

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yetişkinlikteki Yansımaları

Nakşidil Yazılıhan Torun¹, Aytekin Özşahin², Levent Sütçigil³

¹Psk., ²Prof.Dr., ³Yard.Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluktan yetişkinliğe geçiş yapabilen bir çocukluk çağı bozukluğudur. Hastalığın kişinin sosyal ilişkilerini, eğitim ve meslek hayatını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çocukluk çağında DEHB tanısı almış bireylerin %30-50'inde erişkin döneminde de semptomlar devam eder. DEHB tanısı olan yetişkinlerde anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu, öfke kontrolü problemleri, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu gibi bozukluklar sıklıkla eş tanı olarak bulunmaktadır. Mevcut yazının amacı DEHB'ye ilişkin literatürü gözden geçirerek hastalık belirtilerinin yetişkinliğe yansımalarını ve eşlik edebilecek psikiyatrik bozuklukları daha önce yapılmış çalışmalar ışığında tartışmaktır. Yazının ilk bölümünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanımı ve alt tipleri özetlenmiştir. İkinci bölümde yürütücü işlevler ve hastalarda ahlak gelişimi ilişkisi DEHB bağlamında tartışılmıştır. DEHB'nin çocukluk dönemi belirtileri ve erişkin dönemi belirtileri bir sonraki bölümde gözden geçirilmiştir. Dördüncü bölümde literatürde sıkça araştırılan antisosyal davranışlar ve DEHB ilişkisi üzerinde durulmuştur, önceki çalışmalarda sıklıkla vurgulanan DEHB ve antisosyal davranışlar konusu tartışılmıştır. Sonuç olarak 1980-2009 yılları arasında yapılmış çalışmalar Pub Med ve Med Line arama motorlarından taranmış ve özetlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, yönetici işlevler, ahlak gelişimi, psikiyatrik bozukluklar, antisosyal davranışlar, çocukluk, yetişkinlik.

(*Klinik Psikiyatri 2009;12:43-50*)

SUMMARY

The Reflections of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Through Adulthood

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a childhood disorder that may persist during adulthood. ADHD may effect patient's social relations, academic performance and professional life. ADHD effects 30 to 50 percent of adults who are diagnosed with ADHD during childhood. Many adults with ADHD may also have comorbid psychiatric disorders, including anxiety disorders, mood disorders, impulse control disorders, substance use disorders and personality disorders. The aim of the current review was to review the reflections of ADHD symptoms from childhood through adulthood and to discuss psychiatric comorbidity. In the first part of the review the definition and subtypes of the disorder was summarized. In the second section the relation between executive functions and moral development was discussed on the context of ADHD. We reviewed the childhood and adulthood symptoms of the disorder in the following section. In the fourth section we discussed the relation between ADHD and antisocial behaviors as it has been emphasized by most of previous studies. Eventually we searched and summarized available literature of ADHD from 1980 to 2009 from Medline and Pubmed.

Key Words: Attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorders, oppositional defiant disorder, exucitive functions, moral development, comorbid psychiaric disorders, antisocial behaviours, childhood, adulthood,.

1- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Nedir?

DEHB, başlıca dikkat eksikliği, hareketlilik ve dürtüsellik ile kendini gösteren; bir dizi diğer bilişsel ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği bir bozukluktur (American Psychiatric Association 1994). Çocuklarda yaygınlığı %3-7 arasında değişmektedir. Yaklaşık üçte iki oranında çocukluktan yetişkinliğe geçiş yaptığı düşünülmektedir (Wender 1995, Turgay 1998).

DEHB, DSM-IV'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) belirtilerin çeşidi ve sayısına göre üç alt tipe ayrılır; dikkat eksikliğinin önde geldiği tip, hareketlilik-dürtüsellüğün önde geldiği tip ve bileşik tip. Dikkat eksikliğinin önde geldiği tip genel olarak, bir konuya yoğunlaşmada güçlük, verilen görevleri tamamlamama, sınırlı dikkat süresi ve dikkat dağınıklığını içerir. Hareketlilik ve dürtüsellüğün önde geldiği tip ise, yaşına ve gelişimsel özelliklerine uygun olmayan bir hareketliliği ve ketleme sorunu sonucu oluştuğu düşünülen, bireyin dürtülerini kontrol etmede yaşadığı güçlükleri içerir. Birleşik tip ise her iki belirti kümesinin bir arada gözlemlendiği DEHB alt tipidir (APA 1994).

DEHB belirtileri çocukluk döneminde başlayıp yaşam boyu devam edebilir. Bu tür bozukluğu olan çocukların genel olarak sosyal becerileri daha zayıftır, arkadaşlarıyla daha az grup oyunlarına katılırlar ve diğer çocuklara uyum sağlamakta zorluk çekerler (Allessandri 1992, Dupaul ve ark. 2001). DEHB olan çocuklar, derslerde sessiz şekilde oturmakta zorlanırlar ve verilen göreve odaklanmaya ilişkin problem yaşayabilirler. Zihinsel kapasiteleri iyi olsa da, bu çocukların ev ödevlerini yapmayı unuttukları veya karmaşık görevlerde sebat gösteremedikleri için okul başarıları düşük olabilir. Günlük ev aktivitelerine uymakta ve özbakımlarını yapmakta direnen DEHB'li çocuklarda, uyku problemleri, karşıt gelme davranışları, kazalara sebep olacak riskli davranışlar ve enürezis sıklıkla gözlenen davranış problemleridir (Lahey ve ark. 1998, Szatmari ve ark. 1989).

2- DEHB'de Ahlak Gelişimi ve Yönetici İşlevler:

Ahlak gelişimine odaklanan teorisyenler, bireylerde var olan değerler sisteminin, zaman

içerisinde bireylerin fiziksel, zihinsel ve bilişsel gelişimlerine paralel olarak ortaya çıktığını ifade ederler. Ahlak gelişiminin de, bu gelişim süreci içerisinde diğer değerler gibi geliştiği görüşü birçok araştırmacı tarafından kabul edilmiştir (Piaget 1933, Kohlberg ve Hersh 2001, Rest ve Narveaz 1994). Ahlak gelişiminde perspektif kazanmak, yani psikososyal açıdan olayları anlayabilmek, güdülerini değerlendirebilmek, diğerlerinin ihtiyaçlarını anlayabilmek önemli faktörlerdir. Başkalarının niyetini ve davranışının sebebini anlayabilmek için kendisini o insanın yerine koyabilme ve onun gözüyle olaylara bakabilme yeteneği de önemlidir (Boom ve ark. 2006).

Ahlaki gelişim yönetici işlevlerle ilişkili pek çok süreci içinde barındırır. Bunlardan bazıları; muhakeme yeteneği, empati yeteneği, duygusal ipuçlarını değerlendirebilme, olaylara farklı perspektiften bakabilme, bellek repertuarındaki doğru davranış-tepki kalıplarını uygun uyarıcılara gösterebilme, ahlakla ilişkili kavramsal-soyut konuları içselleştirebilme, kişisel denetimi sağlayabilme, tepkileri erteleyebilmedir. Belirtilen bu alanlardaki yetersizlikler DEHB'li çocuklarda, ergenlik döneminde madde ve alkol kötüye kullanımı, sigara kullanımı, ergenlik hamilelikleri, hatalardan ders alamama, izinsiz araba kullanımı gibi davranış sorunları ile ilişkili gözükmektedir (Hechtman 1985, Achenbach ve ark. 1998, Manuzza ve Klein 2000, Jeffrey ve Wilson 2007).

Barkley ve Biederman (1997) ise DEHB'nin bir ketleme bozukluğu olduğunu belirtmiş ve sözel olmayan çalışma belleği, kendine yönelik konuşmanın içselleştirilmesi, duygudurum düzenleme sistemi, motivasyon ve uyanıklık, yeniden yapılandırma ve öğrenilmiş davranışları parçalarına ayırma gibi temel yönetici işlevlerdeki bozuklukların üzerinde durmuştur.

Söz konusu yönetici işlevler DEHB ilişkisi bağlamında değerlendirildiğinde şunlar göze çarpmaktadır. Çalışma belleği; bilginin geçici olarak depolanması, kodlanması, geri çağrılmasına ilişkin bellektir. Bu bellek sayesinde herhangi bir görev veya çalışma sırasında bilgiler zihinde tutularak karmaşık ve yeni davranışlardan sonuç çıkarma, öngörü kazanma, hazırlık yapabilme ve taklit edebilme süreçleri kazanılır (Karakaş 2006). DEHB olan çocuklarda bu süreçlerde bozulmalar gözlen-

mektedir. Örneğin nöropsikolojik testlerde yineleyici şekilde yapılan hatalar bu süreçlerdeki bozulma ile ilişkili gözükmemektedir. Kendine yönelik konuşmanın içselleştirilmesi bir diğer yönetici işlevdir. Sesli konuşma, DEHB'de ileri yaşlara kadar devam etmektedir ve konuşmanın içselleştirilmesi süreci gecikmektedir. DEHB'li çocuklarda kendilik denetimi, kuralların anlaşılıp içselleştirilmesi, kendi kendini sorgulama gibi bilişsel süreçlerin yaşlılarından geç devreye girdiğini söyleyebiliriz. Üçüncü yönetici işlev olan duygudurum düzenleme sistemi; duyguların kontrolü, motivasyon ve uyanıklık durumunu içermektedir. Gelecekteki amaca yönelik öznel güdülenme eksikliği ve ödüllendirme sistemindeki bozulmalar DEHB'lilerin temel sorun alanlarından bir kaçıdır. Barkley'in vurguladığı son yönetici işlev ise yeniden yapılandırma ve öğrenilmiş davranışları parçalarına ayırma. Yeniden yapılandırma süreci insanlara akıcılık, esneklik ve yaratıcılık sağlar. Yapılan çalışmalar DEHB olan çocukların diğer çocuklara oranla daha az yeniden yapılandırma yetisine sahip olduğuna işaret etmektedir (Güçyener 2008).

Yönetici işlevlerde tanımlanan bu bozukluklar ile ilişkili olarak DEHB'li çocuklar olayların sonuçlarını öngörme, onlardan dersler çıkarma, yetişkinlerin verdikleri ödül-ceza ipuçlarına göre davranışlarını yeniden düzenleme, bellek süreçlerini kullanarak geçmiş deneyimlerini şimdiki yaşantılarıyla birleştirme, analiz etme ve sentezleme süreçlerinde sağlıklı çocuklardan daha başarısızlardır.

3- DEHB ve Yetişkinlik Dönemi Belirtileri:

Pek çok yetişkinlik dönemi mental bozukluklarının ve bu bozuklukların davranışsal özelliklerinin kökeni ilk çocukluk yıllarında ortaya çıkmaktadır (Caspi ve ark. 2002, Maughan ve Kim 2005). Çalışmaların çoğu yaşam boyu tespit edilen psikopatolojilerin orta veya geç çocukluk döneminde başladığını tespit etmiştir (Maughan ve Kim 2005). Çocuktaki bu belirtilerin, çocuğun gelişimi ile birlikte şekil değiştirebileceğini gösteren çalışmalar vardır (Rutter ve ark. 1999, Angold ve ark. 2000, Costello ve ark. 2003). Çocukluk veya ergenlik döneminde herhangi bir psikiyatrik tanı alan çocukların %23-61 kadarı yetişkinlikte de aynı veya farklı bir psikiyatrik bozukluk tanısı almıştır (Fee

han ve ark. 1993, Costello ve ark. 2003, Colman ve Jones 2004). Beklenildiği üzere yaşamın ilk yıllarında görülen bu belirtiler, yetişkinlikte bozuklukların en güçlü yordayıcıları olmaktadır (Hofstra ve ark. 2000).

Yetişkinlik döneminde de gözlenen DEHB belirtileri, uzun yıllar boyunca bozukluğun çocukluk dönemi kalıntı bulguları olarak kabul edilmiştir (Ward ve ark. 1993). Wender (1995), o zamana kadar çocukluk hiperaktivitesi şeklinde tanımlanan ve yetişkinlikte de devam eden tanı kriterlerinin, DEHB için uygun olmadığını düşünmüş, hasta ve ebeveynler ile uzun görüşmeler yaparak gözlem ve araştırmaları sonucu bir yaklaşım önermiştir. Wender, hastaların çocukluk dönemlerinin geriye dönük (retrospektif) sorgulamasını kolaylaştırmak ve hastalar üzerinde sistematik uygulamalar yapabilmek için Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender Utah Rating Scale: WURS) olarak adlandırılan bir ölçek geliştirmiştir. Yetişkinlerde DEHB fenomenini tanımlayan yedi adet ölçüt belirlenmiştir. Bunlar; dikkatsizlik, hareketlilik, duygudurumda değişkenlik-oynaklık, alınganlık-kızgınlık, stresi tolere edememe, organize olamama ve dürtüselliktir (Wender ve ark. 2001).

Boylamsal çalışmalardan elde edilen genel görüş bu çocukların büyük çoğunluğunda DEHB belirtilerinin ergenlik döneminde de devam ettiği yönündedir. DEHB ile ilişkili belirtiler dürtüsellik; uyarıcıya düşünmeden hızlı cevap verme, hazı erteleme becerisinde azalma, duygudurum değişkenliği (abartılı tepki, sabırsızlık, huzursuzluk ve kızgınlık), sonuçlarını düşünmeden eylemde bulunma, yenilik arayışı, kendine zarar verme ve planlama yeteneğinde bozukluk gibi başlıklar altında yer alır (Biederman ve ark. 1993, Barkley ve ark. 1990, Barkley ve ark. 2006, Klein ve Manuzza 2008).

Ülkemizde Ceylan Özkan, Çulha ve Karakaş'ın (2008) çalışmasında DEHB'ye özgü olabilecek kişilik özellikleri taranmıştır. Çalışmaya 116 kadın üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmaya katılan kişiler DSM-IV'e Dayalı Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Değerlendirme Envanteri'nden (Günay ve ark. 2006) aldıkları puanlara göre iki uç gruba ayrılarak, bu kişilerde DEHB'ye benzer tepki örüntülerinin neler olduğu araştırılmıştır. Kişilik özellikleri MMPI-2

(Minnesota Multiphastic Personality Inventory-2, Butcher ve ark. 2001) ile değerlendirilmiştir. DEHB ölçeğinden yüksek puan alan grup MMPI-2'den hipokondriazis ve sosyal içe dönüklük alt testleri hariç diğer alt testlerden yani depresyon, histeri, psikopatik sapma, paranoya, psikastenî, anksiyete alt testlerinden daha yüksek puanlar almışlardır. DEHB puanları yüksek grubun benlik değerleri daha düşük; ailevi problemleri daha fazla ve öfke puanları daha yüksek bulunmuştur.

DEHB belirtilerinin şiddeti ve sayısı sadece hastalığın çocukluk dönemindeki şiddetine ilişkin bilgi vermekle kalmaz aynı zamanda genç yetişkinliğe gelindiğinde karşılaşılabilecek olası psikososyal sorun alanlarına ilişkin de yordamada bulunmamıza yardımcı olabilir (Fergusson ve ark. 1997) Özellikle dürtüsellik ve hiperaktivite belirtilerinin şiddeti dikkat eksikliğinden daha fazla yordayıcı güce sahiptir (Klein ve Manuzza 1991, Barkley ve ark. 1990, Foley ve ark. 1996, Babinski 1999, Thapar ve ark. 2006). Çocukluk döneminde dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri yüksek olan DEHB'li yetişkinlerde okul bırakma, işten kovulma ve evlilik problemleri oranları sağlıklılarından daha yüksektir. Bu yetişkinler iş başarıları düşük, sosyal becerileri zayıf, arkadaş ilişkilerinde sebat edemeyen kişiler olarak tanımlanırlar. Bu tablonun devamı olarak bu kişilerde anksiyete ve depresyon belirtileri daha sıklıkla gözlenir (Hoftstra ve ark. 2000, Manuzza ve Klein 2000).

Çalışmalarda hastaların çocukluk çağında ve yetişkinlikte major depresyon- distimi geliştirme yaygınlığını %20-27; yetişkinlikte kişilik bozukluğu geliştirme yaygınlığını %11-24 olarak bulunmuştur (Barkley ve ark. 2006, Retz ve ark. 2004, Fischer ve ark. 2002). Young ve ark. (2003) kişilik bozukluğu tanısı olan bir grup hastaya Wender Utah Derecelendirme Ölçeği uygulamış, bu kişilerin yaklaşık %40'ında DEHB belirtilerinin şiddeti yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar DEHB'ye herhangi bir psikiyatrik bozukluk eşlik ettiğinde, hastalık tablosunun değiştiğini ve ağırlaştığını göstermiştir. Örneğin; tek başına DEHB ve davranım bozukluğunun eşlik ettiği DEHB farklı klinik özellikler göstermektedir (Faraone ve ark. 1997, Faraone ve ark. 2000). Davranım bozukluğunun DEHB ile beraber gözlemlendiği vakalarda suçla karışma (Sattarfield ve

ark. 2007), antisosyal davranışlar (Lahey ve ark. 2005) ve madde kullanımı (Barkley ve ark. 2004, Wilson ve ark. 2005) daha yaygındır. Türkbay ve ark. (2003) DEHB ile karşıt olma-karşı gelme bozukluğu birlikte olduğunda, bir takım ailesel özelliklerin grupları ayırt etmede önemli olduğunu rapor etmiştir. Bunlar; DEHB tek başına olduğunda gözlenmeyen bazı ebeveyn psikopatolojileri, dolaylı olarak da ailesel çatışma ve ebeveyn tutumları gibi faktörlerdir.

4- DEHB ve Antisosyal Davranışlar Arasındaki İlişki:

Çocuklukta DEHB tanısı almak, yetişkinlikte kişilik bozukluğu geliştirmek için bir risktir (Bernstein ve ark. 1996, Rey ve ark. 1995, Dowson 2008). DEHB belirtileri ve antisosyal davranışlar arasındaki ilişkileri araştıran çalışma bulgularına göre antisosyal kişilik bozukluğu olan yetişkinlerde DEHB yetişkin tip belirtileri görülme sıklığı %25 ve %60 arasında değişmektedir (Hechtman 1985, Barkley ve ark. 1990, Young ve ark. 2000, Chae ve ark. 2001, Young ve ark. 2003). Antisosyal kişilik bozukluğu olan erişkin mahkumların yaklaşık %50'sinde, çocukluk dönemi DEHB belirtilerinin varlığı rapor edilmiştir (Rasmussen ve Gillberg 2001).

Madde kötüye kullanımı ile çocuklukta davranım bozukluğu ve DEHB bozukluğu arasında ilişki olduğu bulunmuştur. DEHB belirtileri yüksek oranda görülen mahkumlarda, madde kötüye kullanım oranları da yüksektir (Gittelman ve ark. 1985, Biederman 1996, Lambert ve Hartsough 1998, Manuzza ve ark. 1998, Loeber ve ark. 2000, Semiz ve ark. 2008). Çocuklukta DEHB belirtileri ile ergenlik döneminde madde kullanımı ilişkisini araştıran diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Babinski 1999, Semiz ve ark. 2008).

Bu bilgileri destekleyici şekilde Brook ve ark. (1996), çocuklukta şiddetli DEHB belirtilerinin ve davranım problemlerinin ergenlikte antisosyal davranışlara ve madde kullanımına zemin hazırlayabileceğini, onun da yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu ve yasadışı eylemler için risk oluşturabileceğini belirtmiştir.

Brook ve ark.'nın çalışma sonuçlarına paralel olarak, Barkley ve ark.'nın (2004) çalışmasında,

çocuklukta DEHB tanısı konmuş bireyler çocukluktan genç yetişkinlik dönemine kadar izlenmiş ve sonuç olarak DEHB bozukluğu olan çocukların her biri çalışma süresince en az bir kez antisosyal davranış örüntüsü sergilemişlerdir. Bu davranışlardan bazıları; hırsızlık, zorla mülke girme, genel ahlaka aykırı davranış, yumrukla saldırı, yangın çıkartmak, ruhsatsız silah taşımak ve evden kaçmaktır.

Yasal kayıtlara bakıldığında DEHB'li gençler sağlıklı gruba göre daha yüksek oranda tutuklanma oranına sahiptir (Hechtman ve Weiss 1986, Mannuzza ve Klein 1998, Satterfield ve ark. 1994, Lambert ve Hartsough 1998, Ramussen ve Gillberg 2001). Semiz ve ark.'nın (2008) yaptığı bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan bir grup mahkum arasında komorbid olarak DEHB oranı %65 olarak bulunmuştur. Antisosyal kişilik bozukluğu olan ve DEHB belirtileri yüksek olan grupta Wender Utah Derecelendirme Ölçeği puanları ile intihar girişimi sayısı, kriminal davranış sayısı ve toplam PCL (Psychopathy Checklist-Revised) puanı pozitif yönde; ilk defa suç işleme yaşı ve madde kullanmaya başlama yaşı negatif yönde anlamlı bulunmuştur.

Retz ve ark.'nın (2004) çalışmasında yetişkin tip DEHB belirtilerini karşılayan 28 erkek mahkum ve bu belirtileri karşılamayan 37 erkek mahkum psikopatolojik örüntüleri bağlamında karşılaştırılmıştır. İki grup duygusal problemler, problemleri içselleştirme-dışsallaştırma, nevrotik kişilik özellikleri ve uyumsuz davranışlar alt boyutları bakımından birbirinden farklılaşmışlardır.

Yapılan çalışmaların pek çoğu DEHB tanısı alan erkek hastalar üzerinde yürütülmüş veya çalışmaya çok az bayan katılımcı dahil olmuştur. Bu durumun DEHB'nin genel nüfusta erkekler arasında daha yaygın görülen bir bozukluk olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda yapılan bir çalışmada; 107 sağlıklı; 77 DEHB tanısı olan ve 37 DEHB ve karşıt olma karşı gelme bozukluğunun birlikte gözleendiği kız çocuklar, 5 yıl süresince izlenmiştir. Katılımcılar arasında DEHB ile birlikte karşıt olma karşı gelme bozukluğu olduğunda, sadece DEHB görülen katılımcılardan daha yüksek oranda majör depresyon ve çeşitli davranış problemleri gözlenmiştir. Her iki grupta da bipolar bozukluk ve davranım bozukluğu gözlenme sıklığı

eşit bulunmuştur (Biederman ve ark. 2008).

Çalışmalar DEHB'nin dürtüsellik ve hareketlilik boyutlarının yetişkinlik döneminde suça yönelik davranışlar için risk oluşturabileceğini göstermiştir (Klein ve Manuzza 1991, Barkley ve ark. 1990, Foley ve ark. 1996, Babinski 1999). Fowler ve ark. (2009) bu riskin bu çocukların ileride birer "psikopat" olacaklarını yordamak için yeterli olmadığını sadece "psikopatik özellikler" için yüksek risk taşıyabileceklerini belirtmiştir. Bu sebeple, ergenlerde psikopatik özelliklerin kategorik yaklaşımla çok iyi açıklanamayacağı vurgulanmaktadır.

Sonuç:

Özetle, yetişkinlerde DEHB, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar (Lambert ve ark. 1998, Schubiner ve ark. 2000, Wilson ve Levin 2005); B kümesi kişilik bozuklukları, özellikle antisosyal kişilik bozukluğu DEHB'ye eştani olarak ortaya çıkabilir. Tedavi edilmeyen DEHB'li çocuklar arasında, ileriki yıllarda antisosyal kişilik bozukluğu görülme sıklığının normal popülasyondan 5-10 kat daha fazla olduğu söylenmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar DEHB belirtilerinin bu çocukların ileride "psikopat" olacaklarını değil sadece "psikopatik özellikler" için risk taşıyabileceklerini ve bu bağlamda değerlendirilerek her türlü stigmadan kaçınılması gerektiğini vurgulamaktadır (Fowler ve ark. 2009).

İmpulsivite, hiperaktivite, davranışsal ve duygusal değişkenlik DEHB'de ve diğer psikopatolojilerde ortak olarak karşımıza çıkabilecek klinik belirtilerdir. Bu kriterler pek çok psikiyatrik hastalık için ortak tanı kriterleri olabileceğinden, klinik değerlendirmelerde çocukluk döneminin ve ailesel özelliklerin ayrıntılı şekilde sorgulanmasına dikkat edilmelidir. DEHB'nin yetişkinlikte ne tür bir tablo göstereceğinin yordanmasında biyolojik gelişim, bilişsel düzey, hastalığın süresi, sosyal çevre, ailesel özellikler, deneyimler ve en önemlisi hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin şiddeti önemli gözükmektedir. Ayrıca çocuklukta DEHB'ye eşlik etmiş olabilecek davranım bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu gibi psikopatolojilerin varlığı araştırılarak, DEHB tanısı ve olası eş tanıların erken yaşlarda konulup tedaviye başlanması önemli gözükmektedir.

Artık tıpta sadece klinik belirtilerin ortadan kalkması DEHB ve diğer psikopatolojiler için yeterli görülmemekte, hastanın işlevsel yeterliğinin artırılması ve yaşam kalitesinin "enişilmesi" (optimization) de gerekmektedir (Karakaş 2008). Bunun için de çevresel faktörlerin iyi bilinmesi gereklidir. 19.yüzyılın sosyal reformcuları suç işleme oranının yüksek olduğu varoşlarda yaşayan çocukların düzgün bir eğitim almadıkları takdirde hayatın içinde bir şekilde suç ile tanışabileceklerini söylemişlerdir (Platt 1977, Loeber ve ark. 1987). Bu bağlamda DEHB'li çocukların yaşam alanlarının sorgulanarak suçla ilişkili risk faktörlerinin

belirlenmesi; ailelerin hastalıkla ve karşılaşabilecekleri sorunlarla ilişkili ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi ve eğitilmesi bu ergenlerin suç işleyen gruplara dahil olmalarına ve ileriki yaşlarda suça yönelmelerine engel olabilir. Bu bağlamda planlanacak sosyal projelere ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Levent Sütçigil, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, leventsut@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Achenbach TM, Howell CT, McConaughy SH ve ark. (1998) Six year predictors of problems in a national sample: IV. Young adult signs of disturbance. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 718-727.
- Alessandri SM (1992) Attention, play and social behavior in DEHB preschoolers. *J Abnorm Child Psychol*, 20: 289-302.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold A, Erkanli A, Egger HL ve ark. (2000) Stimulant treatment for children: a community perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 975-984.
- Babinski LM (1999) Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry*, 40: 347- 355.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS ve ark. (1990) The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I: An 8 year prospective follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 546-557.
- Barkley RA, Biederman J (1997) Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1204-1210.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L ve ark. (2004) Young adult follow up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry*, 45: 195- 211.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L ve ark. (2006) Young adult follow up of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45:192- 202.
- Bernstein DP, Cohen P, Skodal A ve ark. (1996) Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *Am J Psychiatry*, 153: 907- 913.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T ve ark. (1993) Patterns of comorbidity cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *A J Psychiatry*, 150:1792-1798.
- Biederman J, Faraone SV, Milberger S ve ark. (1996) Predictors of persistence and remission of DEHB into adolescence: Results from a four year prospective follow up study. *Journal of the Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 343- 351.
- Boom J, Wauters H, Keller M (2006) A cross-cultural validation of stage development: A re-analysis of longitudinal socio-moral reasoning data. *Cognitive Development*, 22:213-229.
- Biederman J, Pety CR, Monuteaux MC ve ark. (2008) The longitudinal course of comorbid oppositional disorder in girls attention deficit hyperactivity disorder; findings from a controlled 5 year prospective longitudinal follow-up study. *J Dev Behav Pediatr*, 29: 501- 507.
- Brook JS, Whiteman M, Finch SJ (1996). Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1584- 1592.
- Butcher JN, Graham JR, Ben-Porath YS ve ark. (2001) *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) Manual for Administration, Scoring and Interpretation, Revised Edition*. Minnesota: University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Caspi A, McClay J, Moffit TE ve ark. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297: 851- 858.
- Ceylan Özkan A, Çulha M, Karakaş S (2008). The effect of tendency for attention deficit hyperactivity disorder on personality traits. *Int J Psychophysiol*, 69: 207-241.
- Chae PK, Jung HO, Noh KS (2001). Attention deficit hyperactivity disorder in Korean juvenile delinquents. *Adolescence* 36:707- 725.
- Colman I, Jones PB (2004). Birth cohort studies in psychiatry: Beginning at the beginning. *Psychol Med*, 34:1375-1383.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A ve ark. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60: 837- 844.
- Dowson JH (2008) Characteristics of adult with attention-deficit/ hyperactivity disorder and past conduct disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 117: 299-305.
- DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL ve ark. (2001) Preschool children with attention deficit hyperactivity disorder: impairments in behavioral social and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 508- 515.

- Faraone SV, Biederman J, Jetton JG ve ark. (1997) Attention deficit disorder and conduct disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychol Med*, 27:291- 300.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T ve ark. (2000) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry*, 48: 9- 20.
- Fee Han M, McGee R, Williams SM (1993) Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 118- 1126.
- Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ (1997) Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *J Child Psychiatry*, 38: 633- 644.
- Fischer M, Barkley RA, Smallish L ve ark. (2002) Young adult follow up of hyperactive children: Self reported psychiatric disorders, comorbidity and the role of childhood conduct problems and teen C.D. *J Abnorm Child Psychol*, 30: 463- 475.
- Foley HA, Carlton CO, Howell RJ (1996) The relationship of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder to juvenile delinquency: legal implications. *Bull Am Acad Psychiatr Law*, 24: 245-333.
- Fowler T, Langley K, Rice F ve ark. (2009) Psychopathy traits in adolescents with childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 194: 62- 67.
- Gittelman R, Manuzza S, Shenker R ve ark. (1985) Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric Status. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 987- 947.
- Güçüyener K (2008) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Fizyopatolojisi. S. Karakaş (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı, 351- 384.
- Günay Ş, Savran C, Aksoy MU ve ark. (2006) The norm study, transliterational equivalence, validity, reliability of adult hyperactivity scale in Turkish adult population. *Psychiatry in Turkey*, 8 : 98-107.
- Hechtman L (1985) Adolescent outcomes of hyperactive children treated with stimulants in childhood: a review. *Psychopharmacol Bull*, 21: 178-191.
- Hechtman L, Weiss G (1986) Controlled prospective fifteen year follow up of hyperactives as adults: Non medical drug and alcohol use and antisocial behavior. *Am J Orthopsychiatry*, 54: 415 - 425.
- Hoftstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC (2000) Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14 year follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:850- 858.
- Jeffrey J, Wilson MD (2007) DEHB and substance use disorders: Developmental aspects and the impact of stimulant treatment. *Am J Addict*, 16: 5-13.
- Karakaş S (2006) BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler İçin Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. Ankara: Eryılmaz Offset Matbaacılık Gazetecilik Ltd. Şti.
- Karakaş S (2008) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Kuram ve modeller. S. Karakaş (Ed.), *Kognitif Nörobilimler*. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı.
- Klein R, Manuzza S. (1991) Long term outcome of hyperactive children: A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 383-387.
- Klein R, Manuzza S (2008) 30 year prospective longitudinal study of attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Psychiatry*, 23: 27-38.
- Kohlberg L, Hersh RH (2001) Moral development: A review of the theory. *Theor Pract*, 17: 53-58.
- Lahey BB, Pelham WE, Stein MA ve ark. (1998) Validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder for younger children. *Am J Orthopsychiatry*, 37: 695-702.
- Lahey BB, Loeber R, Burke JD ve ark. (2005) Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *J Consult Clin Psychol*, 73: 389-399.
- Lambert NM, Hartsough CS (1998) Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of DEHB and non DEHB participants. *J Learn Disab*, 31: 533-544.
- Loeber R, Stouthamer Loeber M (1987) Prediction. In: Quay H.C., Ed. *Handbook of Juvenile Delinquency*. New York: John Wiley and Sons: 325-382.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB ve ark. (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1468- 1484.
- Maughen B, Kim KJ (2005) Continuities between childhood and adult life. *Br J Psychiatry*, 187:301-303.
- Manuzza S, Klein RG, Bessler A ve ark. (1998) Adult psychiatric status of hyperactivity boys grown up. *Am J Psychiatry*, 155: 493-498.
- Manuzza S, Klein RG (2000) Long term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolescent Psychiatry Clin North Am*, 9: 711-726.
- Piaget J (1933) *The moral judgment of the child*. London: Routledge and Kegan.
- Platt AM (1977) *The Child Savers*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rasmussen P, Gillberg C (2001) Natural outcome of DEHB with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled longitudinal community based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45:192-202.
- Rest JR, Narveaz D (1994) *Moral Development in Professions: Psychology and Applied Ethics*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Retz W, Junginger P, Hengesch G ve ark. (2004) Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with ADHD and without ADHD. *Eur Arch Psychol Clinical Neurosci*, 254: 201-208.
- Rey JM, Morris-Yates A, Singh M ve ark. (1995) Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *Am J Psychiatry*, 152: 895- 900.
- Rutter M, Giller H, Hagel A (1999) *Antisocial Behavior by Young People*. New York: Chambridge University Press.
- Satterfield JH, Swanson JM, Schell A ve ark. (1994) Prediction of antisocial behavior in attention deficit hyperactivity disorder boys from aggression defiance scores. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 185-190.

Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM ve ark. (2007) A 30 year old perspective follow up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46:601-610.

Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S ve ark. (2000) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 61: 244-251.

Semiz UB, Basoglu C, Oner Ö, Munir K ve ark. (2008) Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42:405-413.

Szatmari P, Offord DR, Boyle MH ve ark. (1989) Correlates associated impairment and patterns of service utilization of children with attention deficit disorder: findings from the Ontario Child Health Study. *J Psychol Psychiatr*, 30: 205- 217.

Thapar A, Van den Bree M, Fowler T ve ark. (2006) Predictors' of antisocial behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15:118-125.

Turgay A (1998) Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB): Sınıflandırma, tanı ve tedavi de yenilikler. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 459-494.

Türkbay T, Erman H, Cöngöloğlu A ve ark. (2003) Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşı olma karşı gelme bozukluğu bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerin anne babalarının psikiyatrik özelliklerinin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45:4-9.

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.

Wender PH (1995) *DEHB: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults*. Oxford; Oxford University Press.

Wender PH, Wolf LE., Wasserstein J (2001) Adults with DEHB. An overview. *Ann N-Y Acad Sci* 931:1-16.

Wilson JJ, Levin FR (2005) Attention deficit hyperactivity disorder and early onset substance use disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 15:751-763.

Young S, Channon S, Toone B (2000) Neuropsychological assessment of attention deficit hyperactivity disorder in adulthood. *Clin Neuropsychol Assess*, 4:283-294.

Young SJ, Toone BK, Tyson C (2003) Comorbidity and psychosocial profile of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pers Individ Diff*, 35:743-755.