

DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı

Hüner Aydın¹, Rasim Somer Diler², Ebru Yurdağül¹, Şükrü Uğuz³, Gülşah Şeydaoğlu⁴

¹Dr., ³Yrd.Doç.Dr., ⁴Uz.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, ²Doç.Dr., Department of Child Psychiatry Western Psychiatric Institute and Clinic University of Pittsburgh, USA

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sıklığını araştırmak. **Yöntem:** 69 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hastasına K-SADS, ebeveynlerine Wender Utah Derecelendirme Ölçeği uygulandı. Kontrol grubuna da aynı ölçekler uygulandı. Sürekli değişkenlerin analizinde student t testi, Mann Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu grubundaki ebeveynlerin 23'ünde (% 33.8), kontrol grubundakilerin 2'sinde (%6.3) şu anda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bulguları saptandı. Aradaki fark anlamlı idi. Çalışmadaki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerin 27'sinde (%39.1), kontrol grubundaki ebeveynlerin 4'ünde (%12.5) Wender Utah Derecelendirme Ölçeği oranı kesim değerinin üstünde idi. Kontrol grubu ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. **Sonuç:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocukların ebeveynlerinde erişkin döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri oranı ve çocukluk döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri daha fazladır. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği çocukluk çağı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu belirleyebilmekte yardımcı bir araç olarak kullanılabilir.

Anahtar Sözcükler: Hiperaktivite, ebeveyn, çocuk.

(Klinik Psikiyatri 2006;9:70-74)

SUMMARY

ADHD Rate in Parents of Children with ADHD

Objective: The aim of this study is to search the Attention Deficiency Hyperactivity Disorder rates in parents of children with Attention Deficiency Hyperactivity Disorder. **Method:** K-SADS were completed by 69 Attention Deficiency Hyperactivity Disorder in children and Wender Utah Rating Scale were used to evaluate Attention Deficiency Hyperactivity Disorder by their parents. Same scales were used to evaluate control group. Student-t test, mann-whitney U test were used for continuous variables and chi care test for discontinuous variables. **Results:** 23 parents (33.8%) from the study group and 2 (6.3%) from the control group had adult Attention Deficiency Hyperactivity Disorder symptoms. The difference was significant of 69 Attention Deficiency Hyperactivity Disorder child parents, 27 patients (39.1%) had Wender Utah Rating Scale scores higher than the cut-off. The difference between the study and the control groups was statistically significant. **Conclusion:** Attention Deficiency Hyperactivity Disorder in childhood and adulthood was more prevalent in parents of children with Attention Deficiency Hyperactivity Disorder. Wender Utah Rating Scale is a reliable scale in assessing childhood symptoms in adults for Attention Deficiency Hyperactivity Disorder in childhood.

Key Words: Hyperactivity, parent, kid.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), genetik geçişi olan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Son yıllardaki çalışmalarda çocuklardaki yaygınlığı %3-9 olarak bildirilmiştir (Larsson 2004). Bazı çalışmalarda DEHB'nin ailesel ve ailesel olmayan tiplerinin bulunduğu, ailesel tipin daha çok genetik nedenlerle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Martin ve Scourfield 2002, Faraone 1997b, Levy ve ark. 1997). Aile, evlat edinme ve ikiz araştırmaları DEHB semptomlarının ailesel olanlarda daha çok arttığını, aileselliğin geniş bir genetik faktörden etkilendiğini ve DEHB'nin kalıtsallığının yaklaşık olarak 0.8 olduğunu göstermiştir. DEHB'nin aileselliği moleküler genetik çalışmaların sonucuyla da gösterilmiştir (Larsson 2004, Donnelly 2002, Bradley ve Golden 2001).

Çocukluk döneminde başlayan DEHB %30-70 oranında erişkinlik döneminde de devam etmektedir (Larsson 2004, Geller 1997, Mick ve Faraone 2000). DEHB'nin erişkinlikteki riskini arttıran faktörler, ailede DEHB öyküsü, eşlik eden davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğun varlığıdır. Bu konuda yapılan bir araştırmada bu hastaların dokuz yıl sonra %31'inde, onyediyıl sonraki izlemde %8'inde DEHB kriterlerinin karşılandığı gösterilmiştir. Fakat son yıllardaki çalışmalar ise kişilerin bildirdiğinden daha fazla DEHB oranına rastlandığını bildirmektedir (Murphy ve Schachar 2000, Rutter 1991). Larsson ve Steinhausen (2003), yaptıkları çalışmada çocukluktan erken ergen dönemine kadar bulgulardaki değişimin genetik etkenler tarafından belirlendiğini fakat aynı zamanda bu dönemdeki çevresel etkenlerden de etkilendiğini göstermiştir.

Yapılan çalışmalarda DEHB'nin çocukların ileriki yaşamlarında antisosyal davranışlara, madde kullanımına, akademik başarısızlıklara ve mesleki başarıda azalmaya neden olabileceği bildirilmektedir (Steinhausen 2003, Chronis ve ark. 2003, Barkley 1997). Birinci ve ikinci derece akrabalarla yapılan çalışmalarda hiperaktif çocukların ailelerinde antisosyal kişilik bozukluğu, disosiyatif bozukluk, duygudurum bozukluğu, alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu ortaya konmuştur.

Genel olarak DEHB'nin yaygınlık oranı ve erişkin dönemde de devam etme oranı düşünüldüğünde erişkin dönemde bu tablonun sık olabileceği söylenebilir. Erişkin dönemde DEHB tanısı koymanın bazı zorlukları mevcuttur. DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkinlerde DEHB tanısı koymak için bu kişilerde çocukluk çağında da DEHB tanısının olması gerekmektedir. Erişkinde tanı koymak için hem şu andaki hem de çocukluktaki kriterler karşılanmalıdır. Ancak geçmişe dair bilginin ve öz bildirim güvenirliliği ve doğruluğu sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle erişkin hastaların değerlendirilmesi için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden biri de, çocukluk dönemine yönelik davranışları değerlendirmek için geliştirilen 61 maddeden oluşan Wender Utah Derecelendirme Ölçeğidir (WUDÖ) (Ward ve Wender 1993).

Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı alan çocukların ebeveynlerinde DEHB sıklığını araştırmaktır. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde geçmişte ve şu anda daha yüksek oranda DEHB semptomlarının olacağı, WUDÖ'nün DEHB semptomlarının değerlendirilmesinde yardımcı bir araç olarak kullanılabileceği düşünüldü.

GEREÇ VE YÖNTEM

Örnekleme:

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine Eylül 2003 ve Eylül 2004 tarihleri arasında, DEHB tanısı alan ve takipteki 7-12 yaşları arasında 69 hasta ve görüşme sırasında yanında bulunan anne ya da babası ile aynı poliklinikte DEHB dışı tanı almış benzer yaşta 32 çocuk ve görüşmede yanında bulunan anne ya da babası kontrol grubu olarak alınmıştır. Çalışmaya organizasyona bağlı DEHB tanısı düşünülenler dahil edilmedi. DEHB ile komorbid bozuklukları olanlar da çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu için mental retardasyon, yaygın gelişimsel bozukluk tanılı hastalar alınmadı. Çalışmaya alınanlar, Çocuklarda Şizofreni ve Affektif Bozukluklar Programı (K-SADS) ile değerlendirilip tanıları tekrar gözden geçirilmiştir. DEHB ve kontrol grubuyla ilgili tüm bilgiler görüşme sırasında yanında bulunan anne ya da babadan alınmıştır. DEHB

Tablo 1. Grupların cinsiyet ve yaş ortalaması

	Kontrol grubundaki çocuklar	DEHB grubundaki çocuklar	Kontrol grubundaki ebeveynler	DEHB grubundaki ebeveynler
CINSİYET				
Kadın n (%)	14 (43.8)	11 (15.9)	11 (34.4)	35 (50.7)
Erkek n (%)	18 (56.3)	58 (84.1)	21 (65.6)	34 (49.3)
YAŞ (yıl±SD)	9.71±1.65	8.9±1.8	37.8±4.9	38.9±5.03

grubunda 69 ebeveynlerinde, kontrol grubunda 32 ebeveynlerinde çalışmaya alınmış olup değerlendirilmelerinde ise SCID kullanılmıştır. Yine ebeveynlere WUDÖ verilmiş olup ölçek kendileri tarafından doldurulmuştur.

Araçlar:

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ): WUDÖ, erişkin hastalarda çocukluk dönemindeki DEHB semptomlarının varlığı ve şiddetini ölçmektedir. Ölçek 61 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçek 1993 yılında Ward ve Wender tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte kesme değeri 46 olarak belirlenmiştir. Bu değerin üstünde olanlarda çocuklukta DEHB tanısı konmaktadır (Ward ve Wender 1993). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öncü ve ark. (2005) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme:

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 12.0 paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde student t testi, Mann Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 7-12 yaşları arasında DEHB tanısıyla izlenen 69 hasta ile o anda yanlarında bulunan ebeveynleri alınmıştır. Kontrol grubu olarak değişik psikiyatrik tanılarla izlenen 32 hasta ve ebeveynleri (23 enürezis nokturna, 6 kekeme, 3 tik bozukluğu) alınmıştır. DEHB grubunda onbir kız

(%15.9), kontrol grubunda 14 kız (%43.8) bulunmaktadır. DEHB grubundaki ebeveynlerin 35'i kadın (%50.7), kontrol grubundaki ebeveynlerin 11'i kadın (%34.4) idi. DEHB tanılı çocukların yaş ortalaması 9.71 (± 1.65), ebeveynlerin yaş ortalaması 37.8 (± 4.9), kontrol grubunun yaş ortalaması 8.9 (± 1.8), ebeveynlerin yaş ortalaması 38.9 (± 5.03) idi (Tablo 1). DEHB grubundaki erkeklerin sayısı ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.005$). DEHB ve kontrol grubundaki ebeveynlerin eğitim düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildi ($p > 0.05$).

Çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamı WUDÖ'ni doldurmuştur. Çalışmada DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin yirmi yedisinde (%39.1) WUDÖ puanı kesim değerinin (46) üzerindeydi. Kontrol grubundaki ebeveynlerin dördünde (%12.5) WUDÖ puanı kesim değerinin üstündeydi (Tablo 2). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.005$). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin yirmi üç (%33.8), kontrol grubundaki ebeveynlerin ikisinde (%6.3) şu anda DEHB belirtileri saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.05$). DEHB grubunda şu anda DEHB belirtileri olan 23 ebeveyn WUDÖ puanlarına göre karşılaştırılmış olup, dokuzunda (%33.3) WUDÖ puanının kesim değerinin üstünde olduğu, on dördünde (%33.3) WUDÖ puanının kesim değerinin altında olduğu saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$).

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin on dördünde (%20.3) şu anda ya da geçmişte depresyon, bir (%1.4) bipolar bozukluk, üç (%4.3) anksiyete bozukluğu, üç (%4.3) somatoform bozukluk, kontrol grubundaki ebeveynlerde ise üç

Tablo 2. Ebeveynlerin WUDÖ puanlarının karşılaştırması

	Kontrol grubundaki ebeveynler n (%)	DEHB grubundaki ebeveynler n (%)	Toplam n (%)
WUDÖ <46	42 (60.9)	28 (87.5)	70 (69.3)
WUDÖ 46+	27 (39.1)	4 (12.5)	31 (30.7)
TOPLAM	69 (100.0)	32 (100.0)	101 (100.0)

P<0.05

(%9.4) depresyon, bir (%3.1) anksiyete bozukluğu, bir (%3.1) somatoform bozukluk mevcuttu. Yine DEHB grubundaki ebeveynlerin psikiyatrik tanıları değerlendirildiğinde, bu tanıları alanların beşinin (%18.5) WUDÖ puanı yüksek, onunun (%23.8) WUDÖ puanı düşük idi.

TARTIŞMA

Çalışmada DEHB ve kontrol grubundaki cinsiyet oranı farkı idi. Bilindiği gibi DEHB erkeklerde daha sık görülen bir bozukluktur (Barkley 1997). Bu farkın DEHB'nin daha çok erkek çocuklarda görülmesi ve çalışma grubunun küçüklüğü nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmüştür. Ebeveynlerin cinsiyeti, yaşı ve eğitim düzeyleri arasında fark yoktu.

Çocukluk döneminde DEHB olan kişilerin bir kısmında erişkin dönemde belirtiler devam etmektedir (Faraone 1997b). Çalışmada şu anda DEHB belirtileri gösteren ebeveynler değerlendirildiğinde DEHB ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yine gruplardaki ebeveynler arasında WUDÖ puanı arasındaki fark anlamlı idi. Yani DEHB grubundaki ebeveynlerin çocukluk döneminde DEHB semptomları daha fazla idi. Ancak DEHB grubundaki ebeveynlerde WUDÖ puanı anlamlı olanlarla olmayanlar arasında benzer oranda şu anda DEHB belirtilerinin saptanmış olması düşündürücü bulunmuştur.

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde başta depresyon olmak üzere daha fazla oranda Eksen I tanısı saptanmıştır. Yapılan çalışmalar DEHB tanılı çocukların ailelerinde psikiyatrik sorunların normalden fazla sıklıkta olduğunu bildirmiştir (Chronis 2003). Bu konudaki bir çalışmada DEHB

olan çocukların annelerinde %6.3 oranında depresyon ya da anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiş ve bu durumun çocuğun davranış sorunlarının ağırlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Barkley 1991). Çalışmada bu oranın daha yüksek olduğu saptanmış olup bu durumun genel olarak ebeveynlerin bu hastalık ve başa çıkma konusundaki bilgi ve beceri eksikliği ile ilintili olabileceği düşünüldü. Çalışmada sadece bir ebeveynde bipolar bozukluk saptanmıştır. DEHB tanılı bireylerin birinci derece yakınlarının bipolar bozukluk yönünden tarandığı araştırmalarda bipolar bozukluk oranı istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmamıştır fakat konuyla ilgili meta-analizlerde bu bireylerin ailelerinde bipolar bozukluk sıklığı normale göre daha fazla bulunmuştur (Faraone 1997a). Çalışmadaki örneklem grubunun küçüklüğü nedeniyle bu konuda yorum yapmak güçleşmektedir.

Bu çalışmada örneklem grubunun küçüklüğü bazı konularda yorum yapmayı güçleştirmektedir. Yine çalışmaya her iki ebeveynin alınamamış olması, kız/erkek oranının farklı olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

Tüm bu sonuçlar bize DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde çocukluk dönemi ve şu anda DEHB semptomlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Erişkinlerde çocukluk dönemi DEHB belirtilerini araştırırken en önemli bilgi ebeveynlerden alınmakla birlikte yardımcı araç olarak WUDÖ gibi ölçeklerin kullanılması yararlı olabilmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Hüner Aydın, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

KAYNAKLAR

- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C ve ark. (1991) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 32:233-255.
- Barkley RA (1997) Advancing age, declining ADHD. *Am J Psychiatry*, 154:1323-1325.
- Bradley JDD, Golden CJ (2001) Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review. *Clinical Psychology Review*, 21(6): 907-929
- Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (2003) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(12):1424-1432.
- Donnelly CL (2002) Adult attention deficit disorder: brain mechanisms and life outcomes. *Am J Psychiatry*, 159 (11): 1951.
- Faraone SV, Biederman J, Menin D ve ark. (1997a) Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorders; a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1378-1387.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E (1997b) Symptom reports by adults with attention deficit hyperactivity disorder: are they influenced by attention deficit hyperactivity disorder in their children? *J New Ment Dis*, 185:583-584.
- Geller B (1997) Discussion of "Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorders; a familial subtype." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1387-1388.
- Larsson JO, Larsson HMA, Lichtenstein P (2004) Genetic and environmental contributions to stability and change of ADHD symptoms between 8 and 13 years of age: a longitudinal twin study. *Child Adolescent Psychiatry*, 43(10): 1267-1275.
- Levy F, Hay D, McStephen M ve ark. (1997) Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(6): 737-744.
- Martin N, Scourfield J (2002) Observer effects and heritability of childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. *Br J Psychiatry*, 180: 260-265.
- Mick E, Faraone SV (2000) Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5): 816-819.
- Murphy P, Schachar R (2000) Use of self-ratings in the assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry*, 157(7):1156-1160.
- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V (2005) Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4): 252-259.
- Rutter M, Silberg J, O'connor T ve ark. (1991) Genetics and child psychiatry: II. empirical research findings. *J Child Psychol Psychiatry*, 40:19-55.
- Steinhausen HC, Drechsler R, Földenyl M ve ark. (2003) Clinical course of attention-deficit/ hyperactivity disorder from childhood toward early adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1085-1092.
- 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.