprazol			1	%1

2016 yılı içinde 36-60 ay yaş aralığında hastanemize başvuran hastalar arasında DEHB tanısı konan hasta oranı ($n=218/3550$) %6,1 olarak saptanmıştır. Dışlama kriteri olan eştanılar da dahil edildiğinde ise ($n=278/3550$) sıklık %7,8'e yükselmiştir. OÖ-DEHB tanısı alan kız ve erkek hastalar arasında yaş ortalamaları, eştanı sayıları ve tedavi seçenekleri (psikososyal veya ilaç tedavisi) bakımından anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($n=40/178$, $p > 0,05$).

Çalışma grubu 3-4 yaş (36-48 ay) ve 5 yaş (49-60 ay) şeklinde iki yaş gruplarına ayrılarak yapılan ista-

istiksel analizlere göre, 5 yaş grubunun 3-4 yaş grubuna göre anlamlı oranda daha fazla eştanı aldığı belirlenmiştir (n=133/85, $\chi^2=6,254$, p=0,044). Yine 5 yaş grubunda erkeklerde 2 eştanı alma oranı kızlardan anlamlı düzeyde yüksek (n=43/12, $\chi^2=7,998$, p=0,018) iken, kızlarda eştanı alma sayısı tüm yaş gruplarında benzerdir (n=8/7, p>0,05). İlaç tedavi seçeneği 5 yaş grubunda 3-4 yaş grubuna göre anlamlı oranda fazla tercih edilmiştir (n=75/27, $\chi^2=12,632$, p<0,0001), ancak psikososyal tedavi seçeneği yaş grupları arasında anlamlı fark yaratmamıştır (n=58/58, p>0,05). OÖ-DEHB tanısı yanında herhangi bir eştanısı olmayan ve 1 eştanısı olan hastaların tedavisinde anlamlı düzeyde psikososyal (n=76/11 ve n=35/26), 2 eştanısı olan hastalarda ise anlamlı düzeyde ilaç tedavisinin daha fazla tercih edildiği saptanmıştır ($\chi^2=100,836$, p<0,0001) (ES:0,680:yüksek)

TARTIŞMA

Dünyada DEHB'nin yaygınlığı çocuklarda %5-10 olarak verilmekte ve benzer yöntemler kullanıldığı zaman farklı ülke ve ırklarda bozukluğun yakın oranlarda görüldüğü bilinmektedir (18,19). Toplum örnekleminde erkek-kız oranı 3/1, klinik örnekleme ise 9/1 olarak bildirilmiştir (20). Bir meta analiz çalışmasında, DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansı %5,29 olduğu gösterilmiştir (21). Toplum örneklemlerine göre çocuk psikiyatri kliniklerinde ise OÖ-DEHB %59 gibi yüksek oranda tespit edilmiştir (22). İngiltere'de birinci basamak sağlık kurumlarında DEHB'li çocuklarda ilaç tedavilerini araştıran 12 yıllık gözlemsel çalışmada, 3-5 yaş grubunda DEHB sıklığı %16 oranında saptanmış olup, bunların %26'sına ilaç tedavisi uygulandığı görülmüştür (23).

Çalışmamızda, klinik örnekleme yıllık OÖ-DEHB prevalansı %7,8 oranında tespit edilmiş olup, erkek-kız oranı yaklaşık 4.45/1'dir. Ülkemizde bu alanda yapılmış bir prevalans çalışmasına rastlanmamıştır. Dünyada yapılan az sayıdaki okul öncesi çalışmaya göre oldukça düşük gibi görünen bu oranın yöntemsel farklılıklarla ilişkisi olabilir. Ancak, çalışmamızda saptanan prevalans oranı, metaanaliz verilerine daha yakın gibi görünmekte-

dir (21). OÖ-DEHB'de en az bir psikiyatrik eştanı görülme sıklığı %64-74 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (24,25). Bu oran çalışmamızda, literatüre yakın oranlarda (%60,1) saptanmıştır. Yazın bilgisinde eştanılar sıklık sırasına göre, KOKGB (%40), kaygı bozuklukları (%34), DB (%14), tik bozuklukları (%11), duygudurum bozuklukları (%4) ve artmış oranda iletişim bozuklukları olarak belirtilmiştir (26,27). Çalışmamızda, tek tek eştanı oranlarına bakıldığında, bu çalışmalardan farklı olarak iletişim bozukluklarının (%12,4) KOKGB'dan (%11,9) az da olsa yüksek oranda saptanmıştır. Yine DB (%3,7) eştanısı literatürden oldukça düşüktür. Ancak, çalışmamızda çarpıcı olan bulgu KOKGB+DB (YDB) birlikteliği %32,1 gibi en yüksek oranda bulunmuştur. Bu durum daha ciddi bozukluğu olan hastaların üçüncü basamak referans hastanesi olası nedeniyle daha çok yönlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Yine iletişim bozukluklarının çalışmamızda şaşırtıcı şekilde yüksek olması, dil gelişiminde hafif gecikmeler yanında kekemelik ve fonolojik bozuklukların da bu gruba dahil edilmesi ile ilgili olabilir. Çalışmamızda, otizm spektrum bozuklukları, mental retardasyon, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları, duygudurum bozuklukları eştanılarının dışlanma nedeni, bu belirtilen hastalıkların tedavisinde de antipsikotikler ve diğer anti-DEHB ilaçlarının kullanılabilmesidir. Bu sayede DEHB semptomatolojisine spesifik ilaç tedavi sıklık ve dağılımını tespit edebildiğimizi düşünmekteyiz.

Erken başlangıçlı DEHB olgularında agresyon KOKB ve DB eştanıları, geç başlangıçlı DEHB olgularında ise anksiyete/depresyon eştanıları daha sık rapor edilmiştir ve YDB'lerinin erkeklerde daha yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir (23,27). Çalışmamızda, bu yazın bilgisi ile uyumlu olarak 5 yaş grubunda 3 ve 4 yaş grubuna göre hem daha fazla eştanı hem de daha fazla ilaç tedavisi tercih edildiği, yine ilaç tedavi seçeneklerinin 5 yaş ve erkek çocuklarda anlamlı fazla olduğu gözlenmiştir.

Psikiyatrik eştanının varlığı kötü gidiş göstergelelerinden biri olarak kabul edilmektedir (8,11). 3-5,5 yaş aralığındaki 165 OÖ-DEHB tanılı çocuğun katıldığı randomize çift kör plasebo kontrollü metilfenidat çalışmasında, %28,5 olguda eştanının olmadığı,

%41,8 olguda 1 eştanı, %20,6 olguda 2 eştanı, %9 olguda ise 3 veya dört eştanı saptanmıştır. Aynı çalışmada, metilfenidat tedavisine yanıtı etkileyen tek değişkenin eştanı olduğu ve eştanı sayısının arttıkça metilfenidata yanıtın azaldığı tespit edilmiştir. Bunun dışındaki hiçbir değişkenin (yaş, cins, zeka düzeyi, aile özellikleri, DEHB alt tipi, hastalık ciddiyeti) tedavi yanıtını etkilemediği belirlenmiştir⁽¹¹⁾. Çalışmamızda, farklı olarak %39,9 oranında eştanı yoktu, %28 oranında bir eştanı, %32,1 oranında ise 2 eştanı saptandı. Metilfenidatın yanıtının daha kötü olduğu 2 eştanı oranı çalışmamızda daha yüksekti ve ilaç tedavisi olarak hemen tüm olgularda risperidon tedavisinin tercih edilmesi bu sonuçla örtüşmekteydi.

Tedavi kılavuzları OÖ-DEHB tanılı çocuklarda ikinci sıra tedavi seçeneği olarak metilfenidat tedavisi başlanabileceğini bildirmektedir^(10,14-16). Ancak, OÖ-DEHB'li çocuklarda metilfenidatın etkinliğinin düşük ve yan etkinin daha fazla olması nedeniyle yıkıcı davranım sorunlarında ve dürtüsel davranışlarda FDA (Amerikan İlaç Birliği) tarafından 3 yaştan itibaren kullanımına onam verilen Risperidon klinik kullanımda sık tercih edilen ilaç seçeneklerinden biri olmuştur⁽¹⁴⁾. Okul öncesi yaş grubu YDB tedavisinde psikoterapotik yaklaşımlardan sonra ikinci sırada risperidon kullanımı, alandaki uzmanların fikir birliği ile tedavi kılavuzlarında önerilmiştir ve buna paralel olarak DEHB'de de kullanımı artmıştır^(29,30). Üç-altı yaş aralığındaki DEHB+YDB tanılı normal zekalı ve ek başka psikiyatrik veya tıbbi hastalığı olmayan 33 çocuğun katıldığı 6 haftalık çift kör randomize çalışmada, risperidon ve metilfenidat karşılaştırılmış ve iki tedavi seçeneğinin de etkin olduğu, risperidonun daha iyi tolere edildiği bulunmuştur⁽³¹⁾. Yine DEHB + YDB olan 42 okul öncesi (3-6 yaş) normal zeka ve ek psikiyatrik veya fiziksel hastalığı olmayan çocuk ile yapılan 6 haftalık tek kör çalışmada, tedavi grupları (tek başına metilfenidat ve metilfenidat + risperidon) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ve iki tedavi grubu da semptomlar üzerinde etkin bulunmuştur. Ayrıca risperidon eklenen grupta daha az yan etki gözlemlendiği belirtilmiştir⁽³²⁾. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, normal gelişim özellikleri gösteren

DEHB+DB tanılı 8 okul öncesi yaşta çocukta risperidon tedavisinin etkinliği 8 haftalık açık çalışmada değerlendirilmiştir. Tüm olgular risperidon tedavisine iyi veya çok iyi yanıt vermiş olup, ciddi bir yan etki gözlenmemiştir⁽³³⁾. Bu yazın bilgileri ile tutarlı olarak eştanı olmayan ve 1 eştanısı olan hastaların psikososyal yaklaşımların tedavide önerildiği, ancak 2 eştanısı olan hastalarda ilaç tedavisinin başlandığı belirlenmiştir. İki eştanılı olguların hepsinin KOKGB+DB eştanılarını birlikte taşıdıkları ve risperidon tercihinin bu nedenle ön planda olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, yalnızca bir hastada kullanıldığı belirlenen aripiprazol de bir atipik antipsikotiktir. Normal zekada, ek psikiyatrik ve tıbbi hastalığı olmayan DEHB+KOKGB tanılı, 3-6 yaş aralığında, 40 çocukta risperidon ile aripiprazol etkinliğini ve güvenilirliğini araştıran 8 haftalık randomize klinik çalışmada yapılmıştır. Sonuçta, iki tedavi grubunun da eşit oranda etkin olduğu, görece güvenilir, ancak ciddi olmayan yan etkilerin sık görüldüğü bildirilmiştir⁽³⁴⁾. Aripiprazol tedavi seçeneği ile ilgili yazın bilgisi yetersizdir ve bu tanı grubuna yönelik aripiprazol tedavisinin etkinliği ve kullanılabilirliğine yönelik daha ileri çalışmalar gereklidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Okul öncesi dönemde de DEHB sık tanı konan bir psikiyatrik hastalıktır. Klinik örnekleme %7,8 yıllık prevalans saptanmıştır. Eştanı sıktır (%60,1) ve okul öncesi dönemde de çoklu eştanı belirgindir (%32,1). Ön planda yıkıcı davranım bozuklukları eştanı olarak izlenmektedir ve eştanı sayısının fazla olması ilaç tedavisi seçeneğini tercih etmede önemli bir faktördür. Psikososyal yaklaşımlar tedavide ilk seçenek olmayı sürdürmekle birlikte, ilaç tedavisi de oldukça sık (%46,8) ve psikososyal yaklaşımlara yakın oranlardadır ve risperidon molekülü hemen tüm hastalarda tercih edilen ilaç olmuştur. Okul öncesi dönemde DEHB epidemiyolojisi ve farmakoterapisi alanında ülkemizde hemen hemen çalışma yoktur ve bu alandaki boşluğun giderilmesi için daha ileri epidemiyolojik ve klinik çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):894-921. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
3. Gul N, Tiriyaki A, Cengel Kultur E, Topbas M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010;20(1):50-6.
4. Güler AS, Scahill L, Jeon S, Taşkın B, Dedeoğlu C, Ünal S, Yazgan Y. Use of Multiple Informants to Identify Children at High Risk for ADHD in Turkish School-Age Children. *J Atten Disord* 2014 pii: 1087054714530556. [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1177/1087054714530556>
5. Ercan ES, Bilaç Ö, Uysal Özasan T, Akyol Ardic U. Prevalence of psychiatric disorders among turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47(1):35-42. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0541-3>
6. Egger HL, Kondo D, Angold A. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Jung Children* 2006;19(2):109-122. <https://doi.org/10.1097/00001163-200604000-00004>
7. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(6):695-705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
8. Gündoğdu ÖY, Taş FV, Özyurt EY, Dönder F, Memik NÇ. Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016;17(2):143-155.
9. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(5):508-15. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009>
10. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, Greenhill LL, Kowatch RA, Lieberman AF, et al. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(12):1532-1572. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181570d9e>
11. Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ, Wigal SB, et al. Comorbidity moderates response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5):563-579. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0071>
12. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS. Three year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):2014-2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2014>
13. Kaplan A, Adesman A. Clinical diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Curr Opin Pediatr* 2011;23(6):684-692. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834cbbba>
14. Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18(5):413-47. <https://doi.org/10.1089/cap.2008.022>
15. Atkinson M, Hollis C. NICE guideline: attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95(1):24-7. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.175943>
16. Wolraich M, Brown L, Brown RT, Du Paul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011;128(5):1007-1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
17. Dreyer AS, O'Laughlin L, Moore J, Milam Z. Parental adherence to clinical recommendations in an ADHD evaluation clinic. *J Clin Psychol* 2010;66(10):1101-1120. <https://doi.org/10.1002/jclp.20718>
18. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition, Author, Washington, DC, USA, 2013.
19. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2(2):104-113.
20. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(4):386-392. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3281568d7a>
21. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
22. Connor DF. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *J Dev Behav Pediatr* 2002;23(1 Suppl):S1-9. <https://doi.org/10.1097/00004703-200202001-00002>
23. Raman SR, Marshall SW, Gaynes BN, Haynes K, Naftel J, Stürmer T. An observational study of pharmacological treatment in primary care of children with ADHD in the United Kingdom. *Psychiatric Services* 2015;66(6):617-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300148>
24. Wilens TE, Biederman J, Brown S, et al. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(3):262-268. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00005>
25. Angold A, Egger HL. Preschool psychopathology; lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(10):961-966. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01832.x>
26. Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17(2):347-366. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.004>
27. Posner K, Melvin GA, Murray DW, Gugga SS, Fisher P, Skrobala A, et al. Clinical presentation of ADHD in preschool children: preschoolers with ADHD treatment study (PATS).

- J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007;17(5):547-562.
<https://doi.org/10.1089/cap.2007.0075>
28. Connor DF, Edwards G, Fletcher KE, Baird J, Barkley RA, Steingard RJ. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(2):193-200.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200302000-00013>
29. Weiss M, Panagiotopoulos C, Giles L, Gibbins C, Kuzeljevic B, Davidson J, Harrison R, et al. A naturalistic study of predictors and risks of atypical antipsychotic use in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinic. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009;19(5):575-582.
<https://doi.org/10.1089/cap.2009.0050>
30. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub2>
31. Arabgol F, Panaghi L, Nikzad V. Risperidone versus methylphenidate in treatment of preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Iran J Pediatr* 2015;25(1):e265.
<https://doi.org/10.5812/ijp.265>
32. Safavi P, Dehkordi AH, Ghasemi N. Comparison of the effects of methylphenidate and the combination of methylphenidate and risperidone in preschool children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Adv Pharm Technol Res* 2016;7(4):144-148.
<https://doi.org/10.4103/2231-4040.191425>
33. Ercan ES, Basay BK, Basay O, Durak S, Ozbaran B. Risperidone in the treatment of conduct disorder in preschool children without intellectual disability. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2011;5(1):10.
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-10>
34. Safavi P, Hasanpour-Dehkordi A, AmirAhmadi M. Comparison of risperidone and aripiprazole in the treatment of preschool children with disruptive behavior disorder and attention deficit-hyperactivity disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research* 2016;7(2):43-47.
<https://doi.org/10.4103/2231-4040.177203>