

T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERİŞKİNLERİN  
DİKKAT EKSİKLİĞİ, HİPERAKTİVİTE, DÜRTÜSELLİK BELİRTİLERİ İLE  
EŞTANI VE PSİKOSOSYAL PROFİLİ**

Dr. Duygu Biçer

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. YANKI YAZGAN

İSTANBUL, 2004



*Psikiyatri eğitimimde emeği geçen, destek ve güvenlerini hissettiğim Prof. Dr. Esat Oğuz Göktepe, Prof. Dr. Hakan Yney, Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur, Doç. Dr. Kaan Kora, Yrd. Doç. Dr. ağrı Yazgan, Yrd. Doç. Dr. Volkan Topçuoğlu, Yrd. Doç. Dr. Kemal Kuşçu'ya; esirgemediği bilgi ve deneyimleri ile tez çalışmamdaki yardım ve katkılarından dolayı Prof. Dr. Yankı Yazgan'a; Yaşamımın son beş yılını paylaştığım uzman ve asistan arkadaşlarıma; asistanlık eğitimim esnasında tanıma şansı bulduğum fakültemizin değerli ğretim üyelerine; çalışmamın temelini oluşturan hastalara ve kontrol grubu olarak gönüllü yardımları için hastane çalışanlarına; sabır ve emeği için Psk. Ceyda Dedeoğlu'na, görüşlerini paylaştığı için Doç. Dr. Doğan şahin'e teşekkürlerimi sunarım.*

*İyi ve kötü tüm zamanlarımda yanımda olduğu, sevgi ve zenini hissettirdiği için eşim Serkan'a sonsuz teşekkürler...*

## İÇİNDEKİLER

<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>3</b>
2.1. Tarihçe	3
2.2. Epidemiyoloji	4
2.3. Etyoloji	5
2.4. Tanı ve Klinik Özellikler	10
2.5. Eştanılı Bozukluklar	13
2.6. Ayırıcı Tanı	14
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>17</b>
3.1. Örneklem ve Kontrol Grubu	17
3.2. Veri Toplama Araçları	17
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	21
<b>4. BULGULAR</b>	<b>22</b>
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	<b>35</b>
<b>6. ÖZET</b>	<b>40</b>
<b>7. ABSTRACT</b>	<b>42</b>
<b>8. KAYNAKLAR</b>	<b>44</b>
<b>9. EKLER</b>	<b>51</b>

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan ve temel belirtileri %30-70 oranında erişkin dönemde de devam eden kronik, gelişimsel bir bozukluktur. Temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite olan bu bozukluk hastaların erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal alanlar ile eğitim/meslek alanlarında sorunlar yaşamalarına neden olur. Bu da hastaların genel işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin olumsuz şekilde etkilenmesiyle sonuçlanır (Wender, 1995).

DEHB ile yapılan takip çalışmaları DEHB'li çocukların dörtte birinin genç erişkinlikte de DEHB tanı ölçütlerini karşıladığını, üçte ikisinin ise tanı ölçütlerini karşılamamasına rağmen üç temel belirtinin en az birini karşılamaya devam ettiğini ve bu devam eden belirtilere bağlı olarak genel işlevsellikte bozulmanın varlığının bildirildiğini göstermektedir (Weiss ve Hechtman, 1986b; Faraone ve ark., 2000b). Bu durumda mevcut tanı koyma sistemlerindeki DEHB tanı ölçütleri, çocukluk çağına özgü belirtilere ağırlık verdikleri için erişkin dönemde tanıyı koymada yetersiz kalmaktadır. Ayrıca erişkin dönemde hem psikiyatrik eştanı oranlarının yüksek olması hem de DEHB belirtilerinin bazı psikiyatrik hastalıkların belirtileriyle örtüşmesi bu dönemde hastalığın tanınmasını daha da güçleştirmektedir. Çalışmaların sonuçları erişkin dönemde DEHB ile belirtileri en fazla örtüşen psikiyatrik hastalıkların; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları, DEHB ile en sık birlikte görülen hastalıkların ise alkol kullanımı, madde kullanımı, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları olduğunu göstermektedir (Wender, 1995). DEHB'si olan erişkinlerde toplam eğitim süresinin daha kısa, okul başarısının daha düşük, sınıf tekrarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu bireylerin mesleki yaşamlarında daha sık sorun yaşadıkları, beklenenden daha düşük akademik ve mesleki performans gösterdikleri bulunmuştur (Manuzza ve Klein, 2000). Yüz yetmiş iki DEHB'li erişkinin, DEHB'si olmayan 30 erişkinle karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB'si olan erişkinlerin daha fazla psikolojik problemler, trafik kurallarının ihlali ve ehliyete el konulması dahil olmak üzere daha sık kural

ihlali, daha fazla iş değişikliği, daha düşük iş performansı ve daha çok sayıda ayrılık ve boşanma bildirdikleri bulunmuştur (Murphy ve Barkley, 1996; kink: Faraone ve ark., 2000b).

DEHB'nin kronik seyirli olması ve psikiyatrik eştanı oranının yüksek olması erişkin dönemde bu bozukluğun tanınabilmesinin önemini artırmaktadır.

Bu çalışmada, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- Dördüncü Baskı'ya (DSM-IV, 1994) göre DEHB tanısı alan erişkinlerin dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri, psikiyatrik eştanı varlığı ve sosyodemografik profili açısından normal kontrollerle karşılaştırılması ve erişkin dönemdeki DEHB'nin özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çeşitli isimler altında 19. yüzyıldan beri tanımlanmakla beraber son yıllarda psikiyatride merak uyandıran bir araştırma konusu haline gelmiştir. Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi temel belirtileri erken çocuklukta başlayan, sıklıkla ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde de devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB, hastaların biliş, algı ve dikkat kapasitelerindeki bozukluklar nedeniyle davranışsal, sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlar yaşamalarıyla kendini gösterebilir (Goldstein, 2002).

### 2.1. Tarihçe

DEHB ile ilgili olarak ilk kez Still (1902) yayınladığı makalesinde, çocuklarda 'Defects in Moral Control' adı altında hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, dikkat problemleri ve davranım bozukluklarını içeren bir davranışsal problem kümesi tanımlamış ve etyolojisinin çevresel faktörler rol oynayabilse de büyük olasılıkla genetik sebeplere bağlı olabileceğini bildirmiştir. Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan letarjik ensefalit epidemisi sırasında, ensefalit geçirmiş olan çocuklarda hastalıktan sonra gelişen ve Still'in tanımladığına benzeyen hiperaktivite, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişkenliği Kahn ve Cohen (1934), ('Organically Driven') 'organik' olarak tanımlamışlar ve bu durumun beyin sapındaki hasara bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir. Daha sonra Bradley (1937), amfetamin tedavisiyle hiperaktif çocukların belirtilerinde düzelme saptayarak bu durumu ('Minimal Brain Dysfunction/MBD') 'Minimal Beyin Disfonksiyonu' olarak isimlendirmiştir (Weiss ve Hechtman, 1986a; Wender, 2001).

Knobloch ve Pasamanick (1959), yaptıkları çalışmada MBD olan çocukların belirti şiddetinin öğrenme bozuklukları, hiperaktivite gibi hafif sekelden, mental retardasyon, serebral palsi gibi ciddi anormalliklere varan geniş bir aralıkta olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca Clements ve Peters tarafından

1960'lı yıllarda hiperaktif çocukların sadece küçük bir kısmında beyin hasarı olduğu ortaya konulmuştur.

DSM-II sınıflandırmasına (1968), ('Hyperkinetic Reaction of Childhood') 'Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu' adıyla giren bu hastalık, farklı bir tanı grubu olarak ilk kez DSM-III'te (1980) dikkat eksikliği belirtisinin önemi vurgulanarak 'Dikkat Eksikliği Bozukluğu' adı altında ve hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olmak üzere iki alt tipe yer almıştır (Weiss&Hechtman,1986).

DSM-III-R sınıflandırmasında (1987) 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' adıyla yer alan bu bozuklukta Hiperaktivite olmadan Dikkat Eksikliği Bozukluğu alt tipi 'Farklılaşmamış Dikkat Eksikliği Bozukluğu' adıyla farklı bir hastalık olarak tanımlanmıştır. DSM-IV'te (1994) yine 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' adı altında en son şeklini alarak belirtilerin özelliğine göre üç alt tipe ayrılmıştır. Bunlar; 1-Dikkatsizliğin önde geldiği alt tip, 2- Hiperaktivite-İmpulsivitenin önde geldiği alt tip ve 3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bileşik tip olarak adlandırılmaktadır (Wender, 2001).

Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması'nda (ICD-10, 1992) ise bu hastalığa, hiperaktivite belirtisinin önemi vurgulanarak 'Hiperkinetik Bozukluklar' adı verilmiştir (McCracken JT, 2000).

DSM-III sınıflandırmasından önceki tanımlamalarda bu hastalığın erişkin dönemde devam etmesiyle ilgili bir bilgiye yer verilmezken, DSM-III ve sonraki sınıflandırmalarda farklı tanımlamalarla, belirtilerin erişkin dönemde devam edebileceği bildirilmiştir (Wozniak, 2003). Bu konudaki ilk sistematik araştırma 1976'da Wood ve Reimherr'in başında bulunduğu Utah grubu tarafından başlatılmıştır. Bunu takip eden yıllarda erişkin dönemde DEHB konusundaki ilgi ve araştırmalar artarak devam etmektedir (McCracken JT, 2000).

## **2.2. Epidemiyoloji**

DEHB'nin okul çağı çocukları arasındaki yaygınlığı %2-12 olarak bildirilmiştir (Sagvolden ve ark.). DEHB'nin yaygınlığı çocuklarda tahminen %3-9 ve erkeklerde daha fazladır (Todd, 2000). Yapılan çalışmaların hemen hepsinde

erkeklerde kızlara göre en az iki-üç kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Wender, 2001).

DEHB'nin belirtileri her zaman olmasa da genellikle 7 yaşından önce kendini gösterir. Hiperaktivite belirtilerinin daha belirgin olduğu alt tiplerde başvuru yaşı daha erken olmaktadır. Ortalama başlangıç yaşları hiperaktivite alt tipi için 5,7 yıl, bileşik tip için 8,5 yıl ve dikkatsizlik alt tipi için 9,8 yıl olarak bulunmuştur. Dikkatsizlik belirtilerinin daha belirgin olduğu alt tiplerde akademik performans daha düşük bulunmuştur (Biederman, 1998).

Cinsiyet açısından yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaların sonuçlarına göre erkek/kız oranı yaklaşık 10/1 olarak bulunmuştur. Epidemiyolojik çalışmalarda bu oran 2/1'dir. Kız çocuklarda dikkatsizlik ve bununla ilgili belirtilerin daha fazla görülmesi ve hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin olması durumunda kliniğe başvuruların daha fazla olması bu oranlar arasındaki farkı açıklayabilir; kız çocuklarda DEHB tanısının eksik konduğu düşünülebilir (Biederman, 1998).

DEHB tanısı alan çocukların %50-70'inde belirtiler ergenlik ve genç erişkinlik döneminde de devam eder (Cantwell, 1996). Erişkin dönemdeki yaygınlığının belirlendiği epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır. Çocukluk dönemindeki yaygınlık ve erişkin dönemde devam etme oranlarından hesaplanan sonuçlara göre DEHB'nin erişkin dönemdeki yaygınlığının %1-6 olduğu tahmin edilmektedir (Wender, 2001).

### **2.3. Etyoloji**

DEHB'nin ortaya çıkmasıyla ilgili elde edilen bulgular, DEHB'de tek bir sebepten çok, birden çok etkenin rol aldığı hipotezini desteklemektedir. Tüm nöropsikiyatrik durumlarda olduğu gibi çevresel, genetik ve biyolojik faktörlerin etyolojisinde birlikte rol alabileceği düşünülmektedir (Spencer ve ark., 2002).



### **2.3.1.Çevresel faktörler**

#### **2.3.1.1. Doğum öncesi sorunlar ve doğum travması**

DEHB'nin ortaya çıkmasında zor doğumların rolü olabileceği uzun zamandan beri düşünülmekle birlikte yeni araştırmalar doğum problemleri ve fetal sıkıntının etkisinin çok az olduğunu göstermektedir. Diğer yandan gebelik döneminin sağlıksız koşullarda geçirilmiş olmasının DEHB'nin oluşmasında etken olabileceğine işaret eden çalışmalara da rastlanmaktadır (Ingersol ve Golstein, 1993). Ebeveynlerde DEHB belirtilerinin olmasından bağımsız olarak, in utero dönemde sigara ve alkole maruz kalma ile düşük doğum ağırlığı öyküsü olanlarda DEHB gelişme riskinin iki-üç kat, ebeveynlerinde DEHB belirtileri olanlarda ve genetik faktörlerin varlığında bu riskin sekiz kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Spencer ve ark., 2002).

#### **2.3.1.2. Diğer çevresel faktörler**

Kurşun zehirlenmesi, gıda alerjileri ve kötü beslenme gibi bazı çevresel faktörlerin DEHB oluşmasında etken olabileceği düşünülse de bu faktörlerle DEHB arasında ilişkinin varlığını gösteren herhangi bir bulgu bulunmamaktadır (Ingersol ve Golstein, 1993).

### **2.3.2. Aile çalışmaları**

DEHB'li çocukların aile bireylerinde, DEHB'li olmayan çocukların aileleriyle karşılaştırıldığında DEHB belirtilerinin dört kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Ingersol ve Goldstein, 1993). Evlat edinme ve ikiz çalışmalarının sonuçları da ailesel geçişi destekler niteliktedir; DEHB'li olan ve olmayan çocukların kardeşleri ile yapılan bir çalışmada DEHB'li olanların kardeşlerinde DEHB belirtilerinin daha fazla oranda olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu oranın ikiz kardeşler arasında daha fazla ve monozigot ikizler arasında da en fazla olduğu gözlenmiştir (Szartmani ve ark., 1993; Silberg ve ark., 1996; Todd, 2000). DEHB'si olan ebeveynlerin çocuklarında DEHB görülme riskinin daha yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma bildirilmiştir.

Ayrıca ergenlik döneminde belirtileri devam eden DEHB'li çocukların ailelerinde, belirtileri bu dönemde geçmiş olan çocukların aileleriyle karşılaştırıldığında daha fazla ailesel yatkınlık saptanmıştır (Faraone ve ark., 2000;kynk:Faraone2000a). İkiz çalışmalarının sonuçlarına göre DEHB için monozigot konkordans tahminleri  $r= 0,47$  ile  $0,83$  arasında bulunmuştur (Silberg ve ark., 1996;kynk:Sharp ve ark, 2003; Thapar ve ark., 2001). Bir diğer çalışmanın sonuçları da DEHB için monozigot konkordansı  $0,66$ , dizigot konkordansı ise  $0,28$  olarak bulmuştur (Tannock, 1998; kynk: Sharp ve ark, 2003).

### **2.3.3. Moleküler genetik çalışmalar**

Çocuklarda yapılan çalışmalarda DEHB'nin etyolojisinde rol oynayan bazı genlerin varlığı saptanmıştır: D2 dopamin reseptör geni, dopamin-B-hidroksilaz geni, dopamin transporter geni (DAT) ve D4 dopamin reseptör geni (DRD4) (Faraone ve ark., 2000b). DRD4 geninin 7 tekrarlı aleli ile DEHB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların meta analizinin sonucu da bu ilişkinin varlığını desteklemektedir (Faraone ve ark., 2001). DRD4 geni ile ilişkili değişikliklerin DEHB'ye yol açtığı düşünülen dopamin reseptörüne yanıtızlığa aracılık etmesi nedeniyle bu gen özel önem taşımaktadır. Ayrıca DRD4 geninin varyantları, DEHB olan erişkinlerin ailelerindeki DEHB ile de ilişkili bulunmuştur (Faraone ve ark., 2000b).

### **2.3.4. Beyin görüntüleme çalışmaları**

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının hepsi DEHB'nin biyolojik temelli bir bozukluk olduğunu gösterse de DEHB ile ilişkili olabilecek spesifik nöroanatomik yapılar, beyin görüntüleme tekniklerinin gelişmesiyle tanımlanmaya başlamıştır (Giedd ve ark., 2001).

DEHB'li çocuklarda yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmaları DEHB'si olanlarda kontrollere göre prefrontal korteks, striatum, serebellum ve korpus

kallozumda değişiklikler saptamışlardır (Castellanos, 1997;kynk:Faraone ve ark., 2000b).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) tekniğinin kullanıldığı ilk çalışmalarda DEHB'li çocuklarda kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bazı beyin yapılarının hem volümünün daha küçük olduğu hem de normal beyin asimetrisinin kaybolduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda bu beyin yapıları, özellikle prefrontal korteks ve bazal ganglionlar, dopamin reseptörlerinin yoğun miktarlarda olduğu bölgelerdir (Jensen, 2000).

Hem çocuk hem erişkin DEHB'li olgularla yapılan Fonksiyonel MRI (fMRI) çalışmalarında, DEHB'li olgularda kontrol grubuna göre striatum, anterior singulat korteks ve prefrontal kortekste kan akımında azalma saptanmıştır (Jensen, 2000).

DEHB'li erişkinlerle yapılan fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları özellikle frontal beyin bölgelerine odaklanmıştır. Pozitron Emisyon Tomografi (PET) kullanılarak yapılan bir çalışmada erişkin DEHB olgularında premotor korteks ve superior prefrontal kortekste yaygın ve bölgesel glukoz metabolizmasında azalma saptanmıştır (Zametkin ve ark., 1990;kynk:Giedd ve ark., 2001). Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) yönteminin kullanıldığı ve DEHB'si olan çocukların kardeşlerinin kontrol grubu olarak alındığı bir çalışmada da DEHB'li ergenlerde benzer beyin bölgelerinde azalmış metabolizma saptanmıştır (Amen ve ark., 1993).

Bush ve ark.nın (1999) yaptığı bir çalışmada DEHB'li erişkinlerde DEHB'si olmayanlara göre frontal lobun iç yüzü ile komşu olan ve dorsolateral prefrontal korteksle güçlü bağlantıları olduğu bilinen anterior singulat kortekste hipoaktivasyon saptanmıştır (Faraone ve ark., 2000b).

DEHB'li 17 erişkin ile 23 sağlıklı kontrol grubunun Fluoro-DOPA [F18] ile PET kullanılarak üç beyin bölgesinin (prefrontal korteks, striatum ve orta beyin) karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB'si olan grupta, kontrol grubuna göre sadece prefrontal korteks aktivasyonunda belirgin azalma olduğu saptanmıştır. Değişikliğin en belirgin olduğu alanların ise orta ve sol prefrontal korteks olduğu belirlenmiştir. [F18]-DOPA ile PET tekniğinin kullanıldığı bu çalışmada erişkin DEHB'lilerde düşük düzeyde dopamin

aktivitesi saptanmıştır. Aynı araştırmacıların diğer bir bulgu olarak orta beyindeki DOPA düzeylerini yüksek bulmuş olmaları, DOPA dekarboksilaz aktivitesinin anormal olduğuna işaret etmektedir (Ernst ve ark., 1998;kynk:Faraone ve ark., 2000b).

### **2.3.5. Ebeveynin rolü**

Ebeveynin rolü ve aile ilişkilerinin etkisi esas faktör olmasa da DEHB'de önemli bir etkindir. Özellikle DEHB'nin şiddeti, eştanıların tabloya eklenmesi, tedaviye uyum ve hastalığın seyri açısından ebeveynin rolünün önemini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Woodward ve ark., 1998). Ancak ebeveynin rolü ile DEHB arasındaki ilişkinin varlığının gösterilmesinin dışında bu iki durum arasında etyolojik bir ilişki bildirilmemiştir.

### **2.3.6. Nöropsikolojik bir model**

DEHB ile ilişkili bilişsel ve davranışsal defisitlerini açıklamak için prefrontal korteks işlevlerinden olan 'yürütücü işlevlerde bozulma' modeli ortaya atılmıştır. Barkley'in modeline göre hedefe ulaşmak için kişilerin hareketlerini planlamasını ve kontrol etmesini sağlayan beş yürütücü işlev içermektedir; 1. ('response inhibition') 'tepkileri ketleyebilme' (tepkileri geciktirme ve durdurma, sözel ve motor dürtüleri kontrol etme), 2. ('nonverbal working memory') 'sözel-olmayan işlek bellek' (geçmiş ve gelecek kavramının olması, kendiliğin farkında olma), 3. ('verbal working memory') 'sözel işlek bellek' (kendiliğin sorgulanması, kendiliğin tanımlanması, tutum geliştirme için sözel dilin kullanılması), 4. ('self-regulation of emotion and motivation') 'emosyonların ve motivasyonun düzenlenmesi' (kişilerin emosyonlarının ve motivasyonun kontrolü ile hedeflere ulaşma çabasını sürdürme), 5. ('reconstitution') 'yeniden kurma' (yeni tepkiler oluşturmak üzere deneyimlerin işlek bellekte analiz edilmesi). Barkley, tanımlanan beş yürütücü işlevden özellikle tepkileri ketleyebilmenin DEHB'de eksik olduğunu ve diğer dört yürütücü işlevi de etkileyerek psikolojik ve sosyal yetilerde bozulmaya yol ağabileceği fikrini ortaya atmıştır (Spencer ve ark., 2002). DEHB'yi daha iyi

tanımlamak amacıyla son yıllarda yapılan çalışmalar özellikle yürütücü işlevlere odaklanmaktadır ve kortikal-striatal döngülerle ilişkili nöropsikolojik teoriler araştırılmaktadır (Rapport ve ark., 2001; Slaats-Willemse ve ark., 2003; Murphy, 2002).

## 2.4. Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB'nin temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/ya da benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite-impulsivitenin olmasıdır. Bozukluğu oluşturan hiperaktivite-impulsivite ya da dikkatsizlik belirtilerinin en azından bazıları 7 yaşından önce bulunmalıdır. Buna karşın birçok bireyde belirtiler uzun yıllar sürdükten sonra tanıya varılabilir. Belirtiler ve yol açtıkları aksaklıklar en az iki ortamda (örn. evde ve okulda ya da işte) ortaya çıkmalıdır. Tablo-2.4.1'de DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri gösterilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

**Tablo 2.4.1. DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri.**

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) aşağıdaki **dikkatsizlik** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

*Dikkatsizlik*

- (a) çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar
- (b) çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık
- (c) doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür
- (d) çoğu zaman yönergeleri izlemez ve oluk ödevlerini, ufak ödevlerini, işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)
- (e) çoğu zaman üzerine aldığı görevleri etkinlikler düzenlemekte zorluk çeker
- (f) çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir
- (g) çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler)
- (h) çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık
- (i) günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır

(2) aşağıdaki **hiperaktivite-impulsivite** semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

*Hiperaktivite*

- (a) çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur
- (b) çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar

devamı arkada

- (c) çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)
- (d) çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır
- (e) çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır
- (f) çoğu zaman çok konuşur  
*İmpulsivite (dürtüsellik)*
- (g) çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır
- (h) çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır
- (i) çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına bumunu sokar)

**B.** Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

**C.** İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda –ya da işte- ve evde).

**D.** Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

**E.** Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

*Tipine göre kodlayınız:*

**314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip:** Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa

**314.00 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:** Son 6 ay boyunca A1 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

**314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip:** Son 6 ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamışsa

**Kodlama Notu:** O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) "Kısmi remisyonda" olarak belirlenmelidirler.

DSM-IV'e göre DEHB tanısının konulabilmesi için dikkatsizlik ve/ya da hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden herbiri için en az 6 ölçütü karşıyor olması gerekmektedir. Bireylerin büyük çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de impulsivite belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bu örüntülerden biri ya da diğeri daha baskındır. DEHB, daha baskın olan belirti kümesine göre üç alt tipe ayrılmaktadır:

1- DEHB, Bileşik Tip

2- DEHB, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip

3- DEHB, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994).

DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin dönemde DEHB tanısının konulması konusunda bazı güçlükler bulunmaktadır. Mevcut ölçütlerin bazılarının çocukluk dönemine ait özellikleri içermesi ve erişkin döneme



uygulanamaması bu güçlüklerden biridir. Bu ölçütlerin erişkin dönemde DEHB belirtilerini karşılamakta yetersiz olmasının yanında, diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileriyle de örtüşüyor olması araştırmacıları farklı tanı modelleri arayışına yöneltmiştir. Wender ve arkadaşlarının geliştirdiği Utah ölçütleri bunlardan biridir. Tablo-2.4.2'de Utah ölçütleri özetlenmiştir (Wender, 1995).

**Tablo 2.4.2. Utah ölçütlerine göre erişkin DEHB tanı ölçütleri.**

- Çocukluk çağında DEHB öyküsünün olması
- Erişkin dönemde aşağıdakilerden 1 ve 2 numaralı belirtilerin olması ve buna diğer belirtilerden en az ikisinin eşlik etmesi gerekir:
  - A. Motor hiperaktivite
  - B. Dikkat eksikliği
  - C. Dürtüsellik
  - D. Dağınıklık, planlama/organizasyon problemleri
  - E. Strese tahammülsüzlük, aşırı tepkisellik (emotional over reactivity)
  - F. Duygudurumda değişkenlik (afektif labilite)
  - G. Çabuk parlamak/kolay öfkelenme (hot temper)
  - H. İlişkili Özellikler; evlilik problemleri, zekası ve eğitiminden beklenenden daha düşük mesleki ve akademik başarı, alkol ya da madde kötüye kullanımı, psikoaktif ilaçlara karşı tipik olmayan yanıtlar, aile öyküsünde aile bireylerinde çocukluk çağı DEHB hikayesi, antisosyal kişilik bozukluğu ve Briquet sendromu varlığı.

Ayrıca Brown Ölçütleri, Copeland ölçütleri gibi diğer araştırmacılar tarafından geliştirilen tanı ölçütleri bulunmaktadır (Adler ve Cohen, 2003).

DEHB, tanısı klinik değerlendirmeye konulan bir bozukluk olduğu için bu amaçla geliştirilen ölçekler bulunmaktadır (Tablo 2.4.3).

**Tablo 2.4.3. Erişkin DEHB Değerlendirme/Derecelendirme Ölçekleri.**

- Copeland Symptom Checklist \*\*(Copeland, 1989)
- Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward ve ark., 1993)
- Adult Report Scale (ARS) \*(Weyandt, 1995)
- Brown ADD Scale \*\*(Brown, 1996)
- Attention Deficit Scales for Adults (ADSA) \*(Triolo and Murphy, 1996)
- Symptom Inventory for ADHD \*(Barkley, 1998)
- Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) \*(Erhardt ve diğ., 1999)
- Young ADHD Questionnaire- Self Report and –Informant Report (YAQ-S ve YAQ-I) (Young, 2003)
- Adult ADHD Rating Scale \*\*(Adler, 2003)

\*(kaynak: McCann ve Roy-Byrn, 2004)

\*\* (kaynak: Adler LA ve Cohen J, 2003)

## **2.5. Eşanlı Bozukluklar**

DEHB, erişkin dönemde başka bir psikiyatrik bozukluk olmaksızın tek başına %23-40 oranında görülmektedir (Biederman ve ark. 1993). Erişkin dönemde de çocukluk döneminde olduğu gibi eşanlılık oranları yüksektir. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre erişkin dönemde DEHB'nin alkol kullanım bozuklukları (%34), madde kullanım bozuklukları (%9-30) (Biederman ve ark., 1993), duygudurum bozuklukları (%10-65) ve anksiyete bozuklukları (%32-50) ile birlikteliği sıktır (Horing, 1998). Aynı zamanda Barkley ve arkadaşları antisosyal kişilik bozukluğu (%12-27) başta olmak üzere, pasif-agresif kişilik bozukluğu (%19), sınır kişilik bozukluğu (%14), histriyonik kişilik bozukluğu (%11) ve kaçınan kişilik bozukluğu (%11) ile eşanlılığını bildirmişlerdir (Barkley, 1998). Çocukluk çağında Öğrenme bozukluğu ile



birlikteliğinin yaklaşık %20 oranında olduğu bilinmektedir. Ancak erişkin dönemde DEHB ile Öğrenme bozukluğu birlikteliğini değerlendiren sistematik araştırma bulunmamaktadır (Marks ve ark., 2001).

## 2.6. Ayırıcı Tanı

DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla eştanılılığının sık olmasının yanı sıra bu eştanılı durumların birçoğunun belirtileri ile DEHB'nin belirtileri yüksek oranda örtüşmektedir. Bu durum hastaların değerlendirilmesini oldukça güçleştirir. Diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileriyle örtüşmesine rağmen DEHB'deki bu belirtiler birçok açıdan farklı özellikler gösterir;

DEHB'de görülen duygudurum değişiklikleri ile diğer duygudurum bozuklukları arasında belirtilerin şiddet ve süresi açısından niteliksel farklar vardır. DEHB'deki duygudurum değişiklikleri, epizod süresinin günler/haftalar sürdüğü siklotimi ve distiminin aksine dakikalar/saatler sürer. Heyecan hissinden ötimik duyguduruma, ötimiden depresif duyguduruma 'yuvarlanma' şeklinde tanımlanır. DEHB'de yaşanan deneyim 'öfori'den çok 'heyecan hissi'dir, yaşanan olaylarla tetiklenebilir ve aynı şekilde kötü bir haberle veya hayal kırıklığı ile sonlanabilir. Bu şekli ile hipomaniden ayrılabilir (Wender, 1995).

Manik epizod belirtilerinden motor hiperaktivite, konuşmada artış ve kolay çelinebilirlik, DEHB belirtileriyle örtüşmektedir. Ancak belirtilerin genellikle erken erişkinlik döneminden sonra ortaya çıkması, akut başlaması ve epizodlar halinde seyretmesi bu iki bozukluğu birbirinden ayırır. Başlangıcı ergenlik döneminden önce olan juvenil mani; belirtilerin epizodlar halinde ve akut olmaktan çok kronik ve sürekli olmaya eğilimli olması, iritabilite ve depresif belirtilerin tabloya eşlik ettiği karma duygudurumun öforiden daha sık görülmesi ve hızlı/çok hızlı döngülü seyretmeye meyilli olması nedeniyle DEHB belirtileri ile yüksek oranda örtüşmektedir. Bu iki hastalığın ayrımını yapmada bilinen en önemli ölçüt, belirtilerin başlangıç yaşıdır (Biederman ve ark., 1996).

Major depresyonda görülen anhedoni, ilgide azalma, suçluluk hissi, intihar fikirleri ve iştah/uyku düzensizlikleri gibi belirtiler DEHB'deki duygudurum değişikliklerine genellikle eşlik etmez. DEHB olan bireyler bu dönemi 'hayal kırıklığı', 'cesaret azlığı' ve 'can sıkıntısı' olarak tanımlarlar.

Kronik, hafif seyirli depresyon olarak bilinen distiminin belirtileri de DEHB belirtileri ile benzerlikler gösterebilir. Distiminin görüldüğü hastalarda tabloya major depresif epizod da eklenebilir. Bu durumda dahi, mevcut duygudurum değişiklikleri DEHB'de hızlı ve kısa olan duygudurum geçişlerinden farklıdır (Wender, 1995).

Hastalıkların başlama yaşı ve seyri açısından bakılacak olursa, DEHB olan bireyler ergenlikten önce de afektif belirtilerin varolduğunu belirtirler. Yaşam zorluklarıyla beraber iniş-çıkışlar göstermekle beraber afektif belirtilerin hiçbir zaman yok olmadığını ifade ederler. Bu yönüyle major depresyon hastaları epizod içinde olmadıkları zaman, dikkat/bellek problemleri, ajitasyon, iritabilite gibi DEHB'de de olan belirtilerin olmaması ile de DEHB olan bireylerden ayrılır (Wender, 1995).

DEHB ile kişilik bozuklukları, özellikle Sınır kişilik bozukluğu (SKB) belirtileri de benzerlikler gösterir. DEHB'de görülen dürtüsellik, öfke patlamaları, afektif labilite ve can sıkıntısı hissi SKB'de de görülmektedir. Ancak her iki bozuklukta da görülebilen bu belirtiler arasında bazı farklılıklar vardır; Dürtüsellik DEHB'de kısa sürelidir, şiddeti daha hafiftir ve düşünmeden yapılmış bir eylem niteliğindedir. SKB'de ise dürtüsellik daha ciddi olabilir, öfkenin bir sonucudur ve bazen aşırı derecede alışveriş yapma, tıknırcasına yemek yeme gibi kompulsif davranışlar şeklinde olabilir (Wender, 1995). Her iki bozuklukta da görülebilen öfke patlamalarına baktığımızda DSM-IV'de SKB için tanımlanan öfke, uygunsuz, yoğun ve sürekli olan veya öfke kontrolünün olmadığı bir belirti olarak tanımlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). DEHB'de ise öfkenin ani başlayıp çabuk yatışan, sürekliliği olmayan bir doğası vardır. Ayrıca SKB'da görülen intihar ile aşırı uğraş, kimlik karmaşası, kendini sürekli olarak boşlukta hissetme, gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme gibi diğer belirtiler DEHB'de görülmez (Wender, 1995).

DEHB ile örtüşen belirtilerin görüldüğü diğer hastalık grubu da Anksiyete bozukluklarıdır. Milberg ve ark.nin yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre hem DEHB hem de Yaygın anksiyete bozukluğunun beraber görüldüğü hastalarda her iki hastalıkta da olan 'huzursuzluk' ve 'konsantrasyon güçlüğü' belirtileri çıkartıldıktan sonra da bu komorbiditenin %75 oranında devam ettiği bildirilmiştir (Milberg ve ark., 1995).

DEHB'nin gerek diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbiditesinin yüksek olması ve gerekse bazı belirtilerinin bu bozuklukların belirtileriyle örtüşmesi özellikle erişkin dönemde hastalıkları birbirinden ayırmayı güçleştirir. Bireylerin çocukluk çağı öyküleri ve hastalıkların seyirinden elde edilecek bilgiler bu ayırımı yapmada en önemli ölçüttür (Murphy, 1994).

Bu çalışmada DEHB'nin, psikososyal gelişim süreci içinde çocukluk çağından erişkin döneme geldiğinde;

- a- dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin nasıl devam ettiği,
- b- bu belirtilerle beraber eksen-I psikiyatrik hastalıklar, Kişilik bozuklukları ve genel psikopatoloji varlığı bakımından ne tür psikiyatrik problemleri getirdiği,
- c- eğitim ve sosyal yaşamı nasıl etkilediği,
- d- DEHB'si olanların ailelerindeki psikiyatrik hastalıklar ve DEHB ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem ve Kontrol Grubu**

Çalışmaya, Nisan 2003 - Mart 2004 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan 36 kişi alındı. Kontrol grubu ise MÜTF çalışanları arasından (beş kişi 6.sınıf öğrencisi olmak üzere) çalışmaya katılmayı kabul eden 40 gönüllüden oluşturuldu. Çalışmaya katılan kişilere çalışmayla ilgili bilgilendirme formu verildi ve bu kişilerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini gösteren yazılı onam alındı.

Çalışmada, genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan dikkatsizlik ve/veya dürtü kontrol problemi saptananlar DEHB açısından iki ayrı hekim tarafından değerlendirildi. Yapılan değerlendirme sonucunda DSM-IV'e göre DEHB tanısı konulanlar hasta grubunu oluşturdu. Şimdiki ve çocukluk dönemine ait bilgilerin doğru elde edilebilmesi amacıyla, hatırlamayla ilgili sorunlar yaşanabileceğinden değerlendirme sırasında Major Depresyon tanı ölçütlerini karşılayan hastalar çalışmaya alınmadı.

Kontrol grubuna alınan bireyler, MÜTF Hastanesinde çalışan, son altı ay içinde herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş gönüllülerden oluşturuldu. Yapılan klinik değerlendirme sonucunda, DEHB ve değerlendirme sırasında mevcut dönem için Major Depresyon tanısını alanlar çalışmaya dahil edilmedi.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1. Yarı-yapılandırılmış form kullanılarak yapılan klinik görüşme**

Her iki grubun sosyodemografik özellikleri, araştırmacı tarafından geliştirilen yarı-yapılandırılmış form kullanılarak klinik görüşme ile elde edildi. Elde edilen veriler üç başlık altında toplandı;

### **3.2.1.1. DEHB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri**

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, eğitimde sene tekrarı, Tik Bozukluğu varlığı, çocuklukta Davranım Bozukluğu varlığı, intihar girişimi, fiziksel agresyonu kontrol etmede güçlük, kızgınlığı ifade etmede güçlük, öfkenin geçme süresi.

### **3.2.1.2. DEHB grubunun başvuru şekli ve klinik özellikleri**

*Başvuru şekli* (kendisinde DEHB olduğunu düşünerek başvuranlar ve genel psikiyatri polikliniğinden DEHB olduğu düşünülerek DEHB polikliniğine sevk edilenler), *başvuru şeklinin ait olduğu belirti grubu*; dikkat eksikliği (örn. "konsantre olamıyorum, hiçbir şeye odaklanamıyorum"), hiperaktivite (örn. "yerimde duramıyorum, uzun süre bir yerde kalınca sıkıntı hissediyorum"), dürtüsellik ("çok sabırsızım, aklıma geleni hemen yapmak istiyorum, öfkeme hakim olamıyorum, sonra da pişman oluyorum"), duygudurumla ilgili (örn. "mutsuzum, hiçbirşeyden keyif alamıyorum") ve diğer belirtiler, *çocuklukta DEHB belirtileri, erişkinlikteki DEHB belirtileri ile çocuklukta DEHB tanısı/ tedavisi olup olmadığı.*

### **3.2.1.3. DEHB ve kontrol grubunun psikiyatrik ve tıbbi soygeçmiş**

Aile ile ilgili bilgiler çalışmaya katılan kişilerden elde edildi. Soygeçmiş için Türkçe'de standart bir görüşme bulunmadığından ötürü "geçmiş doktor başvurusu" olması esas alınarak tanının varlığına karar verildi. Ailede Tik Bozukluğu, Davranım Bozukluğu ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu varlığı geçmiş doktor başvurusu olmasına bakmaksızın klinik görüşmeyle değerlendirildi. Ayrıca anne-baba-kardeşlerde doktora başvurmuş olmak esas alınarak Obsesif Kompulsif Bozukluk varlığı, klinik görüşme ile rahatsız edici düzeye ulaşmış endişe/evham, titizlik ve düzenlilik huylarının varlığı değerlendirildi.

DSM-IV'e göre eksen I ve II tanıları iki klinisyen tarafından SCID-I ve SCID-II kullanılarak yapılandırılmış klinik görüşme yöntemi ile saptandı. Ayrıca hastalara ve kontrol grubuna Wender-Utah derecelendirme ölçeği (WURS),

Belirti tarama ölçeği (SCL-90-R), Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ölçekleri verildi.

### **3.2.2. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon (structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinical version) (SCID-I CV)**

DSM-IV'e göre major eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir. İlk olarak DSM-III'e göre (1987), daha sonra DSM-III-R'ye göre (1990) ve en son hali DSM-IV'e göre hazırlanarak güvenilirliği yapılmıştır (First ve ark. 1997; kynk: Çorapçioğlu ve ark., 1999 ). Türkiye için uyarlama ve güvenilirliği yapılmıştır (Çorapçioğlu ve ark., 1999).

### **3.2.3. DSM-III-R kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme, (structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders) (SCID-2)**

DSM-III-R sınıflandırmasına göre II. ekseninde Kişilik Bozukluğu tanılarını koymak amacıyla Spitzer ve ark.(1990) tarafından geliştirilen, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir (kynk; Sorias ve ark., 1990). Bireyleri 12 Kişilik Bozukluğu açısından değerlendirir. Bunlar; Kaçingın Kişilik Bozukluğu, Bağımlı Kişilik Bozukluğu, Obsesif Kişilik Bozukluğu, Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu, 'Kendini Zarara Uğratan' (Self Defeating) Kişilik Bozukluğu, Paranoid Kişilik Bozukluğu, Şizoid Kişilik Bozukluğu, Şizotipal Kişilik Bozukluğu, Histriyonik Kişilik Bozukluğu, Narsistik Kişilik Bozukluğu, Sınır Kişilik Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Sorias ve ark., 1990).

### **3.2.4. Wender-Utah derecelendirme ölçeği (Wender-Utah Rating Scale) (WURS)**

DEHB ile ilişkili çocukluk çağı ve erişkin dönemdeki belirti ve bulguları değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir. İlk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır (Ward ve ark. 1993). Herbir maddesinin '0' ile '4' arasında derecelendirildiği (0=hiç, 4=aşırı) beşli likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. DEHB tanısı için kesme puanı 46 ve üstü gerekmektedir. WURS'un hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (McCann ve ark., 2000). Ülkemizde üniversite öğrencileri için güvenilirlik ( $\alpha=,88$ ) çalışması yapılmış (Afrin ve ark., 2003), bir önceki formu bir tez çalışmasında kullanılmıştır (Taybıllı, 1999). (Ek.1)

### **3.2.5. Belirti tarama ölçeği (symptom check list) (SCL-90-R)**

Hem klinik hem de araştırma durumlarında, deneklerin ruhsal belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek için ilk kez 1974'te Derogatis tarafından geliştirilmiş ve 1977'de aynı kişi tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular, bugün dahil son 1 hafta göz önünde bulundurularak yanıtlanır. Dokuz alt birim şu şekilde adlandırılmıştır: somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası hassasiyet, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm. Ayrıca bir ek belirtiler alt birimi de tanımlanmıştır. Alt ölçek puanları, bireyin maddelere verdiği yanıtların puanlarının sayısal toplamının o alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile belirlenir. Üç ayrı genel puan hesaplaması yapılmaktadır. Bunlar; 1-Genel Belirti Ortalaması (GBO), 2-Pozitif Belirti Düzeyi (PBD), 3-Pozitif belirti Toplamı'dır (PBT). Tüm alt testlerden alınan puanların toplamının 90'a bölünmesiyle GBO elde edilir. Her bir alt test ve



GBO'nun yorumlanmasında 0'dan 1.5'a kadar olan puanlar "normal" kabul edilir, 1,5-2,5 arası "araz düzeyi yüksek", 2,5-4 arası "araz düzeyi çok yüksek" olarak yorumlanır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2000; Öner, 1997). (Ek.2)

### **3.2.6. Beck depresyon ölçeği (Beck depression inventory) (BDÖ)**

Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961'de geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. '0' ile '3' arasında derecelendirilen dördümlü Likert tipinde cevaplanan 21 maddeden oluşmaktadır. Testten en düşük 0, en yüksek 63 puan alınabilir. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif-orta, 19-29 puanlar arası orta-şiddetli ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu belirlemektedir. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir (Aydemir ve Köroğlu 2000). (Ek.3)

### **3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (SPSS for Windows, 10.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Demografik veriler, DEHB grubunun klinik özellikleri, grupların aile öyküsü, eksen I ve II eştanı dağılımları için ki-kare; eksen I-II eştanı oranları ve ölçek puanlarının değişik gruplara göre farklılık gösterip göstermediğini bulmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA); ölçeklerin puanları arasındaki korelasyonu ve eştanı sayısı ile ölçek puanları arasındaki korelasyonu belirlemek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

Sosyodemografik özellikler ile WURS-25 puanlarında farklılık olup olmadığına tek yönlü ANOVA ile bakıldı. Çok sayıda analiz yapıldığından, hata payını azaltmak için 'Bonferroni correction' yapıldı.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya alınanlar arasından DEHB grubundan iki kişi, kontrol grubundan bir kişi kağıt-kalem ölçekleri eksik olduğundan değerlendirme dışında bırakılmıştır.

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

DEHB ve kontrol grubundan oluşan çalışmada grupların sosyodemografik özellikleri tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Yaş ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.1. DEHB ve Kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri.**

		DEHB (n =34)	Kontrol (n =39)	p	
Yaş	ort ± ss (min-max)	28,59±10,08 (17-55)	30,62±5,72 22-46		
Toplam Eğitim Süresi	ort ± ss (min-max)	12,5±2,5 (6-17)	13,5±3,01 (5-19)		
		%	n	%	n
Cinsiyet	Kadın	38,2	13	51,3	20
	Erkek	61,8	21	48,7	19
Medeni Durum	Evli	23,5	8	46,2	18
	Bekar	64,7	22	51,3	20
	Dul	2,9	1	-	-
	Boşanmış	8,8	3	2,6	1
*Çalışma Durumu	Çalışıyor	35,3	12	87,2	34
	Çalışmıyor	64,7	22	12,8	5
Eğitim	İlkokul	5,9	2	5,1	2
	Ortaokul	8,8	3	-	-
	Lise	58,8	20	28,2	11
	Yüksekokul	2,9	1	41,0	16
	Üniversite	17,6	6	20,5	8
Yüksek Lisans	5,9	2	5,1	2	

<b>Eğitimde Sene Tekrarı</b>		63,6	21	12,8	5	p<0,01
<b>Okulda Disiplin Cezası Alma</b>		32,4	11	1	2,6	p<0,01
<b>Fiziksel Agresyonu Kontrol Etmede Güçlük</b>		75,8	25	-	-	p<0,01
<b>Kızgınlığı İfade Etmede Güçlük</b>		82,4	28	30,8	12	p<0,01
<b>Öfkenin Geçme Süresi</b>	<b>Çok çabuk</b>	32,4	11	38,5	15	
	<b>Birkaç saat</b>	41,2	14	59,0	23	
	<b>**Bir gün</b>	20,6	7	2,6	1	
	<b>İki-üç gün</b>	5,9	2	-	-	
<b>Davranım Bozukluğu Öyküsü</b>		11,8	4	-	-	p<0,05
<b>Tik Bozukluğu (çocuklukta ya da şimdi)</b>		30,3	10	-	-	p<0,01
<b>İntihar Girişimi</b>		18,2	6	7,7	3	

\*İstatistiksel değerlendirilmeye alınmadı.

\*\* (p<0,01)

Medeni durumla ilgili olarak, DEHB grubunda bekar olma ve boşanmış olma oranları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ancak oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Eğitim durumları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi ve toplam eğitim süresi açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır. Ancak eğitimde sene tekrarı DEHB grubunda daha fazla ve oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01). Okulda disiplin cezası alanların oranı DEHB grubunda yüksek bulunmuştur (p<0,01).

Fiziksel agresyonu kontrol etmede güçlük ve kızgınlığı ifade etmede güçlük DEHB grubunda daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

( $p<0,01$ ). Öfkenin geçme süresi açısından bakıldığında ise DEHB grubunda bir günden daha uzun sürelerin oranı bir günden kısa sürelerden az olmakla beraber kontrol grubuna göre daha fazla ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,01$ ).

Davranım Bozukluğu ve Tik Bozukluğu oranları DEHB grubunda daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırayla  $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ).

#### 4.2. DEHB Grubunun Başvuru Şekli ve Klinik Özellikleri

DEHB grubunun başvuru şekli ve DEHB belirtileri açısından klinik özellikleri tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. DEHB grubunun klinik özellikleri.

		DEHB	
		%	n
Başvuru Şekli	Kendisi başvuranlar	47,1	16
	Genel poliklinikten sevk edilenler	52,9	18
Başvuru Şikayetinin Ait Olduğu Belirti Grubu	Dikkat eksikliği	73,5	25
	Hiperaktivite	17,6	6
	Dürtüsellik	38,2	13
	Duygudurumla ilgili	23,5	8
	Diğer	35,3	12
Çocuklukta DEHB belirtileri	Dikkat eksikliği	94,1	32
	Hiperaktivite	70,6	24
	Dürtüsellik	76,5	26
Erişkinlikte DEHB belirtileri	Dikkat eksikliği	91,2	31
	Hiperaktivite	44,1	15
	Dürtüsellik	91,2	31
Çocuklukta DEHB tanısı/tedavisi		14,7	5

Çocuklukta dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin oranları ile erişkinlikteki oranları karşılaştırıldığında, erişkin dönemde hiperaktivite oranlarının azaldığı bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

### 4.3. Psikiyatrik ve Tıbbi Soygeçmiş

Her iki grubun psikiyatrik ve tıbbi soygeçmiş özellikleri tablo 4.3.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.3. DEHB ve Kontrol grubunun psikiyatrik ve tıbbi soygeçmişi.**

Aile Öyküsü	DEHB		Kontrol		p
	%	n	%	n	
DEHB	24,2	8	-	-	p<0,01
Anksiyete Bozukluğu	30,3	10	10,3	4	p<0,05
Major Depresyon	48,5	16	-	-	p<0,01
Bipolar Bozukluk	6,1	2	2,6	1	
Psikotik Bozukluk	6,1	2	5,1	2	
Alkol Bağımlılığı	45,5	15	5,1	2	p<0,01
Madde Bağımlılığı	18,2	6	-	-	p<0,01
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	15,2	5	-	-	p<0,05
Tik Bozukluğu	27,3	9	7,7	3	p<0,05
Davranım Bozukluğu	12,1	4	-	-	p<0,05
İntihar Girişimi	24,2	8	7,7	3	
Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	6,1	2	7,7	3	
<b>Psikiyatrik Öykü (toplam)</b>	<b>84,8</b>	<b>28</b>	<b>28,2</b>	<b>11</b>	<b>p&lt;0,01</b>
Obsesif Kompulsif Bozukluk*	21,2	8	2,6	1	p<0,01
Endişe/Evham*	53,1	17	33,3	14	
Titizlik*	56,3	18	30,8	12	p<0,05
Düzenlilik*	62,5	20	25,6	10	p<0,01
<b>Tıbbi Öykü</b>	<b>36,4</b>	<b>12</b>	<b>28,2</b>	<b>11</b>	

\*Anne,baba ve kardeşlerde.

DEHB grubunda ailede psikiyatrik öykü varlığı oranı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01). Ayrıca ailede DEHB varlığı, Duygudurum bozukluğu varlığı, Alkol-Madde bağımlılığı varlığı, Antisosyal kişilik bozukluğu varlığı, Obsesif Kompulsif bozukluk, Tik bozukluğu, Davranım bozukluğu varlığı ve intihar girişimi varlığı

oranları tek tek karşılaştırıldığında da DEHB grubunda daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Aile öyküsünde endişe/evham, titizlik ve düzenlilik özelliklerinin varlığı açısından bakıldığında, herbiri DEHB grubunda daha fazla olmakla beraber, titizlik ve düzenlilik özelliğindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

#### 4.4. Eksen-I Psikiyatrik Hastalık Eştanıları

Her iki grubun eksen-I eştanı dağılımı tablo 4.4.1.'de, eştanı varlığı tablo 4.4.2.'de gösterilmektedir.

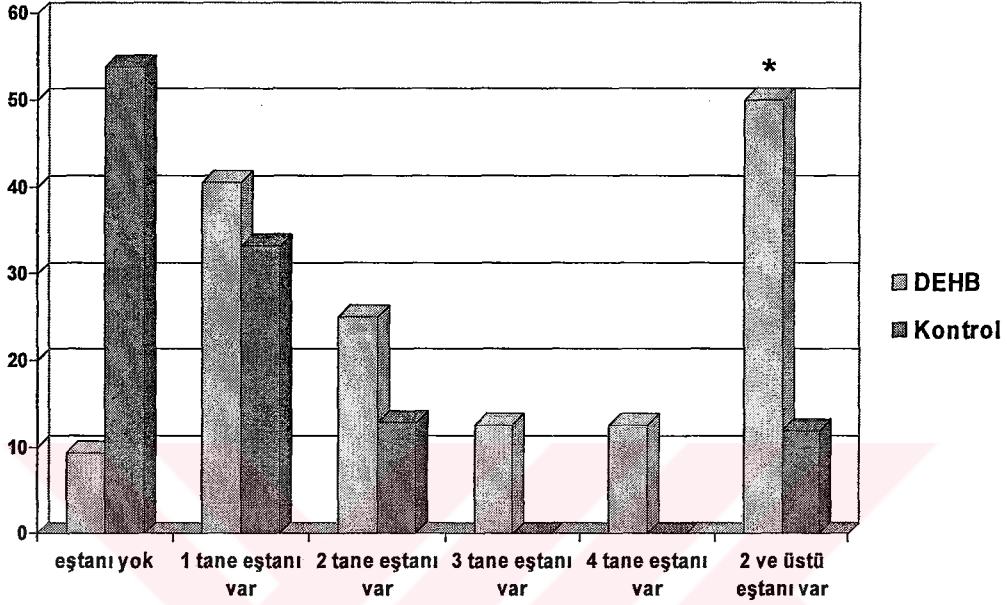
**Tablo 4.4.1. DEHB ve Kontrol grubundaki eksen-I psikiyatrik hastalıklar eştanı dağılımı.**

EKSEN-I	DEHB		Kontrol		p
	%	n	%	n	
Major Depresyon (geçirilmiş)	43,8	14	30,8	12	
Distimik Bozukluk	-	-	2,6	1	
Bipolar Bozukluk	6,3	2	-	-	
Psikotik bozukluk	-	-	-	-	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	21,9	7	-	-	$p<0,01$
Panik Bozukluk	3,1	1	-	-	
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	-	-	-	-	
Sosyal Fobi	25,0	8	15,4	6	
Özgül Fobi	25,0	8	10,3	4	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3,1	1	-	-	
Alkol Kullanım Bozukluğu	25,0	8	-	-	$p<0,01$
Madde Kullanım Bozukluğu	18,8	6	-	-	$p<0,01$
Somatoform Bozukluk	6,3	2	-	-	
Uyum Bozukluğu	-	-	-	-	
Diğer	-	-	-	-	

DEHB grubunda en sık görülen eksen-I eştanısının Major Depresyon olduğu saptanmıştır. Ancak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında oranlar arasındaki fark anlamlı değildir. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu,

Madde Kullanım Bozukluğu oranları DEHB grubunda daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

**Şekil 4.4.1. DEHB ve kontrol grubunun eksen-I eştanı varlığı.**



\*  $p<0,01$

Eksen-I eştanı varlığı açısından bakıldığında eştanısı olmayanların oranı kontrol grubunda daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bir tane eştanısı olanların oranı %40,6, iki ve daha fazla eştanısı olanların oranı %50 olarak saptandı ve iki ve daha fazla eştanısı olanların oranı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

#### 4.5. Eksen-II Kişilik Bozukluk Eştanıları

Her iki grubun eksen-II kişilik bozuklukları eştanı dağılımı tablo 4.5.1.'de, eksen-II küme A-B-C kişilik bozuklukları eştanı dağılımı tablo 4.5.2.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.5.1. DEHB ve kontrol grubundaki eksen-II kişilik bozuklukları eştanı dağılımı.**

<b>EKSEN-II</b>	<b>DEHB</b>	<b>n</b>	<b>Kontrol</b>	<b>n</b>	<b>p</b>
	<b>%</b>		<b>%</b>		
<b>Kaçıngan Kişilik Bozukluğu</b>	12,5	4	5,1	2	
<b>Bağımlı Kişilik Bozukluğu</b>	3,1	1	-	-	
<b>Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu</b>	18,8	6	7,7	3	
<b>Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu</b>	37,5	12	2,1	1	p<0,01
<b>K.Zarara Uğratan Kişilik Bozukluğu</b>	12,5	4	-	-	p<0,01
<b>Şizoid Kişilik Bozukluğu</b>	-	-	-	-	
<b>Şizotipal Kişilik Bozukluğu</b>	-	-	-	-	
<b>Paranoid Kişilik Bozukluğu</b>	18,8	6	-	-	p<0,01
<b>Histriyonik Kişilik Bozukluğu</b>	34,4	11	-	-	p<0,01
<b>Narsistik Kişilik Bozukluğu</b>	25,0	8	2,6	1	p<0,01
<b>Sınır Kişilik Bozukluğu</b>	31,3	10	-	-	p<0,01
<b>Antisosyal Kişilik Bozukluğu</b>	3,1	1	-	-	

DEHB grubunun eksen-II bozukluklardan en sık Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu, daha sonra sırayla Histriyonik Kişilik Bozukluğu, Sınır Kişilik Bozukluğu, Narsistik Kişilik Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu, Kendini Zarara Uğratan Kişilik Bozukluğu ve Kaçıngan Kişilik Bozukluğu ile birlikteliğinin olduğu saptanmıştır. Obsesif Kompulsif ve Kaçıngan Kişilik Bozuklukları oranları kontrol grubunun oranlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01).

**Tablo 4.5.2. DEHB ve kontrol grubundaki eksen-II küme A-B-C kişilik bozuklukları eşanı varlığı.**

		DEHB		Kontrol	
		%	n	%	n
<b>*Küme-A</b>	küme-A k.b. yok	81,3	26	100	39
	1 tane k.b. var	18,8	6	-	-
<b>**Küme-B</b>	küme-B k.b. yok	43,8	14	97,4	38
	1 tane k.b. var	28,1	9	2,6	1
	2 tane k.b. var	21,9	7	-	-
	3 tane k.b. var	3,1	1	-	-
	4 tane k.b. var	3,1	1	-	-
<b>***Küme-C</b>	küme-C k.b. yok	71,9	23	87,2	34
	1 tane k.b. var	21,9	7	12,8	5
	2 tane k.b. var	6,3	2	-	-
<b>****Toplam</b>	K.B. yok	21,9	7	84,6	33
	<sup>a</sup> 1 tane k.b. var	28,1	9	12,8	5
	2 tane k.b. var	15,6	5	2,6	1
	3 tane k.b. var	15,6	5	-	-
	4 tane k.b. var	9,4	3	-	-
	5 tane k.b. var	3,1	1	-	-
	6 tane k.b. var	6,3	2	-	-
	K.B yok ya da 1 tane k.b.var	50,0	16	97,4	38
	<sup>a</sup> 2 ya da daha fazla k.b. var	50,0	16	2,6	1
	K.B. yok K.B. var	21,9 78,1	7 25	85,7 14,3	36 6

\*Paranoid+Şizoid+Şizotipal k.b.

\*\*Histriyonik+Narsistik+Sınıır+Antisosyal k.b.

\*\*\*Kaçingın+Bağımlı+Obsesif-Kompulsif k.b.

\*\*\*\*Küme A+B+C+ [Pasif Agresif k.b.+ Kendini Zarara Uğratan k.b.]

<sup>a</sup>p<0,01

Eksen-II eşansı olanların oranı DEHB grubunda daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). En sık eksen-II kümesi eşansı olarak ise küme-B kişilik bozuklukları olduğu bulunmuştur. Bir tane eşansı



olanların oranı ile iki ve daha fazla eştanısı olanların oranı DEHB grubunda daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

#### 4.6. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Dağılımı

WURS-59 ve WURS-25'un gruplar arası dağılımı ANOVA ile değerlendirilmiştir. Her iki ölçek için gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur. [sırayla;  $F(1;74)=93,836, p<0,01$ ,  $F(1;71)=93,836, p<0,01$ ] (tablo 4.6.1).

BDÖ'nde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [ $F(1;70)=19,967, p<0,01$ ].

SCL-90-R GBO ve tüm alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur. SCL-90-R GBO için [ $F(1;71)=31,354, p<0,01$ ].

WURS-59, Wurs-25 ve BDÖ'nin puanlarının her iki grup için ortalama (ort.), standart sapma (s.s.) ve en düşük- en yüksek (min-max) değerleri tablo 4.6.1.'de, SCL-90-R GBO ve alt ölçeklerin her iki grup için ortalama (ort.), standart sapma (s.s.) ve en düşük - en yüksek (min-max) değerleri tablo 4.6.2.'de, SCL-90-R GBO puanı oranları tablo 4.6.3.'de verilmiştir.

**Tablo 4.6.1. WURS-59, WURS-25 ve BDÖ puanlarının gruplar arası dağılımı.**

		Ort.	s.s.	min-max
<b>WURS-59</b>	dehb	104,3	31,71	36-151
	kontrol	48,90	16,47	18-88
<b>WURS-25</b>	dehb	53,09	18,72	16-89
	kontrol	19,59	10,67	3-42
<b>BDÖ</b>	dehb	15,91	13,66	0-46
	kontrol	5,13	6,10	0-31

**Tablo 4.6.2. SCL-90-R puanlarının gruplar arası dağılımı.**

SCL-90-R		Ort.	s.s.	min-max
somatizasyon	dehb	1,28	1,05	0-3,75
	kontrol	0,45	0,41	0-1,92
obsesif- kompulsif	dehb	1,88	0,82	0,4-3,70
	kontrol	0,75	0,45	0-2,10
kişilerarası hassasiyet	dehb	1,37	1,11	0-3,78
	kontrol	0,56	0,58	0-1,67
depresyon	dehb	1,51	1,12	0-3,69
	kontrol	0,65	0,48	0-2,77
anksiyete	dehb	1,33	1,07	0-3,80
	kontrol	0,34	0,62	0-2,10
öfke-düşmanlık	dehb	1,66	1,25	0-4
	kontrol	0,47	0,39	0-3,67
fobik anksiyete	dehb	0,76	0,76	0-2,43
	kontrol	0,19	0,70	0-0,86
paranoid düşünce psikotizm	dehb	1,59	1,23	0-3,67
	kontrol	0,65	0,25	0-2,33
		0,99	0,93	0-3,20
		0,28	0,51	0-1,40
GBO	dehb	1,37	0,90	0,1-3,31
	kontrol	0,50	0,41	0,01-1,96

**Tablo 4.6.3. SCL-90-R GBO puanı oranları.**

		DEHB		Kontrol	
		%	n	%	n
SCL-GBO	0-1,50 arası	55,9	19	97,4	38
	1,51-2,50 arası	29,4	10	2,6	1
	2,51- ve üstü	14,7	5	-	-
*SCL-GBO	0-1,50 arası	55,9	19	97,4	38
	1,51- ve üstü	44,1	15	2,6	1

\*p<0,01

#### 4.7. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon

Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin puanları arasında (+) korelasyon saptanmıştır. Tablo 4.7.'de ölçekler ve korelasyon değerleri gösterilmektedir.

**Tablo 4.7. Ölçek puanları arasındaki korelasyon.**

	<b>r</b>	<b>p</b>
WURS-59 vs WURS-25	,970	<0,01
WURS-59 vs SCL-GBO	,731	<0,01
WURS-59 vs BDÖ	,631	<0,01
SCL-GBO vs BDÖ	,890	<0,01
SCL-GBO vs WURS-25	,686	<0,01
BDÖ vs WURS-25	,594	<0,01

#### **4.8. Eksen-I ve Eksen-II Eştanı Varlığı ile WURS-25, WURS-59, SCL, BDI Puanlarındaki Değişim**

Hem eksen-I hem eksen-II eştanı varlığı açısından bakıldığında her eksen için tanı sayısı ile ölçek puanları arasında (+) korelasyon saptanmıştır. Ayrıca eksen-I ile eksen-II eştanı sayıları arasında da (+) korelasyon bulunmuştur. Tablo 4.8.'de ölçek puanları ile scid-I ve II eştanı sayıları arasındaki korelasyon değerleri gösterilmektedir.

**Tablo 4.8. Ölçek puanları ile scid-I ve II tanı sayıları arasındaki korelasyon.**

	<b>r</b>	<b>p</b>
WURS-59 vs SCID-I	,606	<0,01
WURS-59 vs SCID-II	,649	<0,01
WURS-25 vs SCID-I	,621	<0,01
WURS-25 vs SCID-II	,639	<0,01
SCL-GBO vs SCID-I	,615	<0,01
SCL-GBO vs SCID-II	,698	<0,01
BDÖ vs SCID-I	,591	<0,01
BDÖ vs SCID-II	,611	<0,01
SCID-I vs SCID-II	,653	<0,01

#### **4.9. Sosyodemografik Özelliklere Göre WURS-25 Puanlarındaki Değişim**

Aile öyküsü açısından bakıldığında ailesinde Obsesif Kompulsif Bozukluk olanların WURS-25 ölçek puanları, olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,016$ ).

Başvuru şikayetleri açısından bakıldığında başvuru şikayetleri arasında hiperaktivite ve dürtüsellik olanların WURS-25 ölçek puanları, olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,016$ ). Başvuru şikayetleri arasında dikkat eksikliğinin varlığı ile WURS-25 ölçek puanları arasında bir ilişki saptanmadı.

Alkol kullanımı, Madde kullanımı, Tik Bozukluğu varlığı ve çocuklukta Davranım Bozukluğu varlığı olanlar, olmayanlarla karşılaştırıldığında WURS-25 ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Toplam eğitim süresi açısından bakıldığında 11 yıl ve daha fazla okuyanlar ile eğitim süresi 11 yılın altında olanların WURS-25 ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

#### 4.10. SCID-I ve SCID-II Tanılarına Göre Ölçeklerin Puan Ortalamaları

DEHB grubundaki eksen-I tanılarının varlığına göre ölçeklerin puan ortalamaları tablo 4.10.1.'de, eksen-II tanılarının varlığına göre ölçeklerin puan ortalamaları tablo 4.10.2.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.10.1. SCID-I Tanılarına Göre WURS-25, SCL-90-R ve BDÖ Puan Ortalamaları.**

DEHB	VAR			YOK		
	WURS-25	BDÖ (ort±ss)	SCL-90-R	WURS-25	BDÖ (ort±ss)	SCL-90-R
Depresyon	59,23±20	17,57±19	1,51±1,1	48,28 ±16	12,44±10	1,20±0,7
Distimik Bozukluk	-	-	-	52,87±19	15,39±12	1,35±0,8
Bipolar Bozukluk	47,50±17	12,50±4	1,16±0,5	53,17±19	15,59±13	1,36±0,9
Psikotik Bozukluk	-	-	-	52,87±19	15,39±12	1,35±0,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	55,57±21	17,57±19	1,51±1,1	52,08±18	14,75±10	1,30±0,8
Panik Bozukluk	-	-	-	52,13±18	15,53±12	1,34±0,8
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	-	-	-	52,80±19	15,39±12	1,35±0,8
Sosyal Fobi	61,00±22	21,25±16	1,70±1,0	50,04±17	13,35±10	1,23±0,8
Özgül Fobi	57,38±12	18,75±13	1,56±0,9	51,30±20	14,22±12	1,28±0,8

Yaygın Anksiyete Bozukluğu	-	-	-	51,87±18	14,47±11	1,30±0,8
Alkol Kullanım Bozukluğu	58,00±10	19,63±7	1,88±0,6	51,09±21	13,90±13	1,17±0,8
Madde Kullanım Bozukluğu	57,50±10	20,00±8	1,66±0,6	51,76±20	14,28±13	1,28±0,9
Somatoform Bozukluk	51,50±26	15,00±11	1,76±1,3	52,97±19	15,41±13	1,32±0,8
Uyum Bozukluğu	-	-	-	52,87±19	15,39±12	1,35±0,8

**Tablo 4.10.2. SCID-II Tanılarına Göre WURS-25, SCL-90-R ve BDÖ puan Ortalamaları**

DEHB	VAR			YOK		
	WURS-25	BDÖ (ort±ss)	SCL-90-R	WURS-25	BDÖ (ort±ss)	SCL-90-R
Kaçıngan	40,00±22	13,50±7	1,38±0,9	54,78±18	15,67±13	1,35±0,8
Bağımlı	-	-	-	51,87±18	14,47±11	1,30±0,8
Obsesif-Kompulsif	46,83±30	18,33±15	1,61±1,2	54,32±15	14,68±12	1,29±0,7
Pasif-Agresif	61,55±17	24,73±14	1,98±0,9	48,10±18	10,25±8	1,0±0,6
K.Zarara uğratan	75,75±9	18,00±11	1,89±0,8	49,48±17	15,00±13	1,27±0,8
Şizoid	-	-	-	52,87±19	15,39±12	1,35±0,8
Şizotipal	-	-	-	52,87±19	15,39±12	1,35±0,8
Paranoid	71,20±10	27,00±16	2,31±0,7	49,35±18	13,15±10	1,17±0,7
Histriyonik	54,64±18	16,64±13	1,40±0,8	51,90±19	14,70±12	1,33±0,9
Narsistik	56,43±26	23,43±15	1,93±0,8	51,83±16	13,04±10	1,18±0,8
Sınır	61,90±13	21,70±14	2,03±0,5	48,57±20	12,38±10	1,02±0,82
Antisosyal	-	-	-	52,87±19	15,39±12	1,35±0,8

## 5.TARTIŞMA VE SONUÇ

**Sosyodemografik özellikler** açısından bakıldığında çalışmadaki DEHB grubunun yaş ortalaması 28,59'dur. Hastaların %61,8'ini erkekler, %38,2'sini kadınlar oluşturmaktadır (E/K=1,6/1). Son yedi yıl süresince erişkin psikiyatri polikliniğinde DEHB tanısıyla izlenen 219 hastayla yapılan bir çalışmada E/K oranı; 1,67/1 olarak bildirilmiştir (Biederman ve ark., 2004). Literatürde erişkin dönemdeki DEHB'nin cinsiyetler arası dağılımını bildiren epidemiyolojik bir çalışma bulunmamaktadır, ancak çocukluk çağına ait verilerden elde edilen erişkin dönem oranlarına bakıldığında bildirilen oran E/K= 2'dir (Biederman, 1998).

Hastaların medeni durumlarıyla ilgili olarak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bekar ve boşanan oranı daha fazladır. Eğitimde en az bir sene tekrarı varlığı DEHB grubunda yüksek oranda (%63,6) ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Eğitim düzeyleri ve toplam eğitim süreleri açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Eğitim düzeyi, toplam eğitim süresi ve yaş ortalaması açısından gruplar arasında fark olmamasına rağmen kontrol grubunda çalışanların oranı %87,2, DEHB grubunda ise %35,3 olarak bulunmuştur. Çalışmada kontrol grubu hastane çalışanları arasından oluşturulduğundan 'çalışma durumu' ayrı bir değişken olarak istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. Çalışanların oranı açısından gruplar arasında fark bulunması literatür ile uyumludur. Ancak DEHB ve kontrol grubu sosyoekonomik durum açısından eşleştirilmediği için araştırmanın metodolojisi, bu farkı sadece DEHB varlığı ile açıklamak için yeterli değildir. DEHB grubunda okulda disiplin cezası alma oranı (%32,4), Davranım Bozukluğu öyküsü (%11,8), fiziksel agresyonu kontrol etmede (%75,8) ve kızgınlığı ifade etmede güçlük (%82,4) ile öfkenin geçme süresi daha yüksek oranda ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Murphy ve Barkley (1996), yaptıkları çalışmada erişkin DEHB'lilerin daha düşük sosyo-ekonomik düzeyde olduklarını, iş yaşamında daha fazla problem yaşadıklarını, daha sık iş değiştirdiklerini, eğitim hayatında toplam eğitim sürelerinin daha kısa, okul başarılarının daha düşük, sınıf tekrarının

daha fazla olduğunu, daha geç olgunlaştıklarını ve evlilik yaşamlarında daha fazla sorun yaşadıklarını göstermişlerdir (Kynk. Faraone ve ark, 2000b).

Weiss ve Hechtman (1991), 6-12 yaş arası 104 erkek çocuğu 15 yıl süreyle takip ettikleri izlem çalışmasında kontrol grubuna göre eğitim başarısı ve eğitim süresinde belirgin düşüklük saptamışlardır. Ayrıca %25'inde antisosyal kişilik özellikleri ve kontrol grubuna göre yüksek oranda suça yatkınlık oranları bulmuşlardır. Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar çıkarıldığında da sonuç değişmemiştir. Manuzza ve ark. (1998), yaptıkları izlem çalışmasında 6-12 yaş arası 115 erkek çocuğu 16 yıl takip etmişlerdir. (Hechtman, 1991; Manuzza ve ark. 1998). Yukarıda adı geçen izlem çalışmalarında oranların daha yüksek bulunmasının nedeni, çalışmalara alınan çocukların hepsinin erkek olması olabilir. Kız çocukların dahil edildiği bir çalışmada antisosyal kişilik özellikleri daha düşük oranlarda bulunmuştur (Klein ve Manuzza, 1993; Kynk. Manuzza ve Klein, 2000).

Bu sonuçlar, DEHB'lilerin erişkin dönemde hem sosyal yaşamda sorunlar yaşadıklarını hem de eğitim ve akademik başarılarının beklenenin altında kaldığını gösteren bulguları desteklemektedir.

DEHB grubunun %30'unda sadece çocukluk çağında olan ya da erişkin dönemde de devam eden Tik Bozukluğu saptanmıştır. Benzer olarak Spencer ve ark. (2001), 312 DEHB'si olan ile 252 DEHB'si olmayan erişkinle yaptıkları bir çalışmada DEHB'si olanların %12'sinde, DEHB'si olmayanların %4'ünde Tik Bozukluğu saptamış ve aradaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır.

**DEHB grubunun DEHB belirtileriyle ilgili olarak çocukluk çağındaki dikkat eksikliği ve dürtüsellik belirtileri erişkin dönemde benzer oranlarda devam ederken hiperaktivite belirtilerinde azalma olduğu saptanmıştır.** Bu durum literatürle de uyumludur. Hiperaktivite belirtilerindeki bu azalmanın nedeninin çocuklarla kıyaslandığında, erişkinlerden daha bağımsız olmaları beklendiği için erişkinlere daha az müdahale edilmesi, böylece hiperaktivite belirtilerinin kişinin kendisinin kontrol ettiği davranışlar haline gelmesi olduğu kabul edilmektedir. Oysa ki eğitim, iş ve sosyal ilişkilerin içinde dikkat eksikliği ve



dürtüsellik güçlükler yaratmaya ve görünür olmaya devam etmektedir (AACAP, 1997).

**Aile öyküsü açısından,** DEHB olanların ailelerinde psikiyatrik bozukluk olma oranı oldukça yüksek (%84,8) bulunmuştur. En sık Duygudurum Bozuklukları, daha sonra sırasıyla Alkol Kullanım Bozuklukları, Tik Bozukluğu, DEHB, Madde Kullanım Bozukluğu ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu saptanmıştır ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında oranlar istatistiksel olarak anlamlıdır. DEHB'li çocukların aileleriyle DEHB'li olmayanların ailelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada hem DEHB'nin hem de Davranım Bozukluğu, Antisosyal kişilik özellikleri, Madde Kötüye Kullanımı, Depresyon gibi diğer psikiyatrik bozuklukların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Edwards ve ark., 1995; kynk. AACAP, 1997). DEHB'lilerin ailelerinde hem DEHB hem de diğer psikiyatrik bozuklukların daha fazla olduğunu gösteren bu sonuçlar, DEHB'nin etyolojisinde genetik faktörlerin rolü olduğu hipoteziyle de uyumludur. Çalışmamızda, DEHB olanların anne-baba ve kardeşlerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk ile 'endişeli/evhamlı olma', 'fazla titiz olma' ve 'düzene düşkünlük' huylarının varlığı yüksek oranda bulunmuştur. Bunlardan Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı ile 'fazla titiz olma' ve 'düzene düşkünlük' huylarının varlığı istatistiksel olarak da anlamlıdır. Barkley (1988) ile Barkley ve Cunningham (1980), DEHB'li erkek çocukların annelerinde kontrollere göre daha 'yönetici' ve 'kontrol edici' davranışlar ile daha az 'olumlu ifade'li olduklarını saptamışlar, ancak annelerin bu tutumlarının çoğunun, çocuklarının tedavisiyle azaldığını bildirmişlerdir (kynk. AACAP, 1997).

**Eştanı varlığı açısından bakıldığında,** çalışmamızda DEHB grubunun sadece %9,4'ünde eksen-I eştanısı saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise bu oran %53,8'dir. Hastaların %40,6'sında bir eştanı, %50'sinde en az iki eştanı varlığı saptanmıştır. En sık Major Depresyon, daha sonra sırasıyla Alkol Kullanım Bozuklukları, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Madde Kullanım Bozuklukları, Somatoform Bozukluk ve Bipolar Bozukluk görülmüştür. Depresyon, çocukluk çağından itibaren varolan başarısızlık beklentisi ve sosyal ilişki güçlükleriyle bağlantılı 'düşük kendilik değeri' ve



genel mutsuzluğun bir sonucu olabilir. Ayrıca erken başlangıçlı nörogelişimsel bir bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlığı artırıyor olması da eştanı oranlarının yüksek olmasının diğer bir nedeni olabilir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında Alkol Kullanım Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Madde Kullanım Bozuklukları oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Eştanı oranlarıyla ilgili olarak çalışmamızın sonuçları daha önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Shekim, 1990; Horing, 1998).

**İntihar girişimi**, hem DEHB'de hem de DEHB'lilerin ailelerinde yüksek oranda saptanmıştır. Bu yüksek oranın nedenleri arasında Depresyon gibi eştanıların sık birlikteliğinin olması ve dürtü kontrolündeki zayıflık sebebiyle intihar fikrinin ve girişiminin engellenememesi olabilir.

**Alkol ve Madde kullanımı Bozuklukları** hem DEHB grubunda hem DEHB'lilerin ailelerinde yüksek oranda bulunmuştur. Literatür de DEHB ile Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Aile çalışmaları, Alkol Bağımlılığı olan erişkinlerde DEHB belirtilerinin yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (Tarter ve ark, 1977; kynk. Sullivan ve Rudink-Levin, 2001). Opiyat-bağımlısı kişilerin çocuklarında da DEHB belirtileri daha yüksek bulunmuştur (Wilens ve ark., 1995; kynk. Sullivan ve Rudink-Levin, 2001). Alkol bağımlılığı olanların çocuklarında da kontrol grubuyla karşılaştırıldığında DEHB belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca Madde Kullanım Bozukluğu olanların ergenlik ve erişkin yaşlardaki çocuklarında dürtüsellik, agresyon, dikkat eksikliği gibi kognitif ve davranışsal problemler ile hem DEHB hem Madde Kullanım Bozukluğu oranları yüksek bulunmuştur (Steinhausen ve ark., 1984; Earls ve ark., 1988; Aronson ve ark., 1963; kynk. Sullivan ve Rudink-Levin, 2001). Bu bulgular DEHB ile Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları arasında ortak genetik etyolojinin varlığını düşündürmektedir (Sullivan ve Rudink-Levin, 2001).

**Kişilik bozukluklarıyla birlikteliği açısından bakıldığında** ise DEHB grubunun sadece %21,9'unda herhangi bir kişilik bozukluğu bulunmamaktadır. Kontrol grubunda bu oran %84,6'dır. En sık Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu, sonra sırayla Histriyonik Kişilik Bozukluğu, Sınır Kişilik

Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu, Paranoid Kişilik Bozukluğu, Kendini Zarara Uğratan Kişilik Bozukluğu, Kaçınan Kişilik Bozukluğu ve Bağımlı Kişilik Bozukluğu saptanmıştır. Kişilik bozukluklarının eşanı oranları literatürde bildirilenle uyumlu olmakla beraber, Antisozyal Kişilik Bozukluğu oranları literatürde daha yüksektir (Barkley, 1998). Yukarıda bahsedilen izlem çalışmalarının sonuçlarına göre Hechtman (1991), erişkin dönemde DEHB'lilerin %23'ünde (kontrol grubunda %2) Manuzza ve arkadaşları (1998) ise %18'inde (kontrol grubunda %2-3) Antisozyal Kişilik Bozukluğu eşanı saptamışlardır. Daha önce de belirtildiği gibi her iki çalışmada da çalışmaya dahil edilen çocukların hepsinin erkek olması oranların daha yüksek bulunmasının nedeni olabilir (Manuzza ve Klein, 2000). Bizim çalışmamızda bu oranın düşük olması ise, hasta grubunun polikliniğe başvuran hastalardan seçilmiş olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda tek kişilik bozukluğu varlığı %21,9'dur. hastaların %6,3'ünde altı tane kişilik bozukluğunun birlikte olduğu saptanmıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında bu oranlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Kümeler arasında en sık görülen ise Küme-B kişilik bozukluklarıdır. DEHB'nin erken yaşlarda başlaması ve tüm yaşam alanlarında güçlükler yaratması erişkin döneme kişilik bozukluklarını da beraberinde getirmesinde rol oynayan önemli bir etkidir.

**WURS puanları** DEHB grubunda, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında oldukça yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hem eksen-I hem eksen-II bozuklukları eşanı varlığı WURS puanları ile korele bulunmuştur. Bu durum, DEHB'nin şiddeti arttıkça eşanı oranlarının da arttığını göstermektedir.

**SCL-90-R ve BDO puanları** da DEHB grubunda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca WURS puanları, SCL-90-R ve BDO puanlarıyla koreledir. Bu sonuçlar, DEHB belirtilerinin şiddetinin arttıkça depresif duygudurum ve genel psikopatolojinin de arttığını işaret etmektedir.

## 6. ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan ve temel belirtileri %30-70 oranında erişkin dönemde de devam eden kronik, gelişimsel bir bozukluktur. Temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite olan bu bozukluk hastaların erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal alanlar ile eğitim/meslek alanlarında sorunlar yaşamalarına neden olur. Bu da hastaların genel işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin olumsuz şekilde etkilenmesiyle sonuçlanır. DEHB'nin kronik seyirli olması ve psikiyatrik eştanı oranının da yüksek olması erişkin dönemde bu bozukluğun tanınabilmesinin önemini artırmaktadır.

Bu çalışmada, DSM-IV'e göre DEHB tanısı alan erişkinlerin dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri, psikiyatrik eştanı varlığı ve sosyodemografik profili açısından normal kontrollerle karşılaştırılması ve erişkin dönemdeki DEHB'nin özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya, Nisan 2003-Mart 2004 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan 36 kişi alınmıştır. Kontrol grubu ise MÜTF çalışanları arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 40 gönüllüden oluşturulmuştur. Sosyodemografik özellikler, yarı-yapılandırılmış bir form kullanılarak yapılan klinik görüşme ile belirlenmiştir. Psikiyatrik eştanı varlığını değerlendirmek için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I ve II) uygulanmıştır. Ayrıca her iki gruba DEHB puanlaması için WURS, genel psikopatolojinin derecelendirilmesi için SCL-90-R ve depresyon derecelendirmesi için BDÖ verilmiştir.

Çalışmanın sonuçları, DEHB'li erişkinlerin eğitim başarılarının daha düşük ve öfke kontrollerinin daha zayıf olduğunu göstermektedir. DEHB'lilerin hem kendilerinde hem ailelerinde diğer psikiyatrik hastalıkların bulunma oranları daha fazladır. DEHB belirtilerinin şiddeti arttıkça eştanı varlığı çoğalmaktadır. Bunun sonucunda yaşam alanları üzerine olan olumsuz etkisi ve tedavi

ihtiyacı artmaktadır. Bu durum DEHB'nin olduğu durumlarda eştanı varlığı açısından da değerlendirme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

DEHB'nin hem çekirdek belirtilerinden kaynaklanan kişilik yapısının bozucu etkileri, hem de sık eştanılı bir problem olması, DEHB varlığında tedavilerin uygulanmasını güçleştirmektedir. Her bir problem için farklı yaklaşımlara ihtiyaç duyulabileceği gözönüne alınmalıdır.

DEHB'nin başka klinik gruplarda eştanı olarak görülme sıklığının araştırılması, tanı ve tedaviye olan etkisinin incelenmesi bir sonraki adımı oluşturacaktır.



## 7. ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a chronic developmental disorder, which begins in the early childhood, and its basic symptoms continue in the adulthood at 30-70%. This disorder which has the basic symptoms including inattention, impulsiveness and hyperactivity, causes the patients to experience problems in the psychological and social areas and in their educational/professional life during adulthood. This has a negative influence on the general functioning and quality of life of the patients. Since ADHD is a chronic disorder and the rate of psychiatric comorbidity is high, it is important to diagnose this disorder in the adulthood.

This study aims to compare the adults that diagnosed with ADHD according to DSM-IV with normal control individuals, in terms of inattention, impulsivity and hyperactivity symptoms, existence of psychiatric comorbidity and socio-demographic profile and to discuss the characteristics of ADHD in the adulthood.

36 individuals have been accepted to this study that appealed to Marmara University, School of Medicine, Psychiatry Outpatient Clinic between April 2003 and March 2004 who were diagnosed with ADHD according to DSM-IV diagnosis criteria. The control group was consisted of 40 volunteers among employees of Marmara University, School of Medicine. The socio-demographical characteristics were determined with the clinical interview by using a semi-structured form. To evaluate the existence of psychiatric comorbidity, structured clinical interview (SCID-I and II) was applied. Furthermore, to both groups, WURS for ADHD rating, SCL-90-R for general psychopathology assessment and BDI for depression assessment were given.

The results of the study indicate that the adults with ADHD have lower level of educational achievement and weaker anger control. The rate of existence of other psychiatric disorders in ADHD patients and in their families is higher. The existence of comorbidity increases when ADHD symptoms are more

severe. Thus, its adverse effects on the living areas and the need for treatment increase. This situation indicates that it is necessary to make an evaluation in terms of existence of comorbidity, when there is ADHD.

The treatment becomes difficult in the existence of ADHD because of disruptive effects of personality structure resulting from basic symptoms of ADHD and of being a problem with frequent comorbidity. It should be considered that different approaches may be required for each problem.

Investigating the frequency of comorbidity of ADHD in other clinical groups and its impact on diagnosis and treatment will be the next step.



## 8.KAYNAKLAR

AACAP. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescent and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(10)(Supplement):85-121.

Adler LA, Cohen J. Screening Adults for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Psychiatry and Mental Health, June,26,2003 (www.medscape.com).

Afrin E, Aşkın S, Küçük N, Özen G, Yazgan Y. Üniversite öğrencilerinin Dikkat İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Sözel Bildiri. Marmara Tıp Öğrencileri Kongresi-Masco, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2003.

Amen D, Paldi J, Thisted R. Brain Spect Imaging. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:1080-1081.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev.Ed.: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. s.33-37, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. s.121-125, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.

Barkley RA. ADHD Long Term Course, Adult Outcome and Comorbid Disorders. In:110.Diagnosis and Treatment of Adhd NIH Consensus Development Conference Statement; pp.1-37. Maryland,USA, Nov 16-18; 1998.

Biederman j, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA. Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition, and Psychosocial Functioning in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry 1993;150:1792-1798.

Biederman J, Faraone SV, Mick E, Wozniak J, Chen L, Ouellette C. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Juvenile Mania: An Overlooked Comorbidity? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:997-1008.

Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Life-Span Perspective. J Clin Psychiatry 1998;59(suppl7):4-15.

Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, revisited. Biological Psychiatry 2004;55(7):692-700.

Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:978-987.

Çorapçioğlu A, Aydemir A, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Hekimler Yayın Birliği, 1999.

Faraone SV. Genetics of Childhood Disorders: XX. ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogenous? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000a;39(11):1455-1457.

Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: An Overview. Biological Psychiatry 2000b;48:9-20.



Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J. Meta-Analysis of the Association Between the 7-Repeat Allele Of the Dopamine D4 Receptor Gene and attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1052-1057.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. American Psychiatric Press, Washington DC and London, 1997.

Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain Imaging of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ann N Y Acad Sci* 2001June;931:33-49.

Goldstein S. Continuity of adhd in adulthood: hypothesis and theory meet reality. Ed: Goldstein S, Ellison AT, *Clinician's Guide to Adult ADHD Assesment and Intervention*. pp.25-42, Academic Press, California, USA, 2002.

Hetchman L. Resilience and Vulnerability in Long Term Outcome of Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Can J Psychiatry* 1991;36:415-421.

Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.

Horing M. Adressing Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 7:69-75.

Ingersoll BD, Goldstein S. Attention Deficit Disorder and Learning Disabilities: Realities, Myths and Controversial Treatments. pp.11-40, Doubleday, New York, USA, 1993.

Jensen PS. ADHD: Current Concepts on Etiology, Pathophysiology and Neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000;9(3):557-572.

Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult Psychiatric Status of Hyperactive Boys Grown Up. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):493-498.

Manuzza S, Klein RG. Long Term Prognosis in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000;9(3):711-726.

Marks DJ, Newcorn JH, Halperin JM. Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ann N Y Acad Sci* 2001June;216-238.

McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant Validity of the Wender Utah Rating Scale for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(2):240-245.

McCann BS, Roy-Byrn P. Screening and Diagnostic Utility of Self-Report Attention Deficit Hyperactivity Disorder Scales in Adults. *Comprehensive Psychiatry* 2004;45(3):175-183.

McCracken. Attention Deficit Disorder. Ed: Sadock Bj, Sadock VA, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7th. Edition, pp.2679-2692, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, USA, 2000.

Milberg S, Biederman J, Faraone SV, Murphy J, Tsuang MT. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disorders: Issues of Overlapping Symptoms. *Am J Psychiatry* 1995;152:1793-1799.

Murphy KR. Guarding Against Over-Diagnosis of ADHD in Adults. ADHD Report 1994;2:2-4.

Murphy P. Inhibitory Control in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J atten Disord 2002;6(1):1-4.

Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı.3.Ed.pp.461-464. Boğaziçi Üniversitesi yayınları, İstanbul, 1997.

Rapport LJ, Van Voorhis A, Tzelepis A, Sara R. Executive Functioning in adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. The Clinical Neuropsychologist 2001;15(4):479-491.

Sagvolden T, Johansen EB, Aase H, Russel VA. A Dynamic Developmental Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predominantly Hyperactive/Impulsive and Combined Subtypes. Behavioral and Brain Sciences (in press, Cambridge university press).

Sharp WS, Gottesman RF, Greenstein DK, Ebens CL, Rapoport JL, Castellanos FX. Monozygotic Twins Discordant for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Ascertainment and Clinical Characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(1):93-97.

Shekim WO. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Residuel State. CH.A.D.D.ER News Letter 1990;Spring/Summer:16-18.

Slaats-Willemse D, Swaab-Barneveld H, Sonnevile I, Meulen E, Buitelaar J. Deficit Response Inhibition as a Cognitive Endophenotype of ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(10).1242-1248.

Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, Örnek I, Aydın C, Aktener E. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-II). Ege Üniversitesi, 1990.

Spencer TJ, Biederman J, Faraone SV, Mick E, Coffey B, Geller D, Kagan J, Bearman SK, Wilens TE. Impact of Tic Disorders on ADHD Outcome Across the Life Cycle: Findings From a Large Group of Adults With and Without ADHD. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):611-617.

Spencer TJ, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Overview and Neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63(suppl 12):3-9.

Sullivan MA ve Rudink-Levin F. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. *Ann N Y Acad Sci* 2001 June;931:251-270.

Szartmani P, Boyle M, Offord D. Familial Aggregation of Emotional and Behavioral Problems of Childhood in the General Population. *Am J Psychiatry* 1993;150:1398-1403.

Taybıllı B. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne ve Babalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Taranması. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1999.

Thapar A, Harrington R, McGuffin P. Examining the Comorbidity of ADHD-Related Behaviours and Conduct Problems Using a Twin Study Design. *Br J Psychiatry* 2001;179:224-229.

Todd RD. Genetics of Childhood Disorders: XXI. ADHD, Part 5: A Behavioral Genetic Perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1571-1573.

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.

Weiss G, Hechtman LT. *Hyperactive Children Grown Up*. pp. 3-17, Guilford Press, New York, USA, 1986a.

Weiss G, Hechtman LT. *Hyperactive Children Grown Up*. pp. 61-84, Guilford Press, New York, USA, 1986b.

Wender PH, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. pp.122-143, Oxford University Press, New York, 1995.

Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An Overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001June;931:1-16.

Woodward L, Taylor E, Dowdney L. The Parenting and Family Functioning of Children with Hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39(2):161-169.

Wozniak J. Appropriate therapeutic targets for ADHD, In: Biederman J chair. *Determining and Achieving Therapeutic Targets in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [Academic Highlights]*. *J Clin Psychiatry* 2003;64:265-276.

Young S. The YAQ-S and YAQ-I: The Development of self and Informant Questionnaires Reporting on Current Adult ADHD Symptomatology, Comorbidity and Associated Problems. *Personality and Individual Differences* 2004;36:1211-1223.

## 9. EKLER

Ek-1

### WENDER- UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (WURS)

Aşağıdaki davranış özellikleri bütün çocuklarda belli sıklıklarda görülür. Siz kendi çocukluğunuzda nasıldınız?

Size uyan şıkları işaretleyiniz

*Çocukken şöyleydim, ya da şunları yaşadım;*

		Hiç	Hafif	Orta	Sık	Aşırı
1	Hareketlilik, yerinde duramama, sürekli bir şeyler yapma					
2	Korkaklık					
3	Bir işe yoğunlaşamama, ilgisizlik					
4	Kaygı, endişe hali					
5	Sinirlilik, huzursuzluk					
6	Hayalcilik, dikkatsizlik					
7	Çabuk sinirlenme					
8	Utangaçlık, hassaslık					
9	Öfke patlamaları					
10	Başladığı işi bitirememe					
11	İnatçılık, ayak direme					
12	Üzüntü, çökkünlük, mutsuzluk					
13	Tedbirsizlik, aşırı cesur caka satma					
14	Hayattan zevk almayan, memnun olmayan					
15	İsyankar, anne babasını dinlemeyen, haddini aşan					
16	Kendini beğenmeme, kendisi hakkında olumsuz düşünme					
17	Alıngan					
18	Arkadaş canlısı, dışa dönük					
19	Dökük saçık, düzensiz					
20	Duyguları inip çıkan					
21	Öfkeli hissetme					
22	Popüler, çok arkadaşı olan					
23	Düzenli, temiz					
24	Düşünmeden davranan, dürtüsel					
25	Olgun olmayan					
26	Kendini kolayca suçlu ve pişman hisseden					
27	Kendi kontrolünü kolayca kaybeden					
28	Mantıksız davranma, düşüncesizlik					
29	Diğer çocuklarla geçinemeyen, arkadaşlıkları uzun sürdüremeyen					
30	Sporla arası pek iyi olmayan					
31	Kontrolünü kaybetmekten korkan					
32	Sporda başarılı					
33	Erkeksi tavırlı(kadınlar için)					
34	Evden kaçan					

35	Kavga eden					
36	Diğer çocukları kızdıran					
37	Lider, patron					
38	Uykudan uyanmakta zorluk çekme					
39	Yönlendirilen, başkalarını takip eden					
40	Olayları başkalarının bakış açısından göremeyen					
41	Okulda sorun, otoritelerle sorun yaşayan					
42	Polisle sorun (polis kaydı, tutuklanma) yaşayan					

ÇOCUKKEN SAĞLIK SORUNLARI		Hiç	Hafif	Orta	Sık	Aşırı
43	Baş ağrıları					
44	Karın ağrıları					
45	Kabızlık					
46	İshal					
47	Yiyecek alerjileri					
ÇOCUKKEN OKULDA						
48	Başka alerjiler					
49	Yatakta altına işeme					
50	Tam anlamıyla iyi bir öğrenci, hızlı öğrenen					
51	Tamamen zayıf bir öğrenci, yavaş öğrenen					
52	Yavaş okuyan					
53	Okumayı geç öğrenen					
54	Matematikte sorunlu					
55	Yazısı kötü					
56	Kitap okumayı sevmeyen					
57	Başarabileceğim kadarını başaramadım					

- Sınıfta kaldığım oldu.

\* Hangi sınıflar? \_\_\_\_\_

- Disiplin cezası aldığım oldu.

\* Hangi sınıflar? \_\_\_\_\_

**Not:** Dil yapısı Türk toplumuna uymadığı için WURS'un Türkçe'ye uyarlanması aşamasında 2 madde dışarda bırakılmıştır.

## Ek-2

M.Ü.T.F. Hastanesi Psikiyatri A.B.D./1992

### SCL 90 – R

Adı ve Soyadı :  
Meslek :

Yaş :  
Medeni Durumu :

Cinsiyet :  
Tarih :

Aşağıda zaman zaman herhesde rastlanabilecek olan problem ve şikayetlerden oluşan bir liste bulacaksınız. Her soruyu tek tek ve dikkatle okuyunuz. Sözü geçen problem ya da şikayetlerin son bir hafta içinde sizi ne ölçüde rahatsız ettiğini gözönünde tutarak size göre en doğru şıkkı ( ) ile işaretleyiniz. Eğer yanlış bir cevap verdiğinizi düşünürseniz, ilkinizi karalayarak doğru cevabı (X) işareti ile belirtiniz. Hiç bir soruyu atlamayınız. Başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz, anlamadığınız olursa danışınız. ÖRNEK :

Sırt ağrısı...Hayır, hiç (0)      Biraz...(1)      Orta derecede...(2)      Fazla...(3)      Çok fazla...(4)

### **SON BİR HAFTA İÇİNDE AŞAĞIDAKİ SORUN ve YAKINMALAR SİZİ NE DERECEDE ETKİLEDİ?**

1 – Baş ağrıları	0	1	2	3	4
2 – Sinirlilik veya içinizin titrediği hissi	0	1	2	3	4
3 – Kafanızdan atamadığınız, tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünce ve kelimeler	0	1	2	3	4
4 – Baygınlık hissi veya baş dönmesi	0	1	2	3	4
5 – Cinsel ilgi, istek ya da hazda azalma	0	1	2	3	4
6 – Başkalarını eleştirmeye yatkınlık	0	1	2	3	4
7 – Herhangi birinin düşüncelerinizi yönetebileceği hissi	0	1	2	3	4
8 – Zorluk ve sıkıntılarınızın çoğundan başkalarının sorumlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
9 – Hafıza zayıflığı, hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
10 – Sakarlık, dikkatsizlik ve ihmalkarlıkların sizi rahatsız etmesi	0	1	2	3	4
11 – Kolayca sinirlenme ve huzursuz olma	0	1	2	3	4
12 – Kalp ve göğüs üzerinde ağrı	0	1	2	3	4
13 – Cadde ya da açıklık alanlarda korku duyma	0	1	2	3	4
14 – Enerji, güç azalması, hareket ve düşüncelerde yavaşlama	0	1	2	3	4
15 – Yaşamınıza kendi elinizle son verme düşüncesi	0	1	2	3	4
16 – Başkalarının duymadığı sesler işitme	0	1	2	3	4
17 – Titreme	0	1	2	3	4
18 – İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
19 – İştahsızlık	0	1	2	3	4
20 – Ağlamaya yatkınlık	0	1	2	3	4



21 – Karşı cinsle ilişkilerde çekingenlik, beceriksizlik, çekingenlik ... .. .	0	1	2	3	4
22 – Tuzağa düşürülme, kapana kısıtılma duygusu ...	0	1	2	3	4
23 – Nedensiz ani korkular ... .. .	0	1	2	3	4
24 – Kontrol edemeyeceğiniz öfke nöbetleri ve duygusal patlamalar ... .. .	0	1	2	3	4
25 – Yalnız olarak evden çıkmada korku duyma ... ..	0	1	2	3	4
26 – Bazı konularda kendini suçlama eğilimi ... .. .	0	1	2	3	4
27 – Bal ağrıları ... .. .	0	1	2	3	4
28 – Herhangi bir işe başlamada ya da devam ettirmede zorlanma hissi ... .. .	0	1	2	3	4
29 – Yalnızlık hissi ... .. .	0	1	2	3	4
30 – Hüzün, iç sıkıntısı ... .. .	0	1	2	3	4
31 – Gereğinden çok tasalanma ve endişelenme ... ..	0	1	2	3	4
32 – Hiç bir şeye ilgi duymama ... .. .	0	1	2	3	4
33 – Ürkeklik, korku duyma ... .. .	0	1	2	3	4
34 – Duygularınızın kolayca incinebilmesi, alınganlık	0	1	2	3	4
35 – Özel ve gizli düşüncelerinizin başkaları tarafından bilindiği hissi ... .. .	0	1	2	3	4
36 – Başkalarının sizi anlamaması ve size ilgisiz olduğu duygusu ... .. .	0	1	2	3	4
37 – Başkalarının size dostça davranmadığı, sizden hoşlanmadığı duygusu ... .. .	0	1	2	3	4
38 – Doğru ve eksiksiz olmasını garantilemek için her şeyi çok yavaş yapma gereksinimi ... .. .	0	1	2	3	4
39 – Kalbinizin çok hızlı atması veya çarpıntı ... .. .	0	1	2	3	4
40 – Midede nahoş duygular ya da bulantı ... .. .	0	1	2	3	4
41 – Başkalarının karşısında aşağılık duygusu ... .. .	0	1	2	3	4
42 – Kas ağrı ve sızıları ... .. .	0	1	2	3	4
43 – Başkalarının sizi gözetlediği veya hakkınızda konuştuğu duygusu ... .. .	0	1	2	3	4
44 – Uykuya dlamakta güçlük çekme ... .. .	0	1	2	3	4
45 – Yaptığınız işleri tekrar tekrar kontrol etme zorunluluğu hissetme ... .. .	0	1	2	3	4
46 – Karar vermede güçlük çekme... .. .	0	1	2	3	4
47 – Otobüs, minibüs, tren, dolmuşla yolculuktan korkma ... .. .	0	1	2	3	4
48 – Nefes almada güçlük çekme ... .. .	0	1	2	3	4
49 – Nöbetler şeklinde ateş basması veya her tarafınızın buz kesmesi ... .. .	0	1	2	3	4
50 – Sizi korkuttuğu için belirli yerler, nesnelere, olaylar, hareket ve davranışlardan kaçınma ... .. .	0	1	2	3	4
51 – Zihinde boşluk duygusu ... .. .	0	1	2	3	4
52 – Bedeninizin çeşitli yerlerinde hissizlik, uyuşma veya karıncalanma ... .. .	0	1	2	3	4
53 – Boğazınızda bir yumru tıkanıp hissi ... .. .	0	1	2	3	4
54 – Gelecekle ilgili ümitsizlik ... .. .	0	1	2	3	4
55 – Dikkatlerinizi toplamada güçlük çekme ... .. .	0	1	2	3	4
56 – Bedeninizin bazı kısımlarında güçlük çekme... ..	0	1	2	3	4
57 – Gerginlik veya tedirginlik hissi ... .. .	0	1	2	3	4
58 – Kol ve bacaklarda ağırlık hissi ... .. .	0	1	2	3	4
59 – Ölüm veya ölmekle ilgili düşünceler ... .. .	0	1	2	3	4
60 – Aşırı yemek yeme ... .. .	0	1	2	3	4

61 – Başkaları size bakarken ya da hakkınızda konuşurken huzursuzluk veya rahatsızlık duyma .	0	1	2	3	4
62 – Aklınıza size size ait olmayan düşüncelerin gelmesi ... ..	0	1	2	3	4
63 – Birisine zarar veya acı verme, döğme, yaralama isteğini zorlayıcı biçimde duyma ... ..	0	1	2	3	4
64 – Sabahları erken uyanma ... ..	0	1	2	3	4
65 – Dokunma, sayma, yıkama gibi davranışları zorunluluk hissederek tekrarlama ... ..	0	1	2	3	4
66 – Huzursuz, rahatsız uyku veya uykunuzun bölünmesi ... ..	0	1	2	3	4
67 – Birşeyleri kırmak veya parçalamak için dayanılmaz bir istek duyma ... ..	0	1	2	3	4
68 – Başkalarının paylaşmadığı düşünce, görüş ve inançlarınızın olması ... ..	0	1	2	3	4
69 – Başkalarıyla beraberken konuşma ve davranışlarınıza dikkat etme zorunluluğu ... ..	0	1	2	3	4
70 – Sinemada veya alışverişte olduğu gibi kalabalıktan uzak durma ve kaçınma ... ..	0	1	2	3	4
71 – Herşeyin çokzor ve yorucu olduğu duygusu ... ..	0	1	2	3	4
72 – Dehşet ve paniğe kapılma nöbetleri ... ..	0	1	2	3	4
73 – Topluluk içinde yiyip içerken huzursuz olma ... ..	0	1	2	3	4
74 – Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma ... ..	0	1	2	3	4
75 – Sık sık tartışmalara girme ya da iddialaşma ... ..	0	1	2	3	4
76 – Yalnız kaldığınızda sinirlilik veya huzursuzluk hissi ... ..	0	1	2	3	4
77 – İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık duyma ... ..	0	1	2	3	4
78 – Yerinizde duramayacak kadar huzursuzluk hissi ..	0	1	2	3	4
79 – Değersizlik duyguları ... ..	0	1	2	3	4
80 – Başınıza kötü bir şey geleceği hissi ... ..	0	1	2	3	4
81 – Yüksek sesle bağırma veya birşeyleri fırlatıp atma ihtiyacını hissetme ... ..	0	1	2	3	4
82 – Topluluk içinde bayılmaktan korkma ... ..	0	1	2	3	4
83 – Eğer fırsat verirsiniz insanların sizi kullanacağı hissi ... ..	0	1	2	3	4
84 – Cinsellikle ilgili oldukça rahatsız edici tasavvur, düşünce ve duyguların olması ... ..	0	1	2	3	4
85 – Suç ve günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi ... ..	0	1	2	3	4
86 – Dehşet ve korku uyandıran düşünce ve tasavvurlar ... ..	0	1	2	3	4
87 – Bedeninizde ciddi bir bozukluk olduğu düşüncesi ... ..	0	1	2	3	4
88 – Başka birine karşı gerçek bir yakınlık duymama hissi... ..	0	1	2	3	4
89 – Suçluluk duygusu ... ..	0	1	2	3	4
90- Aklınızda herhangi bir bozukluk olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

– Bu anketi cevaplandığınız için teşekkürler

### Ek-3

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**YÖNERGE:** Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.  
b) Kendimi üzgün hissediyorum.  
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.  
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.  
b) Gelecek konusunda umutsuzum.  
c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.  
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum hiç düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.  
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.  
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.  
d) Kendimi bir insan olarak tamamıyla başarısız görüyorum.
4. a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.  
b) Herşeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.  
c) Artık hiç bir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.  
d) Beni doyuran hiç bir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.  
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.  
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.  
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.  
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.  
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.  
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.  
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.  
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.  
d) Kendimden nefret ediyorum.

8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.  
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.  
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.  
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.  
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.  
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.  
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.  
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.  
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesemde ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sınırlı ve tedirgin sayılmam.  
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.  
c) Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim.  
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sınırlıyım.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.  
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.  
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.  
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.  
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.  
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.  
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.  
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.  
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.  
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar çalışabiliyorum.  
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.  
c) Ne iş olursa olsun, yababilmek için kendimi çok zorluyorum.  
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.  
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.

- c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
- d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çok yorulduğumu sanmıyorum.
- b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
- c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
- d) Artık hiç bir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
- d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
- c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
- d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- b) Son zamanlarda, ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
- c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Cinsellikle hiç ilgim kalmadı.

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.00.02/AEK- 239

Konu:

Sayın : Prof. Dr. Yankı YAZGAN

MAR-YÇ-2004-0118 protokol nolu "Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerin eşanı ve psikososyal profili " isimli projeniz -Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESEKENLİ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurul Başkanı