

Ergenlik döneminde DEHB bozukluğu tanısı konan bir grubun özellikleri ve altı-on yaş grubunda tanı konan çocuklarla karşılaştırılması

Özden Ş. ÜNERİ,¹ Nilgün VATANDAŞ,² Gülsüm ATAY³

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaşam boyu etkileri sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Çocukluk döneminde DEHB özellikleri çok iyi bilinse de, ergen ve erişkin yaş grubunda DEHB tanı ölçütleri hala tartışılmaktadır. Bu çalışmada 12-18 yaş aralığındayken DEHB tanısı konulan ergenlerin sosyodemografik özellikleri, doğum ve gelişim basamakları, başvuru yakınmaları, WISC-R puanları, eş tanı ve farmakoterapi uygulamaları açısından incelenmesi, bu özelliklerin ergenlik öncesinde DEHB tanısı konan çocuklarla karşılaştırılması ve geç tanıyı yordayan etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu geriye dönük (retrospektif) çalışma Başkent Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde yapılmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konularak takip ve tedaviye alınan ergenlerden ilk kez tanı konan, Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) puanları 80 ve üstünde olan olgular çalışmaya alınmıştır. Bu veriler altı-on yaşları arasındayken ilk kez DEHB tanısı konulan ve WISC-R puanları 80 ve üstü olan olgularla karşılaştırılmıştır. **Sonuçlar:** On iki-on sekiz yaş grubunda yer alan ergenlerin (s=31) yaş ortalaması 14.4±1.57, altı-on yaş grubunda yer alan çocukların yaş ortalaması 8.3±1.39'dur. Veriler değerlendirildiğinde ergen ve çocuk grupları arasında başvuru yakınmaları, tedavide kullanılan ilaç, eş tanıların dağılımı, doğum sırasında annenin yaşı gibi etkenler için istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Altı-on ve 12-18 yaş gruplarında tedavide en çok tercih edilen ilaç metilfenidat olarak bulunmuştur. **Tartışma:** İki grupta da en çok tercih edilen ilaç metilfenidat olsa da, iki grup arasında tercih edilen ilaçlar açısından fark olduğu bulunmuştur. DEHB tanısı geciktikçe yakınmalar şekil değiştirmekte, anksiyete bozuklukları ve depresyon eş tanısında artış olmaktadır. Eş tanının tedavide kullanılan ilaç seçiminde etkili olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda annenin çocuk sahibi olduğu yaştan küçük olmasının geç tanı için yordayıcı etkenlerden biri olduğu saptanmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:48-54*)

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, geç tanı, ergen

Characteristics of ADHD first diagnosed during adolescence and compare the data with patients' diagnosed at six-ten years age

ABSTRACT

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a complex neurodevelopmental disorder that affects many aspects of the patient's life across lifespan. Although the diagnostic criteria used to diagnose ADHD during

¹ Uzm.Dr., Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

² Uzm.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Sağlam Çocuk Bölümü, Ankara

³ Uzm.Dr., Mesa Hastanesi, Ankara

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Uzm.Dr. Özden Ş. ÜNERİ, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Altındağ-Ankara/Türkiye

E-mail: ozdenuneri@yahoo.com

childhood are well described, there are still controversies in the classification of the disorder in adolescents and adults. In this study we aimed to investigate the familial demographic characteristics, some characteristics about the perinatal history and major developmental milestones in infancy, symptoms at admission, WISC-R scores, comorbidities and medications used in adolescents first diagnosed between 12-18 years old age and compare the data with patients' diagnosed between six-ten years of age and describe the factors that might have delayed the diagnosis of ADHD. **Methods:** This retrospective study was conducted in Baskent University School of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry. Adolescents first diagnosed as ADHD according to the DSM-IV criteria at 12-18 years and followed by the child psychiatrist were recruited in the study if their WISC-R points were above 80 points. Data of the adolescent group were compared with patients' first diagnosed between six and -ten years of age and whose WISC-R points were above 80 points. Each age group was comprised of 31 patients. **Results:** Mean age of the adolescent group and children group were 14.4 ± 1.57 and were 8.3 ± 1.39 years, respectively. Complaints at first admission, therapeutic agents used for treatment, distribution of psychological comorbidities and maternal age at birth were statistically different between two age groups. Methylphenidate was the most preferred medication for the treatment of ADHD in both six-ten and 12-18 age groups. **Discussion:** Treatment regimens were different between two age groups. Symptoms and patients' complaints seem to change and the rate of comorbidities like anxiety disorder and depression increase in time as the diagnosis of ADHD is delayed. This was thought to be related to the increased number of comorbidities in the adolescent group. Younger maternal age at birth had been found to be the factor related to the delayed diagnosis. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:48-54)

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, delayed diagnosis, adolescent

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) bireyin kendi yaşı ve gelişim düzeyi için beklenen dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik düzeylerinde, bireyin işlevselliği etkileyecek ölçüde sapma ile karakterize bir ruhsal bozukluktur.¹ Tanı için bozukluk belirtilerinin yedi yaşından önce başlaması ve birbirinden farklı en az iki ortamda görülmesi gereklidir.² Çocukluk çağı ruhsal patolojileri içinde en sık görülenlerden biri olan DEHB'nin görülme oranı araştırmanın tanı koyma ölçütlerine, seçilen örneklemin özelliklerine göre değişmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği, DEHB görülme oranını %3-5 olarak belirtmektedir. Bir çalışmada üç-on üç yaşları arasındaki çocuklarda DEHB yaygınlığı %10.5 olarak saptanmış,³ yaşam boyu DEHB'yi inceleyen bir gözden geçirmede ise DEHB yaygınlığı çocuk ve ergenlerde %5.29, erişkinlerde %4.4 olarak bildirilmiştir.⁴

Bazı çalışmalarda genetik, çevresel ve yapısal etkenlerin DEHB'nin etiolojisinde rol oynadığı, DEHB gelişiminde doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonların, düşük doğum ağırlığı, anne sütü alışı süresi gibi etkenlerin etkili olabileceği, emzirmenin DEHB'de koruyucu rol oynayabileceği belirtilmektedir.^{5,6}

DEHB'de erken tanı ve tedavi ile bozukluğun doğasından kaynaklanan ve ileri yaşlarda belirtilere ikincil olarak gelişebilen zorluklar önlenilmektedir.⁷ Son yıllarda DEHB belirtilerinin erken saptanabilmesine yönelik çok sayıda çalışma dikkati çekmektedir. Bu çalışmalarda

okul öncesi dönemde DEHB belirtilerinin neler olduğu ve bu belirtilerin nesnel olarak nasıl değerlendirilmesi gerektiği araştırılmaktadır.⁸ Öte yandan ergenlerde ve erişkinlerde DEHB belirtilerinin yüksek oranlarda sürdüğü anlaşıldıkça, bu dönemlerde yakınmalardaki değişiklikler ve DEHB tanı ölçütlerinin farklı yaş dönemleri için nasıl uyarlanması gerektiği tartışılmaktadır.^{9,10} DEHB olan olgularla yapılan uzunlamasına çalışmalarda hareketlilik alanındaki yaşanan sorunların yaşla birlikte şekil değiştirerek içsel huzursuzluk biçimini aldığı, dikkat eksikliği yakınmasının daha az değişikliğe uğradığı, dürtüsellikle ilgili yakınmaların ise kural dışı yaşam şekline dönüştüğü belirtilmektedir.¹¹ Bu bulgular DEHB'nin ergenlik ve erişkinlik döneminde de tanınabilirliğini artırmıştır.

Çocukluk döneminde DEHB olan olgularda en sık görülen eş tanımlar karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, özgül öğrenme güçlüğü, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olarak belirtilmektedir.^{12,13} Ergen ve erişkin grubunda bu alanda ne tür değişiklikler olduğu tartışılrsa da, genel kanı DEHB tanılı ergenlerde eş tanı sıklığının arttığı ve duygudurum bozukluklarına, anksiyete bozukluklarına eş tanı olarak sık rastlandığıdır.^{14,15} Ergen yaş grubunda DEHB tanısı konurken eş tanı olasılığının artması kadar karışıklık yaratan bir başka sorun ise, bu yaş gruplarında değişmeden sürdüğü belirtilen dikkat eksikliği yakınmasının DEHB dışında birçok psikopatolojide de sıkça dile getirilen bir yakınma olmasıdır.¹⁶ Literatür bilgisi DEHB tanısı konulmasını

geciktiren olası etkenlerin klinisyenler tarafından bilinmesinin tanıda gecikmeleri ve ileri yaşlarda yaşanan tanı zorluklarını azaltacağını göstermektedir.¹⁷ Çalışmamızda DEHB tanısı ilk kez ergen yaş grubundayken konan olguların sosyodemografik özellikleri, doğum ve gelişim basamakları, başvuru yakınmaları, WISC-R puanları, eş tanı ve farmakoterapi uygulamaları açısından incelenmesi, bu özelliklerin ilk kez çocukluk döneminde tanı konan DEHB'li olgularda karşılaştırılması ve geç tanıyı yordayan etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Ağustos 2005-Ağustos 2006 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı ile takip ve tedavi edilen olguların dosya kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. Olgularda DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk psikiyatristi tarafından klinik görüşme, Conners Anne-Baba Değerlendirme Ölçeği, Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeği ve Turgay çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçekleri kullanılarak konulan tanı ve eş tanıları çalışma sırasında gözden geçirilmiş, eksik dosya verisi olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. İncelenen örneklem iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup 12-18 yaşları arasında ilk kez DEHB tanısı konan ergenlerden oluşturulmuştur. Bu grupta yer alan 43 olgunun %25.6'sı (s=11) ergenlik öncesinde tanı konması ve/veya zeka geriliği nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. İkinci grupta ise, altı-on yaşları arasında ilk kez DEHB tanısı konan olguların dosyalarından rasgele belirlenen çocuklar yer almaktadır. Rasgele seçim birbirini izleyen dosya sıra numarasına göre ergen grubu ile eş sayı sağlanacak şekilde yapılmıştır. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları poliklinik dosya kayıtlarında bulunan yaş, cinsiyet, tanı konma yaşı, soygeçmiş ve özgeçmiş özellikleri, gelişim bilgileri, WISC-R sonuçları ve kullanılan ilaç tedavisine ilişkin bilgiler çalışmamızda veri olarak kullanılmıştır. Eş tanılardan davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, enürezis nokturna, tik bozukluğu, enkoprezis tanıları örneklemde birleştirilerek istatistiksel değerlendirme yapılmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler Windows için

Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10:48-54

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ver. 10.0 programı ile yapılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında olgu sayısı yeterli olduğu ve normal dağılıma uygun dağılım gösterdiği için, kategorik verilerde ki-kare testi, süreklilik gösteren verilerde Student t testi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan grupların sosyodemografik özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 1 ve 2'de yer almaktadır. Tablo 1'de yer alan anne-babaların sosyodemografik özellikleri açısından iki grup arasında çalışmaya alınan çocuğun annesinin ve babasının yaşı, annenin doğumdaki yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ergen grubunda çocuğu olan annelerin ve babaların yaş ortalamalarının çocuk grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ergen grubunda çocuğu olan anneler çocuk grubuna göre daha erken yaşta DEHB tanısını konan çocuklarını doğurmuştur.

Tablo 2'de çalışmada yer alan olguların sosyodemografik özellikleri ve gelişim basamakları bulunmaktadır. Değerlendirilen parametreler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3'te grupların başvuru yakınması, eş tanı, tedavide kullanılan ilaç değişkenleri için yapılan değerlendirmeler yer almaktadır. Gruplar arasında başvuru yakınması, eş tanı ve tedavide kullanılan ilaç açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Olguların WISC-R sonuçları incelendiğinde toplam puan, sözel ve performans puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızın verileri değerlendirildiğinde, başvuru yakınmaları açısından ergen ve çocuk grupları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. DEHB olan bireylerde ergenlik döneminde yakınmaların şekil değiştirdiği bilinmektedir.¹⁸ Bu değişiklik ergenlik dönemi özelliklerinden ve DEHB olan ergenlerde artan eş tanı oranından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizde Öner ve arkadaşları tarafından yapılan bir

Tablo 1. Anne-babaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Ergen grubu		Çocuk grubu		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Anne yaşı	42 ± 5		38 ± 6		t=2.21	0.000
Baba yaşı	45 ± 6		40 ± 9		t=2.45	0.020
Çocuğun doğumunda annenin yaşı	26 ± 4		30 ± 6		t=-2.88	0.005
Çocuğun doğumunda babanın yaşı	31 ± 4		33 ± 5		t=-1.88	0.060
Annenin eğitimi					$\chi^2=0.141$	0.932
İlköğretim	5	16.1	4	12.9		
Lise	10	32.3	10	32.3		
Yüksekokul ve üniversite	16	51.6	17	54.8		
Babanın eğitimi					$\chi^2=1.382$	0.501
İlköğretim	4	12.9	2	6.4		
Lise	5	16.1	8	25.9		
Yüksekokul ve üniversite	22	70.0	21	67.7		
Annenin çalışma durumu					$\chi^2=1.043$	0.594
Çalışıyor	15	48.4	16	51.6		
Çalışmıyor	11	35.5	11	35.5		
Emekli	5	16.1	4	12.9		
Babanın çalışma durumu					$\chi^2=2.963$	0.227
Çalışıyor	25	80.7	29	93.6		
Çalışmıyor	2	6.4	0	0		
Emekli	4	12.9	2	6.4		
Çocuk sayısı					$\chi^2=1.391$	0.868
Bir çocuk	9	29.1	7	22.6		
İki çocuk	16	51.6	17	54.8		
Üç çocuk	5	16.1	4	12.9		
Dört ve daha fazla çocuk	1	3.2	3	9.7		
Annenin gebeliği sırasında sağlık sorunu					$\chi^2=0.081$	1.000
Yok	22	70.9	23	74.1		
Var	9	29.1	8	12.9		

çalışmada ergenlik döneminde dikkat eksikliği yakınması ile yapılan başvurularda majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, DEHB tanıları en sık konulan tanılar olarak belirtilmiş ve DEHB tanısı konan ergenlerde eş tanı oranının arttığı bildirilmiştir.¹⁶ Literatür bilgisinden farklı olarak çalışmamızda eş tanı konma oranı çocuk ve ergen grupları için aynı bulunmuştur. İki grup arasında eş tanı dağılımı karşılaştırıldığında ise, eş tanı dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu durum örneklemin küçüklüğünden kaynaklanıyor olabilir. Ergen grubunda çocuk

yaş grubuna göre anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk eş tanılarının daha sık, çocuk grubunda ise ergen yaş grubuna göre özgül öğrenme güçlüğü tanısının daha sık olduğu bulunmuştur. Birçok çalışmada tanı konma yaşındaki gecikme ile benlik saygısında azalmanın olduğu, bu durumun da anksiyete bozuklukları ve depresyona eğilimi artırabileceği belirtilmektedir.^{19,20} Ülkemizde yapılan bir çalışmada da geç tanı konmanın ergenlik döneminde içe yönelim sorunlarını artırdığı saptanmıştır.²¹ Çalışmamızın verileri bu bulguyu destekler niteliktedir. Çalışmamızda yer alan altı-on yaş

52 Ergenlik döneminde DEHB bozukluğu tanısı konan bir grubun özellikleri ve...

Tablo 2. Olguların sosyodemografik özellikleri ve gelişim basamaklarının değerlendirilmesi

Özellikler	Ergen grubu		Çocuk grubu		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					$\chi^2=0.791$	0.554
Erkek	25	80.7	22	70.9		
Kız	6	19.3	9	29.1		
Doğum sırası					$\chi^2=0.722$	0.868
Birinci	12	38.7	11	35.5		
İkinci	1	3.2	1	3.2		
Sonuncu	9	29.05	12	38.7		
Tek	9	29.05	7	22.6		
Doğum şekli					$\chi^2=2.345$	0.202
NSVY	20	64.5	14	45.2		
C/S	11	35.5	17	54.8		
Doğum komplikasyonu					$\chi^2=0.000$	1.000
Var	8	25.8	8	25.8		
Yok	23	74.2	23	74.2		
Doğum ağırlığı (gr)	3446±479		3503±622		t=-0.403	0.689
Anne sütü alma süresi (ay)	8±6		11±8		t=-1.346	0.183
İlk kelimelerin başlangıç zamanı (ay)	10±3		11±6		t=-0.870	0.388
Yürümeye başlama zamanı (ay)	13±3		13±4		t=-0.466	0.643
İlk sözcüklerin başlangıç zamanı (ay)	18±5		19±7		t=-0.714	0.478
Tuvalet eğitimini tamamlama zamanı (ay)	28±9		26±7		t=0.712	0.479

Tablo 3. Başvuru yakınmaları, eş tanı ve farmakoterapi uygulamalarının değerlendirilmesi

	Ergen grubu		Çocuk grubu		Test	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Başvuru yakınması					$\chi^2=-13.845$	0.003
Dikkat eksikliği	12	38.7	9	29.1		
Hareketlilik	1	3.2	13	41.9		
Okul başarısızlığı	3	9.7	8	25.8		
Diğer	15	48.4	1	3.2		
İlaç kullanımı					$\chi^2=0.130$	1.000
Yok	4	12.9	5	16.1		
Var	27	87.1	26	83.9		
Kullanılan ilaç					$\chi^2=13.376$	0.004
Yok	4	12.9	5	16.1		
Metilfenidat	16	51.6	26	83.9		
İmipramin	6	19.4	0	0		
Diğer	5	16.1	0	0		
Eş tanılar	(s=12)		(s=12)		$\chi^2=6.329$	0.042
Anksiyete bozuklukları ve/veya depresyon	5	41.7	1	8.3		
Özgül öğrenme güçlüğü	1	8.3	6	50.0		
Diğer	6	50.0	5	41.7		

grubundaki çocuklarda saptanan özgül öğrenme güçlüğü eş tanısı, akademik başarıyı yüksek oranda bozarak daha erken yaşta başvuruya neden olmuş, bu durum da DEHB tanı yaşını düşürmüştür olabilir.

Çalışmamızda, beklendiği gibi, ergen grubunda çocuğu olan anne-babaların yaş ortalamalarının çocuk grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Annelerin doğum yaptıkları yaş değerlendirildiğinde, 12-18 yaş grubu annelerinin altı on yaş grubu annelerine göre istatistiksel olarak anlamlı oranda erken yaşta anne oldukları saptanmıştır. Doğumda anne yaşının küçük olmasının çocuklarda DEHB tanısı konulması yaşını nasıl etkilediği ile ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır. Erken yaşta anne olma, annenin DEHB belirtilerini anlamasını geciktirmiş, bu durum da DEHB tanısı konma yaşını yükseltmiş olabilir; ancak bu bulgu örneklemin özelliklerinden de kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde DEHB'nin ilaç tedavisinde birinci seçenek olarak psikostimülanlar önerilmekte,^{20,22} tedaviye yanıt alınamayan olgularda, nonstimülan ilaçlar ve trisiklik antidepresanlar ikinci seçenek olarak sunulmakta,²³ ayrıca stimülan ilaçlardan yarar görmeyen, zihinsel/gelişimsel geriliği olan olgularda antipsikotik ilaçların tek başına veya tedaviye ek olarak kullanılmasının yararlı olacağı belirtilmektedir.^{20,24} Çalışmamızda tedavide tercih edilen ilaç açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olsa da, iki grupta da metilfenidat en sık kullanılan farmakoterapötik ajan olmuştur. Bu bulgu literatür bilgisi ile uyumludur.^{7,15} Çalışmamıza katılan ergen yaş grubundaki

olgularda çocuk yaş grubuna göre imipramin ve diğer ilaçlar grubunda yer alan serotonin geri alım inhibitörlerinin daha çok kullanıldığı saptanmıştır. Bu duruma, DEHB'li ergenlerde anksiyete bozuklukları ve majör depresif bozukluk eş tanılarının daha sık olmasının neden olduğu düşünülmüştür.²⁰ Çalışmadaki olgulardan antipsikotik ilaç kullanan yoktur. Bu duruma olgular seçilirken WISC-R zeka testi ile zeka bölümleri 80'in altında olan olguların çalışmadan dışlanmış olması, olguların ilk kez tanı konan grupta yer alması ve örnekleme davranış bozukluğu tanısı konan yalnız bir olgunun olması yol açmış olabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında geriye dönük bir çalışma olması nedeniyle yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılamaması, kontrol grubunun olmaması, örneklemin küçüklüğü nedeniyle tüm eş tanıların değerlendirilmeye alınmaması sayılabilir.

Çalışmamızın verileri ergen yaş grubunda DEHB tanısı ile ilgili olarak yakınmaların dönem özellikleri nedeniyle değişebileceği, dikkat yakınmalarının yaştan daha az etkilenen bir yakınma olduğu savını destekler niteliktedir. Son yıllarda kitle iletişim araçlarının yardımıyla DEHB belirtilerinin daha çok bilinin duruma gelmesi ve çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzman sayısının artmış olması tanıda gecikme ile ilgili zorlukları azaltsa da, özellikle dikkat eksikliğinin ön planda olduğu DEHB'nin daha iyi tanıtılmasına gereksinim olduğu, uzunlamasına izlemeyi de içeren, çalışma kısıtlılıklarını taşımayan yeni araştırmaların DEHB ile ilgili bilgilerin artırılmasında yararlı olacağı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Samuel VJ, Biederman J, Faraone SV, George P, Mick E, Tornell A, et al. *Clinical characteristics of ADHD in African American children*. *Am J Psychiatry* 1998; 155:696-698.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV)*, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
3. Montiel-Nava C, Peña JA, Montiel-Barbero I. *Epidemiological data about attention deficit hyperactivity disorder in a sample of Marabino children*. *Rev Neurol* 2003; 37:815-819.
4. Polanczyk G, Rohde LA. *Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the life span*. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:386-392.
5. Yorbik Ö, Kırmızıgül P, Selcen D, Söhmen T. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda anne sütü alma süreleri*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003; 10:115-120.
6. Çakaloz B, Akay AP. *Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozukluklarında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası yaşanan sorunların ve anne sütü alış sürelerinin psikopatoloji gelişimine katkıları*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2005; 12:3-10.
7. Dodson WW. *Pharmacotherapy of adult ADHD*. *J Clin Psychol* 2005; 61:589-606.
8. Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouris E, Karaba E. *Parental beliefs about the nature of ADHD behaviours and their relationship to referral intentions in preschool children*. *Child Care Health and Dev* 2007; 33:188-195.

9. Öncü B, Ölmez Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15:41-46.
10. White HA, Shoh P. Training attention switching ability in adult with ADHD. *J Att Dis* 2006; 10:44-53.
11. Resnick RJ. Attention deficit hyperactivity disorder in teens and adults: They don't all outgrow it. *J Clin Psychol* 2005; 61:529-533.
12. Biederman J. Attention deficit/hyperactivity disorder: A life span perspective. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:4-16.
13. Kılıç BG, Şener Ş. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda karşı olma-karşı gelme bozukluğu/davranım bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:21-28.
14. Klossen AF, Miller A, Fine S. Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2004; 114:541-547.
15. Parr JR, Ward A, Inman S. Current practice in management of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD). *Child Care Health Dev* 2003; 29:215-218.
16. Öner Ö, Öncü B, Sağduyu G, Canat S. Dikkatsizlik yakınması ile başvuran ergenlerin aldıkları tanıları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2002; 9:167-170.
17. Gillberg C, Gillberg IC, Kadesjö B, Söderström H, Rastam M, Johnson M, et al. Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:80-92.
18. Marczinski CA. Self report of ADHD symptoms in collage students and repetition effects. *J Atten Disord* 2005; 8:182-187.
19. Weyandt LL, DuPaul G. ADHD in collage student. *J Atten Disord* 2006; 10:9-19.
20. Turgay A. Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB): Sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. *Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım-I, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1997; 2:413-451.
21. Öncü B, Öner O, Öner P, Erol N, Aysev A, Canat S. Symptoms defined by parents' and teachers' ratings in attention-deficit hyperactivity disorder: changes with age. *Can J Psychiatry* 2004; 49:487-491.
22. Greydanus DE. Psychopharmacology of ADHD in adolescents. *Adolesc Med* 2002; 13:599-624.
23. Plizka SR. Non-stimulan treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Spectr* 2003; 8:253-260.
24. Turgay A. Treatment of comorbidity in conduct disorder with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Essent Psychopharmacol* 2005; 6:277-290.