

Araştırma / Original article**DEHB'li çocukların anne-babalarının aleksitimi, depresyon ve çocukluk çağı DEHB belirti düzeylerinin incelenmesi***Zafer GÜLEŞ,¹ Hatice AKSU,² Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR³**ÖZ**

Amaç: Bu çalışmanın amacı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konulan çocukların biyolojik anne-babalarında aleksitimi, depresyon ve çocukluk çağı DEHB belirti şiddetinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması ve ölçek puanları arasındaki ilişkisinin incelenmesidir. **Yöntem:** Çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne Ocak 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran, klinik görüşmede DSM-5 tanı ölçütleri ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesinin uygulanması ile DEHB tanısı konan 64 çocuk ve anne-babaları ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve herhangi bir psikiyatrik tanı konmayan 64 çocuk ve anne-babaları alınmıştır. Anne-babalar Sosyodemografik Veri Formu, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-Anne Baba Formu (ÇEDB-TDÖ), Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve Beck Depresyon Ölçeğini doldürmüşlardır. **Sonuçlar:** DEHB'li çocukların anne-babalarında çocukluk çağı DEHB belirti düzeyinin ve şimdiki depresif belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Aleksitimi düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca ÇEDB-TDÖ'nün toplam puanı ve hiperaktivite alt ölçeği, karşıt olma karşı gelme alt ölçeği ile TAÖ-20 duygu tanıma, toplam ve duygu ifade alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanırken; TAÖ-20 dışa dönük düşünce ile ÇEDB-TDÖ'nün toplam puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. **Tartışma:** Hiperaktivite ve karşıt olma karşı gelme belirti şiddeti yüksek olan DEHB'li çocukların anne-babalarının duygu tanıma ve duygularını ifade etme sorununu daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Ek olarak DEHB'li çocukların anne-babalarında depresif belirti şiddetinin yüksek olmasından dolayı anne-babalardaki ruhsal bozuklukların varlığının incelenmesi ve anne-babalara uygun girişim programlarının uygulanabilmesinin DEHB'li çocukların izleme ve tedavi başarısına olumlu katkısının olacağı kanısındayız. (Anadolu Psikiyatri Derg 2018; 19(4):411-418)

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, aleksitimi, depresyon

Investigation of alexithymia, depression and childhood ADHD symptom levels in parents of children with ADHD**ABSTRACT**

Objective: The aim of this study was to compare the severity of alexithymia, depression and childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in the biological parents of children with ADHD and to investigate the relationship between scale scores. **Methods:** Sixty-four children diagnosed with ADHD according to the DSM-5 criterion based on clinical interview and Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia Interview for School Children and their parents who admitted to Adnan Menderes University Department of Child and Adolescent Mental

* 22. Ergen Günleri'nde sunulmuştur (İstanbul, 01-03 Aralık 2017).

¹ Uzm. Dr., Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

² Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Aydın

³ Uzm. Dr., Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Muğla

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh

Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, 48000, Kötekli/Muğla, Türkiye

E-mail: drborte@hotmail.com

Geliş tarihi: 14.12.2017, **Kabul tarihi:** 31.01.2018, **doi:** 10.5455/apd.285569

Health Outpatient Clinic and 64 children who did not have a psychiatric diagnosis and their parents admitted to Pediatrics Outpatient Clinic between January 2015 and December 2015 were included. Parents filled out socio-demographic data form, DSM-IV-Based Child and Adolescent Disruptive Behavior Disorders Screening and Rating Scale-parent form (T-DSM-IV-S), Wender-Utah Rating Scale, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), and Beck Depression Inventory. Results: It was found that childhood ADHD symptom levels and present depressive symptom levels in parents of children with ADHD were higher than the control group. There were no significant differences between the two groups in terms of alexithymia levels. In addition, there was a positive moderate correlation between total score, hyperactivity subscale, opposition defiant disorder subscale of T-DSM-IV-S and difficulty describing feelings, total and difficulty identifying feelings subscale scores of TAS-20 whereas there was no significant relationship between total score and subscale scores of T-DSM-IV-S and TAS-20 externally-oriented thinking. Discussion: Results showed that parents of children with ADHD whose hyperactivity and opposing defiant symptom severity are high, are more likely to experience difficulty in describing and identifying feelings. Additionally, due to the high severity of depressive symptoms in parents of children with ADHD, we believe that investigation the presence of mental disorders in parents and the implementation of appropriate parental intervention programs will contribute positively to the success of follow-up and treatment of children with ADHD. (Anatolian Journal of Psychiatry 2018; 19(4):411-418)

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, alexithymia, depression

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, erken çocukluk döneminde başlayıp sıklıkla ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de süren nörogeşimsel bir bozukluktur. DEHB en sık gözlenen çocukluk çağı ruhsal bozukluklarından biridir.¹ Aleksitimi duyguları tanıma, fark etme, ifade etme ve ayırt etme güçlüğü olarak tanımlanmıştır. Aleksitimik bireylerin prefrontal korteksle ilişkili yürütücü ve bilişsel görevlerde düşük performans gösterdikleri ve karar verme yetisinde bozukluk gösterdiklerini bildiren çalışmalar vardır.^{2,3} Erişkin DEHB'li olgularda aleksitimi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada katılımcıların aleksitimi şiddetinin toplum örnekleminden farklı olmadığı saptanmış; DEHB grubunun %22'sinin yüksek aleksitimik özellikte olduğu belirtilmiştir.⁴ DEHB'li çocuklarda yapılan bir çalışmada ise çocuklardaki aleksitimik özelliklerden dışa dönük düşünme, duygularını tanıma ve toplam aleksitimi düzeylerinin DEHB'nin hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile pozitif yönde zayıf-orta düzeyde bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır.⁵ Literatürde DEHB'li çocukların anne-babalarında aleksitimi düzeylerini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Biederman ve arkadaşları DEHB'li çocukların aile yapısının çoğunlukla düzensiz olduğunu, anne-babalarının en az bir psikopatolojiye sahip olduğunu ve bu olumsuz aile-çevre koşullarının var olan belirtileri kötüleştirmesinin yanı sıra, DEHB'nin etiyolojisinde de rol oynayabileceğini belirtmişlerdir.² Bu bilgilerle göre, DEHB'li çocukların aile özellikleri üzerine yapılan çalışmaların hem bu bozukluğun etiyolojisini anlama, hem de klinik gidişi ve tedavi süreçlerini iyi yönetme açısından önemli olduğu görülmektedir. Çalışma-
Anatolian Journal of Psychiatry 2018; 19(4):411-418

larda DEHB'li çocukların anne-babalarında kontrol grubuna göre DEHB belirti şiddetinin yüksek olduğu ve DEHB belirtileri gösteren anne-babaların çocuklarında DEHB belirti şiddetinin ve ek tanı sıklığının yaşam boyu DEHB belirtisi göstermeyen anne-babaların çocuklarına göre arttığı saptanmıştır.^{6,7} Ayrıca DEHB'li çocukların anne-babalarında, sağlıklı çocukların anne-babalarına göre daha fazla anksiyete ve depresyon belirtilerinin görüldüğü de bildirilmiştir.^{8,9} Anne-babalarının en az birinde depresyon öyküsü olan DEHB'li çocuklarda davranış sorunlarının anne-babalarında patoloji bulunmayan DEHB'li çocuklara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.¹⁰ Barkley'in çalışmasında DEHB'li çocukların annelerinde %6 oranında depresyon veya anksiyete bozukluğu olduğu gösterilmiş ve bu durumun çocuğun davranış sorunlarının şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.¹¹ Bir başka çalışmada hiperaktivitesi olan çocukların annelerinde normal çocuklara göre depresif özelliklerin daha fazla olduğu belirtilmiştir.¹²

Literatürde DEHB'li çocukların anne-babalarında DEHB ve majör depresif bozukluk tanılarına ilişkin çalışmaların az olduğu, anne-babalarda aleksitimi ile ilgili çalışma olmadığı görülmüştür. Camcioğlu ve arkadaşları, yaşam boyu DEHB tanısı olan babaların çocuklarında yaşam boyu DEHB tanısı olmayan babaların çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla DEHB dışı yıkıcı davranım bozukluğu tanımlarını saptamışlar, ancak bu farkın annelerde gözlenmediğini bildirmişlerdir.⁷

Bu çalışmanın amacı, DEHB'li çocukların biyolojik anne-babalarında aleksitimi, depresyon ve çocukluk çağı DEHB belirti şiddetinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması ve ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

YÖNTEM

Çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan onay alınmış ve çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde yürütülmüştür. Çalışmaya katılacak olgular ve anne-babaları yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilmiş ve kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Olgu grubunu Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne Ocak 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran ve klinik görüşmede DSM-5 tanı ölçütlerine göre ve Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli¹³ (ÇDŞG-ŞY) kullanılarak DEHB tanısı konan 64 çocuk ve anne-babaları oluşturmuştur. Kontrol grubu olarak Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve ÇDŞG-ŞY'ye göre herhangi bir tanı konmayan 64 çocuk ve anne-babaları alınmıştır. Anne-babalar olgu grubundaki anne-babalar ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiştir. Çalışmanın dışlama ölçütleri olarak çocuğun evlat edinilmiş olması, çocuk ve/veya anne-babada zeka geriliğinin olması olarak belirlenmiştir. Hem olgu, hem de kontrol grubundaki çocukların anne-babaları Sosyodemografik Veri Formu ile, çocukları için Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini (ÇEDB-TDÖ) doldurmuştur. Anne-babaların çocukluklarındaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak amacıyla Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), aleksitimik özelliklerini sorgulamak amacıyla Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve depresif belirtileri sorgulamak amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY klinik görüşme ile DEHB tanısı konan ve çalışmaya katılım koşullarını karşılayan tüm çocuklara aynı çocuk psikiyatristi (Z.G.) tarafından uygulanmış, anne-babalar ayrı görüşmede ölçekleri doldurmuştur.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Yazarlarca geliştirilen bu form çocukların ve anne-babaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek) sorgulamaktadır.

Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDB-TDÖ): Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak oluşturulmuş, çocuk ve ergenlerde davranış bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilen bir ölçektir.¹⁴ Bu ölçek 41 sorudan oluşmakta olup, dokuz

maddesi dikkat eksikliği, dokuz maddesi aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, sekiz maddesi karşı olma karşı gelme bozukluğunu, 15 maddesi ise davranım bozukluğunu sorgulamaktadır. Her madde için 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla biçiminde puanlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁵

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ): Erişkinlerde çocukluk çağındaki DEHB belirtilerini geriye yönelik olarak sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla Wender ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir.¹⁶ Ölçekteki 25 maddeden alınacak toplam puan 0-100 arasındadır. Ölçeğin Türkçe geçerliliği Öncü ve arkadaşları tarafından yapılmış olup kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir.¹⁷ Bu ölçeğe göre, puanı 36 ve üzeri olan kişilerin çocuklukta DEHB olduğu kabul edilmektedir.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20): TAÖ-20, 20 maddeden oluşan, Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireyin 61 ve üzeri puan alması aleksitimik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Sayar ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe geçerlilik çalışmasında kesme puanı 61 olarak bulunmuştur.¹⁸ Yüksek puanlar yüksek aleksitimik düzeyi göstermektedir. Duygulanım tanımında güçlük, duyguları ifade etmede güçlük ve dışa-dönük düşünme alt ölçekleri bulunmaktadır. Toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0.78 olarak saptanmıştır.¹⁹

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck tarafından geliştirilmiş 21 maddelik bir değerlendirme bir ölçeğidir.²⁰ Her soru 0-3 arasında puanlanmakta olup alınacak toplam puan 0-63 arasındadır. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır.²¹ BDÖ'de 17 ve üzeri puan alanların depresyon açısından riskli olabileceği öne sürülmüştür.

İstatistiksel analiz

Olguların verileri Windows için SPSS 17.0 (SPSS Inc. Chicago, Illionis, USA) paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım değerlendirmelerinde Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. İki grubun karşılaştırılması bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Grupların kategorik değişkenler açısından karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Klinik parametrelerin ilişkileri Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayıları

0.000-0.250 arasında çok zayıf, 0.260-0.490 arasında zayıf, 0.500-0.690 arasında olduğunda orta, 0.700-0.890 arasında yüksek, 0.900-1.000 arasında çok yüksek ilişki olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya DEHB tanısı konan ve konmayan 64'er çocuk ve anne-babalarından birisi alınmıştır. DEHB grubunda değerlendirilen anne-babaların %85.9'unu anneler oluştururken, kontrol grubunda %71.9'unu anneler oluşturmuştur. DEHB'li 64 olgunun %76.6'sı (s=49) erkek, %23.4'ü (s=15) kız; kontrol grubundaki olguların %48.6'sı (s=31) erkek, %51.6'sı (s=33) kızdı. Çalışmamızda yer alan DEHB grubundaki çocuk olguların yaş ortalaması 9.65 ± 2.35 yıl (yaş aralığı 6-15), kontrol grubundaki olguların yaş ortalaması 8.64 ± 1.08 yıldır (yaş aralığı 7-11).

Tablo 1. Olgu ve kontrol grubundaki anne-babaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Olgu		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
Ölçekleri dolduran				
Anne	46	71.9	55	85.9
Baba	18	28.1	9	14.1
Annenin eğitim durumu				
Okuryazar değil	0	0	1	1.5
İlkokul mezunu	30	46.8	1	1.5
Ortaokul mezunu	11	17.1	42	65.6
Lise mezunu	17	26.5	8	12.5
Üniversite mezunu	6	9.3	12	18.7
Babanın eğitim durumu				
Okuryazar değil	0	0	0	0
İlkokul mezunu	33	51.5	2	3.1
Ortaokul mezunu	12	18.7	43	67.1
Lise mezunu	14	21.8	9	14.0
Üniversite mezunu	5	7.8	10	15.6
Medeni durum				
Evli	56	87.5	58	90.6
Diğer*	8	12.5	6	9.4
Annenin işi				
Ev kadını	44	68.8	53	82.8
Çalışıyor	20	31.3	11	17.3
Babanın işi				
Çalışıyor	60	93.8	59	92.2
Emekli	3	4.7	3	4.7
Diğer**	1	1.6	2	3.1
Çocuk sayısı				
1	10	15.6	10	15.6
2	37	57.8	33	51.6
≥3	17	26.6	21	32.8

* Boşanmış, tek anne-baba, ** Ölmüş

Olgu grubunda yer alan çocukların %57.8'inin (s=37) bileşik tip, %37.5'i (s=24) dikkat eksikliği baskın tip, %4.7'si (s=3) hiperaktivite baskın tip DEHB idi. Olguların %18.8'ine (s=12) aynı zamanda KOKGB de eşlik etmekteydi. Hiçbir olguda eşlik eden davranım bozukluğu saptanmamıştır. DEHB grubundaki çocukların annelerinin yaş ortalaması 35.17 ± 5.09 , babalarının yaş ortalaması 40.04 ± 6.28 idi. Kontrol grubunda ise annelerinin yaş ortalaması 34.60 ± 5.11 , babalarının yaş ortalaması 40.09 ± 6.43 idi. Gruplar arasında anne-babaların yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). Anne-babaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmamızda DEHB grubundaki çocukların ÇEDB-TDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

Olgu grubundaki anne-babaların kendileri için doldurdıkları BDÖ ve çocukları için doldurdıkları ÇEDB-TDÖ'nün genel toplam puan ve alt ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ayrıca ÇEDB-TDÖ'nün toplam puanı ve hiperaktivite alt ölçeği, KOKGB alt ölçeği ile TAÖ-20 duyguları tanımada güçlük, toplam puan ve duyguları ifade etmede güçlük alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanırken; TAÖ-20 dışa-dönük düşünme ile ÇEDB-TDÖ'nün toplam puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. DEHB'li çocuğu olan anne-babaların WUDÖ toplam puanları ile BDÖ puanları arasında pozitif yönlü güçlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 3).

Anne-babaların WUDÖ kesme değeri 36 ve üzerinde olanlar çocukluk döneminde olası DEHB tanısı açısından pozitif kabul edildiğinde, olgu grubundaki anne-babaların %14.1'i (s=9) kesme puanının üzerinde puan almışken, kontrol grubundaki anne-babaların hiçbiri kesme puanının üzerinde puan almamıştır. Bu verilere göre, çalışmaya alınan anne-babaların çocukluk dönemi DEHB olma oranları arasındaki fark iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.003$). BDÖ kesme değeri olan 17 ve üzerinde puan almış olgular depresyon açısından yüksek risk grubu [BDÖ (+)]; TAÖ-20 kesme değeri 61 ve üzeri puan alanlar aleksitimik özellikler açısından yüksek risk grubu [TAÖ-20 (+)] olarak gruplandırılmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında,

Tablo 2. Gruplar arası ÇEDB-TDÖ, WUDÖ, TAÖ-20 ve BDÖ puan ortalamaları ve karşılaştırma sonuçları

Ölçek	Olgu Ort±SS	Kontrol Ort±SS	t	p*
ÇEDB-TDÖ-DE	14.12±5.75	4.26±3.76	11.47	<0.001
ÇEDB-TDÖ-HA/D	13.70±6.90	4.92±4.53	8.51	<0.001
ÇEDB-TDÖ-KOKGB	9.51±5.92	4.45±4.30	5.53	<0.001
ÇEDB-TDÖ-DB	2.01±2.93	0.21±0.51	4.82	<0.001
ÇEDB-TDÖ Toplam	39.34±16.64	13.42±10.54	10.65	<0.001
WUDÖ puan	21.10±12.63	14.04±9.17	3.62	<0.001
TAÖ-20 (toplam puan)	46.75±9.72	44.46±7.64	1.48	0.143
TAÖ-20 (duyguları tanımada güçlük alt ölçeği)	13.67±5.60	12.64±4.92	1.11	0.271
TAÖ-20 (duyguları ifade etmede güçlük alt ölçeği)	11.51±3.82	11.18±3.37	0.52	0.608
TAÖ-20 (dışa-dönük düşünme alt ölçeği)	21.70±4.94	20.46±3.33	1.66	0.100
BDÖ puan	10.67±8.62	7.48±6.39	2.37	0.019

* Bağımsız gruplarda t testi; ÇEDB-TDÖ: Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği; DE: Dikkat eksikliği; HA/D: Hiperaktivite/Dürtüsellik; KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu; DB: Davranım bozukluğu; WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği; TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 3. Olgu grubundaki anne-babaların ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları

Ölçek	WUDÖ	BDÖ	TAÖ-20(top.)	TAÖ-20 ^a	TAÖ-20 ^b	TAÖ-20 ^c
ÇEDB-TDÖ-DE	0.323**	0.303**	0.121	0.120	0.257*	-0.100
ÇEDB-TDÖ-HA/D	0.360**	0.318**	0.154	0.167	0.208	-0.073
ÇEDB-TDÖ-KOKGB	0.367**	0.448**	0.183	0.233	0.319**	-0.129
ÇEDB-TDÖ-DB	0.226*	0.252**	0.099	0.208	0.050	-0.025
ÇEDB-TDÖ toplam	0.401**	0.367**	0.191	0.235	0.302*	-0.119
WUDÖ	1	0.515**	0.496**	0.497**	0.358**	0.138
BDÖ	0.515**	1	0.617**	0.669**	0.538**	0.034

Pearson korelasyon testi; *: p<0.05; **: p<0.01; ^a duyguları tanımada güçlük alt ölçeği; ^b duyguları ifade etmede güçlük alt ölçeği; ^c dışa dönük düşünme alt ölçeği

Tablo 4. Ölçeklerin kesme puanlarına göre anne-babaların belirti düzeylerinin gruplararası karşılaştırılması

Ölçek	Olgu		Kontrol		χ^2	p*
	Sayı	%	Sayı	%		
WUDÖ (+)	9	14.1	0	0	9.68	0.003
WUDÖ (-)	55	85.9	64	100.0		
TAÖ-20 (+)	6	9.4	1	1.6	3.78	0.115
TAÖ-20 (-)	58	90.6	63	98.4		
BDÖ (+)	14	21.9	3	4.7	8.21	0.004
BDÖ (-)	50	78.1	61	95.3		

* Fisher'in kesin testi; (+): Eşik değer üstünde; (-): Eşik değer altında

DEHB'li çocukların anne-babalarında çocukluk çağı DEHB belirti düzeyinin ve halen var olan depresif belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre

daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Aleksitimi düzeyi açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Literatürde DEHB'li çocukların kontrollere göre daha yüksek oranda yüz ifadesinde duygu tanıma bozuklukları gösterdikleri belirtilmiştir.²²⁻²⁶ Ayrıca çalışmalarda erişkin DEHB'de duygu tanıma kusurunun olabileceği gösterilmiştir.^{27,28} Bir çalışmada DEHB'li çocuklarda ve özellikle hiperaktif-dürtüsel alt tip olan çocukların kontrol grubundaki çocuklara göre özellikle sınırlı ve üzgün duygular olmak üzere duyguların yüz ifadelerini algılamakta sorun yaşadıkları bulunmuştur.²² Erişkin DEHB'li hastalarda erken dönemdeki veya şimdiki bağlanma özelliklerinin çocukluk çağı ve şimdiki DEHB belirtilerinin duygu işleme/aleksitimik özellikleri öngördüğü ileri sürülmüştür.²⁹ Çalışmamızda WUDÖ'ye göre çocukluk çağı DEHB belirti şiddeti yüksek olan anne-babalardaki duygu tanıma sorun saptanmıştır. Her ne kadar bu çalışma uzunlamasına izleme çalışması olmasa da, çocukluk çağı DEHB belirtileri ile erişkin aleksitimik özellikler arasında ilişki saptanması literatürde yer alan çalışmalar ile uyumludur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada duygu tanıma hatalarının özellikle dürtüsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.³⁰ Ateş ve arkadaşları antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) olgularında TAÖ'nün duyguları tanıma da zorluk alt ölçeği ile Saldırganlık Ölçeğinin düşmanlık, öfke ve sözel-fiziksel saldırganlık alt ölçekleri arasında anlamlı derecede pozitif bir ilişki saptamıştır.³¹ Aynı çalışmada ASKB'li olgular arasında duyguları ifade etmede güçlük ile sözel saldırganlık arasında da pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu bulguların ASKB'li bireylerde artmış saldırganlığın ve toplumsallaşma süreçlerindeki başarısızlığın kendi duygularını tanımak ve belirtmekteki yetersizlik gibi aleksitimik özelliklerden kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür.³¹ Yakın zamanda DEHB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada, duyguların yüzdeki ifadesini tanıma hatalarının daha çok DEHB belirtileri nedeniyle olduğu bildirilmiştir.²³ Bir başka çalışmada DEHB'li çocukların duygu tanımadaki bozukluklarının dikkat eksikliği ile ilgili olduğu bulunmuştur.³² Çalışmamızda çocukları DEHB'li anne-babaların doldurduğu ÇEDB-TDÖ'nün toplam puanı, hiperaktivite alt ölçeği ve KOKGB alt ölçeği ile TAÖ-20 toplam puan, duyguları tanıma güçlüğü ve duyguları ifade etmede güçlük alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Diğer bir deyişle çocuklarında hiperaktivite, karşıt olma ve dürtüsellik ile ilgili belirtileri şiddetli olan anne-babaların duygu tanıma güçlükleri anne-babaların çocuklarının duygularını doğru tanıyıp buna uygun yanıt oluşturma güçlüğünden kaynaklanıyor olabilir. Çocuklarda DEHB'nin etiolojisinde anne-babalık işlevleri, evlilik sorunları ve anne-babalardaki

ruhsal bozuklukların tek başına rolünün olmadığı; ancak bozukluğun gidişi ve başta KOKGB ve DB olmak üzere, diğer ruhsal bozuklukların tabloya eklenmesinde önemli rolünün olduğu vurgulanmıştır.³³⁻³⁶

Çocuklarda DEHB varlığında, çocukluk ve ergenlikte bakım gereksinimlerinin arttığı bilinmektedir. Artan gereksinim anne-babalık işleminde aksamaya yol açarak anne-babaları olumsuz etkileyebilmektedir. Bu aileleri araştıran çalışmalar, ailelerin sağlıklı kontrollere göre daha yetersiz anne-babalık duygusu, daha çok anne-babalık stresi yaşadıklarını ve kendileriyle ilgili daha çok psikopatoloji bildirdiklerini vurgulamıştır.⁹ Lesesne ve arkadaşları DEHB'li okul çağı çocuklarının annelerinin işlevselliği bozucu düzeyde depresyon, anksiyete veya duygusal sorunlar yaşadığını bildirmişlerdir.³⁷ Başka çalışmalarda da DEHB'li çocukların anne-babalarında, normal çocukların anne-babalarına göre daha fazla kaygı ve depresyon belirtilerinin görüldüğü de bildirilmiştir.^{8,38} McCormick ve arkadaşları, DEHB'li çocukların annelerinde majör depresif bozukluğu araştırmış, %17.9'unda majör depresyon, %20.5'inde minör depresyon saptamışlardır.³⁹ Bizim çalışmamızda da DEHB'li çocukların anne-babalarında ruhsal bozukluğu olmayan çocukların anne-babalarına göre daha fazla oranda depresif belirti saptanması literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

DEHB'li çocukları olan anne-babaların BDÖ ve çocukları için doldurmuş oldukları ÇEDB-TDÖ'nün genel toplam puan ve tüm alt bölüm puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır. Çocukların davranışlarının anne-babayı açıkça etkilediği, olumsuz davranışların anne-babanın sıkıntısını artırdığı bilinmektedir.^{40,41} Patterson, anne-babalık stresiyle çocuğun agresyonu arasında her sorunun diğerini artırmasıyla karakterize dinamik bir döngü tanımlamıştır.⁴²

Çalışmamızda DEHB grubundaki anne-babaların WUDÖ puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Çocukluk çağı DEHB belirtileri olan bireylerin çocuklarında da DEHB saptanmış olması DEHB'nin genetik özellikleri ile ilişkili olabilir. Literatürde DEHB'nin kalıtsal aktarılabilirliğine ilişkin çalışmalar vardır.⁴³⁻⁴⁵ DEHB'li çocukların anne-babalarında erişkin DEHB yaygınlığının ve belirtilerinin arttığı bildirilmiştir.^{46,47}

Anne-babaların psikiyatrik tanımlarını değerlendirmek için yapılandırılmış bir klinik görüşme tekniği uygulanmamış olması, anne-babalarda şimdiki DEHB belirtilerini değerlendirmek amacıyla bir

ölçeğin kullanılmamış olması, anne-babanın ayrı ayrı değerlendirilmemiş olması, depresyonu yordayabilecek farklı değişkenlerin değerlendirilmemiş olması, aleksitiminin klinik bir görüşmede ele alınmamış olması bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Çalışmamızda DEHB'li çocukların anne-babala-

rında çocukluk çağı DEHB ve şimdiki depresif belirti düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, DEHB'li çocukların anne-babalarının DEHB ve majör depresif bozukluk gibi psikopatolojiler açısından değerlendirilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz.

Yazarların katkıları: Z.G.: Planlama, literatür tarama, veri toplama, makaleyi yazma; H.A.: Konuyu bulma, planlama, makalenin gözden geçirilmesi, araştırmanın yürütülmesi, eleştirel inceleme; B.G.Ö.: Literatür tarama, istatistiksel analiz, makaleyi yazma, eleştirel inceleme.

KAYNAKLAR

1. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190:402-409.
2. Zhang L, Wang X, Zhu Y, Li H, Zhu C, Yu F, et al. Selective impairment of decision making under ambiguity in alexithymia. *BMC Psychiatry* 2017; 17:378.
3. Zhang L, Zhu C, Ye R, Cao Z, Tian Y, Yang P, et al. Impairment of conflict processing in alexithymic individuals. *Neurosci Lett* 2011; 504:261-264.
4. Edell MA, Rudel A, Hubert C, Scheele D, Brune M, Juckel G, et al. Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *Eur J Med Res* 2010; 15:403-409.
5. Donfrancesco R, Di Trani M, Gregori P, Auguanno G, Melegari MG, Zaninotto S, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study. *Atten Defic Hyperact Disord* 2013; 5:361-367.
6. Aydın H, Diler R, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2006; 9:70-74.
7. Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoğlu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2011; 12:212-220.
8. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr* 2012; 171:271-280.
9. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4:183-207.
10. Cunningham CE, Bennes BB, Seigel LS. Family functioning, time allocation, and parental depression in families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology* 1988; 17:169-177.
11. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20:263-288.
12. Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1985; 26:439-452.
13. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2004; 11:109-116.
14. Turgay A. Disruptive Behavior Disorders: Child and Adolescent Screening and Rating Scale for Children, Adolescents, Parents, and Teachers. West Blomfield, MI: Integrative Therapy Institute Publication, 1994.
15. Ercan E, Amado S, Somer O, Çikoğlu S. Development of A Test Battery for the Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2001; 8:132-144.
16. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:885-890.
17. Öncü B, Ölmez Ş. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:252-259.
18. Sayar K, Güleç H, Ak I. Reliability and validity study of Toronto Alexithymia Scale. 37th National Psychiatry Symposium, Istanbul, 2001.
19. Güleç H, Köse S, Güleç M, Çitak S, Evren C, Borckardt J, et al. Reliability and Factorial Validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2009; 19:214-220.
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.

21. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
22. Pelc K, Kornreich C, Foisyl ML, Dan B. Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol* 2006; 35:93-97.
23. Sinzig J, Morsch D, Lehmkuhl G. Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17:63-72.
24. Corbett B, Glidden H. Processing affective stimuli in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Neuropsychol* 2000; 6:144-155.
25. Cadesky EB, Mota VL, Schachar RJ. Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1160-1167.
26. Shapiro EG, Hughes SJ, August GJ, Bloomquist ML. Processing of emotional information in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychol* 1993; 9:207-224.
27. Miller M, Hanford RB, Fassbender C, Duke M, Schweitzer JB. Affect recognition in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2011; 15:452-460.
28. Rapport LJ, Friedman SR, Tzelepis A, Van Voorhis A. Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2002; 16:102-110.
29. Edel MA, Edel S, Kruger M, Assion HJ, Juckel G, Brune M. Attachment, recalled parental rearing, and ADHD symptoms predict emotion processing and alexithymia in adults with ADHD. *Ann Gen Psychiatry* 2015; 14:43.
30. Tatar ZB, Yargıç İ, Oflaz S, Büyükgök D. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda duygu tanımının dikkat ve dürtüsellik belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2015; 26:172-180.
31. Ateş MA, Algül A, Gülsün M, Geçici Ö, Özdemir B, Başoğlu C, et al. Antisozyal kişilik bozukluğu olan genç erkeklerde aleksitimi, saldırganlık ve psikopati ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46:135-139.
32. Shin DW, Lee SJ, Kim BJ, Park Y, Lim SW. Visual attention deficits contribute to impaired facial emotion recognition in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropediatrics* 2008; 39:323-327.
33. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:978-987.
34. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:546-557.
35. Reeves JC, Werry JS, Elkind GS, Zimetkin A. Attention deficit, conduct, oppositional, and anxiety disorders in children: II. Clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:144-155.
36. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1468-1484.
37. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics* 2003; 111:1232-1237.
38. Durukan İ, Erdem M, Tufan AE, Cöngöloğlu A, Yorbık Ö, Türkbay T. DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2008; 9:217-223.
39. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Fam Med* 1995; 27:176-179.
40. Whalen CK, Henker B. The child with attention deficit hyperactivity disorder in family contexts. HC Quay, AE Hogan (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, New York: Kluwer, 1999, p.139-155.
41. Whalen CK, Henker B, Buhmester D, Hinshaw SP, Huber A, Laski K. Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:545-549.
42. Patterson GR. Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. MF Lenzenweger, JJ Haugaard (Eds.), *Frontiers of Developmental Psychopathology*, New York: Oxford University Press, 1996, p.81-124.
43. Banaschewski T, Becker K, Scherag S, Franke B, Coghill D. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19:237-257.
44. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1313-1323.
45. Kuntsi J, Rijdsdijk F, Ronald A, Asherson P, Plomin R. Genetic influences on the stability of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms from early to middle childhood. *Biol Psychiatry* 2005; 57:647-654.
46. Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004; 7:32-41.
47. Şimşek Ş, Gökçen C, Fettahoğlu Ç. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam PNBD* 2012; 25:230-237.