

# Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri

Dursun Karaman (\*), Türker Türker (\*\*), Koray Kara (\*), İbrahim Durukan (\*), M.Kürşat Fidancı (\*\*\*)

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı DEHB olan çocuk ve ergenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasıdır. Yöntem: Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konmuş 7-12 yaş arası 47 çocuk ve ergen ile yaş ve eğitim düzeyi bakımından eşleştirilmiş 44 sağlıklı çocuk ve ergenin karşılaştırılması ile yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler standart olarak hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu ile elde edilmiştir. Çalışmaya alınan çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği-Kendisi (ÇDÖ-K) ve Spence Çocuk Anksiyete Ölçeği (SÇAÖ) uygulanmıştır. Annelerinden Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği-Anne/Baba (ÇDÖ-AB) formunu doldurmaları istenmiştir. Bulgular: DEHB grubunda depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Depresyon puanları ile yaş ve anksiyete puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı korelasyon saptanmıştır. DEHB grubunda SÇAÖ'nin alt grupları olan panik atak/agorafobi, ayrılık kaygısı, sosyal fobi, yaygın kaygı puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tartışma: DEHB olgularında depresyon ve anksiyete bozuklukları komorbiditesi sık görülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** DEHB, depresyon, anksiyete.

## SUMMARY

### Depression and anxiety levels of children and adolescents with ADHD

**Objective:** The aim of this study is to compare the depression and anxiety levels of children with ADHD with healthy controls. Method: 47 children and adolescents with ADHD and aged between 7-12 years were evaluated according to DSM-IV and 44 healthy children and adolescents who matched to patients in terms of age and education level were included in this study. Sociodemographic data form, parent-report of Children's Depression Inventory (PR-CDI), child-report Children's Depression Inventory (CR-CDI), Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) were applied to the participants. Results: It was revealed that depression and anxiety levels of children with ADHD were significantly higher than healthy controls. Depressive symptom levels were positively correlated with age and anxiety symptom levels. The panic/agoraphobia, separation anxiety, social phobia, generalized anxiety subscales' scores of SCAS in ADHD were significantly higher than healthy controls. Conclusions: The comorbidity of depression and anxiety disorders is found to be frequent in ADHD samples.

**Key words:** ADHD, depression, anxiety

## Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, dikkatle ilgili sorunlar ve dürtüsel ile karakterize, çocukluk çağının nörogelişimsel bir bozukluğudur. Okul çağındaki çocuklarda sıklığı % 3-7 arasındadır (1). Bozukluğun görülme sıklığı erkeklerde kızların 3-5 katıdır (2). DEHB'na en sık olarak karşıt olma-karşı gelme bozukluğu (KO-KGB) (% 40.6), major depresif bozukluk (%21.6), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (% 15.2) ve herhangi bir anksiyete bozukluğu (%32.2) eşlik etmektedir (3).

Major depresif bozukluk (MDB) çocukluk çağında % 2, ergenlik döneminde ise % 8 oranında görülen, kronik, tekrarlayan, işlevsellikte ciddi düzeyde bozulmaya ve artmış intihar riskine yol açan bir psikiyatrik bozukluktur (4). MDB, DEHB tanılı çocuklarda DEHB tanısı almayan çocuklara göre 5,5 kat daha sık olup DEHB'de MDB komorbiditesi farklı çalışmalarda % 12-50 arasında bildirilmiştir (5).

Epidemiyolojik bir çalışmada MDB'un DEHB tanısı alanlarda normal popülasyondan daha sık olduğu ve komorbiditedeki bu sıklığın anksiyete kaynaklı davranış sorunlarının epifenomenal etkisiyle açıklanamayacağı ifade edilmiştir (6). Epifenomenolojik komorbidite DEHB'daki depresyonun doğrudan DEHB tanısına bağlanamayacağı; DEHB'na komorbid anksiyete ve davranış bozukluğu tanılarının etkisiyle DEHB'nda depresyon komorbiditesi görüldüğü anlamına gelmektedir. Komorbiditenin yüksek oluşunu açıklamaya çalışan araştırmacılar, DEHB olan çocukların akademik başarı ve sosyal uyum güçlükleri nedeniyle olumsuz bir kendilik algısı geliştirdiklerini ve bunun da depresyon gelişimine zemin hazırladığını belirtmişlerdir (7). Diğer bir çalışmada da DEHB olgularında dışavurum problemlerinden daha çok akade-

\* GATF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

\*\* GATF Halk Sağlığı AD

\*\*\*GATF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

**Ayrı basım isteği:** Dr. Dursun Karaman, GATF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

**E-mail:** dursunkaraman@gmail.com

**Makalenin geliş tarihi:** 09.02.2012 • **Kabul tarihi:** 18.05.2012 • **Çevrim içi basım tarihi:** 28.03.2013

mik başarısızlığın depresif semptomların gelişiminde etkili olduğu ve bu başarısızlığı azaltacak girişimlerin depresif semptomların gelişme riskini azalttığı gösterilmiştir (8). Daviss ve arkadaşlarının yaptığı olgu kontrol, retrospektif bir çalışmada DEHB belirtilerinin ortaya çıkması ile ilk farmakolojik tedavi arasında geçen sürenin uzun dönemde komorbid MDB gelişme riskini artırdığı öne sürülmüştür (9).

Gerek klinik gerekse epidemiyolojik çalışmalar DEHB olan çocukların 1/3'ünde anksiyete bozukluğu olduğunu göstermektedir (3,10, 11). Angold ve arkadaşlarıncı yapılan bir gözden geçirmede anksiyete bozukluklarının DEHB tanısı alanlarda sağlıklı örneklere göre 3 kat daha sık görülebileceği belirtilmiştir (3).

Bu araştırmanın amacı DEHB'li çocukların depresyon ve anksiyete düzeylerini araştırmaktır. Önceki araştırmaların sonuçlarına uygun olarak DEHB'li çocukların kontrol grubundaki sağlıklı çocuklara göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olacağı varsayımı kurulmuştur. Bu çalışmayla bu önermenin geçerliliği araştırılacaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Örnekleme ve işlem**

Bu çalışmada Eylül 2010 - Ocak 2011 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne yapılan ardışık başvuruların değerlendirilmesi sonucunda DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan, 7-12 yaş aralığında, ilköğretim 1-6. sınıf öğrencisi 47 çocuğa ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik temel yakınmalarıyla polikliniğe başvuran tüm olgular, anne-babalardan alınan bilgiler doğrultusunda DSM-IV'te 'dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları' ana başlığındaki ölçütler temel alınarak sorgulanmıştır. Yapılan görüşmede zeka geriliği olabileceği düşünülen 13 hastaya WISC-R zeka testi uygulanmış, 9 hastanın 85 ve üzeri, 4 hastanın ise 85'in altında zeka puanına sahip olduğu saptanmıştır. Toplam zeka bölümü 85'in altında olan, özgül öğrenme bozukluğu ve epilepsi dahil başka bir kronik hastalığı olan olgular araştırmadan dışlanmıştır. Özgül öğrenme bozukluğu tanısı görüşme esnasında hastanın okuma, yazma, basit matematik becerilerinin değerlendirilmesi ile dışlanmış; buna ilave olarak test yapılmamıştır. Anne-baba ve öğretmenlerden Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini dol-

durmaları istenmiş ve sonrasında DEHB tanısı 2 farklı çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından konulmuştur. DEHB tanısı konduktan sonra çocuklardan Çocuk Depresyon Ölçeği-Çocuk Formunu ve Spence Çocuk Anksiyete Ölçeği, annelerinden Çocuk Depresyon Ölçeği Anne-Baba Formunu doldurmaları istenmiştir. Kontrol grubu ise Eylül 2010 - Ocak 2011 tarihleri arasında GATA Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, yaş ve eğitim düzeyi göz önüne alınarak, kronik bir hastalığı olmayan 7-12 yaş arası 44 çocuktan oluşturulmuştur. Bu çocuklardan ve annelerinden de yukarıda isimleri bildirilen ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya alınan çocukların anne-babalarından yazılı onay alınmıştır. Çocuklara da araştırmanın yöntemi anlayabilecekleri şekilde, sözlü olarak açıklanıp sözlü onayları alınmıştır.

### **Kullanılan Ölçekler**

**1.DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği:** DSM-IV'e göre geliştirilen ölçekte dikkatsizlik 9 madde, aşırı hareketlilik 6 madde, dürtüsellik 3 madde, karşı gelme bozukluğu 8 madde ve davranım bozukluğu 15 madde ile sorgulanmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (12)

**2.Çocuklar için Depresyon Ölçeği** Çocuklarda depresyon belirtilerinin düzeyini belirlemek amacıyla Kovacs (13) tarafından geliştirilen ve 6-17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilen bu ölçeğin Türkiye'de 9-14 yaş grubundaki çocuk ve ergenlere uygulanabileceği gösterilmiştir (14). Üç seçenekli toplam 27 maddeden oluşan ölçek maddeleri 0,1,2 olarak puanlanmakta ve puan artışı depresyon belirtilerinin yüksekliliğini göstermektedir. Bu testin hem Anne-Baba (ÇDÖ-AB) hem de Kendisi (ÇDÖ-K) formları vardır. Alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Ölçeğin kesim noktası 19 puandır.

**3.Spence Çocuk Anksiyete Ölçeği (SÇAÖ)** Spence (1998) tarafından geliştirilen bu ölçek çocuk ve ebeveyn formu olmak üzere iki farklı formdan oluşmaktadır ve her biri 45 madde içeren bir kaygı ölçeğidir (15). Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması "Ebeveyn Formu" için yapılmış ancak "Çocuk Formu" için yapılmamıştır. Maddelerden 6 tanesi olumlu cümlelerden oluşmakta olup bunlar hesaplamaya katılmamaktadır. Her bir form altı alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerde panik atak ve agorafobi

bi 9, ayrılma kaygısı 6, fiziksel yaralanma korkusu 5, sosyal fobi 6, obsesif kompulsif bozukluk 6 ve yaygın kaygı 6 madde ile sorgulanmakta olup toplam puanlamaya dahil olan 38 madde bulunmaktadır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arası sürekli verilerin karşılaştırılmasında Student t testi veya Mann Whitney U testi, kesikli verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi veya Fisher Exact testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### BULGULAR

DEHB olgularının %87.2'si erkek (n=41), %12.8'i kız (n=6), kontrol grubunda bu oran sırasıyla % 44.6 (n=21) ve %55.4 (n=23) olup gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.001$ ) (Tablo 1). Ancak hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda erkeklerle kızlar arasında depresyon ve anksiyete puanları yönünden fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ , Mann Whitney U testi). Ayrıca hasta grubundaki erkeklerin depresyon ve anksiyete puanlarının kontrol grubundaki erkeklerden; hasta grubundaki kızların depresyon ve anksiyete puanlarının da kontrol grubundaki kızlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

DEHB ve kontrol grupları arasında yaş, ailenin gelir durumu, anne-babanın medeni durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 1).

DEHB grubunda kontrol grubuna göre hem ÇDÖ-AB hem de ÇDÖ-K ölçeklerinden alınan puanların ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (ÇDÖ-AB  $< 0,001$  ÇDÖ-K  $< 0,001$ ) (Tablo 2).

DEHB grubunda kontrol grubuna göre hem ÇDÖ-AB hem de ÇDÖ-K ölçeklerinde kesme puanının üzerinde puan alma anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (ÇDÖ-AB  $p = 0.003$ , ÇDÖ-K  $p = 0.013$ ) (Tablo 2).

Çalışma grubunda panik atak ve agorafobi ( $p = 0,033$ ), ayrılık kaygısı ( $p = 0,003$ ), sosyal fobi ( $p = 0,003$ ), yaygın kaygı ( $p < 0.001$ ), ve Spence toplam puanları ( $p = 0.001$ ) kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 2). Spence toplam puanı ile ÇDÖ-K arasında pozitif yönde orta düzeyde ( $r = 0,405$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p = 0.006$ ) ilişki saptanmıştır.

DEHB değerlendirme ölçeğinin dikkat eksikliği (DE), aşırı hareketlilik (AH), karşı gelme (KG) bölümlerinden alınan puanlarla ÇDÖ-K ve ÇDÖ-AB puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. DEHB değerlendirme ölçeğinin KG bölümü puanı ile Spence toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ( $r = 0,415$ ) ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p = 0.044$ ) ilişki saptanmıştır.

Çocukların yaşı ile ÇDÖ-AB arasında pozitif yönde, orta düzeyde ( $r = 0.309$ ) istatistiksel olarak anlamlı ( $p = 0.018$ ) ilişki bulunmuştur.

### TARTIŞMA

Araştırmamızda hasta grubunun depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmamızın hipotezi ile uyumludur.

ÇDÖ-AB ve ÇDÖ-K'den alınan toplam puanların DEHB grubunda yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde DEHB grubunda bu iki ölçekten kesim noktası olan 19 ve üzeri puan alanların sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır. DEHB olgularındaki depresyonun daha fazla oluşu daha önceki araştırmalar ile uyumludur. (5-8, 16, 17).

Tablo I. DEHB ve Kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri

		DEHB n %	Kontrol n %	p
Cinsiyet	Erkek	41 87.2	21 47.7	< 0.001*
	Kız	6 12.8	23 53.3	
Anne-Baba	Öz	41 93.2	44 100	0.09*
	Üvey	2 4.5	--	
	Boşanmış	1 2.3	--	
Yaş (Ort±S.S.)		9.02±2.02	9.36±1.65	0.367**
Ailenin Geliri (Aylık TL) (Ort±S.S.)		1801.00±1005.00	2077.00±1184.00	0.059**

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma,

\* Ki-kare testi kullanılmıştır.

\*\* t testi kullanılmıştır

**Tablo II. DEHB ve Kontrol gruplarının klinik özelliklerinin karşılaştırılması**

	<i>DEHB (Ort. ± SS)</i>	<i>Kontrol (Ort. ± SS)</i>	<i>p*</i>	
ÇDÖ- Anne Baba	13,91±6,31	5,04±3,49	<0,001	
ÇDÖ - Kendisi	11,95±6,57	6,00±4,49	<0,001	
Panik Atak ve Agorafobi	3,60±3,26	2,20±2,79	0,033	
Ayrılık Kaygısı	6,97±4,00	4,74±2,61	0,003	
Fiziksel Yaralanma Korkusu	5,15±3,74	3,90±2,94	0,086	
Sosyal Fobi	6,21±3,27	4,16±2,99	0,003	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5,26±3,47	5,41±3,26	0,826	
Yaygın Kaygı	6,56±2,70	4,39±2,47	<0,001	
Spence Toplam	33,84±13,92	24,74±11,31	0,001	
ÇDÖ Anne-Baba n,%	≥19 <19	7 19,4 29 80,6	0 0 41 100	0,003**
ÇDÖ Kendisi n,%	≥19 <19	7 14,9 40 85,1	0 0 44 100	0,013**

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

\* Student t testi kullanılmıştır.

\*\* Fisher Exact testi kullanılmıştır.

Araştırmamızda kız ve erkek çocukların depresyon düzeyleri açısından farklılık saptanmamıştır. Ülkemizde daha önce yapılan diğer bir çalışmada da benzer şekilde depresyon komorbiditesi bakımından cinsiyetler arası fark bulunmadığı saptanmıştır (18). Bunun yanı sıra kızlarda depresyon komorbiditesinin daha fazla bulunduğu çalışmalar da bulunmaktadır. (4, 19). Bizim çalışmamızla bu çalışmaların sonuçları arasındaki farkın örneklem farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

DEHB olan çocuk ve ergenlerde depresyon yıllar içinde gelişmektedir (20, 21). Bulgularımıza göre Kovacs ve Biederman'ın araştırmasının sonuçlarına benzer şekilde yaş arttıkça depresyon puanları da artmaktadır. Bunun nedeni yaşla birlikte çocukların bilişsel kapasitelerinin artması nedeniyle yetersizliklerini daha iyi fark edebilmeleri, derslerinde arkadaşları kadar başarılı olamamaları ve davranış sorunları nedeniyle arkadaşları tarafından dışlanmaları olabilir. Bunun aksine Ostrander (2006) yaşla depresyon arasında korelasyon saptamamıştır (16). Bu uyumsuzluk araştırma yöntemi ve örneklemin farklılığından kaynaklanıyor.

Komorbid depresyonu olan çocukların DEHB belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve daha fazla agresyon sergiledikleri ileri sürülmüştür (22, 23). Bizim çalışmamızda DEHB belirti şiddeti ile depresyon ölçeklerinden alınan puanlar arasında ilişki saptanmamıştır. Bu açıdan bakıldığında bulgularımız Biederman (22)

ve Connor'un (23) bulgularıyla örtüşmezken DEHB semptom şiddeti ile komorbid depresyon arasında ilişki saptamayan Blackman (6) ve Daviss (24)'in bulgularıyla örtüşmektedir. Çalışmamızda DEHB olgularında dikkat eksikliği baskın tip, hiperaktivite baskın tip ve kombine tip olarak gruplandırma yapılmamış olsa da DE, HA alt bölüm puanları ile depresif belirti puanları arasında korelasyon saptanmamıştır. Bu bulgu daha önceki çalışmalarla örtüşmektedir (25, 26).

Hem DEHB hem de depresyonda anksiyete ve davranım bozukluğu semptomlarının olması nedeniyle DEHB ve depresyon arasındaki komorbiditenin epifenomenolojik olduğu ileri sürülmüştür (5). Bunun aksine anksiyete ve davranım bozukluğu tanıları kontrol edildiğinde bile DEHB ve depresyon arasında direkt bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir (6, 8).

Blackman (6) komorbid depresyonu olan DEHB grubunda sadece DEHB olan hastalara göre daha fazla anksiyete ve dışavurum semptomu olduğunu ancak bu semptomların DEHB'nda depresyon komorbiditesine aracılık etmediğini belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmada hem sadece DEHB grubunda hem de komorbid depresyonu olan grupta akademik anlamda uyum bozukluğu görülürken DEHB ve komorbid depresyonu olan grupta belirgin sosyal uyum bozukluğu olduğu görülmüş ve bu bulgunun sosyal kusurların DEHB'unda depresyon gelişiminde kritik rol oynadığını gösterdiği ileri sürülmüştür. (6) Bunun aksine Herman ve arkadaşları ilkökul 1. sınıfın 2. dönemindeki okul başarısının bu sınıfın sonbaharındaki dik-

kat problemleri ile 3. sınıfın 2. dönemindeki depresif semptom düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini yani akademik uyumdaki sorunun depresyon gelişimine direkt olarak etki ettiğini saptamışlardır (8). Daviss (9) DEHB semptomlarının başlangıcı ile farmakolojik tedavi arasındaki süre uzadıkça depresyon riskinin arttığını, erken farmakoterapinin MDB için koruyucu olabileceğini ileri sürmüştür.

Geriye dönük bir çalışmada ileri düzeyde aile içi çatışma, olumsuz yaşam olayları, travmaya maruz kalmanın DEHB olan çocuklarda depresyon gelişiminde rol oynadığı belirtilmiştir (27). Bunun yanı sıra diğer bir araştırmada da zayıf ebeveynlik tutumu ve zayıf akran iletişiminin depresif semptomları öngörmede bağımsız faktörler olduğu gösterilmiştir (28). DEHB ile ilişkili ders başarısızlığı, sosyal uyum sorunları ve olumsuz çevre koşullarının negatif etkilerinin bir şekilde depresyona yol açtığı kanısı oluşmuştur. (8, 16)

DEHB grubunda anksiyete düzeyleri ile depresif belirti düzeyleri arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuç daha önceki araştırmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir (5, 6, 11, 18, 21).

Çalışmamızda, panik atak ve agorafobi, ayrılık kaygısı, sosyal fobi, yaygın kaygı ve toplam kaygı puanları DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar DEHB olan olgularda kaygı bozukluğunun daha sık görüldüğünü gösteren araştırmaların sonuçlarıyla uyumludur. (3, 5, 10, 11, 18, 21).

Elia ve arkadaşları bir DEHB grubunda anksiyete bozukluklarının sıklığını herhangi bir anksiyete bozukluğu % 32.2, yaygın anksiyete bozukluğu % 15.2, ayrılık kaygısı bozukluğu % 7.0, basit fobi % 7.6, kaçınma bozukluğu % 5.2, sosyal fobi % 2.6 olarak saptamışlardır (3).

Çalışmamızda DEHB ölçeğinde karşı gelme puanları ile anksiyete ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulguya göre anksiyete düzeyi yüksek olan DEHB olgularının daha fazla yıkıcı davranış sergilediği düşünülmüştür. Bazı hastalarda DEHB'na komorbid anksiyete bozukluğunun bulunması durumunda karşı gelme semptomlarında artış şeklinde bir klinik görünüm oluşabilmektedir (29).

Hasta grubu ile kontrol grubunun cinsiyet açısından farklı olması, DEHB alt tip tanılarının olmaması ve ÇDÖ'nde kesim puanının üzerinde alan deneklerin depresyon tanısı için yapılandırılmış bir görüşme formuyla değerlendirilmemesi, kontrol grubunu

oluşturan çocukların klinik görüşme yapılarak fiziksel ve ruhsal bozuklukların dışlanmaması, SÇAÖ çocuk formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin bulunmaması bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Sonuç olarak DEHB olanlarda depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları normal popülasyona göre daha sık görülmektedir. DEHB olgularında depresyon komorbiditesi prognozu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle DEHB olgularının tanı ve tedavi sürecinde depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları açısından irdelenmesi doğru, etkili tedavi ve uzun dönem prognoz açısından büyük önem taşımaktadır.

### Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması Elkitabı. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). E Köroğlu (çev.), Ankara Hekimleri Yayın Birliği, 2000.
2. Kaplan HI, Saddock BJ, Greb JA. Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry: behavioural sciences clinical psychiatry. Seventh Ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994: 1063-1069.
3. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2008; 2: 15.
4. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1427-1439.
5. Angold A, Costello EJ, Erkanli A: Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40: 57-87.
6. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. J Atten Disord 2005; 8: 195-207.
7. Cole DA, Jacquez FM, Maschman TL. Social origins of depressive cognitions: A longitudinal study of self-perceived competence in children. Cognitive Therapy Research 2001; 25: 377-395.
8. Herman KC, Lambert SF, Lalongo NS, Ostrander R. Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. J Abnorm Child Psychol 2007; 35: 265-74.
9. Daviss WB, Birmaher B, Diler RS, Mintz J. Does pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk of later major depression? J Child Adolesc Psychopharmacol 2008; 18: 257-264.
10. Bird H, Gould M, Staghezza-Jaramillo B. The comorbidity of ADHD in a community sample of children aged 6 through 16 years. J Child and Family Studies 1990; 3: 365-378.
11. MTA Cooperative Group. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit

- hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-1086.
12. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; 8: 132-144.
  13. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatria Psychiatrica* 1981; 46: 305-315.
  14. Öy B. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2: 132-136.
  15. Spence SH. A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy* 1998; 36: 545-566.
  16. Ostrander R, Crystal DS, August G. Attention deficit-hyperactivity disorder, depression, and self- and other-assessments of social competence: A developmental study. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 773-787.
  17. Jensen PS, Shervette RE, Xenakis SN, Richters J. Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: New findings. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1203-1209.
  18. Toros, F, Tataroğlu, C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2002; 9: 23-31.
  19. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1556-1562.
  20. Kovacs M, Akiskal HS, Gatsonis C, Parrone PL. Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 365-374.
  21. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 579-590.
  22. Biederman J, Faraone S, Mick E, Moore P, Lelon E. Child behavior checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 734-742.
  23. 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: 193-200.
  24. Daviss WB, Diler RS, Birmaher B. Associations of lifetime depression with trauma exposure, other environmental adversities, and impairment in adolescents with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 857-71.
  25. Crystal DS, Ostrander R, Chen RS, August GJ. Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: self, parent, and teacher reports. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29: 189-205.
  26. Power TJ, Costigan TE, Eiraldi RB, Leff SS. Variations in anxiety and depression as a function of ADHD subtypes defined by DSM-IV: do subtype differences exist or not? *J Abnorm Child Psychol* 2004; 32: 27-37.
  27. Daviss WB. A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 565-571.
  28. Drabick DA, Gadow KD, Sprafkin J. Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 766-774.
  29. Pfiffner LJ, McBurnett K. Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 725-735.