

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



'Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sıklığı ve Eşhastalanımı'

Dr. Başak KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**'Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Tip Dikkat Eksikliği ve
Hiperaktivite Bozukluğunun Sıklığı ve Eşhastalanımı'**

Dr. Başak KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Cem CERİT
Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurulu Onayı: KÜ GOKAEK 2018/16.11 – 17 EKİM 2018 Proje No: 2018/293

2019

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimine başladığım günden beri bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, danışacağım her türlü konudaki fikirlerini önemseydiğim ve güvendiğim, tez sürecimde ve asistanlık sürecinde her zaman desteğini hissettiğim, hayatıma önemli etkileri olan, akademik gelişimimde önemli katkıları olan kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç.Dr. Cem CERİT'e

Birlikte çalışma şansını yakaladığım, akademik gelişimim yanında kişisel gelişimimde de büyük emeği olan kıymetli hocalarım, Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Prof. Dr. Aslıhan POLAT ve Doç. Dr. Elif TATLIDİL YAYLACI'ya

Asistanlığımın bir bölümünde çalışma şansı yakaladığım Prof. Dr. Ümit TURAL, Prof. Dr. Bülent COŞKUN, Prof. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL ve Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER'e

Tez süresince manevi desteklerini esirgemeyen dostlarım Uz.Dr. Belgin Hüseyinoğlu Dr. Saliha Güler, Uz.Dr. Buket Özkara Yılmaz, Dr. Ömer Atalayın, Dr. Beyza Koca ve Aysel İncedere'ye,

Sıkıntı, sevinç ve asistanlık dönemini keyifle paylaştığımız asistan arkadaşlarıma, birlikte çalıştığım tüm sağlık personeli arkadaşlarıma,

Her anımda yanımda olan, desteklerini, sevgilerini ve özverilerini hiç esirgemeyen, kardeşlerim Ömer Küçük ve Faruk Küçük'e, annem Nazlı Küçük ile babam Hüseyin Küçük'e En derin duygularıyla teşekkür ederim.

TEMMUZ 2019

DR. BAŞAK KÜÇÜK

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	2
İÇİNDEKİLER	3
TABLolar DİZİNİ.....	5
KISALTMALAR DİZİNİ	6
ÖZET	7
ABSTRACT	8
GİRİŞ VE AMAÇ	9
1. GENEL BİLGİLER	13
1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	13
1.1.1. DEHB’NİN TANIMI.....	13
1.1.2. DEHB’NİN TARİHÇESİ.....	13
1.1.3. DEHB’NİN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	15
1.1.4. DEHB’NİN ETYOLOJİSİ.....	15
1.1.4.1. NÖROKİMYASAL ETKENLER.....	16
1.1.4.2. NÖROGÖRÜNTÜLEME.....	18
1.1.4.3. NÖROFİZYOLOJİ.....	20
1.1.4.4. GENETİK FAKTÖRLER.....	20
1.1.4.5. BİYOKİMYASAL ETKENLER.....	23
1.1.4.6. PSİKOSOSYAL VE ÇEVRESEL ETKENLER.....	24
1.1.5. DEHB’NİN TANI ÖLÇÜTLERİ.....	25
1.1.6. DEHB’NİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	31
1.1.7. DEHB’NİN EŞHASTALANIMI.....	33
1.1.8. DEHB’NİN AYIRICI TANISI.....	34
1.1.9. DEHB’NİN GİDİŞİ.....	34
1.1.10. DEHB’NİN TEDAVİSİ.....	35
1.2. DEHB’YE EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK TANILAR.....	37
1.2.1. YIKICI DAVRANIM BOZUKLUĞU.....	37
1.2.2. ALKOL MADDE KULLANIMI/BAĞIMLILIĞI.....	37
1.2.3. DEPRESYON.....	38
1.2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	38
1.2.5. BİPOLAR BOZUKLUK.....	38
1.2.6. YEME BOZUKLUKLARI.....	39
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
2.1. ÖRNEKLEM.....	40
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	40
2.2.1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	41

2.2.2. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ.....	41
2.2.3. DIVA 2.0 ERİŞKİNLERDE DEHB İÇİN TANISAL GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ.....	41
2.2.4. SCID-I (STRUCTURED CLİNICAL İNTERVIEW FOR DSM-IV).....	42
2.3. VERİLERİN ANALİZİ.....	43
3. BULGULAR.....	44
4. TARTIŞMA.....	60
4.1 POLİKLİNİK HASTALARINDA DEHB SIKLIĞI.....	60
4.2 DEHB HASTALARINDA EŞHASTALANIM.....	61
4.3 DEHB İLE İLİŞKİLİ ETMENLER.....	61
5. ÇALIŞMAMIZIN KISITLILIKLARI.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
6.1.SONUÇLAR	66
6.2.ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	80

TABLolar DİZİNİ

TABLO-1: Hastaların nüfus ve klinik özellikleri.....	44
TABLO-2: Hasta grubunda erişkin DEHB oranları, EDÖ puanları ve EDÖ pozitif kriter sayısı.....	47
TABLO-3: Erişkin DEHB tanısı alan ve almayan hastaların poliklinik tanıları.....	49
TABLO-4: Erişkin DEHB tanısı alan ve almayan hastaların SCID-I tanıları.....	51
TABLO-5: Erişkin DEHB tanısı alan ve almayan hastaların nüfus ve klinik verilere göre karşılaştırılması	53
TABLO-6: Hastaların EDÖ puanlarının nüfus ve klinik verilere göre karşılaştırılması.....	56

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
EDÖ	Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperktivite Bozukluğu Ölçeği
BTA	Başka Türlü Adlandırılmayan
WUDO	Wender Utah Derecelendirme Ölçeği
WPRS	Wender'in 10 itemlik Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MPH	Metilfenidat
ATX	Atomoksetin
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ORT	Ortalama
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV
DIVA	Diagnostisch Interview Voor ADHD
ADHD	Adult Attention Deficit and Hiperactivity Disorder

ÖZET

Bu çalışmada; erişkin psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran hastaların DEHB tanısı alma oranları ve DEHB tanısı alan hastalara eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları belirlemek amaçlanmıştır.

Bu çalışma 01.10.2018-01.03.2019 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yapılmıştır. Bu zaman dilimi içinde toplam 151 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildikten sonra katılımcılara Sosyodemografik bilgi formu ve EDÖ verildi. DIVA2.0 erişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği ve SCID-1 uygulandı.

Araştırmamıza katılan 151 hastanın %19.9'u DIVA2.0 erişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeğiyle yapılan görüşmeye göre erişkin tip DEHB tanısı almıştır, %80.1'i tanı almamıştır. Çalışmaya alınan hastaların SCID-1 tanılarına bakıldığında; DEHB tanısı alan hastaların %16,6'sının Depresyon tanısı aldığı, bunu Yaygın Anksiyete Bozukluğu (%10), Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon (%10), Panik Bozukluğu ve Depresyon (%10) tanılarının izlediği %13.3'ünün tanı almadığı görülmüştür. DEHB tanısı alanların yaklaşık yarısına poliklinikte DEHB tanısı konmuştur. DEHB tanısı alanların almayanlara göre yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bekarlarda ve öğrencilerde DEHB tanı oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. DEHB tanısı alanlarda, almayanlara göre eğitim süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Disiplin cezası alanlarda, almayanlara göre DEHB oranının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Erişkin DEHB sık görülmekte ve psikiyatri polikliniklerinde gözden kaçan bir tanı olmaktadır. DEHB belirtileri kişilerin işlevsellik düzeyini olumsuz etkilemektedir. Erişkin DEHB eş tanılarını ve daha çok hangi psikiyatrik hastalıklarla karıştığını belirlemek ve bunlara yönelik tedaviler başlamak hastaların yaşam kalitesini artıracak ve tedavi maliyetini azaltacaktır.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the rate of ADHD diagnosis in patients who admitted to adult psychiatry outpatient clinic for the first time and to investigate other comorbid psychiatric diseases. This study was accomplished in the psychiatry outpatient clinic of Kocaeli University Medical Faculty Hospital between the dates 01.10.2018-01.03.2019. 151 patients were included in this study. First, patients were informed about the study, then the participants were given a sociodemographic information form and Adult ADHD Scale. Diagnostic interview scale for ADHD in adults (DIVA 2.0) and SCID-I were used.

Of the 151 patients who participated in the study, 19.9% were diagnosed with ADHD according to the diagnostic interview scale for ADHD in adults. 80.1% were not diagnosed. It was seen that 16.6% of the patients diagnosed with ADHD were diagnosed with depression, followed by the diagnoses: general anxiety disorder (10%), general anxiety disorder and depression (10%), panic disorder and depression (10%). %13.3 were not diagnosed. Approximately half of those diagnosed with ADHD were diagnosed correctly in the outpatient clinic. The mean age of patients with ADHD was lower than those without ADHD. It was found that ADHD diagnosis rate was higher in single individuals and students. The duration of education was found to be longer in patients with ADHD. It was found that the rate of ADHD was higher in those who received disciplinary punishment than those who did not.

Adult ADHD is common and a disregarded diagnosis in outpatient clinics. ADHD symptoms decrease the level of functioning of individuals. Considering adult ADHD and its comorbidities and initiating treatments for them would improve the quality of life and reduce the cost of treatment.

GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), erken çocukluk döneminde başlayan ve temel belirtileri erişkin dönemde de süren kronik, nörogelişimsel bir psikiyatrik bozukluktur. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); çocukluk çağının en sık psikiyatrik bozukluklarından biri olup çocuk ve adolesanlar için prevalansı %5-10, erişkinler için ise %2,5-3,4 olarak bildirilmiştir (1,2,3). Tahmin edilen oranlar incelenen örneklem, kullanılan DSM'nin nin basım yılı ve değerlendirme yöntemine göre değişkenlik göstermektedir (4). Temel belirtileri dikkat dağınıklığı, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik olup, erişkin dönemde de ruhsal ve sosyal alanlar ile eğitim/mesleki alanlarda sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır (5). DEHB ayaktan başvuran erişkin hastalarda nadir değildir, oranlar genel erişkin popülasyonundan daha yüksektir (6).

DEHB, çocukluk çağı psikopatolojileri arasında en çok çalışılan bozukluklardan biri olmasına rağmen, erişkin dönemi DEHB hakkında daha az şey bilinmektedir (7). Ergenlerle yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde var olan nöropsikolojik sorunların zamanla kaybolmadığı gösterilmiştir (8). Çocukluk döneminde DEHB tanısı konanların, çocukluk çağındaki semptomlarının daha ileriki yaşlarda %10 ile %79 arasında devam ettiği ve çalışmalar arasında farklılık gösterdiği görülmektedir (9,10). En son araştırmalara göre, çocukluk çağında tanı konan bireylerin %30-70'i ergenlik ve erişkinlik döneminde de belirgin zorluk göstermektedir (11,12,13,14). Bu kadar geniş bir aralığın olmasının nedeni tanıda kullanılan kriterlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır; araştırmalarda kullanılan farklı kriterler, tanının geçerliliğini ve hayat boyu DEHB 'nu anlamamızı da zorlaştırmaktadır (15). Erişkinlerde DEHB'nin dikkat eksikliği semptomları dikkatin kolayca çelinmesi, odaklanma güçlüğü, unutkanlıklar, güdülenmede yetersizlik, dağınıklık, dikkatsizce hatalar ve zaman yönetimindeki sorunlar şeklinde kendini göstermektedir (16,17). Erişkinlerde DEHB'nin dürtüsellik semptomları sabırsızlık, acelecilik, plan yapma ve uygulamada sorunlar, yürütücü işlevlerde sorunlar, irritabilite, dürtüsel harcamalar şeklinde kendini göstermektedir (18). Erişkinlerde DEHB'nin aşırı hareketlilik belirtileri çocuklar kadar belirgin olmayabilir. Huzursuzluk, oturduğu yerde

kıvrıdanma, uzun süre yerinde oturamama ile kendini gösterir (16,17). Son yıllarda yapılan çalışmalar DEHB'nin erişkinler arasında da oldukça yaygın bir bozukluk olduğunu ortaya koymuştur. Amerikan Ulusal Eş tanı Araştırmasında 18-44 yaşlar arası 3199 erişkinde DEHB sıklığı %4.4 bulunmuştur (2). Dünya Sağlık Örgütü tarafından Amerika, Avrupa ve Orta Doğu'daki 10 ülkede 18-44 yaşları arasında 11422 erişkinde DEHB sıklığı %3.4 (%1.2-7.3 aralığında) bulunmuştur (19). Genel toplumdaki erişkinler arasında diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığı düşünüldüğünde (panik bozukluk %0.7-2, obsesif kompulsif bozukluk %2-3, yaygın anksiyete bozukluğu %5, şizofreni %0.5-2, iki uçlu bozukluk %0.5-1.5) DEHB'nin bir psikiyatristin günlük pratiğinde sıklıkla karşılaştığı pek çok temel psikiyatrik bozukluktan daha yaygın ya da onlara yakın sıklıkta olduğu anlaşılır (20).

DEHB'nin genel psikiyatri kliniklerinde sıklığını araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Bir çalışmada psikiyatri servisinde yatan hastaların geriye dönük olarak dosyalarının incelenmesi sonucunda, 292 hastanın 6'sının DEHB tanısı aldığı saptanmıştır (21). Diğer çalışmada ise psikiyatride ayaktan takip edilen randomize seçilmiş 212 hastada DEHB sıklığını araştırmışlardır. Çalışmaya alınan hastaların hiçbiri DEHB için yönlendirilmemiş ve de DEHB tedavisi almamıştır. Hastalar DEHB için DSM-III-R kriterlerine göre değerlendirilmiş. Hastalar çocukluk dönemi DEHB belirtilerini ölçen Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'nin 25 maddelik formu (WUDÖ 25) ve Halowell ve Ratey'in 20 itemlik erişkin DEHB kriterlerine göre değerlendirilmiş. Araştırmacılarından biri hastanın birinci derece akrabaları ile Wender'in 10 itemlik Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (WPRS) uyarınca görüşme yapmış. Bu ölçek hastanın motor hiperaktivitesi, distraktibilitesi ve impulsivitesi ile ilgili gözlemleri içermektedir. DEHB tanısı için hastanın, DSM-III-R kriterlerinin en az 8 tanesini sağlaması, WUDÖ 25'den 46 veya üzeri puan alması, Halowell ve Ratey kriterlerinden 12 veya üzeri puan alması ve WPRS kriterlerinden 10 veya daha fazla puan alması beklenmiş. Ayrıca hastanın, klinik gözlem, çocukluk hikâyesi ve okul kayıtlarına göre de DEHB açısından pozitif olması beklenmiş. Çalışmanın sonucunda DEHB tanı oranı %50 olarak saptanmıştır (22). Bazı ilave psikiyatrik bozukluklar DEHB olgularında kontrollere göre belirgin olarak daha fazladır.

DEHB olan çocuklarda bu ilave bozuklukların birçoğu erken çocuklukta başlamaktadır (23).

Erişkin DEHB 'nın yaşam boyu psikiyatrik eştanı için önemli bir risk faktörü olduğu, DEHB tanısı almış erişkinlerin daha yüksek oranda eştanı gösterdiği, daha fazla tedavi maliyeti olduğu görülmüştür (24,25). Erişkin DEHB; işlevsellikte bozulma, antisosyal davranış, madde kötüye kullanımı, depresyon riskinde artış ve bazı bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olabilir (26,27,28). Erişkin DEHB'de hem dürtüsellik gibi klinik özellikler, hem de sık görülen psikiyatrik eş tanı varlığı nedeniyle yüksek intihar riskinin bulunduğu düşünülebilir (29). Bazı çalışmalarda, erişkin DEHB'nin tek başına intihar girişimi için risk etkeni olduğu ifade edilmiş olmasına rağmen (30,31) yapılan son çalışmalarda DEHB'nin tek başına risk etkeni olmayıp, psikiyatrik bozukluklarla eş tanı olduğunda risk etkeni olabileceğine dikkat çekilmektedir (32,33). 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 (5). Ergenler ve erişkinler üzerinde yapılmış çalışmalar DEHB'si mevcut bireylerin kontrollere göre daha yüksek oranda madde kötüye kullanımına sahip olduklarını ortaya koymuştur (35). DEHB olan erişkinlerin %87'sinin en az bir, %56'sının en az iki psikiyatrik eştanı aldıkları bildirilmiştir (36). En sık görülen eştanılar ajite depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, iki uçlu duygudurum bozukluğu tip 2, siklotimi ve kişilik bozukluklarıdır (özellikle sınırda ve antisosyal) (37). DEHB olan erişkin hastalar genellikle hastaların çocuklukta beri gelen çekirdek belirtilerinden çok, sonradan üzerine eklenen diğer psikiyatrik bozukluklar nedeniyle hekime başvururlar (37). Başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtileri nedeniyle başvuran hastada, hekimin başvuru şikayetlerinin arka plandaki DEHB belirtilerini dikkatli bir değerlendirmeye ayırt etmesi gerekir (38).

Bu çalışmada; erişkin psikiyatri polikliniğine ilk defa başvuran hastaların DEHB tanısı alma oranları ve DEHB tanısı alan hastalara eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları belirlemek amaçlanmıştır. DEHB tanısı ve belirti şiddetiyle ilişkili nüfus ve klinik özelliklerin araştırılması da çalışmanın bir diğer amacıdır.



1. GENEL BİLGİLER

1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

1. DEHB’NİN TANIMI

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, erken çocukluk döneminde başlayıp 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 (39).

1.1.2. TARİHÇE

Huzursuzluk ve dikkat sorunlarının okul başarısında olumsuz etkilere yol açtığı DEHB benzeri bir tablo tıbbi yayında ilk kez 1789 yılında İskoç hekim Crichton tarafından tanımlanmıştır (40). İlk tanımlamalar 18. yy’da “Kötü Çocuklar” (Bad Children) 19. yy’da ise “Çılgın Budalalar” (Mad Idiots), “fevri delilik” (impulsive insanity), “yetersiz inhibisyon” (defektive inhibition) şeklindedir (41,42). Daha sonra George Still (1902) DEHB ile ilgili ilk kez yayınlanan 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. İngiliz hekim Tredgold da beyinde ahlak merkezinin bulunduğu bölgedeki bir anormallik nedeniyle bu sorunların öne çıktığını öne sürmüştür (43,44). 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 Khan ve Cohen (1934) ‘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 Beyin Disfonksiyonu’ olarak isimlendirmiştir (45). Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II (1968) sınıflandırmasında

"Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak isimlendirilmiştir. DSM-III (1980), DEHB'nin hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği tip olarak iki alt gruba ayırarak tanımlamıştır. DSM-III-R (1987), DEHB'yi "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak tanımlamıştır. DSM-III-R bu bozukluğun içeriğinde 14 belirtiden söz etmektedir. DSM-III-R'ın tanı kriterleri, bu 14 belirtiden sekizinin olması, belirtilerin 7 yaşından önce başlaması ve en az 6 ay sürmesi olarak tanımlanmıştır. Bu 14 belirtinin 5' i dikkatsizlik, 5'i impulsivite, 4'ü hiperaktivite belirtilerine aittir. DSM -IV' de (1994) yapılan son tanımlama "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu "dur. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip ve Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu- Hiperaktivite ve dürtüselliğin ön planda olduğu tip diye temel alt gruplara ayrılmaktadır. Bunun dışında her iki gruptan da semptom taşıyanları işaret eden bir üçüncü alt tip olarak "Bileşik tip " bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD–9 sınıflama sisteminde bu bozukluk "Hiperkinetik Sendrom" ismi ile yer alırken ICD-I0'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak yer almıştır. ICD–9 ve ICD-I0'da impulsiviteye temel belirtiler arasında yer verilmemiştir. Ayrıca başlangıç yaşının 6 yaşın altında olması şartı mevcuttur. (38)

DSM-5'de nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında bulunan, DEHB için tanı kriterleri büyük oranda korunmakla birlikte bazı değişiklikler yapılmıştır. DSM-5'te; önceki tanı ölçütleri büyük ölçüde korunmakla birlikte bazı değişiklikler yapılmıştır. İşlev kayıplarına sebep olan belirtilerin yedi yaşından önce var olması koşulu, belirtilerin oniki yaşından önce var olması şeklinde düzenlenmiştir. Onyediy yaş ve üzerindeki bireylere tanı konulabilmesi için her bir belirti kümesinden beş ölçütün yeterli olması; belirtilerin sayısı, ağırlığı ve işlevsellikteki bozulmanın derecesine göre "hafif, orta, ağır" şeklinde şiddet belirteçlerinin ve alt tiplendirme yerine "baskın görünüm" ifadesinin kullanılması ise yapılan diğer değişikliklerdir (46)

1.1.3. EPİDEMİYOLOJİ

Çocuklarda en sık tanı konulan psikiyatrik bozukluktur (47). Erkek çocuklarda daha sık görülür. Kliniğe başvurma oranları erkeklerde daha yüksektir (47). Geniş yaş aralığının değerlendirildiği yaygınlık çalışmalarında DEHB yaygınlığı 40 yaş üstü popülasyonda %0.7 olarak saptanırken, kırk yaş altında ise bu oran %2.02'ye çıkmaktadır (48). 19-24 yaşlar arasındaki genç erişkin dönemini değerlendiren çalışmalarda yaygınlık oranlarının %1-8.7 arasında değiştiği görülmektedir (48). Amerika Psikiyatri Birliği tarafından DEHB tanılı çocuk oranı %3-7 olarak tahmin edilmektedir. (50,51). Ülkemizde ise kentsel kesimde ki ilkokul çocuklarında DEHB yaygınlığı %5 olarak saptanmıştır (52). Mahkumlar arasında DEHB genel topluma göre daha yaygın olarak bulunmuştur (53,54). Erkeklerde kadınlardan daha fazla DEHB bulunmaktadır (55). Çocukluk döneminde klinik örneklerde kız/erkek oranı 1/10 civarında bildirilse de, toplum temelli çalışmalarda 1/3 gibi bir oran bildirilmektedir (56). Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve DEHB tanısı alan çocuklar arasında yapılan bir çalışmada, aşırı hareketliliğin önde olduğu tip erkeklerde daha sık, dikkat eksikliğinin önde olduğu tip kızlarda daha sık sonucunu belirtilmiştir. Bileşik tip sıklıkla erişkin yaşamda da sürer ve her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir (57,58). DEHB çocukluk çağında başlar ve erişkinlik döneminde de devam etmektedir. DEHB'nin ergenlikte %60-85, erişkinlikte ise %40-60 oranında devam ettiği sonucuna varılmıştır (59)

1.1.4. ETİYOLOJİ

Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu psikiyatride nörobiyolojisi en net şekilde ortaya konan bozukluklardandır. Psikolojik ve sosyal faktörlerle etkileşiyor olsa da kökeni biyolojiktir. Günümüzde DEHB'nin biyolojik nedeninin psikososyal nedenlere göre çok daha fazla olduğu bilimsel olarak kabul edilmektedir. DEHB'de kalıtımın gücü neredeyse boy uzunluğunun kalıtım gücü kadardır. DEHB tanısı alan kişinin annesi, babası veya kardeşlerinden birinin daha DEHB olması muhtemeldir. Hatta yakın akrabalarında da tedavi gerektirir boyutta ya da eşik altı DEHB olabilir. DEHB'nin nörokimyası, beyin görüntülemesi, yaygınlığı, risk etmenleri ve genetiği üzerine yapılan çalışmalar

bozukluğun monoamin düzeneklerindeki ve frontostriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan ailesel bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (47).

1.1.4.1. NÖROKİMYASAL ETKENLER

Psikostimülanların hiperaktif ve impulsif belirtiler üzerine olumlu etkisi, DEHB'si olan çocukların nörokimyasal farklılıklarını araştırmaya yönlendirmiştir. Dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik düzensizlik, yapılması gereken görevlerde performans azlığına sebep olabilir. Özellikle üzerinde çalışılan monoaminler dopamin ve norepinefrin olmuştur. DEHB' de dopamin eksikliği ortaya atılan hipotezlerden biridir. Mezolimbik ve kortikal dopaminerjik yollardaki aksaklıklar dikkati sürdürme, uyarıyı yok sayma, güdülenme sorunlarına yol açabilir. Özellikle tedavi öncesi dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeyinin düşük bulunması, tedaviye yanıt açısından anlamlı bulunmuştur. Mezokortikal dopamin eksikliği; bilgi işlemede, yüksek fonksiyonlarda, hafızada ve dikkatte problemlere yol açabilir. Nörokimyasal çalışmalar, DEHB'nun patofizyolojisinde, katekolamin düzensizliğinin (norepinefrin) dürtüsellik ve agresyonda önemli olabileceğini düşündürmektedir (39,57,58).

Norepinefrin ve dopamin, uyanıklık sisteminin önemli parçalarındandır. Prefrontal korteksin uygun bir şekilde çalışabilmesi için norepinefrin ve dopaminin uygun düzeylerde olması gerekmektedir. Dopamin ve norepinefrinin az ya da fazla olması düşünce davranışların düzenlenmesini belirgin bozabilmektedir. DEHB' deki azalmış dopamin ve norepinefrin düzeyleri, bu maddelerin taşıyıcı düzeylerinde bir bozulmadan ileri gelmektedir. Bunun sonucu olarak DEHB'li kimselerde “gece bekçisi fenomeni” görülmektedir. Geceleri geç yatmakta, yatsa bile uyuyamamakta, sabahları ise geç kalkmaktadırlar. Dolayısıyla genelde kahvaltılarını hiç yapmamakta, veya düzenli olarak yapmamaktadır. Buna karşılık akşamları iştahları açılmakta, gece yatana kadar bir şeyler atıştırmaktadırlar. Bu uyku düzensizliği düzenli yaşama katılmalarına izin vermemektedir. Öğrenciler okula geç kalmakta veya gidememektedir. İş yaşamında ise verimsizliğe ve işten atılmaya neden olmaktadır (45).

Serotonin (agresif bireylerde önemlidir), inhibitör nörotransmitterler; glisin ve GABA, DEHB' de etkili olabilecek diğer nörotransmitterlerdir. Katekolamin nörotransmisyonunu etkileyen ajanlar DEHB'de etkili görünmektedirler. DEHB olan hastaların nikotin kullanımı dikkate alındığında, kolinerjik ve katekolaminerjik-dopaminerjik sistemler arasında bir etkileşim olabileceği düşünülmüştür. Nikotin kognisyonu geliştirirken dikkati de arttırmaktadır. Labarotuvuar çalışmalarından nikotinin dopaminerjik nörotransmisyonu arttırdığı ve nikotinik reseptör antagonizmasının dopamin salınımını arttırdığı bilinmektedir (39, 57, 58).

Hayvan modelleri üzerinde yapılan çalışmalar, dopaminerjik yollar üzerinde DAT1 (dopamin taşıyıcı geni), SNAP-25 ve DRD4'ün (dopamin D4 reseptör geni) DEHB etiolojisinde monoaminerjik sistem yoluyla etkili oldukları gösterilmiştir. Yine DEHB'de 3. kromozom üzerinde bulunan insan tiroid reseptör beta geninde, 11. kromozom üzerinde bulunan D4 reseptör geninde ve 5. kromozom üzerinde bulunan dopamin taşıyıcı geninde (DAT) mutasyon gözlenmiştir. Aşırı hiperaktivite ve dürtüsellığı olanlarda presinaptik dopamin taşıyıcı proteinleri (DAT) artmış miktarda bulunmuştur. Artmış DAT yoğunluğu kuşaklar boyunca aktarılabilir. DAT' a özel ligandlar (altropan ve TRODAT-1) araştırılmaktadır. DEHB'si olan erişkinlerde striatal DAT yoğunluğu ligand TRODAT-1 kullanılarak çekilen SPECT ile gösterilmiştir. Striatal DAT yoğunluğunun metilfenidat tedavisi sonrası düzeldiği öne sürülmüştür (39, 55, 56, 59). Postsinaptik D4 reseptör polimorfizmi, DEHB olan gençlerde sanıldığından daha fazla olduğu düşünülmektedir. Polimorfizmi olan genç hastanın semptomatolojisi daha ağır olmaktadır. D4 polimorfizmi reseptörün üçüncü sitoplazmik halkasının kaybıyla ilgilidir ve G protein sistemine reseptör bağlanmasının yetersiz olmasına yol açabilir. D4 reseptörünün dopamin ve norepinefrine afinitesi vardır; polimorfizmin olduğu durumlarda dopamine yanıt küntleşir (57, 60).

Noradrenerjik lokus seruleusun aşırı aktivitesi DEHB'de görülen davranış kontrolünün kalkmasına yol açabilir. Adrenerjik agonizma yoluyla dopamin kullanımının arttırılması, lokus seruleus etkinliğinin baskılanması DEHB'da tedavi için gerekli olabileceği öne sürülmüştür (60,61).

1.1.4.2. NÖROGÖRÜNTÜLEME

Prefrontal korteksin dikkati sürdürme ve dikkat düzenleme, davranış ve duyguların düzenlenmesi, dürtü kontrolü, hedeflerin planlanması, düşünce ve davranışların düzenlenmesi gibi görevleri vardır. Görüntüleme çalışmalarında bu bölgenin sıklıkla daha az faaliyet gösterdiği belirtilmektedir. Prefrontal korteksin hacminin incelendiği birçok çalışmada; en az bir bölümünün DEHB olan kişilerde, olmayan kişilere kıyasla daha küçük olduğu bulunmuştur (47)

Barkley (1997) yüksek fonksiyonlarla ilgili davranış inhibisyonu için prefrontal alan, çalışan hafıza için dorsolateral prefrontal alan, soyutlama ve inhibisyon için sağ prefrontal alan üzerinde durmuş; bu yapıların DEHB'nun nöroanatomik temelini oluşturduğunu belirtmiştir. Nörogörüntüleme çalışmaları ile erkeklerde sağ prefrontal beyin bölgeleri, kaudat nükleus, globus pallidus, serebellar vermisin alt bölgelerini içeren devrelerde problem olduğu öne sürülmüştür. Çalışmalar azalmış beyin hacmi ve kortiko-striato-talamo-kortikal (KSTK) devrelerde hipofonksiyon olduğu üzerinde durmaktadır. KSTK devre, bazı davranışların aynı zamanda seçilip bazılarının da inhibisyonunu sağlayan bir devredir. Yönlendirme/değiştirme ağı seçici dikkat ile ilgilidir ve superior parietal lobül, talamus ve orta beyin bölgelerinde lokalizedir. Yüksek ağ ise anterior singulat ve basal ganglia bölgelerindedir. Uyanıklık/uyarılma ağı ise vijilansı içerir ve sağ frontal lob özellikle Brodmann 6'nın superioruna lokalizedir. Genç erişkinlerde hafif/orta serebral atrofi gözlemlenmiş ancak bu erişkinlerin komorbid alkol kötü kullanımı ve çocuklukta medilfenidat alımı öğrenilmiş ve serebral atrofının sebebi tam olarak netleştirilememiştir. Barkley, serebral atrofide alkolizmin etkisinin daha ön planda olduğunu savunmaktadır. DEHB olan çocukların MRI bulgularında daha dar sağ frontal ölçümler ve kaudatta normal sağ>sol oranının değiştiği tespit edilmiştir. Belirgin daha küçük sol kaudat gözlenmiştir. Barkley'in çalışmalarında daha küçük sağ prefrontal kortikal alan ve daha küçük kaudat hacmi ile problemin daha çok sağ tarafta olabileceği belirtilmiştir. Premotor ve suplementer motor alanlarını bağlayan rostrum, rostral alanda ve korpus kallosumda daha küçük hacim gözlenirken; spleniumda normal hacim gözlenmiştir. Daha küçük kortikal alanlar Connor' s derecelendirme ölçeklerindeki yüksek hiperaktiviteve

impulsivite skorları ile uyumludur (39). Dorsolateral prefrontal korteks (DLPF), yüksek fonksiyonların gerçekleştirilmesini sağlarken; orbitofrontal korteks (OFC) emosyonel uyarılma ve beklenmedik olaylara sensiviteyi sağlar. Orbitofrontal az uyarılma, davranışsal engellenmenin kalkmasına ve cezalandırmada kayıtsızlığa sebep olabilir. Cummings (1993), orbitofrontal hasar ile oluşmuş davranışsal disinhibisyon sendromu tanımlamıştır. Orbitofrontal lezyonları olan pek çok vaka sunumunda impulsif, antisosyal davranışlardan bahsedilmiştir. Buradan yola çıkarak; DEHB hiperaktif/impulsif tipte orbitofrontal disfonksiyonunu gösteren nöropsikolojik kayıplar, DEHB dikkatsizliğin ön planda olduğu tipte DLPF disfonksiyonunu gösteren nöropsikolojik kayıplar olabilir. DLPF disfonksiyonu, yüksek frontal fonksiyonlar yani dikkat sorunları, olayların sonuçlarını kavrayamama gibi DEHB'nun ana belirtilerine neden olabilir. DEHB bileşik tipte hem DLPF hem de OFC disfonksiyonu gözlenebilir (61). Yapısal MRI çalışmaları ile de hem kızlarda hem de erkeklerde tüm beyin hacminde, korpus kallosumda, anterior singulatta, kaudatta, serebellar hacimde azalma olduğu gösterilmiştir. Ancak DEHB olan kızlarda, erkeklere göre beyinde, daha fazla metabolik anormallik gözlenmiştir. Pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmaları ile DEHB olan erişkinlerde prefrontal korteks metabolizmasının azaldığı, kız ergenlerde ise tüm, metabolizmanın azaldığı gösterilmiştir. Uyarıcılarla yapılan tedavi ile de beyin yapısında değişiklik olmadığı öne sürülmüştür. SPECT ile erişkinlerde dopamin taşıyıcı proteine artmış bağlanma olduğu gözlenmiştir (57). DEHB olan çocukların striatal bölgesindeki hipoperfüzyon kısa dönemde psikostimülan ilaçlarla gerilemiştir. Fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile katekolaminden zengin beyin bölgelerinde ki metabolizmada azalma gözlenmiştir. DEHB olan çocuklarda substansiya nigra ve ventral tegmentum alanında anormal presinaptik dopaminerjik aktivite olduğu; artmış 18F-DOPA (pozitron emisyon tomografisinde dopa dekarboksilaz işaretleyicisi) oranı ile gösterilmiştir. Azalmış serebral glukoz metabolizması erişkin ve ergen DEHB hastalarında frontal korteks ve subkortikal kaudat nükleus alanlarda PET ve SPECT çalışmaları ile gösterilmiştir. Metabolizma azalması, karar verme, planlama ve zamanı algılamada sorunlara neden olabilir. Yine fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme çalışmaları tepki engellenmesini içeren nöropsikolojik ödevler sırasında frontostriatal ve subkortikal alanlarda nöronal aktivasyonun azalmış olduğunu göstermişlerdir (59, 55).

1.1.4.3. NÖROFİZYOLOJİ

DEHB ve normal kontroller arasında EEG bulguları açısından farklar bulunmuştur. Stres verilerek çekilen EEG incelemesinde prefrontal yavaş dalga aktivitesinde artış ve aşırı beta aktivitesine rastlanmıştır. Bu durum beynin matürasyonel gecikmesi olarak yorumlanmıştır. Uyarılmış potansiyel çalışmalarında azalmış uyarılma, subkortikal aktivasyonun bozulmuş olduğunu gösterebilir. Beyin elektrik aktivitesi haritalandırma çalışmasında DEHB olan çocuklarda artmış latans, azalmış aktivite frontal bölgede tespit edilmiştir (59).

DEHB ile ilgili EEG çalışmalarında bildirilen sonuçların özgül bir EEG bozukluğunu değil; santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeyi gösterebileceği düşünülmektedir (57).

1.1.4.4. GENETİK FAKTÖRLER

DEHB, çocukluk dönemiyle başlayan, nörogelişimsel bozukluklarla kendisini gösteren, etkisinin tüm yaşlar boyunca görülebileceği nöropsikiyatrik bir bozukluktur. DEHB anne-babanın yetiştirme biçimlerinin doğrudan sonucu olmayan kalıtsal özelliklerin ağır bastığı bir hastalıktır. Diğer bozukluklara benzer şekilde DEHB’de genetik ilişkilendirme çalışmaları, ikiz çalışmaları ve moleküler çalışmalar ile yapılmıştır. Aile çalışmalarında, ortalama olarak DEHB’li çocukların anne babalarında, DEHB görülme riskinin babalarında 1.9-8 kat, annelerinde 2.1-7.6 kat artmış olduğu bildirilmiştir. DEHB olan çocukların akrabalarında; DEHB diğer psikiyatrik bozukluklar (alkol kötüye kullanımı, duygudurum bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu), okul başarısızlığı, öğrenme güçlüğü, entelektüel fonksiyonlarda kayıp olduğu belirlenmiştir. Buradaki önemli noktalardan birisi de hastalığın genetik kalıtım şeklidir. Yapılan aile çalışmalarında başlarda hastalığın kalıtım modeli olarak otozomal dominant olarak düşünülse de yapılan sonraki çalışmalar, bunu desteklememiştir. Bununla birlikte genetik geçişin etiyojide tek başına etkili olmadığı, çevresel faktörlerinde önemli olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastalığın modeli olarak çok faktörlü ve çok genli kalıtım modeli daha çok benimsenmiştir (47).

Yapılan ikiz çalışmalarına göre, DEHB'nin kalıtsallığı yaklaşık olarak %76 oranında saptanmıştır. Bu çalışmalarda her ikizin birden DEHB olma oranı (eş hastalanma oranı); tek yumurta ikizlerinde %50-84, çift yumurta ikizlerinde %30-40 oranında bulunmuştur. Görece risk oranı, tek yumurta ikizlerinde 12-16 kat, çift yumurta ikizlerinde ve birinci derece akrabalarda 5-8 kat ve ikinci derece akrabalarda 2 kat olarak saptanmıştır (47).

Bütün bu çalışmaların yanında ayrıca aile araştırmalarında diğer psikopatolojilerin de taranması ile DEHB'nin kalıtsal heterojenitesi üzerinde farklı hipotezler kurgulanmıştır. Bu çalışmalarda, DEHB ve majör depresyonun ortak ailesel yatkınlıklar sergiledikleri, davranış bozukluğu ve bipolar bozuklukla birlikte DEHB görülen çocuk ve ergen olguların kendilerine özgü bir ailesel geçiş gösterebileceği düşünülmüştür. DEHB tanılı çocuk ve ergenler üzerinde yürütülmüş olan evlat edinme çalışmaları; hiperaktif çocukları evlat edinen ebeveynlerin, biyolojik akrabalara göre hiperaktivite ve ilişkili bozuklukları daha az gösterdiği saptanmıştır (47).

DEHB'ye yönelik yapılmış çalışmalar incelendiğinde; bağlantı analizleri, ilişkilendirme çalışmaları ve genom üzerine çalışmalar görülmektedir. Bağlantı analizi çalışmalarına bakıldığında DEHB'ye yatkınlıktan sorumlu gen bölgeleri 5,6,7,8,9,15,16,ve 17 kromozom bölgeleri olarak bildirilmiştir. Tüm genomun aynı anda tarandığı bağlantı analizli çalışmalarda ise; 10q26,16p13,17q22,2p24,5p13,6q14,11q25,17p11 ve 20q13 gibi farklı kromozom bölgeleri tespit edilmiştir. Bu bölgeler içinde 16p13 bölgesi öne çıkan bölgeler içindedir. Fakat bu sonuçlar farklı çalışmalarda ve farklı popülasyonlarda çok benzerlik göstermemektedir. Bağlantı çalışmalarındaki sonuçların bu farklılığı, bozukluğun farklı toplumlarda farklı genetik geçiş gösterebileceği ve/veya birden fazla kromozom bölgesinin rol oynayabileceği düşünülmektedir. DEHB mekanizmasında temel problem dopamin ve dopaminler ile ilişkili sorunlar olmakla birlikte birden fazla nörotransmitter rol oynamaktadır ancak DEHB tanılı çocuk, ergen ve erişkinlerin dopaminerjik ve noradrenerjik ajanlarla tedaviye yanıt vermesi nedeniyle, bozukluğun etiyolojisinde dopamin ve noradrenalin üzerinde durulmaktadır. Hastanın etiyolojisine yönelik aday gen çalışmalarında da hedef gen olarak en çok dopaminerjik,

noradrenalinergic, serotonergic glutamatergic, kolinerjik sistemle ilgili genler ve SNAP (sinaptozomlarla ilişkili protein) genlerinin alındığı çalışmalar bulunmaktadır (47).

Yapılan çalışmalar DEHB’de dopamin ile ilgili sorunlara işaret etmektedir. Dopamin, mizacın ve duygudurumun düzenlenmesinde, odaklanmada görevin anlaşılmasında, görev ve işlerin etkin ve zamanında bitirilmesinde ve diğer bilişsel alanlarda görev almaktadır. DEHB’de özellikle dopaminin taşınmasından sorumlu, dopamin taşıyıcı -1 (DAT1), Dopamin Reseptör D4 (DRD4), Dopamin Reseptör D5 (DRD5) genlerin fonksiyonlarında bozukluk olduğu bilinmektedir.

Bir meta-analiz çalışmasında DAT geni VNTR (tekrar edilen tandem değişkeni sayısı) polimorfizmi 10 tekrar alleli ile DEHB arasında aile tabanlı ve Avrupa ırkıyla yapılan çalışmalarda ilişki olduğu, vaka-kontrol tipi ve Asya ırkıyla yapılan çalışmalarda ise ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmalardan özetle diyebiliriz ki, dopaminergic sistem DEHB genetiğinde halen en önemli nörotransmitterdir (47).

Bir başka çalışmada da dopamin D2 reseptör geninin alleli, DEHB’li hastalarda %46.2 oranında saptanmış olup bu genin DEHB’de etiyolojik bir faktörden çok modifiye edici etken olarak rol oynadığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise bu genin dürtüsellik ve madde bağımlılığı ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda yapılan bir metaanaliz çalışmasında ise DRD2 geni rs1800497 (Taq1A) polimorfizmi ile DEHB arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Çocuk ve erişkin DEHB için 1,18 ile 1,8 risk olduğu belirtilmiştir (47).

Serotonin de dikkatle ilişkisi olan bir diğer maddedir. Seçici dikkati düzenler. Olumsuz duygu ve davranımı azaltır. Dürtüleri düzenlemede rolü vardır. İçsel çeldiricilerin azaltılmasına yardım eder. Serotonergic sistem ile DEHB arasındaki ilişkinin araştırıldığı Zoroğlu ve ark. (2002)’nin 71 çocukta yaptığı genetik çalışmada serotonin taşıyıcısı geni ile DEHB arasında ilişki bildirilmiştir. DEHB görülen dürtüsellüğün serotonergic sistem ile ilişkili olduğu düşünülmüş ve DEHB’li olgularda düşük trombosit 5-HT düzeyleri bildirilmiştir. Dikkatte önemli rol oynayan diğer madde norepinefrindir.

Bu madde gereksiz tepki ve davranışı kontrol eder. Uyarılardan kopmayı, odağı gerektiği gibi yeni uyarılara çevirmeyi sağlar. Uyarana takılıp kalmayı da azaltır (47).

Nikotinic reseptörler de dikkat, öğrenme ve bellek işlevlerinde rol almakta ve DEHB'nin nedenleri arasında sayılmaktadır. Bu sayılan biyolojik aminler ve bunlarla ilişkili reseptörler ve bunlarla ilişkili olan birçok gen, DEHB'ye neden olabilecek genlerden bazıları olarak gösterilmektedir. Son zamanlarda DEHB ile ilgili yapılan genetik çalışmaların sinaptik aralıkta rol alan proteinleri kodlayan genler üzerine yoğunlaştığını görmekteyiz. DEHB ile SNAP-25 (The synaptosomal-associated protein, 25kDa) geni arasındaki ilişki birçok çalışmada araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda MnlI polimorfizmi, bazılarında DdeI polimorfizmi, bazılarında ise her iki polimorfizm ile DEHB arasında ilişki gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; SNAP-25MnII polimorfizmi ile DEHB arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. (47)

1.1.4.5. BİYOKİMYASAL ETKENLER

DEHB etyolojisinde üzerinde durulan diğer konulardan ikisi de serum serbest yağ asitleri ve eser elementlerdir. Eser elementler vücudun çeşitli metabolik süreçlerinde aktif rol oynarlar. Psikiyatri açısından bu elementlerin önemi SSS gelişmesi, metabolizması ve insan davranışı üzerine olan etkilerinden kaynaklanmaktadır. Eser elementlerden magnezyum, kalsiyum, demir, bakır, kurşun ve çinkonun serum, idrar ve saç seviyeleri DEHB olan çocuklarda ölçülmüş, bakır ve kurşun haricindeki ölçümlerde genellikle düşük seviyeler elde edilmiştir (67). DEHB ile çinko ilişkisini inceleyen araştırma sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda çinko eksikliğinin DEHB etyolojisinde rolü olabileceği ve çinko suplementasyonu gerekliliği vurgulanırken, diğerlerinde çinko eksikliği ile DEHB arasında ilişki bulunamamıştır (68,69,70). Serum serbest yağ asitleri seviyesinin DEHB'li çocuklarda kontrollere göre anlamlı düşük olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (Bekaroğlu ve ark. 1996). Bu çalışmalardan birinde esansiyel yağ asidi suplementasyonu ile minimal düzeyde iyileşme olduğu bildirilmiştir (62).

1.1.4.6. PSİKOSOSYAL ve ÇEVRESEL ETKENLER

DEHB etiolojisinde biyolojik etkenlerin temel bir rol oynadığı bilindiğinden; psikososyal etkenlerin, daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı arttırıcı rolünden söz edilebilir. Yani çevresel faktörler bozukluğun kalıcılığını, komorbid bozuklukların gelişimini, hastalık seyrini etkileyebilir (39).

Bugüne kadar anne-baba-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişindeki çeşitli bozuklukların, DEHB etiolojisinde rol oynadığı öne sürülmüştür. Ancak, yapılan çok sayıda çalışmanın sonucunda, bu etkenlerin DEHB oluşumunda birincil etken olmadıklarını; ancak DEHB ile yakın ilişkili olan “karşıt olma –karşı gelme bozukluğu” ve “davranım bozukluğu” etiolojisinde önemli bir yere sahip olduklarını göstermektedir. Çevresel etkenler arasında, prenatal ve perinatal dönemi de içeren zamanlarda çeşitli toksik veya allerjen maddelerle karşı karşıya kalmanın, DEHB etiolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Bu konuda üzerinde durulan maddeler, nikotin, alkol, kurşun, hormonlar, katkı maddeleri ve besin boyalarıdır. Ancak, bu maddelerle karşılaşmanın, en azından DEHB olan bireylerin pek çoğunda, bozukluğun ortaya çıkmasındaki temel neden olmadığı bilinmektedir. Rol oynadığı düşünülen diğer sebepler de düşük doğum ağırlığı ve erken yaşam döneminde olan travmatik beyin hasarıdır (57,39).

Gebelik sırasında stresli bir olayla karşılaşma yaşama, toksinler, sırasında bebekte gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi birçok sebep DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalarda hamilelikte sigara kullanımı ile DEHB arasında ilişki saptanmıştır. Gebelik sırasında alkol alımı ve DEHB arasında olabileceği belirtilmektedir. Çevreyle yaşanan sıkıntı ve yüksek düzeyde aile içi çatışmanın DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Tutarsız ebeveynlik, çocuğun aile içi çatışmalarda olumsuz olarak değerlendirilmesi ve evlilik sorunları gibi daha özgül aile içi sebepler de DEHB ile ilişkilidir. Söz konusu ilişki, DEHB'nin oluşumuna neden olan değil, ortaya çıkışına, şiddetinin artmasına neden olan bir ilişkidir. Anemi, kardiyak hastalıklar, kafa travmaları (özellikle trafik kazaları sonrası) olan hastalarda DEHB bulguları ortaya çıkabilir. (38)

1.1.5 DEHB’NİN TANI ÖLÇÜTLERİ

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. Aşağıda DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri gösterilmektedir (50).

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 dağılır

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür

(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir)

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri etkinlikleri 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 dağılır

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman untkandır

(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

(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 (dürlüsellik)

(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 burnunu sokar)

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

C. iki 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, Dissosiatif 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 impulsivitenin 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 belirtilmelidirler.

DSM-IV'e göre DEHB tanısının konulabilmesi için dikkatsizlik ve/ya da hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden herbiri için en az 6 ölçütü karşılıyor olması gerekmektedir. Bireylerin büyük çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de impulsivite belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bu örüntülerden biri 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 (34).

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 parlaması/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.

DSM-V'e göre DEHB tanı ölçütleri;

A. Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti, en az altı aydır sürmektedir.

- a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanıtlar yapar.
- b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c. Çoğu kez, kendisiyle doğrudan konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
- f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder.
- h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
- i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti, en az altı aydır sürmektedir:

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.
- b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşuturur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

- d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e. Çoğu kez, her an hareket halindedir.
- f. Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtı yapıştırır.
- h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.
- i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Onyediy yaş ve büyüklerde en az beş belirti olması gerekir.

B. Oniki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Belirtiniz:

Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma ağır olmayanla ağır arası orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

1.1.6. DEHB'NİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Erişkin dönemi DEHB tanısı hala tartışmaların olduğu bir alandır (71). Gelişim ile beraber bozukluğun ortaya çıkış şekli değişebilmekte, bu nedenle de çocuklar için hazırlanmış kriterlerin erişkinlerde yetersiz olduğu belirtilmiştir (72,73,74). Bu alanda çalışan birçok uzman, erişkin DEHB tanısı koyarken çocukluk çağının DEHB özelliklerine bakılıyor olmasını doğru bulmamaktadır (51,75,76,77,61,15). 1996'da Hill ve Schoener çalışmalarında kronolojik yaşı ile DEHB şikayetleri arasında doğrusal olmayan bir gerileme saptamışlardır. Her beş yılda şikayetlerde %50'lik azalma olduğu ileri sürülmüştür. Buna göre çocuklukta %4 olan prevalans erişkinlik dönemi için; 20 yaşında % 0.8 40 yaşında %0 'a gerilemelidir (34).

DEHB genellikle çocuklukta başlar ve çocuklukta başlayan bireylerin %60'ında devam eder (78).

DSM-IV'e göre erişkinde DEHB tanısı koyarken 3 kritik nokta vardır:

- çocukluk başlangıcı,
- belirgin semptomların varlığı
- bu semptomlar ile bozulmanın olması. (50)

Erişkin dönemi DEHB ile ilgili bir başka tartışma, bozukluğun erişkin yaşa kadar sürüp sürmediği yönündedir. Barbaresi ve arkadaşları (2004), toplum bazlı çalışmalarında 19 yaşındaki DEHB insidansını %7,5 olarak bulmuşlardır (79)BA

DEHB'nin erişkinlikteki sıklığının araştırıldığı, 966 rastgele seçilmiş erişkinle yapılan bir çalışmada; DSM IV' e göre hem çocukluk döneminde hem erişkinlikte DEHB kriterlerini karşılayanları dar DEHB, eşik altı kriterleri karşılayanları da geniş DEHB olarak tanımlamışlardır. Dar DEHB ile ilgili prevalans tahmini %2.9, geniş DEHB ile ilgili

prevalans tahmini %16.4 olarak bulunmuştur. DEHB 'nin varlığı daha düşük eğitim ve iş statüsü ile ilişkili bulunmuştur. Erişkin DEHB ile ilgili bu bulgular DEHB 'nin sıklıkla işlevselliği düşüren sık bir tanı olduğunu göstermektedir (80).

Erişkin 172 DEHB grubu ile 30 kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada; DEHB olan grupta karşıt gelme, iletişim problemleri, madde kullanımı ve yasal olmayan madde bağımlılığı kontrol grubuna göre belirgin yüksek bulunmuştur. DEHB tanılı grupta kendileri tarafından ifade edilen uyumsuzluk, riskli araç kullanımı, ve sık iş değiştirme saptanmıştır. Çoğul evlilikler de DEHB tanısı olan grupta daha sıktır. (72,73,74)

Bazı çalışmalar DSM-IV' ün DEHB semptomlarının erişkinlerde sıklığını ve duyarlılığını araştırmışlardır. Murphy ve arkadaşları hastalıktan etkilenmemiş bireylerin %10'dan fazlasının 18 semptomdan 12'sini "sık" veya "çok sık" olarak doldurduğunu; %10'dan fazlasının DEHB kriterlerini karşıladıklarını bulmuşlar. "sık" ve "çok sık" diye dolduranların %10'undan azının ayrıntılara dikkatini verebilmek (%5,5) ve dikkatsizce hatalar yapmak (%6.83), dinleyebilmek (%6.46), boş zaman aktivitelerine katılmakta güçlük (%9.74), söz kesme (%9,44), oturması beklendiğinde oturamama (%6,47) belirtileri gösterdiği bulunmuş (81,82).

Erişkin DEHB için en duyarlı 4 semptomun; boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma, patlarcasına cevap verme, kuyrukta beklemede zorlanma, diğerlerine müdahale etme olduğunu vurgulamıştır (Smith ve Johnson (1998), buna karşı olarak ise çocuklarda; dikkatini devam ettirmede zorlanma, etrafta sürekli gezinme, oturma sırasında zorlanma, otururken rahatsız olma, boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma ve gitmeye hazır olma semptomlarının tanı koymada en fazla etkiye sahip oldukları gösterilmiştir (81,83).

Bazı çalışmalar, DEHB hikâyesi olan erişkinlerin %10-20'sinin minimal problemleri olduğunu, %60'ında DEHB semptomlarının sosyal, akademik, duygusal problemlerin en azından hafif ve orta derecede devam ettiğini göstermektedir. %10-30'unda ise DEHB zorluklarının ötesinde antisosyal davranış problemlerinin ve eştanıların eklenmesi ile sonuçlanmaktadır (84,85,86,87,88,89). Kadınların antisosyal davranış problemleri açısından erkeklerden daha az riskli oldukları bildirilmiştir (87). Çocuklukta eşlik eden

davranış problemlerinin olmayışı erişkinlikte antisosyal davranışların olmaması konusunda olumlu bir veri olarak kullanılabilir. Yine de bu davranım problemlerinin oluşu erişkinlikte antisosyal davranışların olacağıın belirleyicisi değildir (90). Weiss ve Hechtman (1993) yaptıkları çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %11 kişilerin arası ilişkilerde problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların %10'u intihara teşebbüs etmiş ve %5'i kaza veya intihar nedeniyle ölmüştür. Yapılan başka bir çalışmada da DEHB tanılı erişkinlerin sıklıkla işten kovulduklarını, iş değiştirdiklerini ve DEHB tanısı olmayanlara göre daha düşük iş performansı ile değerlendirildiklerini belirtmiştir (59)

1.1.7. DEHB’NİN EŞHASTALINIMI

Epidemiyolojik çalışmalar DEHB’si olan bireylerde yüksek oranlarda psikiyatrik bozukluklarla öğrenme bozukluklarının olduğunu öne sürmektedir. Eşhastalanım, karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, iletişim, duygudurum ve anksiyete bozukluklarını kapsamaktadır (62). Karşıt olma-karşı gelme bozukluğunun DEHB ile eşhastalanımının %35 oranında olduğu öne sürülürken; davranım bozukluğu ve Karşıt olma-karşı gelme bozukluğunun DEHB ile eşhastalanımının %50-60 oranında olduğu öne sürülmüştür (91, 62,60,61). DEHB'nin en önemli komorbid bozuklukları içerisinde duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. Duygudurum bozukluğu ve DEHB eşhastalanımı %15-75 oranında değişebilmektedir. Anksiyete bozukluğu ile olan eşhastalanımının da %25 oranında olduğu belirtilmiştir. Takip çalışmaları, majör depresyonun çocukluk hiperaktivitesinin bir sonucu olduğunu öne sürmektedir. Çocuk ve ergende DEHB'nin depresif belirtilerle başlayabileceği ve DEHB belirtilerinin depresyona ikincil değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Hiperkinetik çocukların yaşam boyu depresyon tanısını %23 oranında aldıkları belirtilmiştir (39,60,61). Öğrenme bozuklukları ve okuma problemleri de DEHB olan çocuklarda sıklıkla görülebilmektedir. Öğrenme bozukluklarının görülme oranının %15-30 olduğu düşünülmektedir (60,61). DEHB, kronik tik bozukluklar ve Tourette bozukluğu da bir arada bulunabilmektedir. Tourette bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde %30-50 oranında DEHB görülebilmektedir. Mental retardasyonu olan bireylerde de dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik

görülebilmektedir. Gelişimsel seviyesi dikkati alınarak, DEHB tanısını alanlarda tedavi oldukça etkili olabilmektedir (62,60,61,39).

1.1.8. DEHB'İN AYIRICI TANISI

DEHB birçok belirti grubunu içerdği ve bazı psikiyatrik bozukluklarla sık olarak birlikte görüldüğü için bazı psikiyatrik bozukluklarla karışabilmektedir. Bunlar arasında mental retardasyon, öğrenme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, metabolik bozukluklar, nörolojik bozukluklar, uyum bozukluğu, karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu en sık görülenleridir. Ayrıca hiper/hipotiroidizm ve diyabet dışlanmalıdır (57,60,61,92).

İyi bir psikiyatrik değerlendirme ve öykü alınarak doğru tanı konulabilmektedir. DEHB her zeka düzeyinde olan çocuklarda görülebilmektedir. Diğer yandan, DEHB olmadığı halde, kendi kapasitesinin üstünde veya altında bir eğitim alan mental retarde çocuklarda DEHB belirtilerine rastlanabilmektedir. Öğrenme bozukluğu genellikle çocuğun okuma, yazma veya matematik gibi özgül bir alanda zeka düzeyinin altında başarı göstermesidir. Buna karşın, DEHB olan çocuklarda öğrenme ve okul başarısında özgül bir alanda olmaktan çok genel bir etkilenme söz konusudur (57).

1.1.9. DEHB'İN GİDİŞİ

Çocukluklarında DEHB olanların %80'inin ergenlik döneminde de DEHB belirtilerini göstermeye devam ettikleri; bu çocukların %30-65'lik bölümünün ise erişkinlikte DEHB belirtilerini taşıdıkları belirtilmiştir. DEHB olan çocukların izlenimlerinde dikkati çeken bir başka bulgu; dikkat eksikliği belirtilerinin hiperaktivite ve impulsivite belirtilerinden daha kalıcı olduğudur. DEHB'nin eğitim sorunlarına yol açtığı, Amerika Birleşik Devletleri'nde DEHB olan çocukların yaklaşık %60'ının sınıf tekrarı, okuldan uzaklaştırma, atılma gibi problemlerle karşılaştıkları gösterilmiştir. DEHB olan çocuklarda ileri yıllarda, düşük öz-güven, antisosyal kişilik özellikleri, alkol- madde kullanım bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları görülmüştür. Yine bu çocuklarda ilerleyen yıllarda yasalarla daha sık sorun yaşadığı, gençlik ve erişkinlik

döneminde daha fazla trafik suçu işledikleri, rastgele cinsel ilişkide bulunabildikleri gösterilmiştir (39,57,61,62,93,92)

1.1.10. DEHB'İN TEDAVİSİ

DEHB belirtilerinin yönetimi ve tedavisinde tüm yaş gruplarında psikostimülanlar birinci seçenek tedavidir. Alkol madde kullanım bozukluğu veya anksiyete bozukluğu eş tanıli durumlarda atomoksetin de diğer seçenektir. Alfa 2 agonistler (guanfasin ve klonidin), trisiklik antidepressanlar, venlafaksin, bupropion ve modafinil de kullanılan ilaçlar arasındadır. DEHB tedavisinde en önemli basamak tanının doğru olarak konulmasıdır. Çünkü yanlış konacak bir DEHB tanısı sonrası verilecek olan tedavi de muhtemelen başarılı olmayacaktır (47).

DEHB tedavisinde ilaçlar, anne-baba eğitimi, bireysel görüşme, aile tedavisi, grup tedavisi, bilişsel-davranışçı tedaviler sık kullanılan yöntemlerdir. İlaç tedavisi bu tedaviler içerisinde en etkin olanıdır. En sık kullanılan ilaçlar, kısa etkili uyarıcı olarak adlandırılan ilaçlardır (60,61). Bu ilaçlar, hem davranış hem de kognitif belirtileri azaltmada çocukların %70-80'inde etkili bulunmuştur. Bu grupta, metilfenidat (ritalin), dekstroamfetamin (dexedrin), magnezyum pemolin ve dekstroamfetamin ve amfetamin tuzlarının oluşturduğu karışım (adderall) adı verilen ilaçlar yer almaktadır. Ayrıca desipramin, imipramin (tofranil), fluoksetin (prozac), bupropiyon (zyban), venlafaksin (efexor), klonidin (katapres), guanfasin, tiyoridazin (melleril), klorpromazin (largactil), risperidon (risperdal) gibi ilaçlar da kullanılmaktadır. Uyarıcı ilaçların etki mekanizmasının ise, presinaptik nöronda dopamin ve norepinefrin geri alımının durdurulması ve sinaptik aralıkta monoamin miktarının arttırılması yoluyla olduğu düşünülmektedir. Bu etkiyi de, dopamin ve norepinefrinin en fazla bulunduğu bölge olan frontal bölgede gerçekleştirdikleri düşünülmektedir. Amfetaminlerin ise ilave olarak presinaptik monoamin salınımını tetikleyerek sinaptik aralıkta monoamin miktarını arttırdıkları düşünülmektedir.

Ülkemizde, uyarıcı ilaçlardan kısa etkili metilfenidat (ritalin) 10 mg'lık tablet ve uzun etkili OROS metilfenidat (Concerta) kapsül şeklinde bulunmakta ve kırmızı reçete ile

satılmaktadır. Ritalin ağızdan alındıktan yarım saat sonra etkisini göstermeye başlar. Bir veya iki saat içerisinde etkisi en üst düzeye ulaşır; üç veya beş saat içerisinde etkisi kaybolmaya başlar. İlaç alındıktan sekiz-on beş saat sonra vücuttan atılır. Etkin doz aralığı, 0.3-1.0 mg/kg doz günde üç defa verilmek üzere, günlük doz 60 mg' ı geçmeyecek şekilde kullanılır. Ritalin güvenilir bir ilaç olup; en sık gözlenen yan etkileri uykusuzluk, iştah azalması, karın ağrısı, irritabilite, baş ağrısı, kilo kaybı olarak tanımlanmıştır. Bu yan etkiler doza bağlıdır ve ilaç kesildiğinde kaybolurlar. Pemolin ile hepatosellüler hasar bildirilmiştir. Bu nedenle, kullanım sırasında FDA iki haftada bir karaciğer enzim takibi önermektedir. Duygudurum, anksiyete, tik bozukluğu, enüresis noktüma gibi eş-tanılarının bulunması durumunda imipramin, klonidin, nöroleptikler, karbamazepin, valproik asit, fenfluramin kullanılabilir (39,57,60,61,62)

Psikostimülan ilaçlar:

2. Dekstroamfetamin
3. Metamfetamin
4. Dekstroamfetamin/ Amfetamin tuzları
5. Metilfenidat (MPH)
6. Metilfenidat transdermal sistem
7. Lisdeksamfetamin

Özgün Noradrenalin Gerilim İnhibitörü

8. Atomoksetin (ATX)

Alfa-2 Adrenerjik Ajanlar

9. Guanfasin
1. Klonidin

Trisiklik antidepresan

2. İmipramin
3. Nortriptilin

Dopaminerjik Ajanlar

1. Modafinil

1.2 DEHB'YE EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK TANILAR

1.2.1 YIKICI DAVRANIM BOZUKLUĞU

Kliniğe başvuran DEHB tanılı ergenlerle kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB'lu ergenlerin anti-sosyal eylemlere katılmaya erken başladıklarını; bütün eylemlerin DEHB'li grupta belirgin olarak daha yaygın olduğu bulunmuş (94).

DEHB tanısı olan bireylerde, olmayanlara göre davranış bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu sıklığı daha fazladır. Bunun yanında agresyon ve yıkıcılıkla ilgili olan bozukluklar DEHB tanısı olan erkekler için kadınlara göre daha çok problem üretmektedir . Davranım bozukluğu erkeklerde daha fazla görülür. Benzer etki antisosyal kişilik bozukluğunda da görülür, erişkin DEHB 'li erkeklerde daha siktir. Çocuk ve erişkin kadın örnekleme karşı gelme bozukluğu eştanısı oranı hemen hemen aynıdır, fakat erkek çocuklarda erişkinlere göre daha fazladır (23).

1.2.2. ALKOL MADDE KULLANIMI/BAĞIMLILIĞI

DEHB tanısını alan 56 erişkinde yapılan bir araştırmada %34 alkolizm, %30 madde kötüye kullanımı belirtilmiştir (95). Mannuzza ve arkadaşları çalışmalarında; 24 yaşında DEHB tanılı kişilerde antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı sıklığını fazla bulduklarını, duygudurum veya anksiyete bozuklukları açısından kontrol grubuna göre farklı bulmadıklarını bildirmişlerdir (96). Bir çalışmada 114 DEHB tanılı erişkinde %36

alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, %21 kannabis kullanımı, % 11 kokain veya diğer uyarıcılar ve %5'inde ise çoklu ilaç bağımlılığı tespit edilmiştir (65).

1.2.3. DEPRESYON

Ülkemizde yapılan araştırmalarda altta yatan DEHB bulunan erişkin olguların psikiyatri polikliniklerine özellikle iritabilite ve depresif yakınmalarla başvurabildiğini ve sık olarak Major Depresif Bozukluk ya da Distimi tanısını aldıkları sonucuna varmıştır (16,97,98,99). Paul Wender, DEHB'nin birincil tanı olduğu durumlarda depresyonun, 'Major Depresyon' tanı ölçütlerini tam doldurabilen bir klinik durum ötesinde daha reaktif ve geçici disforik bir durum olduğunu belirtmiştir (100). Erişkin DEHB olgularında, Major Depresyon belirtilerinin görece daha erken yaşta belirti verdiği ve azalmış hayat kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (101,102,103,104). Depresif belirtilerin yoğun olduğu böyle olgularda tedavi önceliğinin duygudurum bozukluğuna verilmesi gerekmektedir (104).

1.2.4. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı ise %10-45 oranıyla mevcut çalışmalarda ciddi farklılıklar göstermiştir (102,103,104,). Bu sonuç, erişkin DEHB olgularında aşırı yaygın anksiyete bozukluğu tanısı koymayla sonuçlanan tanısal artefaktlara işaret etmektedir. Erişkin DEHB olgularında stres toleransı azalmış olup bu durum korku hissi ve emosyonel disregülasyona sebebiyet vermektedir (104).

1.2.5. BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar Bozukluk olgularında DEHB prevalansın %20'ye yakın olduğu, ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ise komorbiditenin %23,3 olduğu belirtilmiştir (105,106). Bir başka çalışmada Bipolar Bozukluk ve DEHB tanısı birlikteliği %5,3 olarak bulunmuştur ve bu oran genel popülasyonda yaklaşık %4 olan erişkin DEHB prevalansından anlamlı düzeyde yüksek değildir (104,107). Bipolar Bozukluk ve DEHB ayırıcı tanısında duygusal dalgalanmaların süresi, şiddeti, mevsimsel özellik gösterip göstermediği önem arz etmektedir (107).

1.2.6. YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozukluğuna eşlik eden DEHB tanısı olan hastalar tedaviye gelseler de bu alan çok fazla araştırılmamıştır. Brezilya' da DEHB için özelleşmiş bir erişkin merkezine kendiliğinden başvuran 107 hastanın 86'sına DSM IV DEHB kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş. Bunlar yaşam boyu yeme bozukluğu ve diğer eştanı durumlarına yönelik olarak değerlendirilmiş. DEHB vakalarının 9 tanesinin yeme bozukluğu eştanısı olduğu ve 'tıknırcasına yeme bozukluğunun' en sık tanı olduğu gösterilmiş (108).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma 01.10.2018-01.03.2019 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastalarda yapılmıştır. Buna göre söz konusu tarihlerde polikliniğe sabah başvuran ilk üç hasta ile öğleden sonra başvuran ilk üç hasta değerlendirilmiş ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar çalışmaya alınmıştır. Bu zaman dilimi içinde toplam 151 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalar çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildikten sonra katılımcılara Sosyodemografik bilgi formu ve EDÖ verilmiştir. DIVA2.0 Erişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeği ve SCID-1 uygulanmıştır.

Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Proje Numarası: KÜ GOKAEK 2018/ 293) onay alındıktan sonra; veriler toplanmaya başlandı.

1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18- 65 yaş aralığında olmak
2. Daha önce polikliniğimize başvurmamış olmak
3. Ölçekteki soruları anlayabilecek entelektüel kapasitede olmak

2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

1. zeka geriliği
2. psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk gibi kronik psikiyatrik hastalıkların akut alevlenme dönemlerinde olmak

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

Araştırmada veri toplama aracı olarak 4 form kullanıldı.

2.2.1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Çalışmanın amacına yönelik, yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim yılı, meslek, iş değiştirme sayısı, sınıf tekrarı, disiplin cezası gibi nüfus ve klinik özellikleri değerlendiren klinik veri formudur.

2.2.2 ERİŞKİN DEHB ÖLÇEĞİ

DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak Turgay tarafından geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Üç alt bölümden oluşan ölçek toplam 48 maddedir. DSM-IV DEHB ölçütlerinin doğrudan sorgulandığı 18 maddeden oluşan ilk iki bölümü (Dikkat eksikliği:9 madde, Aşırı hareketlilik/dürtüsellik: 9 madde). DEHB ile ilişkili sorunların değerlendirildiği 30 maddelik üçüncü bölüm izler. Tüm maddeler dörtlü Likert tipinde (0=hemen hemen hiç, 1=biraz ya da bazen, 2=sıklıkla, 3= çok sık) puanlanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenlik çalışması Günay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (2005). İç tutarlılık katsayısı (Cronbach-alfa) 0.96 ve test tekrar güvenlik katsayısı 0.95 olarak saptanmıştır. Faktör analizinde ölçekle uyumlu şekilde 3 alt boyut tanımlanmıştır. Ölçek puanlarına göre kesme noktaları belirlenmiştir. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerinden 3 puandan az alanlar düşük düzeyde, 3.01-10.99 arasında puan alanların orta düzeyde ve 11'in üstünde puan alanların yüksek düzeyde dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerine sahip oldukları kabul edilir. DEHB ile ilişkili sorunlar bölümünden 0 ile 12.99 arasında puan alanlar düşük, 13-35 arasında puan alanlar orta, 35-75 arasında puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB ile ilişkili sorunlara sahip kabul edilir. Genel toplamda ise 20'nin altında puan alanlar düşük, 20-59 arasında puan alanlar orta, 59'un üstünde puan alanlar yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir (139).

2.2.3. DIVA 2.0 ERİŞKİNLERDE DEHB İÇİN TANISAL GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ

Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (DIVA) DSM-IV ölçütlerine dayanmaktadır ve yetişkinler için geliştirilmiş ilk yapılandırılmış (Hollandaca) tanı görüşmesidir. DIVA, J.J.S. Kooij ve M.H. Francken tarafından geliştirilmiştir ve daha önce geliştirilen yetişkinlerde DEHB için Yarı-Yapılandırılmış Görüşmenin devamı niteliğindedir (2,3). Çocuklukta ve yetişkin dönemde DEHB için belirlenen 18 ölçütün her birinin

değerlendirilmesini kolaylaştırmak için, görüşmede güncel ve geçmişe yönelik (çocukluk dönemi) davranışlarla ilgili somut ve gerçekçi örnekler sunulmaktadır. Örnekler, ayaktan psikiyatri kliniği PsyQ Lahey'de erişkin hastaların klinik uygulamada sıkça yaptığı tanımlamalara dayanmaktadır. Ayrıca belirtilerin günlük hayatta yol açtığı işlev bozukluğunu değerlendirmek için iş ve eğitim, ilişkiler ve aile hayatı, sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve hobiler, özgüven ve benlik imgesi olmak üzere beş ana alanda da somut örnekler verilmektedir.

Geçmişle ilgili bilgilerin başka kaynaklardan da alınması ve aynı zamanda doğrulanabilmesi için DIVA yetişkinlerde mümkünse kişinin eşi ve/veya aile bireylerinden birinin varlığında tamamlanmalıdır. DIVA görüşmesinin yapılabilmesi için gerekli olan zaman bir ila bir buçuk saat arasındadır.

DIVA, her biri çocukluk ve yetişkinlik dönemine uygulanmak üzere üç bölümden oluşmaktadır:

1. Dikkat Eksikliğine yönelik ölçütler (A1)
2. Hiperaktivite/Dürtüselliğe yönelik ölçütler (A2)
3. Belirtilerin Başlangıcı ve belirtiler sonucu gelişen İşlev Bozukluğu

Doktor veya klinik psikolog tarafından uygulanabilir ve 18 DSM semptomunun tek tek sorulmasına dayanır. Bir görüşme envanteri olduğu için DEHB tanısı açısından altın standart olarak kabul edilebilir (109,110).

2.2.3. SCID-I (STRUCTURED CLİNICAL İNTERVIEW FOR DSM-IV)

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (140). 1999 yılında Özkürkçügil ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (111,112) Major DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçөгüdür. SCID-1; 6 modülden oluşmaktadır ve toplamda 38 tane 1. Eksen Bozukluğun tanı ölçütleriyle 10 tane Eksen 1 bozukluğu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum

epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar için birer modülde yer almıştır. SCID-1'in 18 yaşından büyüklere uygulanması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurlarda, ağır psikotik belirtileri olan ve ajite bireylerde kullanımı uygun değildir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse bile, kullanımı yarı yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeciye ek sorular sorularak araştırma sürdürülebilir. Ortalama kullanım süresi 45-90 dakika arasındadır. Tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanması, tanının güvenilirliğinin ve geçerliliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için uygulanır. SCID'in görüşmeciler arasında güvenilirliğinde Kappa katsayıları 0.52-1.00 arasında saptanmıştır.

4.3 Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak incelenmiştir. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki Kare Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan grupların sayısal istatistiksel verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan grupların sayısal verilerinin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında One-way Anova testi (iki yönlü) ve gruplar arasındaki farkın değerlendirilmesinde Post Hoc Tukey testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin birbiriyle ilişkilerini değerlendirmek amacıyla Pearson ve Spearman Korelasyon Analiz testleri kullanılmıştır. p değerinin 0.05'ten küçük olması halinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

TABLO-1: HASTALARIN NÜFUS ve KLİNİK ÖZELLİKLERİ (n=151)

Yaş (ortalama \pm SS, aralık)		32,84 \pm 13,77 (18-64)
Cinsiyet (sayı, %)	Kadın	95(62,9)
	Erkek	56 (37,1)
Medeni Durum (sayı, %)	Evli	60 (39,7)
	Bekar	81 (53,6)
	Boşanmış/dul	10 (6,6)
Eğitim yılı (ortalama \pm SS, aralık)		10,90 \pm 4,35 (0-19)
Sınıf Tekrarı (sayı, %)	Hayır	125 (82,2)
	Evet	26(17,8)
Meslek (sayı, %)	Çalışıyor	41 (27,2)
	Çalışmıyor/Ev hanımı	47 (31,1)
	Öğrenci	56 (37,1)
	Emekli	5 (4,6)
İş değiştirme (sayı, %) (n=55)	Hiç	39 (70,9)
	Nadiren	14 (25,3)
	Sık	2 (3,6)
İş Değiştirme nedenleri (sayı, %) (n=16)	İş yerindeki sorunlar	5(31,25)

	Evlenme	1(6,25)
	Maddi nedenler	10(62,5)
Okulda disiplin cezası (sayı, %) (n=146)	Evet	6 (4,1)
	Hayır	139 (95,9)
Adli olay (sayı, %)	Evet	17 (11,3)
	Hayır	134 (88,7)
Adli Ceza (sayı, %)	Evet	3 (2,0)
	Hayır	148 (98,0)
Trafik cezası (sayı, %)	Evet	14 (9,3)
	Hayır	137 (90,7)
Ailede bedensel hastalık (sayı, %)	Evet	86(57,0)
	Hayır	65(43,0)
Ailede psikiyatrik hastalık (sayı, %)	Hayır	113(74,8)
	Anksiyete boz.	6 (4,0)
	Duygudurum	23(15,2)
	Psikoz	6(4,0)
	Diğer	3(2,0)
Kendisinde bedensel hastalık (sayı, %)	Evet	52(34,4)
	Hayır	99(65,6)

Psikiyatrik başvuru (sayı, %)	Evet	103(68,2)
	Hayır	48(31,8)
İlaç kullanıyor mu (sayı, %)	Evet	51(33,8)
	Hayır	100(66,2)
Kullandığı ilaçlar (sayı, %)	İlaç kullanmayan	100(66,22)
	Tek antidepresan	24(15,89)
	DDD	3(1,98)
	Tek AP	1 (0,6)
	Çoklu ilaç	18(11,92)
	MPA	4(2,64)
	diğer	1 (0,6)

MPA: Metilfenidat, DDD: Duygu Durum Dengeleyici, AP: Antipsikotik

Tablo-1’de hastaların nüfus ve klinik özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan 151 hastanın 95’ini kadın (%62,9), 56’sını erkek (%37,1) hastalar oluşturuyordu. Hastaların %39,7’si evli, %53,6’sı bekar, %6,6’sı boşanmış ya da dul olduğunu belirtti. Hastaların ortalama eğitim süresi 10.90 ± 4.35 (0-19) olarak hesaplandı. Hastaların 41’i çalışmaya devam ederken, 47’si çalışmıyor ya da ev hanımıydı, 56 kişi öğrenci, 5 kişide emeklilerden oluşuyordu. Mevcut olarak çalışan ve daha önce çalışmış 55 kişinin %70,9’u iş değişikliği yapmamışken, %25,3’ü nadiren, %3,6’sı sık iş değişikliği yaptığını ifade etti. İş değiştirdiğini ifade eden 16 hastanın (n=16) %31,25’i iş yerinde yaşadığı sorunlar sebebiyle, %6,25’i evlilik sebebiyle, %62,5’i maddi sebeplerden dolayı iş değiştirmiştir. Daha öncesinde eğitim alan ve hala eğitimine devam eden 146 hastanın (n=146) %95,9’u disiplin cezası almadığını, %4,1’i disiplin cezası aldığını söyledi. Çalışmamıza katılan

hastaların %11,3'ünün daha öncesinde adli olayı olmuş, %88,7'sinin hiç adli olayı olmazken, %2'si adli ceza almış %98'i hiç ceza almamıştır. Araştırmamızdaki hastaların %9,7'si trafik cezası almamışken %90,3'ü trafik cezası almıştır. Hastalarımızın %57'sinin ailesinde bedensel bir hastalık varken, %43'ünün ailesinde herhangi bir bedensel hastalık yokmuş. Araştırmamızdaki hastalarımızın ailelerinin %74,8'inde psikiyatrik bir hastalık yokken, %4'ünde anksiyete bozuklukları, %15,2'sinde duygu durum bozuklukları, %4'ü psikotik bozukluklar, %2'si diğer psikiyatrik tanıları almıştır. Çalışmamızda ki hastaların % 34,4'ünde bedensel bir hastalık mevcutken, %65,6'sında yokmuş. Araştırmamızdaki hastaların %68,2'sinin daha öncesinde psikiyatri polikliniğine başvurusu varken, %31,8'inin psikiyatri poliklinik başvurusu hiç olmamış, %33,8'i mevcut olarak ya da daha öncesinde psikiyatrik tedavi almışken, %66,2'si hiçbir psikiyatrik tedavi almamıştır. Araştırmamızdaki hastaların; %66,2'si ilaç kullanmayan, %15,89'u antidepresan, %1,98'i DDD(duygudurum dengeleyici, %0,6'sı antispikotik, %11,92'si çoklu psikiyatrik ilaç kullanımı, %2,64'ü metilfenidat, %0,6'sı diğer ilaçları kullanmaktadır.

TABLO-2: HASTA GRUBUNDA ERİŞKİN DEHB ORANLARI, EDÖ PUANLARI ve EDÖ POZİTİF KRİTER ORTALAMALARI

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı (sayı, %) (n=151)	Var	30(19,9)
	Yok	121(80,1)
EDÖ-dikkat eksikliği (ort. ± SS, aralık)		8,65 ± 6,93 (0-26)
EDÖ-hiperaktivite (ort.± SS, aralık)		4,96 ± 4,03 (0-18)
EDÖ-dürtüsellik (ort. ± SS, aralık)		2,09 ± 2,20 (0-8)
EDÖ-toplam (ort. ± SS, aralık)		46,54 ± 26,45 (1-114)
EDÖ-ilişkili özellikler (ort. ± SS, aralık)		30,94 ± 17,68 (1-78)

EDÖ -dikkat eksikliği pozitif kriter (ort. \pm SS, aralık)	2,79 \pm 2,72 (0-9)
EDÖ-hiperaktivite pozitif kriter (ort. \pm SS, aralık)	1,476 \pm 1,477 (0-6)
EDÖ-dürtüsellik pozitif kriter (ort. \pm SS, aralık)	0,68 \pm 0,90 (0-3)
EDÖ-ilişkili özellikler pozitif kriter (ort. \pm SS, aralık)	9,87 \pm 7,00 (0-26)

Tablo 2’de Hasta grubunda erişkin DEHB oranları, EDÖ puanları ve EDÖ pozitif kriter sayısı verilmiştir. Araştırmamıza katılan 151 hastanın (n=151) %19,9’u DIVA2.0 Erişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeğiyle yapılan görüşmeye göre erişkin tip DEHB tanısı almıştır, %80,1’i tanı almamıştır. Çalışmamızdaki hastaların EDÖ-dikkat eksikliği alt ölçeği puan ortalaması 8,65 \pm 6,93 (0-26), EDÖ-hiperaktivite alt ölçeği puan ortalaması 4,96 \pm 4,03 (0-18), EDÖ-dürtüsellik alt ölçeği puan ortalaması 2,09 \pm 2,20 (0-8), EDÖ-ilişkili özellikler alt ölçeği ortalaması 30,94 \pm 17,68 (1-78) ve EDÖ-toplam puan ortalaması 46,54 \pm 26,45 (1-114) olarak bulundu.

EDÖ-dikkat eksikliği alt ölçeği pozitif maddelerin puan ortalaması, 2,79 \pm 2,72 (0-9), EDÖ-hiperaktivite alt ölçeği pozitif kriter ortalaması 1,476 \pm 1,477 (0-6), EDÖ-dürtüsellik alt ölçeği pozitif kriter ortalaması 0,68 \pm 0,90 (0-3) ve EDÖ-ilişkili özellikler alt ölçeği pozitif kriter ortalaması 9,87 \pm 7,00 (0-26) olarak hesaplandı.

TABLO-3: ERİŞKİN DEHB TANISI ALAN ve ALMAYAN HASTALARIN POLİKLİNİK TANILARI

Poliklinik tanıları (sayı, %)	DEHB tanısı alanlar (n=30)	DEHB tanısı almayanlar (n=121)
Depresyon	7(23,3)	47(38,8)
DEHB	12(40,0)	1(0,8)
Panik bozukluğu	2(6,7)	18(14,8)
DEHB+ Depresyon	2(6,7)	0(0)
Psikotik bozukluk	2(6,7)	2(1,6)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1(3,3)	12(9,9)
Yaygın Anksiyete bozukluğu +Depresyon	1(3,3)	5(4,1)
Panik Bozukluğu+ Depresyon	1(3,3)	4(3,3)
Sosyal Fobi+ Depresyon	1(3,3)	2(1,6)
Bipolar bozukluk	1(3,3)	4(3,3)
BTA Anksiyete bozukluğu	0(0)	1(0,8)
Sosyal Fobi	0(0)	6(4,9)
Özgül fobi+Depresyon	0(0)	1(0,8)

BTA Anksiyete Bozukluğu+ Depresyon	0(0)	1(0,8)
DEHB + Yaygın Anksiyete Anksiyete Bozukluğu	0(0)	1(0,8)
Alkol- kumar bağımlılığı	0(0)	1(0,8)
Somatoform bozukluk	0(0)	3(2,4)
OKB	0(0)	5(4,1)
Yeme bozuklukları	0(0)	1(0,8)
Depresyon+ kumar bağımlılığı	0(0)	1(0,8)
Tanı almadı	0(0)	5(4,8)

Tablo-3'te Erişkin DEHB tanısı alan ve almayan hastaların poliklinik tanıları verildi. Araştırmamıza katılıp DEHB tanısı alan 30 hastanın (n=30) %40'ı DEHB, %23,3'ü Depresyon, %6,6'sı panik bozukluğu, %6,7'si Psikotik bozukluk, %3,3'ü Yaygın Anksiyete bozukluğu, %3,3'ü Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %3,3'ü Panik Bozukluğu ve Depresyon, %3,3'ü Sosyal Fobi ve Depresyon %3,3'ü bipolar bozukluk, %2,7'si DEHB + depresyon tanıları aldılar, 30 hastanın hepsi en az bir poliklinik tanısı almıştı. Araştırmamıza katılıp DEHB tanısı almayan 121 hastanın (n=121) %38,8'i depresyon, 14,8'i Panik Bozukluğu, %9,9'u Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %4,9'u Sosyal Fobi, %0,8'i BTA Anksiyete Bozukluğu, %4,1'i Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %3,3'ü Panik Bozukluğu ve Depresyon, %1,6'sı Sosyal Fobi ve Depresyon, %0,8'i Özgül Fobi ve Depresyon, %0,8'i BTA Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %3,3'ü Bipolar bozukluk, %1,6'si Psikotik bozukluk, %0,8'i DEHB, %0,8'i DEHB ve

Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %0,8'i Alkol Kumar Bağımlılığı, %2,4'u Somatoform bozukluk, %4,1'i OKB, %0,8'i Yeme Bozuklukları, %0,8'i Depresyon + Kumar Bağımlılığı, tanıları aldı.

TABLO-4: ERİŞKİN DEHB TANISI ALAN ve ALMAYAN HASTALARIN SCID-I TANILARI

SCID-I tanıları (Sayı, %)	DEHB tanısı alanlar (n=30)	DEHB tanısı almayanlar (n=121)
Depresyon	5(16,6)	33(27,2)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3(10,0)	6(4,9)
Yaygın Anksiyete bozukluğu +Depresyon	3(10,0)	18(14,8)
Panik Bozukluğu+ Depresyon	3(10,0)	12(9,9)
Psikotik bozukluk	2(6,6)	1(0,8)
Sosyal fobi	2(6,6)	4 (3,3)
Sosyal fobi+ Depresyon	1(3,3)	10(8,2)
BTA Anksiyete Bozukluğu+ Depresyon	1(3,3)	3(2,4)
Özgül Fobi+ Depresyon	1(3,3)	2(1,6)

Bipolar bozukluk	1(3,3)	4(3,3)
Panik bozukluğu	1(3,3)	6(4,9)
OKB	1(3,3)	3(2,4)
Depresyon+ OKB	1(3,3)	0(0)
Yeme bozuklukları	1(3,3)	1(0,8)
BTA Anksiyete Bozukluğu	0(0)	2 (1,6)
Özgül fobi	0(0)	3 (2,4)
Somatoform bozukluk	0(0)	3(2,4)
Depresyon+ OKB+ Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0(0)	2(1,6)
Alkol bağımlılığı+ Depresyon	0(0)	1(0,8)
Tanı almadı	4(13,8)	7(6,7)

Tablo-4'te Erişkin DEHB tanısı alan ve almayan hastaların SCID-1 tanıları verildi. Çalışmamıza katılıp DEHB tanısı alan 30 hastanın (n=30) %16,6'sı Depresyon, %10 Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %10 Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %10 Panik Bozukluğu ve Depresyon, %6,6'sı Sosyal Fobi, %6,7'si Psikotik bozukluk, %3,3 Panik Bozukluğu, BTA Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %3,3'ü Özgül Fobi ve Depresyon, %3,3'ü Bipolar bozukluk, %3,3'ü OKB, %3,3'ü Yeme Bozuklukları, %3,3'ü OKB + Depresyon tanılarını beraber aldı, %13,8'i herhangi bir tanı almadı. DEHB tanısı almayan 121 hastanın (n=121) %27,2'si Depresyon, %14,8'i Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %9,9'u Panik Bozukluğu ve Depresyon, %8,2'si Sosyal Fobi ve

Depresyon, %4,9'u Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %4,9'u Panik Bozukluğu, %1,6'sı BTA Anksiyete Bozukluğu, %3,3'ü Sosyal Fobi,%2,4'ü Özgül Fobi, %2,4 BTA Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %3,3'ü Bipolar Bozukluk, %0,8'i Psikotik Bozukluk, %2,4'ü Somatoform Bozukluk, %2,4'ü OKB, %0,8'i Yeme Bozuklukları, %0,8'i Depresyon + Alkol Bağımlılığı, %1,7'si Yaygın Anksiyete Bozukluğu +OKB + Depresyon tanılarını aldı, %6,7'si herhangi bir tanı almadı.

TABLO-5: ERİŞKİN DEHB TANISI ALAN ve ALMAYAN HASTALARIN NÜFUS ve KLİNİK VERİLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

		DEHB tanısı alanlar (n=30)	DEHB tanısı almayanlar (n=121)	P
Yaş (ortalama ± SS, aralık)		24,23 ± 10,09	34,97 ±13,76	<0,001
Cinsiyet (sayı, %)	Kadın	22(23,15)	73(76,84)	0,05
	Erkek	8 (14,28)	48(85,72)	
Medeni durum	Bekar	26(32,09)	55(67,91)	<0,001
	Evli	2(3,33)	58(96,67)	
	Boşanmış/dul	2(20,0)	8(80,0)	
Meslek	Çalışıyor	4(9,75)	37(90,25)	<0,001
	Çalışmıyor/ev hanımı	4(8,51)	43(91,49)	
	Öğrenci	22(39,28)	34(60,72)	
	Emekli	0(0)	7(100,0)	
Eğitim yılı (ortalama ± SS, aralık)		12,63 ±2,98	10,47 ± 4,54	0,015

Sınıf tekrarı (sayı, %)	var	5(18,51)	22(81,49)	0,846
	yok	25(20,16)	99(79,84)	
Disiplin cezası (sayı, %)	evet	4(66,66)	2(33,34)	0,003
	hayır	26(17,93)	119(82,07)	
Adli olay (sayı, %)	evet	2(11,76)	15(88,24)	0,374
	hayır	28(20,89)	106(79,11)	
Adli ceza (sayı, %)	evet	0(0)	3(100,0)	0,384
	hayır	30(20,27)	118(79,73)	
Trafik cezası (sayı, %)	evet	1(7,15)	13(92,85)	0,210
	hayır	29(21,16)	108(78,84)	
Bedensel hastalık (sayı, %)	evet	9(17,30)	43(82,70)	0,568
	hayır	21(21,21)	78(78,79)	
Ailede bedensel hastalık (sayı, %)	evet	22(25,58)	64(74,42)	0,043
	hayır	8(12,30)	57(87,70)	
Ailede psikiyatrik hastalık(sayı, %)	evet	14(40,0)	21(60,0)	0,001
	hayır	16(13,79)	100(86,21)	
Ailedeki psikiyatrik hastalıkların tanıları	Yok	16(14,15)	97(85,85)	
	Anksiyete bozukluğu	1(16,67)	5(83,33)	

	Duygu durum bozukluğu	9(39,13)	14(80,67)	
	psikoz	3(50,0)	3(50,0)	
	diğer	1(33,33)	2(66,67)	
Psikiyatri başvurusu (sayı, %)	evet	22(21,35)	81(78,65)	0,501
	hayır	8(16,66)	40(83,34)	
Psikiyatrik ilaç kullanımı (sayı, %)	evet	11(21,56)	40(78,44)	0,708
	hayır	19(19,0)	81(81,0)	
Kullanılan ilaç kategorileri	İlaçsız	19(19,0)	81(81,0)	
	Antidepresan	4(16,66)	20(83,34)	
	DDD	0(0)	3(100,0)	
	Antipsikotik	0(0)	1(100,0)	
	Çoklu ilaç kullanımı	4(22,22)	14(77,78)	
	Metilfenidat	2(50,0)	2(50,0)	
	diğer	1(100,0)	0(0)	

Tablo-5'te DIVA 2.0 Erişkinlerde DEHB için tanısal görüşme ölçeğiyle tanı alan ve almayan hastalar nüfus ve klinik verilere göre karşılaştırıldı. DEHB tanısı alan 30 kişinin yaş ortalaması $24,23 \pm 10,09$, DEHB tanısı almayan 121 kişinin yaş ortalaması $34,97 \pm 13,76$ olarak hesaplandı, buna göre DEHB tanısı alanlar almayanlara göre daha genç bulundu ($p < 0.001$). DEHB oranı bekarlarda %32,09 iken, evlilerde 67,91'dir, buna göre

gruplar arasında anlamlı fark olduğu, post hoc analizlerde bekarlardaki DEHB oranının diğer gruplardan fazla olduğu bulunmuştur, Aynı şekilde çalışanlarda DEHB oranının %9,75 çalışmayanlarda %8,51 öğrencilerde %39,28 emeklilerde %0,0 olduğu buna göre gruplar arasında DEHB tanısı alıyor olma açısından fark olduğu, post hoc analizlerde öğrencilerin diğer gruplardan daha yüksek oranda tanı aldığı anlaşılmıştır. DEHB tanısı alanlarda, almayanlara göre eğitim süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur. Disiplin cezası alanlarda, almayanlara göre DEHB oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Ailesinde bedensel ve psikiyatrik hastalık olan kişilerde, olmayan kişilere göre DEHB oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. DEHB tanı oranı; cinsiyet, sınıf tekrarı, adli olay, adli ceza, trafik cezası ve bedensel hastalık bulunması, psikiyatrik başvuru ve psikiyatrik ilaç kullanımı ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir.

TABLO-6 HASTALARIN EDÖ PUANLARININ NÜFUS ve KLİNİK VERİLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

		EDÖ- dikkat eksikliği	EDÖ- hiperaktivite	EDÖ- dürtüsellik	EDÖ-ilişkili özellikler	EDÖ- toplam
Yaş	r	-0,330	-0,450	-0,403	-0,573	-0,572
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Cinsiyet	kadın	8,53 ±6,95,	5,05 ±4,36	2,05 ±2,37	32,07 ±18,19	47,58 ±27,58
	erkek	8,85 ±6,96	5,75 ±3,47	2,17 ±1,91	29,01 ±16,72	44,78 ±24,57
	p	0,785	0,659	0,736	0,306	0,531
Medeni durum	bekar	11,04 ±7,33	6,51 ±4,08	2,85 ±2,23	38,72 ±16,62	59,16±15,16
	evli	5,46 ±4,48	2,96 ±3,06	1,11 ±1,73	20,83±13,74	30,25 ±17,96
	boşanmış	8,40 ±8,51	4,00 ±3,80	1,90 ±2,33	28,50 ±16,62	42,20 ±26,39

	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Meslek	çalışıyor	7,22±6,32	4,26 ±4,00	2,04 ±2,36	26,65 ±18,13	39,85±27,02
	çalışmıyor	6,21 ±5,25	3,89 ±3,42	1,25 ±1,75	25,74 ±13,73	37,17±19,61
	öğrenci	12,25 ±7,27	6,67 ±4,09	3,00±2,32	40,44 ±16,60	62,33 ±24,27
	emekli	4,71±6,36	2,00±3,16	0,85 ±0,69	14,85 ±12,41	22,42 ±16,60
	p	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Eğitim yılı	r	0,173	0,292	0,339	0,294	0,318
	p	0,033	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Sınıf tekrarı	evet	8,14 ±7,20	5,03 ±4,09	1,81 ±2,11	32,96 ±18,27	47,44 ±27,24
	hayır	8,76 ±6,90	4,91 ±4,05	2,176±2,32	30,50 ±17,57	46,35 ±26,39
	p	0,676	0,892	0,462	0,513	0,847
Disiplin cezası	evet	15,0 ±7,34	7,0 ±3,28	3,33 ±2,06	41,50 ±16,82	66,83 ±23,65
	hayır	8,39 ±6,82	4,85±4,06	2,04±2,20	30,50 ±17,62	45,71±26,30
	p	0,022	0,205	0,163	0,136	0,055
Adli olay	evet	7,17 ±5,99	4,47±3,69	2,29 ±2,49	30,52 ±16,87	44,58 ±26,26
	hayır	8,84 ±7,0	5,00±4,10	2,07±2,17	30,99 ±17,82	46,79±26,56
	p	0,3,52	0,613	0,701	0,919	0,747
Adli ceza	evet	7,33 ±8,08	6,66±1,52	4,00 ±1,00	32,66 ±15,37	51,33 ±25,65
	hayır	8,68 ±6,94	4,90±4,07	2,06±2,21	30,90±17,75	46,45±26,54

	p	0,740	0,458	0,133	0,865	0,753
Trafik cezası	evet	6,57 ±7,22	3,57±3,05	1,64 ±1,86	18,00 ±12,86	29,07 ±18,92
	hayır	8,86 ±6,89	5,08±4,12	2,14±2,24	32,26±17,59	48,33±26,51
	p	0,239	0,185	0,419	0004	0,009
Ailede bedensel hastalık	evet	9,23±7,31	5,00±4,19	2,33 ±2,35	30,88±17,67	47,24 ±26,98
	hayır	7,89 ±6,38	4,86±3,88	1,78±1,97	31,01±17,79	45,63±25,92
	p	0,241	0,836	0,128	0,964	0,712
Ailede psikiyatrik hastalık	evet	11,42±9,02	6,20±4,28	2,94 ±2,47	36,71±17,80	57,65 ±29,79
	hayır	7,81 ±5,97	4,56±3,91	1,84±2,06	29,19±17,32	43,19±24,52
	p	0,007	0,035	0,009	0,027	0,004
Kendisinde bedensel hastalık	evet	8,11±6,31	4,48±3,81	1,88 ±2,18	26,90±16,54	41,48 ±24,62
	hayır	8,93 ±7,25	5,18±4,16	2,21±2,22	33,06±17,94	49,21±27,11
	p	0.490	0.314	0.388	0.410	0.088
Psikiyatri başvurusu	evet	9.08±7.20	5.19±4.27	2.31 ±2.32	32.42±18.21	48.75±27.59
	hayır	7,72±6,29	4,39±3,50	1,64±1,87	27,75±16,15	41,81±23,39
	p	0,264	0,261	0,085	0,130	0,134
	evet	9,03±7,42	4,88±3,82	2,01 ±2,08	28,33±18,69	44,29±28,15
	hayır	8,46±6,70	4,97±4,17	2,14±2,27	32,27±17,06	47,70±25,61

İlaç kullanımı	p	0,629	0,900	0,753	0,96	0,456
----------------	---	-------	-------	-------	------	-------

Tablo-6'da Hastaların EDÖ puanlarının nüfus ve klinik verilere göre karşılaştırılması verilmiştir. Tablo incelendiğinde; yaş ile alt ölçek puanları ve toplam puanlar karşılaştırıldığında; EDÖ toplam puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur, buna göre yaş arttıkça bu ölçeklerden alınan puanlar azalmıştır. Hastaların medeni durumu ile EDÖ alt ölçek puanları ve toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup, gruplar arasındaki farkı karşılaştırmak için post hoc Tukey analizi yapıldığında, aradaki farkın bekarlarla evliler arasında olduğu, buna göre bekarlarda alt ölçek ve toplam puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur. EDÖ alt ölçek ve toplam ölçek puanları hastaların çalışma durumları ile karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuş olup, post hoc Tukey analizi ile gruplar arası farklılıklara bakıldığında, öğrencilerin aldıkları alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının belirgin şekilde diğer gruplara göre daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Eğitim yılı ortalaması ile alt ölçek puanları ve toplam puanlar karşılaştırıldığında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur, buna göre eğitim yılı arttıkça ölçekten alınan puanın arttığı görüldü. Hastaların aldıkları disiplin cezası ile karşılaştırıldığında; disiplin cezası alanlarda dikkat eksikliği alt ölçek puanı almayanlara daha yüksek bulunmuştur, diğer alt ölçeklerle disiplin cezası alma arasında ilişki bulunamamıştır. Adli olay yaşama ve adli ceza alma açısından değerlendirildiğinde; adli olay yaşama ve adli ceza alma ile EDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailedeki psikiyatrik hastalık açısından değerlendirildiğinde, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda EDÖ toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Trafik cezası alma ile EDÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, trafik cezası alanlarda EDÖ toplam ve EDÖ-ilişkili özellik puanları trafik cezası alanlarda daha düşük çıktı. Ailede bedensel hastalık açısından EDÖ ölçek toplam ve alt ölçek puanları ile ailede bedensel hastalık bulunması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Hastaların psikiyatrik ilaç kullanımı açısından değerlendirildiğinde EDÖ ölçek toplam ve alt ölçek puanları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda DEHB sıklığının saptanması, DEHB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların sıklığının belirlenmesi ve DEHB ile ilişkili olabilecek etmenlerin araştırılması planlanmıştır.

4.1 Poliklinik hastalarında DEHB sıklığı

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastalarda DEHB tanısı oranı %19,9 bulunmuştur. DEHB'nin çocuk ve adolesanlar için prevalansı %5-10, erişkinler için ise %2,5-3,4 olarak bildirilmiştir (113). Alyanak ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada genel psikiyatri polikliniğinde takip edilen ve daha önce DEHB tanısı almamış, ilk kez başvuran ya da herhangi bir tanıyla izlenmekte olan hastalar arasında yetişkin DEHB tanısı sıklığı en az %1.6 olarak bulunmuştur. Hindistan'da yapılan bir çalışmada psikotik olmayan ayaktan psikiyatri hastalarında yaygınlık %8.8, Türkiye'de bir eğitim araştırma hastanesinde oran %15.9 bulunmuş (95,114). Meksika'da ve İsveç'te daha yüksek oranlar (sırasıyla %16.8 ve %21.9) bildirilmiştir (115,116). DEHB yaygınlığı klinik örnekleme genel toplumdaki oranlardan daha yüksek bulunmuş (117). DEHB yaygınlığı birçok Avrupa, Amerika ve Orta Doğu ülkesinde %3.4 iken, Kessler'in Amerika Birleşik Devletlerini temsil eden örnekleminde %4.4 bulunmuş. (117) Çalışmamızdaki oranın yüksek bulunmasının sebebi öğrenci popülasyonunun yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öğrencilerin özellikle dikkat ile ilgili şikayetlerle başvuruyor olması ya da dikkat sorunlarına yönelik farkındalıklarının daha yüksek oluşu ve bunun yanında akademik performans beklentilerinin yüksekliği bu sonucu doğurmuş olabilir.

Klinik temelli çalışmalarda, dürtüsellik ön planda olduğu tip, okul öncesi ve erken ilköğretim döneminde; bileşik tip, orta ilköğretim döneminde; dikkatsizliğin ön planda olduğu tip geç ilköğretim ve lise başlangıç döneminde görüldüğü bulunmuştur (118). Toplumsal temelli çalışmalarda böyle bir yaş farkı bulunmamıştır (119). Erişkin hastalarla yapılan bir çalışmada daha önceki çalışmalardan farklı olarak bileşik tip oranı daha yüksek bulundu (134). Yapılan başka bir çalışmada DEHB'nin erişkin döneme doğru

bileşik alt tipten dikkat eksikliği alt tipine geçiş gösterdiği ve kadınlarda dikkat eksikliği alt tipinin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (120).

Bizim çalışmamızda EDÖ dikkat eksikliği alt ölçek puanlarının ortalamasının ve pozitif kriter sayısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu erişkinliğe doğru özellikle dikkat belirtilerinin devam ettiğini ortaya koyan literatürle uyumlu bulunmuştur.

4.2 DEHB Hastalarında Eşhastalanım

Bu çalışmada alınan hastaların SCID-1 tanılarına baktığımızda; DEHB tanısı alan hastaların %16.6'sı Depresyon, %10 Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %10'u Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon, %10'u Panik Bozukluğu ve Depresyon tanılarını almıştır, DEHB tanısı alan 4 hastanın SCID-1 ölçeğinden hiç tanı almaması dikkat çekici olmuştur.

Bu çalışmadaki poliklinik tanılarına bakıldığında, DEHB tanısı alan 30 hastanın %40'ı DEHB, %23.3'ü Depresyon, %6,6'sı panik bozukluğu tanısı aldı, DEHB tanısı alan 30 hastanın hepsi en az bir poliklinik tanısı almıştı, tanı alan 30 hastadan 14'ü (%46,6) DEHB tanısı almıştı, bu veri gösteriyor ki erişkin DEHB polikliniklerde gözden kaçan bir tanıdır.

DEHB'li erişkinlerde eş tanı sıklığını araştıran bir çalışmada majör depresyon %16-31, distimik bozukluk %12-37 oranında bulunmuştur (117,121). Ekici ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB olgularının %22,5'inde anksiyete bozukluğu, %7.5'inde OKB, %7.5'inde panik bozukluğu saptanmıştır (122). Daha önceki çalışmalarda bildirilen eş tanı oranları anksiyete bozukluğu için %21, panik bozukluğu için, %11, OKB için %7 ve özgül fobi için %11'dir (123,64). Bizim çalışmamızda, DEHB tanısı alan hastalara en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıkların özellikle depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu ve bu bulgunun da literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

3. Başlık: DEHB ile ilişkili etmenler

Bu çalışmada DEHB tanısı alanların yaş ortalamasının, DEHB tanısı almayanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda; DEHB olan erişkinlerle yapılan çalışmaların sayısı son yıllarda oldukça artmış olduğunu ve bu çalışmalarda DEHB'deki

bilişsel ve davranışsal belirtilerin yaşla birlikte değiştiğini göstermektedir (124). Başka bir çalışmada ise Hiperaktivite yaşla birlikte azalmakta, ancak dikkat problemi ve dürtü denetim sorunları kalıcı olabilmektedir (125). Yılmaz ve arkadaşlarının, 23 ve üzeri yaş grubundaki öğrenciler ile 17- 19 ve 20-22 yaş grubundaki öğrenciler arasında yaptıkları bir çalışmada 23 ve üzeri yaş grubundaki öğrencilerin DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar alt boyutu düzeylerinin diğer iki yaş grubundan daha düşük olduğu gözlenmektedir (126). 18-25 yaş arası katılımcıların değerlendirildiği başka bir çalışmada sınıf değişkeni açısından dördüncü sınıf ve birinci sınıf öğrencileri arasında DEHB belirtileri açısından anlamlı bir fark saptanmamış, bu sonuca sınıflar arasındaki yaş farkının az olması yol açmış olabileceği düşünülmüştür (127). Hill ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise DEHB'nin erken erişkinlik döneminde %0.5-1 oranında görüldüğü, yirmili yaşlarda bu oranın %0,8 dolayında saptandığı, kırklı yaşlarda ise bu oranın %0,05'e düştüğü bildirilmiştir (128). Çalışmamızda yaş ile DEHB belirtilerinin azalıyor olması bulgusu genel olarak literatürle uyumludur.

Bu çalışmada DEHB belirtileri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Yılmaz ve arkadaşları cinsiyetlerine göre öğrencilerin dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik/dürtüsellik, DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar alt boyutu düzeyleri açısından erkeklerin daha yüksek puan aldığını bulmuşlardır. (126). Biederman ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir çalışmada yedi yıl boyunca DEHB'si olan 219 yetişkin ve 215 DEHB'si olmayan yetişkin takibe alınmış. Uyguladıkları etkileşim modelinde DEHB ile ilişkili bozukluğun fenotipik ifadesi, yaşam boyu yaygınlığı, eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar, bilişsel ve psikososyal işlev örnekleri arasında cinsiyete bağlı bir fark bulamamışlardır (129). Çocukluk çağında kızlara oranla erkeklerde 3 kat daha fazla DEHB saptanmaktayken bu farkın yetişkinlik döneminde giderek azaldığı ve ortadan kalktığını gösteren çalışmalar vardır (130). P.E. Taneri ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; da kadın ve erkekler arasında DEHB riski yönünden bir fark saptanmadığı bulunmuştur (131). Çocukluk döneminde çeşitli çalışmalarda erkek:kadın oranı 2:1-6:1 arasında bildirilirken erişkin örneklerde 1:1 bulunmuştur (132). Bizim çalışmamızda kadınlarda %23,15 ve erkeklerde %16,6 oranında DEHB tanısı bulunmuş fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır.

Bu çalışmada bekar olan hastaların evli olanlara göre daha fazla DEHB tanısı aldığı, toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Günay ve arkadaşları medeni durumun DEHB' de anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirtmişlerdir. (133) Yapılan bir çalışmada evli olmayan bireylerin DEHB oranının evli bireylere göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (134). Evli olan bireylerin, ev ve aileye ilişkin üstlenmiş oldukları sorumluluklar duygu ve davranışlarını kontrol etmede onları daha kontrollü olmaya itiyor olabilir. Bununla birlikte DEHB'si olan bireyler ilişki ya da evliliği yürütmede de problem yaşıyor olabilirler. Yapılan bir çalışmada; Erişkin DEHB olgularının sosyal yaşamlarının bozuk olduğu, aile sorumluluklarını yerine getiremedikleri ve kişilerarası ilişkilerde zorluk çektikleri bildirilmiştir (135). Bunun yanında çalışmamızda öğrenci popülasyonunun da yüksek oranda olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir.

Bu çalışmada hastaların çalışma durumlarına bakıldığında, DEHB tanısının öğrencilerde anlamlı ölçüde daha fazla olduğu bulunmuştur. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda DEHB belirtilerinin prevalansı %2,6 ile %15,5 arasında bulunmuş (136). Taner ve arkadaşlarının tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada prevalans %6,3 bulunmuştur (137). DEHB'li yetişkinlerin yaşlarına kıyasla bir yüksekokuldan mezun olma, bir lisede okuma ve mezun olma oranı daha düşük, iş değişikliği oranları daha yüksektir (114). Bizim çalışmamızda DEHB tanısı alanların eğitim süresi daha uzun bulunmuştur, bu durum muhtemelen çalışmamızdaki DEHB tanısı alan kişilerin çoğunun öğrenci popülasyonundan oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Schubiner ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptığı çalışmada Yetişkin DEHB olan kişilerde %27-46 oranında alkol kötüye kullanımı; %12-27 oranında antisosyal kişilik bozukluğu bulmuşlar ve Alkol kötüye kullanımı olan hastalarda DEHB'nin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. (65).

Alkol madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu olanların adli olay yaşama ve ceza alma riski daha fazladır bu durumda DEHB hastalarının dürtüsel olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda; adli olay ve adli ceza almanın DEHB ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır, bunun yanında alkol-madde kullanım

bozukluğu eş tanıları çok düşük seviyede kalmıştır bu durum mevcut çalışmanın yapıldığı genel polikliniklerde alkol-madde kullanım bozuklukları için özelleşmiş tedavi unitelerinin olmaması ve bu grup hastanın merkezimize başvuru oranının düşük olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda DEHB tanısı alan kişilerin ailelerinde daha fazla oranda psikiyatrik hastalık tanısı aldığı bulunmuştur. Güçlü ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DEHB'li olguların ebeveynlerinde %12,3 oranında duygudurum bozukluğu, %8,1 oranında anksiyete bozukluğu saptanmış (138), bizim alışmamızda DEHB tanısı alan kişilerin ailelerinin büyük bir çoğunluğu tanı almamıştı, alınan tanıların büyük bir çoğunluğunu anksiyete bozukluğu oluşturmaktaydı. Biederman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen iki çalışmada DEHB'li olguların birinci derece akrabalarında anksiyete bozuklukları %23 ve %25 oranlarında, depresif bozukluklar %26 oranında normal kontrollerin ailelerinde görülenden daha yüksek oranda bulunmuştur (113).

5. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmada, hasta örnekleminin yaş ortalamasının düşük olması ve örneklemin yaklaşık üçte birinin öğrencilerden oluşuyor olması çalışma sonuçlarının genellenmesini engelleyen önemli bir kısıtlılıktır. Polikliniğimizde alkol-madde kullanım bozukluklarına özgü bir tedavi birimi olmaması, bu tanının DEHB ile birlikteliğinin sıklığı düşünüldüğünde önemli bir yanlılık yaratmış olabilir. Eksen II tanılarına yönelik bir tarama yapılmamış olması, DEHB'ye eşlik eden kişilik bozukluklarını tarama imkanı vermemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. DEHB'nin erişkinlik döneminde de sık karşılaşılan bir psikiyatrik sorun olduğu düşünülmüştür.
2. Erişkin dönem DEHB bulgularında dikkat eksikliği belirtilerinin daha baskın olduğu düşünülmüştür.
3. DEHB tanısı ve belirti şiddetinin yaş ile ters yönde, eğitim yılı ile doğru yönde bir ilişki gösterdiği bulunmuştur.
4. SCID l'e göre DEHB'ye en sık eşlik eden tanıların Depresyon ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu olduğu bulunmuştur
5. Poliklinikte DEHB hastalarının yaklaşık yarısının DEHB tanısı almadığı bulunmuştur.

6.2 ÖNERİLER

DEHB tanısı polikliniklerde diğer tanılarla sık karışan ve atlanan bir tanıdır. Hastanın çocukluk dönemi, şikayetlerinin ne zamandan bu yana başladığı ve birinci derece yakınlarında ruhsal hastalık olup olmadığı ayrıntılı şekilde sorgulanmalıdır. DEHB bulguları işlevsellik düzeyini olumsuz etkilemektedir. Doğru tanının konması ve bu şekilde uygun tedavinin seçilmesi tedaviden alınan sonucu olumlu etkileyecek, öte yandan diğer ilaçların gereksiz kullanımını azaltacaktır. Erişkin DEHB eş tanılarını ve daha çok hangi psikiyatrik hastalıklarla karıştığını belirlemek ve bunlara yönelik tedaviler başlamak hastaların yaşam kalitesini artıracak ve tedavi maliyetini azaltacaktır.

KAYNAKLAR

1. Biederman, J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biol.Psychiatry* 2005; 57, 1215–1220.
2. Simon, V, Czobor, P, Balint S, Meszaros A, & Bitter, I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 2009; 194 (3), 204–211.
3. Fayyad, J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K., et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br. J. Psychiatry* 2007; 190, 402–409.
4. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006 163:716-723
5. Wender PH, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Press, New York, 1995; 122-143.
6. Nylander L, Holmqvist M, Gustafson L, Gillberg C. ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients 2009; 63:64-71).
7. Memik NÇ, Önder ME. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2004; 12(1):44-56.
8. Fisher M., Barkley R.A., Edelbrock C.S. & Smallish. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: II. Academic, Attentional, Neuropsychological Status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990; 58:580-588.
9. Shaffer D., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. *American Journal of Psychiatry*, 1994; 44:260-268
10. Weinstein C.S., *Cognitive Remediation Strategies: An Adjunct to the Psychotherapy of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1994; 3:44-57
11. Biedermann J., Faraone S., Millberger S., et al. A Prospective 4-year Follow-up Study of Attention Deficit Hyperactivity and Related Disorders: *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53:437-446

12. Mannussa S., Kleine G., Bonagura N., Malloy P., Gaimpino T.L., and Addalli K.A. Hyperactive Boys Almost Grown up, II: Status of Subjects Without a Mental Disorder. Archives of General Psychiatry, 1991; 48:77-83
13. Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:978-98
14. Spencer T.J., Biedermann J., Wilens T., Faraone S. Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controversial Diagnosis. Journal of Clinical Psychiatry, 1998; 59:59-68.
15. Wolf L.E. and Wasserstein J. Adult ADHD: Concluding Thoughts. New York Academy of Science Annals, 2001; 931:396-408
16. Öncü B, Karakaş S. Yetişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Kognitif Nörobilimler, Ankara, MN Medikal & Nobel Tıp Yayınları 2018 s.417-436
17. Öncü B. Erişkinde DEHB'Yİ fark etmek! Psikiyatride Güncel 2016 6:265-275.
18. Semerci B, Aksoy M. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu 1. Baskı 2018 s:11.
19. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry 2007; 190:402-9
20. Yargıç İ. Erişkinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Ben Neden Göremiyorum? Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özel Sayısı 2010; 6:47-54
21. Kennemer, K., Goldstien S. Incidence of ADHD in adults with severe mental health problems. Appl Neuropsychol. 2005; 12(2): 77-82
22. Lomas B & Gartside P. ADHD in adult psychiatry outpatients. Psychiatry Services 1999;50: 705
23. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, revisited. Biological Psychiatry 2004;55(7):692-700
24. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. Am J Psychiatry. 2005;162(9):1621-7.

25. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnose with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(1):93-102
26. Toplak ME, Jain U, Tannock R. Executive and motivational processes in adolescents with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder(ADHD). *Behav Brain Funct* 2005; 1 (1): 8.
27. Purper-Ouakil D, Franc N. Emotional dysfunctions in attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Pediatr* 2011; 18 (6): 679-85.
28. Bihlar Muld B, Jokinen J, Bölte S, Hirvikoski T. Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 336
29. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* 2014; 6 (3): 153-8.
30. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS et al. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the 46 Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011; 186 (2–3): 378–383.
31. Hinshaw SP. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self- injury. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80 (6): 1041–1051.
32. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110 (6): 408-15.
33. Agosti V, Chen Y, Levin FR. Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts? *J Affect Disord* 2011; 133: 595-599.
34. Hill, J.C. & Schoener, E.P. Age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:1143-1146. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 8:282-292.
35. Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Serv* 1999;50:1001–1003. Wilens T. ADHD and substance abuse. In: Spencer T, ed. *Adult ADHD*. Philadelphia, Pa: *Psychiatric Clinics of North America*
36. Sibley M.H, Swanson J.M, Arnold, L.E, Hechtman LT, Owens E.B, Stehli A, et al. Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *J. Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2017;58(6), 655–662.

37. Yargıç, Alyanak FÖ. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Isık E, Taner E, Isık U. (Editorler). Guncel Klinik Psikiyatri.İstanbul: Golden Print; 2008.p. 477-493
38. Duran S. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı VE Eştanı Durumları. Uzmanlık tezi, Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2006
39. Goldstein S. Contunity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinican's to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, California, USA 2002
40. Palmer ED, Finger S(2001) An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'. Child Psychology and Psychiatry Rewiews 1978; 6: 66-73.
41. Schachar RJ: Hyperkinetic Syndrome: historical development of the concept. The Overactive Child. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, 1986, s.19-41.
42. Thorley, G.: Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. Br J Psychiatry 1944;144: 16-34.
43. Sandberg S, Barton J. Historical development. Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood. 2. Baskı, West Nyack, NY, USA, Cambridge University Press 2202; s: 1-28
44. Mayes R, Rafalovich A. Suffer the restless children: The evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900-80. Hist Psychiatry 2007; 18: 435-457
45. Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Compherensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams&Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002
46. 5. Amerikan Psikiyatri Birliği, A. P. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çeviri Köroğlu, E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2014.
47. Herken H., Yaşam Boyu DEHB, 1.Basım, Detay Yayıncılık, Ankara 2018
48. Semerci B, Aksoy M. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu 1. Baskı 2018; s:41.

49. Bitter I, Simon V, Balint S, Meszaros A, Czobor P. How do different diagnostic criteria age and gender affect the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults? An epidemiological study in a Hungarian community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260 (4): 287-296
50. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı (DSM-IV) (çev.ed.: Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği Ankara, 1995.
51. Barkley R.A. Development course, adult outcome, and clinic-referred ADHD-adults. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed., pp. 186-224). New York: Guilford. 1998
52. Motavallı Mukaddes, N., (1994) Kentsel kesimdeki Türk ilkokul çocuklarında dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu sıklığının incelenmesi. Üst ihtisas tezi, İstanbul.
53. Eyestone LL, Howell RJ. An epidemiological study of attention-deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994; 22 (2): 181-93.
54. Vegue-González M, Álvaro-Brun E, Santiago-Sáez A, Kanaan A. Retrospective evaluation of evaluation of attention deficit hyperactivity disorder with the Wender Utah Rating Scale sample of Spanish prison inmates. *J Forensic Sci* 2011 Nov; 56 (6): 1556-61.
55. Willcutt EG. The prevalence of DSM-4 attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 2012; 9: 490-499.
56. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Aug; 36 (8): 1036-45.
57. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. Üçüncü Baskı, İstanbul, Gendaş 2000.
58. Türkbay T, Söhmen T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4:57-63
59. Barkley RA, Ficher M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111 (2): 279-289.

60. McCraeken. Attention Deficit Disorder. Ed: Sadock B, Sadock VA, Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th. Edition, pp: 2679-2692, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA 2000,
61. Wender, P, Wolf, L. & Wassertein, J. Adults with ADHD: An overview. In J. Wasserstein, L. Wolf, & F. F. LeFever (Eds.), Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes. New York Academy of Science Annals 2001; 931: 1-16.
62. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Across Life Span. Ann Rev Med. 2002;53:113-131
63. Cocores JA, Patel MD, Gold MS, Pottash AC. Cocaine Abuse, Attention Deficit Disorder and Bipolar Disorder. J Nerv Ment Dis 1987;175:431-432
64. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy, Safi M, Lippmann S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. Ann Clin Psychiatry 2002;14:105-111.
65. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. J Clin Psychiatry. 2000;61(4):244-51
66. Dinn WM, Robbins NC, Harris CL. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Neuropsychological Correlates and Clinical Presentation 2001;11:114-121.
67. Kozielec T, Starobrat HB, Kotkowiak L, Deficiency of certain trace elements in children with hiperactivity. Psychiatry pol. 1994; 28(3): 345-353
68. Mc Gee R, Williams S, Anderson JC, McKenzie-Parnel JM, Silva PA. Hyperactivity and serum and hair zinc levels in 11- year old children from the general population. Society of Biological Psychiatry. 1990;28: 165-168
69. Bekaroğlu M, Aslan Y, Gedik Y, Değer O, Mocan H, Erduran E, Karahan C. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. J. Child Psychol. Psychiat. 1996;37(2): 225-227
70. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroglu M, Yildirmis S, Deger O, Ulgen M, Yildiran A, Aksu H. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004 Jan;28(1):181-90

71. Faraone, S.V., Biederman, J., Feighner, J.A. & Monuteaux, M.C. Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? *Journal of Consulting Clinical Psychology* 2000; 68:830-842
72. Murphy, K.R., & Barkley, R.A. Updated adult norms for the ADHD Behaviour Checklist for adults. *The ADHD Report* 1996;4:12-16.
73. Murphy, K.R., & Barkley, R.A. Attention deficit Hyperactivity disorder in adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry* 1996a;37:393-401.
74. Murphy, K.R., & Barkley, R.A. Prevalance of DSM IV symptoms of ADHD in adult licenced drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders* 1996b; 1:147-161.
75. Feinberg, A.G.(2000). Diagnosis and treatment of AD/HD in adults. *Attention*, 6(4), 20-22.
76. Sachdev, P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychological Medicine*, 1999; 29:507-514.
77. Stein, M.A., Fischer, M., & Szumowski, E. Evaluation of adults for ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38, 940-941
78. Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a guide for the primary care physician. *South Med J.* 2002; 95: 736-742
79. Barbaresi W, Katusic S, Colligan R, Weaver A, Pankratz V, Mrazek D, Jacobsen S. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Paediatr Suppl* 2004; 93(445): 55-59
80. Faraone S.V., Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord.* 2005 Nov; 9(2): 384-391
81. Cumba-Avil'es, E. & Bauermeister, J.J. Differential diagnosis of ADHD and other disorders using conditional probabilities. Paper presented at the 110th annual convention of the American Psychological Association, Chicago, IL. (2002, August).
82. Murphy, KR, Gordon, M, & Barkley, R. To what extent are ADHD symptoms common? A reanalysis of standardization data from a DSM IV checklist. *ADHD Report* 2000;8(3): 1-5.

83. Smith, E.V.Jr., & Johnson, B.D. Factor structure of the DSM IV criteria for college students using the Adult Behavioral Checklist . *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 1998; 31, 164-183.
84. Barkley, R.A. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: Clinical and research implications. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics* 1990; 11: 343-352.
85. Cantwell, DP. & Baker, L. Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28, 691-700
86. Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R. & Bonagura, N. Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1985;42:937-947
87. Herrero, M.E., Hechtman, L., & Weiss, G. Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: Predictive factors and characterization of subgroups. *American Journal of Ortho* 1994; 64: 510-521.
88. Satterfield, J.H., Hoppe C; m. & Schell, A.M. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry* 1982;139:795-798.
89. Weiss, G., & Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
90. Werner, E. & Smith, R.S. *Vulnerable But Invincible* Publisher: Adams, Bannister & Cox. 1998.
91. Lalonde J, Turgay A, Hudson J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Subtypes and Comorbid Destructive Behaviour Disorder in a Child and Adolescent Mental Health Clinic. *Can J psychiatry* 1998;43:623-628
92. Turgay A. Diagnosing and Treating ADHD in Adults. *The Canadian J of CME* 2001;182-190
93. Schmidt K, Faraone S. Atypical Outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:566-570.
94. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, et al. Adolescent with ADHD: Patterns of Behavioral Adjustment, Academic Functioning and Treatment Utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:752-761

95. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheeler N. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*. 1990 Sep-Oct;31(5):416-25.
96. Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50:565-576.
97. Tufan AE, Yaluğ İ. Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11: 35: 352-359.
98. Kavakçı Ö. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics* 2012; 5: 8-13.
99. İnci Kenar AN, Herken H. Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye klinikleri J Child Psychiatry Special Topics* 2015; 1: 39-45.
100. Semerci B, Aksoy M. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu 1. Baskı 2018 Ankara s.116.
101. McIntre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO et al. Attention deficit hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative Project. *Prim Care Companion J Clin psychiatr y* 2010; 12 (3).
102. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Doyle R, Surman C, Prince J. A large double-blind, randomized trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 456–463
103. Kessler RC, Ustün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 2004; 13: 93–121.
104. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.2006; 256 Suppl 1: i26-31
105. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: A consensus derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009; 5: 137-150.

106. Karahmet E, Konuk N, Dalkılıç A, Saraçlı O, Atasoy N, Kurçer MA ve ark.. The comorbidity of adult attention deficit hyperactivity disorder i bipolar disorder patients *Compr Psychiatry* 2013; 54 (5): 549-555
107. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. STEP-BD Investigators. Clinical and diagnostic implications of lifetime comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder. Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1467–1473.
108. Mattos P, Saboya e, Ayrao V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Comorbid eating disorders in a Brazilian Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Adult Clinical Sample. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):248-250
109. Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0), in Kooij JJS: Adult ADHD. Diagnostic assessment and treatment. Springer, 2012.
110. Kooij, JJS, Francken MH: Diagnostisch Interview Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. Çevrimiçi adres www.kenniscentrumadhdbijvolwassenen.nl, 2007
111. Ventura J, Liberman RP, Green MF, Shaner A, Mintz J. Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID1/CV) American Psychiatric Press, Washington D.C., 1997
112. Corapcioglu A, Aydemir O, Yildiz M, Esen A, Koroglu E. Structured Clinical Interview for DSMIV (SCID-I
113. Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1991) Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 148:251-256. Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1992) Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*, 49:728-738
114. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS et al. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed with research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:546-57
115. Biederman J, Wilens TE, Mick E et al. Does attention deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998; 44:269-73.

116. Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D. Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 1996; 1:41-54.
117. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996; 37:393-401
118. 118) Lahey BB, Applegate B, McBurnett K et al. DSM IV field trials for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 33:1673-85.
119. Gaub M, Carlson C L. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J J Abnorm Child Psychol* 1997; 25:103-11.
120. Alyanak ve ark. Genel Psikiyatri Polikliniinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar Nöropsikiyatri Arşivi 2011; 48: 119-24
121. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1652-1658
122. Ekici S., Öncü B., Canat S., *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:185-191
123. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792-1798. 25.
124. Öncü, B.; Ölmez, Ş., 2004, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Nöropsikolojik Bulgular", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (1): 41-46
125. 125) McGough, J. J.; Barkley, R. A., 2004, "Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Am J Psychiatry* 161:11, 1948-1956
126. Yılmaz, M., Özdemir, G., Turgay, A., Çağlı, S. (2012). Üniversite öğrencilerinin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği'nin alt boyutları düzeylerinin çeşitli

değişkenler açısından incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi [Bağlantıda]. 9:1

127. Örnek B., Durmuş E. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2016; 18(3): 91-94
128. Hill J, Schoener E (1996) Age dependent decline of ADHD. Am J Psychiatry, 153:1143-1147.
129. Biederman, J.; ve arkadaşları, 2004, "Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, Revisited", BIOL Psychiatry, 55: 692-700
130. Greydanus DE, Pratt HD, Patel DR. Attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan: the child, adolescent, and adult. Disease-a-month: DM 2007;53:70-131
131. Taneri, P.E, Akış N., Sarandöl A., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 42 (1) 23-27, 2016
132. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. Psikiyatride güncel yaklaşımlar 2010;2(1):75-16
133. Günay, Ş., Savran, C., Aksoy, U. M., Maner, F., Yargıç, İ. & Turgay, A. (2005). "Bipolar Bozukluk ve Erişkin DEHB Olan Hastalarda DEHB Belirtileri". Türkiye'dePsikiyatri, 7(2), 61-66.
134. Tufan, A. E. ve Yaluğ, İ. (2010). "Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Türkiye Verilerine Dayalı Bir Gözden Geçirme". Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11, 351-359
135. Vegt M, Tulen JHM, van Tuijl HR, Twigt CW, Hengeveld MW. Diagnostic assessment of adults referred to a university outpatient clinic for ADHD. Tijdschr. Psychiatr 2007; 49:289-299
136. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. Türkiye'de Psikiyatri 2008;10:109-15. , Kavakçı Ö, Güler AS, Çetinkaya S. Sınav Kaygısı ve İlişkili Psikiyatrik Belirtiler. Klinik Psikiyatri 2011;14:7-16.
137. Taner E, İlhan MN, Taner Y, Bakar EE, Şenlik ZB. Tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve eğitim

hayatı üzerine etkileri. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi
2007;21:59-62.

138. Oya Güçlü, Murat Erkıran Dikkat eksikliği Klinik Psikiyatri 2004;7:32-41
139. Gunay Ş., Savran C., Aksoy M., M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi Yıl : 2005, Sayı 21, Sayfa : 133-150
140. First MB, Spitzer MB, Gibbon M ve ark: Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version SCID-1 C



EKLER

EK-1 : Sosyo Demografik Bilgi Formu

EK-2 : Hasta Onam Formu

EK-3 : Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

EK-4 : DIVA 2.0 Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme Ölçeği

EK-5 : SCID-I(Structured Clinical Interview for DSM-IV)



EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adınız,

Soyadınız:

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Medeni Durum: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()
Kaç kez () Kaç kez ()

Eğitim Düzeyi: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

Sınıf Tekrarı: Hayır () Evet () Kaç kez
Kaçınıcı sınıfta ya da sınıflarda:

Meslek :

Çalışma durumu : Çalışıyorum () Çalışmıyorum ()

İş Değiştirme: Hiç () Nadiren () sık ()

İş değiştirme nedeni:

Okulda disiplin cezası aldınız mı: evet () hayır () kaç kez:

Hangi sınıflarda.....

Adli bir olay yaşadınız mı: evet () hayır () kaç kez:

Herhangi bir adli ceza aldınız mı: evet () hayır () kaç kez:

Trafik cezası aldınız mı: evet () hayır () kaç kez:

Ailenizde bedensel rahatsızlık durumu :

Ailenizde psikiyatrik rahatsızlık durumu:

Bilinen herhangi bir bedensel hastalığınız var mı:

Psikiyatri bölümüne başvuru var mı: var () yok ()

Şu anda başvuru şikayeti:

Hala kullandığı bir ilaç var mı:

EK-2 HASTA ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU HAZIRLAMA KILAVUZU

Kılavuzu okuyup aydınlatılmış onam formunu her maddeyi açıklanan şekilde ilkokul mezunu bir bireyin anlayacağı düzeyde hazırlayınız.

**Aydınlatılmış onam formu hastaya anlatılır gibi doldurulmalıdır.
Ardından lütfen size yönelik hazırlanan açıklamaları siliniz.**

Toplum ya da bilimin yararı adına katılımcı bireyin yararının göz ardı edilmesi tehlikesi araştırma katılımcılarının gönüllülüğünün mutlaka sağlanmasını gerektirmektedir. Aydınlatılmış onamın temel parçası olan bireyin gönüllülüğü ve yeterliliği ancak ona yeterli bilginin verilmesi ve bu bilginin anlaşılacağından emin olunması ile gerçekleşir. Bu amaçla oluşturulacak bilgilendirme ve onam formunun amacı araştırmanın muhtemel katılımcılarının araştırmaya katılıp katılmamak konusunda aydınlatılmış seçimler yapabilmelerine olanak tanınmasıdır. Bu da bireylerin araştırmanın amacı ve işlemleri, katılımcı olarak hakları ve olası risk ve rahatsızlıklarını belirlediği yazılı bir belge ile sağlanır. Bireyin onamının yazılı olarak kanıtlanması da gerekmektedir.

Araştırmalar için aydınlatılmış onamın gerekliliği [Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi \(2013\)](#) gibi uluslararası sözleşmeler yanında başta [TC Anayasası Madde 17](#) olmak üzere [Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin Onaylanmasına Dair Kanun \(2003\)](#) Madde 16-17, [Türk Ceza Kanunu \(2005\) Madde 90](#), [Hasta Hakları Yönetmeliği \(1998\)](#), Madde 32-33, [İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu \(2015\)](#) Madde 10 gibi ulusal mevzuat ve düzenlemelerle de garanti altına alınmıştır.

Aşağıda bilgi ve onam formlarının çoğunda gerekli olan genel özellikler ve bazı özel bilgiler listelenmiştir.

GENEL ÖZELLİKLER:

- Aşağıdakilerden her biri için ayrı bilgilendirme formu hazırlanmalıdır:
 - Her bir katılımcı (okuma bilen çocuklar dâhil)
 - Gerekirse vekil/ebeveyn
 - Eğer katılımcılar bir kuruluşun gözetimi altındaysa (yazılı okul, çocuk bakımevi, darülaceze, okul, hastane, bölüm...) kuruluş yetkilisi/vasi
- Form açık, anlaşılır, ilkokul düzeyinde makul bir insanın anlayabileceği ifadelerle, kısa cümleler kullanılarak, resmi olmayan bir dille yazılmalıdır.
- Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan bilgilendirme formları İnsan Araştırmaları Etik Kurulu (İAEK) tarafından onaylandıktan sonra karar numarası yazılarak çoğaltılmalıdır.

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGGEK01.2	1/6



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

Bilgi formu aşağıdaki bilgileri içermelidir:

1. Çalışmanın adı:

Katılımcının anlayabileceği kelime/ ifadelerle araştırma projesinin kısa adı / konusu yazılmalıdır.

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Önerilen giriş: Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız lütfen bizi arayın. Ancak araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

4. Neden ben seçildim?

Katılımcının neden / nasıl seçildiğini ve çalışmada başka kaç katılımcının yer alacağı açıklanmalıdır. Araştırmaya dâhil etme kriterleri ve örneklem bilgileri çerçevesinde hazırlanmalıdır. **Kontrollü araştırmalarda deney ve kontrol grupları için ayrı ayrı hazırlanmalıdır.**

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Katılımcının gönüllü olduğu, katılmayı reddetmenin herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine yol açmayacağı anlatılmalıdır. Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebileceğine ilişkin bir ifade yazılmalıdır.

Araştırmacılar her katılımcının herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkı olduğunu bilmeli ve bu hak konusunda katılımcıları aydınlatmalıdır. Katılımcıların araştırmadan ayrılmasını engellemek adına hiçbir baskı ve zorlama kabul edilemez.

- Eğer katılımcının araştırmacıyla veya araştırmaya doğrudan ya da dolaylı olarak katılan kuruluşla bağımlı bir ilişkisi varsa (örneğin; araştırmacının hastası veya öğrencisi ise), bu durumda araştırmaya katılmayı reddetme veya araştırmadan çekilmenin katılımcının ileriki bakımı, işi ya da akademik gelişiminde hiçbir şekilde aksaklığa neden olmayacağını vurgulamak daha da önem kazanır.
- Araştırmadan çekilmede bir istisna araştırma verilerinin tamamen isimsiz (anonim) elde edildiği araştırmalardır. Böyle araştırmalarda verilerin hangi katılımcıya ait olduğu bilinmediğinden katılımcıların "istedikleri herhangi bir anda" araştırmadan çekilebileceği garanti edilemez, örneğin isimsiz anket çalışmaları.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Her katılımcıya araştırma katılımcısı olarak kendisinden ne beklendiği, katılımcının beklenen süresi, uygulanacak işlemler ve bunların hangisinin araştırma amaçlı olduğu açıklanmalıdır. **Kontrollü araştırmalarda deney ve kontrol grupları için ayrı ayrı hazırlanmalıdır.**

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGGEK01.2	2/6

EK-2 HASTA ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Açıklama;

- Katılımcıdan beklenen görevleri ve uygulanacak işlemleri, bunların sıklığını ve katılımcıdan alınacak bilgileri,
 - Tüm işlemler için gerekli olan zamanı
 - Eğer varsa diğer gereklilikleri (örneğin; özel bir kıyafet giymek, aç karnına gelmek...vs) içermelidir.
- Ses veya görüntü kaydı ya da fotoğraf kullanılıp kullanılmayacağı, eğer kullanılacaksa bunlara araştırma süresince ve daha sonra kimlerin ulaşabileceği belirtilmelidir. Eğer bilgiler gelecekte araştırmacıların kullanabilmesi için arşivlenecekse bu konu da ayrıca belirtilmelidir.

Araştırmada elde edilen biyolojik örnekler gelecekte başka araştırmalar için de kullanılabilirse, hangi tür araştırmalarda kullanılacağı, biyolojik verilerin nerede nasıl saklanacağı, başka kurum veya ülkelere nakledilme ihtimali olup olmadığı, mülkiyetinin kime ait olacağı açıklanmalıdır. Her yeni araştırma için yeniden etik kurul izni alınacağı ve örneklerin ticari amaçla kullanılmayacağı konularında bilgi eklenmelidir.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Burada katılımcının karşılaşılabileceği öngörülebilir fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, ekonomik tüm risk ve rahatsızlıklar açıklanmalı, katılımcıları araştırma sürecinde karşılaşılabilecek tüm zararlar konusunda bilgilendirilmelidir. Araştırma sürecinde ortaya çıkan beklenmeyen herhangi bir zarar durumunda kendilerine ya da vekillerine hemen bilgi verileceği bildirilmelidir.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırma sonucunda katılımcılara ya da başkalarına sağlanması makul olarak beklenen her türlü yarar açıklanmalıdır.

Örneğin; Araştırmaya katılmanın size hemen dönecek bir faydası bulunmama gibi beraber, araştırma sonuçlarınızın gelecekteki hastalara, kuruma, topluma veya bilime "....." faydalarının olacağı umulmaktadır.

Araştırmacıların katılımı sağlamak amacıyla kullanılacağı teşvikler makul olmalı, arzu edilmeyen sonuçları olan seçimlerden mutlak kaçınılmalıdır (Örneğin; öğrencilere sigara ya da çocuklara şeker sunmak...) Ayrıca araştırmanın tasarlanması ve sunulmasında teşvik kullanmanın sorun olabileceği de kabul edilmeli, örneğin katılımcıların seçilmesi ve katılımcıların yanıtlarında istenmeyen önyargıların oluşmasına neden olabileceği belirtilmelidir.

9. Araştırma masrafları: Katılımcı gönüllüye araştırma amaçlı uygulanacak işlemlerin ne olacağı listelenmeli ve "araştırma amaçlı" uygulanacak hiçbir şey için kendisinden veya bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumundan ücret ödemeceği belirtilmelidir. Araştırma bütçesinin nereden karşılanacağı yazılmalıdır.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Minimalin üzerinde riske sahip olan araştırmalarda bir tazminat olup olmadığı, bir zarar durumunda tıbbi tedavinin yapıp yapılmayacağı, yapılacaksa neleri kapsadığı, nasıl ulaşılacağı, daha ayrıntılı bilgilerin nereden alınabileceği konusunda ayrıntılı bir açıklama yazılmalıdır.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Belge Kodu	Revizyon / No.su:	Sayfa
Form 5	27.04.2016/KOGEK01.2	3/6



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Gizlilik: Formda araştırma süresince elde edilen tüm bilgilerin ve kişisel detayların gizli kalacağı belirtilmeli, gizliliğin nasıl sağlanacağı (kod numarası kullanımı vs.) açıklanmalıdır. Eğer veriler isimsiz (anonim) toplanacaksa bu durum da belirtilmelidir.

Bilgilere giriş: Genellikle verilerle giriş araştırmayla doğrudan ilişkili olan kişilerle sınırlıdır ve bu durum formda açıkça belirtilmelidir. Eğer başka araştırmacılar da verilerle ulaşabilecekse bu durum formda ayrıca belirtilmelidir.

Verilere giriş sorumlu araştırmacılar tarafından dikkatlice izlenmeli ve katılımcıların kimlikleri hakkında bilgi verebilecek hiçbir veri katılımcıların açık onamı olmaksızın verilmemelidir. Katılımcıdan elde edilen verilerin depolanması ve gelecekte başka araştırmalarda kullanılması ihtimali varsa, katılımcılara ait veriler kimlik bilgileri gizli tutulmak kaydıyla eğitim amaçlı kullanılacaksa bu durum da ayrıca belirtilmelidir.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırmacıların araştırma sonunda sonuçlar hakkında öncelikle katılımcıları bilgilendirilmesi arzu edilmektedir, mümkünse onların katılımıyla elde edilen sonuçlar ve yayınların birer kopyasını almalarına olanak sağlanmalıdır.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçlarının nasıl yayınlanacağı formda belirtilmelidir ve her tür yayında katılımcıların kişisel bilgilerinin yayınlanmayacağı konusunda garanti verilmelidir. Elde edilen verilerin başka araştırmalarda kullanılıp kullanılmayacağı hakkında bilgi verilmelidir.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araştırma, katılımcıların hakları ve katılımcının araştırmayla bağlantılı olarak karşılaştığı zararlar konusunda irtibat kurulacak kişi, kurum, adresi ve telefon numarası yazılmalıdır.

15. Teşekkür:

Araştırmanıza katıldıkları için katılımcılara teşekkür edilmelidir.

16. İAEK onayı:

İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilmeli ve antetli kağıda karar numarası ile basılmalıdır.

17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir şikâyetiniz varsa Kurula Etik Kurul raporörü Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar (Tel: 02623037450) vasıtasıyla ulaşabilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Araştırmacılara ek bilgiler:

- Bazı araştırmalarda imzalı onam formlarının kullanılması mümkün değildir. Örneğin: isimsiz anket formlarının kullanıldığı araştırmalar, telefonla anketlerde olduğu gibi katılımcılarla doğrudan görüşmenin olmadığı araştırmalar. Bu araştırmalarda da muhtemel katılımcılara araştırma ve katılımcı olarak hakları konusunda yazılı ya da sözlü bilgi vermek gerekmektedir ve mümkünse sözlü onam alınmalıdır.
- İsimsiz anketlerde onam kısmı (isim ve imza) haricinde tüm bilgiler verilmeli, anket formu ve bilgilendirme formunda "anket formunun geri dönmemesinin araştırma amacı için bu bilgilerin kullanılmasına onam verildiği anlamına geldiği" belirtilmelidir.

Belge Kodu	Revizyon / No.su:	Sayfa
Form 5	27.04.2016/KOGEK01.2	4/6

EK-2 HASTA ONAM FORMU



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



- Katılımcı ve araştırmacı tarafından imzalanan onam formunda Kocaeli Üniversitesi'nin anteti bulunmalıdır. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU tarafından onaylanmayan bilgi ve onam formlarında antet yer alamaz.
- Katılımcı ve araştırmacı iki nüshadan oluşan onam formunun her iki nüshasına da imza ve tarih atmalıdır. Nüshaların araştırmacıya mı katılımcıya mı ait olduğu açıkça belirtilmelidir.



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Araştırmanın Adı: _____

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanıdı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

ONAM FORMU (D²)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir.)

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Tarih / No.suz	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	5/6

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için Aydınlatılmış Onam Formu	Belge Kodu	Tarih / No.suz	Sayfa
	Form 5	27.04.2016/KOGOEK01.2	6/6

EK-3 ERİŞKİN DEB/DEHB TANI ve DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

1.BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen Hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok Sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden Hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

1. bölümde karşılanan kriter sayısı: 1. Bölümden elde edilen DEHB puanı:

2.BÖLÜM

Aşırı Hareketlilik / Dürtüsellik Bölümü

Sorun

2-a) Aşırı Hareketlilik

1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3

2-b) Dürtüsellik

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

EK-3 ERİŞKİN

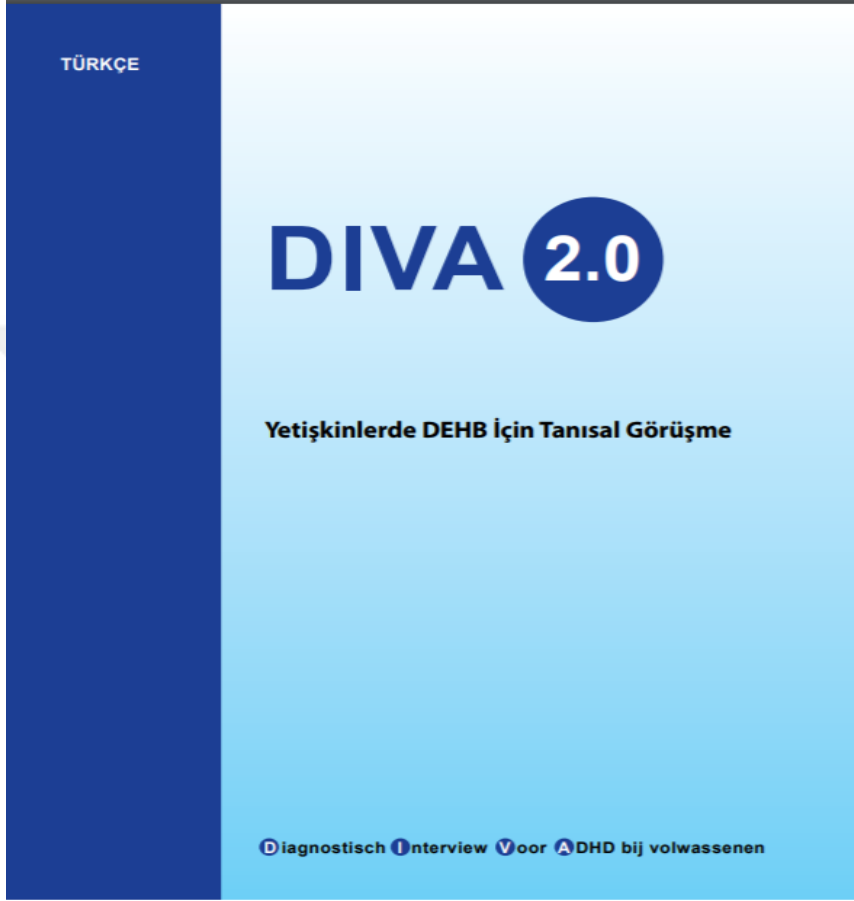
DEB/DEHB TANI ve DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

3.BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen Hiç	Ya da bazen	Biraz Sıklıkla	Çok Sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/ projeye uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkez tarafından izlenen yolaları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşliğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden umutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasiteyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

EK-4 DIVA 2.0 YETİŞKİNLERDE DEHB İÇİN TANISAL GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ



DIVA
Foundation
*Yetişkinlerde DEHB
için Tanısal Görüşme*

J.J.S. Kooij, MD, PhD & M.H. Francken, MSc,
2010, DIVA Foundation, Hollanda

SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV)

