

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal

A. Şebnem Soysal¹, Birgül U. Bayoğlu², Kıvılcım Gücüyener³

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Psikoloji Doktoru, ³Pediyatri Profesörü, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi ²Aile Sağlığı Uzmanı

SUMMARY: Soysal AŞ, Bayoğlu UB, Gücüyener K. (Department of Pediatrics, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey). Physical abuse and neglect in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011; 54: 148-153.

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurobehavioral developmental disorder. It is the most commonly studied and diagnosed psychiatric disorder in children, affecting about 3-5% of children globally, with symptoms starting before seven years of age. It is a health condition involving biologically active substances in the brain. ADHD may affect certain areas of the brain that allow problem solving, planning ahead, understanding others' actions, and impulse control. A specific cause of ADHD is not yet known. There are, however, a number of factors that may contribute to ADHD, including genetics, diet and social and physical environments. In our study, the injury rates of 116 children with ADHD and of 84 school-aged children composing the control group and their relationship with physical abuse/neglect were examined. While 25% of the children with ADHD diagnosis were exposed to accidents and injuries, this rate was 3.6% among children in the control group. Fifty percent of the children with ADHD diagnosis had an accident and injury history that included road traffic accidents or falling off a bike, while 52% had a history of injuries that suggested neglect and physical abuse, such as a broken arm or burn. The history of recurrent injury in children with ADHD, particularly among boys, leads to suspicion of neglect. In conclusion, ADHD is a diagnosis that increases the rate of accident and injury in childhood. An elaborative investigation of children with ADHD with an injury history, in terms of physical abuse and neglect, may prevent more serious injuries in the future. In addition, it can accelerate activation of family support mechanisms.

Key words: physical abuse, neglect, attention-deficit hyperactivity disorders, children.

ÖZET: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yaşlarına oranla kalıcı ve sürekli dikkatsizlik ve/veya daha sık hiperaktivite, dürtü kontrolünde yetersizlik olan bir bozukluktur. Fiziksel istismar/ihmal çocuğun kaza dışı her türlü yaralanmasıdır. DEHB olan çocuklarda yaralanma riski dikkatsizliğe ve aşırı harekete bağlı olarak daha yüksek görünmekle birlikte bu yaralanmalarda fiziksel istismar ve ihmalin rolü aydınlatılmamaktadır.

Çalışmamızda DEHB tanısı alan 116 çocuk ile kontrol grubunu oluşturan 84 okul çağı çocuğunun yaralanma oranları ve fiziksel istismar/ihmal ilişkisi incelendi. DEHB tanısı olan çocukların %25'i kaza ve yaralanmaya maruz kalırken kontrol grubu çocuklarda bu oran %3.6' idi. DEHB tanılı çocukların kaza ve yaralanma öykülerinde trafik kazası, bisikletten düşme gibi kazaların oranı % 50; kol kırığı, yanık gibi ihmal ve fiziksel istismarı düşündürülen yaralanma oranı % 52 bulundu. Özellikle DEHB'li erkek çocukların %30'unda tekrarlayan yaralanma öyküsü, ihmal olgusu şüphesi uyandırmaktaydı. Sonuç olarak DEHB, çocukluk çağında kaza ve yaralanma oranını artıran bir tanıdır. Ancak yaralanma öyküsü olan DEHB'li çocukların fiziksel istismar ve ihmal yönünden ayrıntılı sorgulanması, gelecekte ortaya çıkabilecek daha ciddi yaralanmaları önleyebilir. Aynı zamanda aile destek mekanizmalarının devreye sokulmasını hızlandırabilir.

Anahtar kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ihmal, fiziksel istismar, çocuk.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) temel özelliği, kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliği nedeniyle davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzluktur. Bunun sonucu olarak, çocukta gelişimsel olarak uygunsuz dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik ve ataklık vardır. Başlangıcı genellikle üç yaş dolaylarında olmakla birlikte, tanının düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve konsantrasyon gelişmesinin beklendiği ilkökula gidene dek konamayacağı belirtilmektedir.¹ Aşırı hareketlilik ve dikkati sürdürme zorluğu öğrenmeyi etkileyen, akran ilişkilerinde, ev ortamında ve sınıf içinde önemli disiplin sorunlarına yol açan bir durumdur. Genellikle 3-5 yaşlarında çocuklar hareketlidir ve dikkatlerini uzun süre yoğunlaştıramazlar. Okul öncesinde bu hareketlilik çocuğun kendisine ya da aynı ortamdaki arkadaşları ve öğretmenlerine sıkıntı yaratıyorsa sorun olmaktadır. Kreşte yerinde duramayan, oyunları bölen, arkadaşlarına vurup-iten, tehlikeli bir şekilde yükseklere tırmanan ve atlayan çocuklar aile ve eğitimcilerin yakınmaları üzerine değerlendirilmekte ve bu dönemde de uzman danışmanlığı gerekebilmektedir. Tanı ise ilköğretim çağına konulmaktadır.²⁻⁴

DEHB'li çocukların en bilinen özellikleri sürekli hareket halinde olma, sıkça düşme, ciddi yaralanmaların olması, yüksek tonda ve sürekli konuşma, sınır koyucu davranışları reddetmedir. Söz konusu belirti kümesi aileler ve eğitimciler tarafından bir süre sonra kanıksanmakta, kaza ve yaralanmalar hastalığın bir parçasıymış gibi algılanmaktadır. Bu durumda DEHB'de ihmal/istismar konusunu gündeme getirmektedir.^{5,6}

Çocuk istismarı ve ihmali; anne, baba, bakıcı, öğretmen gibi çocuğa bakmakla yükümlü kişiler ya da yabancılar tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişimi engelleyen, sağlığın bozulmasına neden olan tutum ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır.⁷⁻⁹

Çocuk ihmali ve istismarı bireyin sağlığını ve refahını zedeleyen, çocukta yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur.¹⁰ Tanınması en kolay olan istismar şekli fiziksel istismar olup çocuğun fiziksel olarak zedelenmesi yanında duygusal olarak da yıpratmaktadır.¹¹ Ancak DEHB gibi hastalığın doğasından kaynaklanan sakarlık, sıkça yaralanma öykülerinin olması başlangıçta ihmali ve/veya istismarı gölgeleyebilir. Bu

nedenle ihmale çok açık bir grup olan DEHB'li çocukların bu açıdan daha ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada DEHB tanısı alan 116 çocuk ile kontrol grubunu oluşturan 84 okul çağı çocuğunun yaralanma oranları ve fiziksel istismar/ihmale ilişkisi incelenmiştir.

Materyal ve Metot

İlköğretim 1-5. sınıfa giden, 6-10 (72-131 ay) yaş/sınıf grubundaki, çocuk nörolojisi ve/veya çocuk psikiyatri polikliniklerine ilk defa başvurmuş ve/veya daha önce DEHB tanısı almış, ancak en az iki aydır ilaç tedavisi görmeyen, eşlik eden farklı bir psikiyatrik (özellikle öğrenme güçlüğü, kaygı bozukluğu, duyu durumu bozukluğu gibi), nörolojik ve/veya pediatrik bozukluğu bulunmayan, en az normal zeka düzeyine sahip (Toplam ZB≥90-129; Sözel ve Performans ZB≥80), aralarında birinci dereceden akrabalık ilişkisi bulunmayan, herhangi bir düzeltilmemiş görme ve/veya işitme bozukluğu bulunmayan, renkleri ve sayıları tanıma becerisine sahip 116 (32 kız, 84 erkek) DEHB hastası değerlendirildi. Kontrol grubuysa, Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (DİE) 2000 Yılı Binalar Cetveli'ndeki (DİE, 2000) gelişmişlik kodlarına göre alt, orta ve üst sosyoekonomik düzeyi temsil edebilecek olan, Ankara'nın Keçiören, Mamak ve Çankaya ilçelerindeki Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı ilköğretim okullarına devam eden öğrenciler arasından seçildi. Kontrol grubunu, herhangi bir psikiyatrik, pediatrik ve nörolojik hastalığı olmayan, normal ve üzeri zeka bölümüne sahip 84 (25 kız, 59 erkek) çocuktan oluşmaktaydı.

Bilgi Toplama Formu (BTF), zeka bölümünü belirlemek için Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Geliştirilmiş Formu (WISC-R) ve DEHB tanısının doğruluğunun belirlenmesi ve eş bozuklukları dışlamak için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (K-SADS-PL; Schedule For Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version) uygulandı. K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APB 1987)¹¹ ve DSM-IV (APB 1994)¹² tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları¹³ tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme

formudur. K-SADS-PL'nin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları¹⁴ tarafından yapılmıştır. Dört ana tanı grubuna (kayı bozuklukları, DEHB, dışa atım bozuklukları ve tik bozuklukları) yönelik olarak dört hafta aralıklı yapılan test-tekrar test güvenilirliği ise 0.62 ile 0.87 arasında değişmektedir. DEHB için (n=8) güvenilirlik ise 0.68 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada yer alan çocukların zeka düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği 1949 yılında Wechsler tarafından geliştirilmiş, 1974 yılında gözden geçirilmiş form (WISC-R; Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised) oluşturulmuştur. WISC-R; Sözel (SZB) ve Performans (PZB) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. WISC-R'in Türk çocukları üzerinde standardizasyonu Savaşır ve Şahin¹⁵ tarafından 6-16 yaş grubunda 1639 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. İki yarım test güvenilirliği, SZB için 0.97, PZB için 0.93 ve TZB de 0.97 olmuştur. Alttestler arası korelasyon, 0.51 ile 0.86 arasında değişmiştir.

DEHB hastalarının belirlenmesinin ilk aşamasında, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik temel yakınmalarıyla çocuk psikiyatrisi polikliniklerine yönlendirilen tüm katılımcılar DSM-IV tanı ölçütlerine bağlı olarak değerlendirilmiştir. Ardından DSM-IV'e göre "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları" ana başlığı altında toplanan tüm ölçütler katılımcılar ve anneleriyle sorgulanmıştır. Bu görüşmede ailelere bilgi toplama formu uygulanmış, ihmal ve istismara ilişkin sorular sorulmuştur. Daha sonra okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi uygulanmış, eşhastalanım öyküsü olmayan DEHB'li katılımcılar belirlenmiştir. Daha sonra çocuklar Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) değerlendirilmiştir.

Tüm bu uygulamalar sonucunda elde edilen

verilerin analizi, SPSS 13 (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı - Statistical Program for Social Sciences) sürümü ile yapılmıştır. Sosyodemografik verilerde betimsel istatistikler yapılmıştır. DEHB-Kontrol grupları ve cinsiyete göre yaralanma öyküsü olma durumunun karşılaştırılması için ki-kare testi kullanılmıştır. P<0.05 değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Yaralanma ve zeka testi ortalama puanları arasında ilişki için t-testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmada yer alan 200 çocuktan 57'si kız, 143'ü erkekti. Çocukların 116'sı DEHB (32 kız, 84 erkek), 84'ü (25 kız, 59 erkek) ise kontrol grubunda yer almaktaydı. Kızların 32/57 si (%56), erkeklerin 84/143 ü (%58) DEHB tanısı almıştı.

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 8.4 ± 2.0 idi. DEHB, kontrol grubu ve DEHB'in alttipleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Çocukların zeka testi (WISC-R) ortalamaları Sözel Zeka Bölümünde 103.75 ± 9.77 , Performans Zeka Bölümünde 104.62 ± 11.31 ve Toplam Zeka Bölümünde 104.38 ± 10.44 olarak belirlendi. Altтип tanılara göre de sözel ve performans zeka bölümleri benzerdi; kontrol grubu için zeka testi ortalamaları SZB için 110.71 ± 8.27 ; PZB için 109.387 ± 7.95 ; TZB için 110.54 ± 8.07 olarak bulundu.

Zeka bölümü ve yaralanma arasında bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Yaralanma ve DEHB tanısı arasında istatistiksel bir ilişki bulundu ($p < 0.001$) (Tablo I). DEHB tanısı olan çocukların %25'i kaza ve yaralanmaya maruz kalırken kontrol grubu çocuklarda bu oran %3.6 idi. Özellikle DEHB tanılı erkek çocuklarda yaralanma öyküsü olanların oranı %27.3'tü. DEHB tanılı kızlarda da yaralanma oranının % 18.8 olması DEHB ve yaralanma ilişkisini ortaya koymaktaydı (Tablo II). Altтиpler açısından

Tablo I. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (dehb) ile yaralanma öyküsü arasındaki ilişki.

Grup	Yaralanma Öyküsü				Toplam		P
	Var		Yok		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
DEHB	29	25.0	87	75.0	116	58.0	
Kontrol	3	3.6	81	96.4	84	42.0	<0.001
Toplam	32	16.0	168	84.0	200	100.0	

yaralanmalarda bir fark bulunmamakla birlikte, DEHB-HD alttipinde yer alan çocukların frekans olarak daha sık yaralanmaya maruz kaldıkları belirlendi.

Yaralanma öyküsü olan DEHB tanılı çocukların %52'si kol kırığı, yanık gibi ihmal ve fiziksel istismarı düşündüren yaralanma olayları yaşamışlardır. İhmal-fiziksel istismar olgusunu düşündüren yaralanmalar kol kırığı, bacak kırığı, yüksekte, mama sandalyesinden düşme, yanık, cama elini geçirme türündedir. Bu kazaları geçirme oranı DEHB tanılı kızlarda 3/6, erkeklerde 12/23 arasındadır.

Tartışma

Doğumdan itibaren çocuğun en sağlıklı yaşayabileceği ortam ailesinin yanındır. Aile, çocuğun gelişmesi, büyümesi, kendini ifade edebilmesi, bilgilenmesi ve toplumda çeşitli rol ve sorumluluklar üstlenmesinden birinci derece sorumludur. Çocuğun hasta olduğu durumda ise, ailenin sorumluluğu daha da artmaktadır. Özellikle psikiyatrik hastalığı olan bir çocuğa sahip ailelerle çalışılırken ailenin çocuğa yaklaşımı, hastalığı kabulünü gibi etmenlerin tedavi üzerinde ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmada da, zeka bölümü normal ve üzerinde, belirgin bir sosyal ve bilişsel işlev kaybı olmayan DEHB'li çocukların hastalığın genel özelliklerinden dolayı ihmal ve/veya istismarla ne derece karşı karşıya kaldıkları irdelenmiştir.

Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte DEHB erkek çocuklarda kızlara oranla daha fazla görülmektedir.^{3,4} Çalışmamızda da DEHB'nun erkeklerde üç kat daha fazla görülmesi yazınla uyumludur. Bu eğilim biyolojik, genetik, hormonal farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi sosyokültürel etkenlerden de kaynaklanabilir.

Çünkü, DEHB nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Konu ile ilgili araştırmalar, genetik, nörokimyasal, beyin görüntüleme, kurşun etkisi, diyet ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik olarak sürdürülmektedir.^{16,17} Bu nedenle de, genellikle bozuklukta biyolojik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir.

Yazın incelendiğinde DEHB'nun 6-9 yaş grubu çocuklar arasında en yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir.¹⁸ Bu durum; zihinsel çaba gerektiren sınıfta ders dinleme, verilen bir görevi yerine getirme, ard arda gelen uyarıları izleyebilme, ders çalışma, ödev yapma gibi dikkat eksikliği belirtilerinin ve sınıfta sürekli oturma güçlüğü, sınıf içi kurallara uyma, dürtüsellik gibi hiperaktivite belirtilerinin okul döneminde ön plana çıkması ile ilgili olabilir. Bizim çalışmamızda yer alan DEHB olan çocukların yaş ortalaması 8.4 ± 2.0 bulundu; bu da yazın ile uyumludur.

DEHB olan bireylerin büyük bir çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri birlikte görülse de, bazı bireylerde bir belirti örüntüsü baskın olabilmektedir. Bu nedenle DSM-IV de DEHB tanısı için üç alttip tanımlanmıştır.¹ DEHB-Dikkat eksikliği ve DEHB-Bileşik alttipleri okul çağı çocuklarında yaklaşık olarak aynı oranda görülmektedir.^{19,20} Ülkemizde yapılan bir çalışmada, alttiplere göre DEHB dağılımı % 1 DEHB-DE, % 1.5 DEHB-HD ve % 4 DEHB-B olarak belirlenmiştir.²¹ Çalışmamızda DEHB olan katılımcıların alttiplere göre dağılımında sıklık sırasında DEHB-B tip birinci, DEHB-DE ikinci, DEHB-H üçüncü sırada yer almıştır. Bu çalışmada saptanan sıklık sırası daha önce klinik örneklemede bildirilen sıra ile uyumludur.^{16,22-23}

Tablo II: Erkek ve kız çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (dehb) ile yaralanma öyküsü arasındaki ilişki.

		Yaralanma öyküsü var n (%)	Yaralanma öyküsü yok n (%)	Toplam n (%)	P
Erkek	DEBH	23 (27)	61 (73)	84 (58.7)	<0.001
	Kontrol	3 (5.1)	56 (94.9)	59 (41.3)	
	Toplam	26 (18.1)	117 (81.9)	143	
Kız	DEHB	6 (18.8)	26 (81.2)	32 (56)	<0.001
	Kontrol	0	25 (100)	25 (44)	
	Toplam	6 (10.5)	51 (89.5)	57	

Tablo III. DEHB ve kontrol grubu arasında yaralanma ilişkisi.

	DEHB n (%)	Kontrol n (%)	p
N	116 (58)	84 (42)	
Cinsiyet			
Kız	32 (27.6)	25 (29.7)	0.737
Erkek	84 (72.4)	59 (70.3)	
Yaş (ortalama ± SD)	7.9±1.4	8.1±1.5	>05
Yaralanma	29 (28.6)	3 (5.1)	<0.01
Yaralanma: Kız	6 (18.8)	0	0.524
Yaralanma: Erkek	23 (27.3)	3 (5.1)	
Yaralanma tipleri:	0		
Yanık	6 (5.1)		
Kırık	8 (6.8)	2 (2.3)	
Düşme	11 (9.4)	1 (1.2)	
Cam kesmesi	4 (3.4)	-	
*İhmal şüphesi	15 (12.9)	-	<0.01

*İhmal şüphesi, aynı çocuğun birden fazla ve kırık, yanık türü yaralanma öyküsü varlığına bağlanmıştır. Bir çocuğun ilk sekiz yıl içinde kırık ve yanık türü yaralanma yaşantılarının sayısı ihmal bulgusunu düşündürücü niteliktedir. Bu nedenle "şüpheli" teriminin daha doğru olacağı düşünülmüştür.

DEHB, çocukluk çağında kaza ve yaralanma oranını artıran bir tanıdır. ADHD ile fiziksel istismar ve ihmal olgusunun birlikteliğini irdeleyen çalışmalara yazında rastlanmamıştır. Buna karşın ADHD fiziksel istismar ve ihmal için bir risk faktörüdür. Bu çalışmada ADHD li erkek çocukların 7/23'ünde birden fazla yaralanma olayının bulunması hem erkek hem ADHD tanısı olan çocukların ihmal açısından risk oluşturduğunu düşündürmektedir. Oysa kontrol grubu ve ADHD'li kız çocuklarında tekrarlayan yaralanma hiç görülmemiştir.

Yaralanma öyküsü olan DEHB'li çocukların fiziksel istismar ve ihmal yönünden ayrıntılı sorgulanması, gelecekte ortaya çıkabilecek daha ciddi yaralanmaları önleyebilir. Aynı zamanda aile destek mekanizmalarının devreye sokulmasını hızlandırabilir.

Öte yandan, yanık, ciddi yaralanma ve kaza öyküleriyle kliniklere başvuran çocuklar da DEHB açısından değerlendirilmelidir. DEHB, belirtileri erken yaşlarda tanındığında ve aile destek programları zamanında devreye sokulduğunda aile ve çocuğun yaşam kalitesini artıran bir tanıdır. Çocuğun ve ailenin sağlık takip sistemi dışında tek başına bırakıldığı durumlarda ihmal ve fiziksel istismar gibi ek bir ciddi travma ile de karşılaşılma olasılığı artmaktadır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. - Revised). Washington, DC: APB Press, 2000.
2. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford, 1990.
3. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 2237-2248.
4. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biol Psychiatry 2005; 57: 1215-1220.
5. Ouyang L, Fang X, Mercy J, Perou R, Grosse SD. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. J Pediatr 2008; 153: 851-856.
6. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl 2001; 25: 279-290.
7. Pizarro RA, Billick SB. Current issues in child abuse. Curr Opin Pediatr 1999; 12: 665-668.
8. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obstet Gynecol 2000; 12: 349-355.
9. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA (eds). World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002: 57-86.
10. Griffin ML, Amodeo M. Predicting long-term outcomes for women physically abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. Child Abuse Negl 2010; 34: 724-733.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and

- Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. – Revised). Washington, DC: APB Press, 1987.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). Washington, DC: APB Press, 1994.
 13. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children - present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1997; 36: 980-988.
 14. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-116.
 15. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1995.
 16. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1998; 37: 305-313.
 17. Barkley RA. Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part 1: The executive functions and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2000; 39: 1064-1068.
 18. Weiss G, Hechtman LT. *Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children Adolescents, and Adults* (2nd ed). New York: Guilford, 1993.
 19. Morgan MA. Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the office. *Pediatric Clinics of North America* 1999; 56: 871-884.
 20. Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell R. Psychiatric, neuropsychological and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS (eds). *Neurobiology of Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press Inc., 1998: 788-801.
 21. Şenol S, Şener S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde: Güleç C, Köroğlu E (eds). *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. cilt). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999: 1119-1130.
 22. Lee DO, Ousle OY. Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adoles Psychopharmacol* 2006; 16: 737-746.
 23. Şenol S, Soysal AŞ. Okul öncesi dönemde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İçinde: Karakaş S (ed). *Kognitif Nörobilimler Kitabı*. Ankara: Nobel Kitapevi, 2008: 385-402.