



TC
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SİVAS İL MERKEZİNDE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI VE EŞLİK EDEN
EKSEN I-EKSEN II TANILARI

Dr. Bekir YAPICIOĞLU
UZMANLIK TEZİ

SİVAS

2010



TC
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

SİVAS İL MERKEZİNDE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN YAYGINLIĞI VE EŞLİK
EDEN EKSEN I-EKSEN II TANILARI

Dr. Bekir YAPICIOĞLU

UZMANLIK TEZİ

Yrd. Doç. Dr. Önder KAVAKÇI

TEZ DANIŞMANI

SİVAS

2010

**Tıpta Uzmanlık Tez Yazım Yönergesi, Cumhuriyet Üniversitesi
Senatosu'nun 10/02/2010 tarih ve 2010 / 1-2 sayılı kararı ile kabul edilerek
yürürlüğe girmiştir.**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin oluşturulmasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Önder KAVAKÇI'ya,

Eğitim hayatım boyunca bilimsel katkılarının yanı sıra gösterdikleri anlayış ve yakınlık sayesinde bu süreci katlanabilir kılan hocalarım; Prof. Dr. Orhan DOĞAN ve Doç. Dr. Nesim KUĞU'ya,

Sabır ve ilgiyle desteğini esirgemeyen Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Ziyet ÇINAR'a,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, Psikiyatri Anabilim Dalı araştırma görevlisi, psikolog, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Tezimin hazırlanmasında bilgi ve deneyimini esirgemeyen Çocuk Psikiyatristi Uzm. Dr. Ayşegül Selcen GÜLER'e,

Bana vakit ayırarak bu çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm katılımcılara,

Sağduyu, sabır ve ilgiyle eğitimim süresince bütün sıkıntularına ortak olan değerli eşime ve birlikte vakit geçirmekten büyük haz duyduğum, sevgisiyle beni neşeli kılan biricik oğluma teşekkür ederim.

Bekir YAPICIOĞLU

ÖZET

Sivas İl Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı ve Eşlik Eden Eksen I-Eksen II Tanıları

Dr. Bekir Yapıcıoğlu, Psikiyatri Anabilimdalı, Sivas, 2010

Bu çalışmanın amacı, Sivas il merkezindeki erişkin DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) yaygınlığını tespit etmek, bozukluğu olanların sosyodemografik özelliklerini ve eşlik eden eksen-I ve eksen-II tanı sıklığını saptamaktır. Çalışmada 18–44 yaş aralığındaki 901 kişiye ASRS (Adult ADHD Self Report Scale) uygulanarak kesme puanının üzerinde puan alan 34 kişiden, klinik görüşmeyi kabul eden 28 kişiye MINI Plus 5.0.0'm (Mini- International Neuropsychiatric Interview) Çocukluk ve Yetişkinlik Dikkat Yetersizliği ve Aşırı Hareketlilik modülü uygulanmıştır. Erişkin DEHB tanısı konulan bireylere eşlik eden eksen-I ve eksen-II tanıları saptamak amacıyla SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders) ve SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders) uygulanmıştır. ASRS ile yapılan tarama sonucunda erişkin DEHB yaygınlığı % 3,8 iken, yapılandırılmış klinik görüşme ile bu oran %2,7'ye düşmüştür. Erişkin DEHB tanısı kadınlarda (%83,3) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık bulunmuştur. Çalışmada erişkin DEHB tanısı konulanların konulmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla oranda çalışmadığı, daha sık iş değiştirdikleri, orta düzeyde gelire sahip oldukları, intihar girişimlerinin daha fazla olduğu, daha fazla sayıda sigara içtikleri, kendilerinde ve ailelerinde psikiyatrik tanıların daha fazla olduğu, daha fazla psikiyatrik yardım aradıkları ve aldıkları saptanmıştır. Hastaların %83'ünde (20/24) eşlik eden eksen-I tanısı saptanmıştır. En sık konulan eş tanıları, her biri %20,8 oranıyla olmak üzere obsesif kompulsif bozukluk, majör depresyon, distimik bozukluk olmuştur. Hastaların %33,3'ünde herhangi bir eksen-II tanısı saptanmamıştır. En sık her biri %25 oranında obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu tanıları bulunmuştur.

Sonuç olarak DEHB, erişkin dönemde de devam eden bir bozukluktur. Erişkin DEHB'nin yaygınlığı ve çok sayıda başka psikiyatrik bozuklukla birlikteliği, klinikte görülen özellikle tedaviye cevap vermeyen psikiyatrik bozukluklar için eş tanı olarak düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaygınlık, eş tanı

ABSTRACT

Prevalance of Adult ADHD in Sivas City Centre and Comorbid Axis I-II

Diagnoses

Bekir YAPICIOĞLU, M.D., Department of Psychiatry, Sivas, 2010

The purpose of this study was to determine the adult ADHD prevalence in Sivas city center, to identify sociodemographic characteristics and comorbid axis I and axis II diagnoses in adults with ADHD.

ASRS was administered to 901 subjects between 18–44 years of age and Childhood and Adulthood Attention Deficit and Hyperactivity module of MINI Plus 5.0.0 was administered to 28 out of 34 subjects who were above cutoff on ASRS and who accepted clinical interview. SCID I and SCID II were used to evaluate comorbid axis I and axis II diagnoses in subjects with ADHD. Screening with ASRS revealed a prevalence rate of 3,8% which dropped to 2,7% with the structured clinical interview. Adult ADHD was found to be higher (83,3%) in women in this sample which was statistically significant. Subjects with ADHD had lower employment status, more frequent job changes, medium level of income, more suicide attempts, more cigarette consumption, more psychiatric diagnoses on behalf of themselves and in their parents and more reported psychiatric need when compared to subjects without ADHD. Eighty-three percent of the subjects with ADHD (N=20) had comorbid axis I diagnoses. Most common comorbid diagnoses were obsessive compulsive disorder, major depression and dysthymic disorder, each of which were 20,8%. 33,3% of the patients didn't have any axis II diagnoses. Most common axis II diagnoses were obsessive compulsive personality disorder (25%) and passive aggressive personality disorder (25%).

In conclusion, the main clinical implication of this study is that ADHD is a persistent diagnosis in adulthood. Given the high prevalence of adult ADHD and its high comorbidity with other psychiatric disorders, ADHD should be considered as a possible comorbid diagnosis for many patients in adult psychiatry clinics, especially for those who show continued impairment despite appropriate treatment for the primary disorder.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, prevalence, comorbidity

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tarihçe.....	3
2.2. Epidemiyoloji.....	4
2.3. Etiyoloji.....	5
2.3.1. Genetik Etkenler.....	6
2.3.1.1. Serotonin Reseptör (5-HT) Geni.....	6
2.3.1.2. Dopamin Reseptör Genleri.....	6
2.3.2. Nörofizyoloji.....	7
2.3.3. Nörobiyoloji.....	7
2.3.4.Çevresel Etkenler ve Psikososyal Etkenler.....	8
2.4. DEHB Tanısı.....	9
2.5. DEHB'nin Klinik Özellikleri.....	13
2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar.....	17
2.6.1.Duygudurum Bozuklukları.....	17
2.6.1.1.Majör Depresif Bozukluk.....	17
2.6.1.2. Bipolar Bozukluk.....	17

2.6.1.3. Distimik Bozukluk.....	18
2.6.1.4. Anksiyete Bozuklukları.....	18
2.6.1.5. Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı / Bağımlılığı.....	19
2.6.1.6. Kişilik Bozuklukları.....	19
2.7. Ayırıcı Tanı.....	20
2.8. Erişkinlerde DEHB Tedavisi.....	20
2.8.1. İlaç Tedavisi.....	20
2.8.1.1. Merkezi Sinir Sistemi Psikostimülanları.....	20
2.8.1.2. Psikostimülan Olmayan Tedaviler.....	21
2.8.1.3. Psikososyal Tedaviler.....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Alanın Tanıtılması.....	24
3.2. Evrenin Saptanması ve Örneklem Seçimi.....	24
3.3. Veri Toplama Araçları.....	25
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	25
3.3.3. MINI Plus 5.0.0 (Mini Uluslar Arası Nöropsikiyatrik Görüşme) Türkçe Uyarlama.....	25
3.3.4. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme(SCIDI/CV).....	26
3.3.5. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders) (SCID- II).....	26
3.4. Uygulama.....	27
4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM.....	29
5. BULGULAR.....	30

5.1. Örneklemin Tanıtılması.....	30
5.2. Epidemiyolojik Bulgular.....	34
5.2.1. Sosyodemografik Özellikler.....	34
5.2.2. Eş Tanı Durumları.....	42
5.2.2.1. SCID-I ile Tespit Edilen Eksen I Tanıları.....	42
5.2.2.2. SCID-II ile Tespit Edilen Eksen II Tanıları.....	43
6. TARTIŞMA.....	44
7.SONUÇ.....	54
KAYNAKLAR.....	56

EKLER

<u>EK 1</u>	Sosyodemografik Veri Formu
<u>EK 2</u>	ASRS (Adult ADHD Self Report Scala)
<u>EK 3</u>	MINI PLUS 5.0.0. DEHB Çocukluk ve Yetişkinlik Modülü

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASRS: Adult ADHD Self Report Scala

BAB: Bipolar Affektif Bozukluk

DA: Dopamin

DAT: Dopamin Transporter Gen

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

5-HT: 5 Hidroksi-Triptamin (Serotonin)

ICD: International Classification of Diseases

KTSK: Kortiko-Talamik-Striatal-Korteks

MHPG: 3-Metoksi-4-Hidroksifenilglükol

MINI: Mini- International Neuropsychiatric Interview

NE: Norepinefrin

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders

SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SSGİ: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLolar DİZİNİ

- Tablo 2.2:** DSM- IV-TR DEHB tanı ölçütleri (APA, 2000). S.10
- Tablo 2.3:** Bown ve Copeland ölçütlerine göre erişkin DEHB belirtileri. S.11
- Tablo 5.1:** Örneklemin sosyodemografik özellikleri. S.31
- Tablo 5.2:** Örneklemin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı. S.32
- Tablo 5.3:** Örneklemin olumsuz yaşam olayları. S.32
- Tablo 5.4:** Örneklemin tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş. S.33
- Tablo 5.5:** Örneklemin psikiyatrik tanı ve tedavi süreci. S.33
- Tablo 5.6:** Erişkin DEHB tanısı konulanların cinsiyete göre dağılımı. S.34
- Tablo 5.7:** Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayanların cinsiyete göre yaş ortalaması. S.35
- Tablo 5.8:** Erişkin DEHB tanısı konulanların eğitim durumu. S.35
- Tablo 5.9:** Erişkin DEHB tanısı konulanların medeni durumu. S.36
- Tablo 5.10:** Erişkin DEHB tanısı konulanların gelir durumu. S.36
- Tablo 5.11:** Erişkin DEHB tanısı konulanların çalışma durumu. S.37
- Tablo 5.12:** Erişkin DEHB tanısı konulanların iş değiştirme durumu. S.37
- Tablo 5.13:** Erişkin DEHB tanısı konulanların sigara içme durumu. S.38
- Tablo 5.14:** Erişkin DEHB tanısı konulanların intihar girişimi durumu. S.39
- Tablo 5.15:** Erişkin DEHB tanısı konulanların ailelerinde psikiyatrik bozukluk durumu. S.40
- Tablo 5.16:** Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik yardım arama durumu. S.40
- Tablo 5.17:** Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik tanı konma durumu. S.41
- Tablo 5.18:** Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik yardım alma durumu. S.42
- Tablo 5.19:** Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID-I tanıları. S.43
- Tablo 5.20:** Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID-II tanıları. S.43

1. GİRİŞ

DEHB birden fazla alanda işlevsellikte bozulmaya yol açan, çocukluk çağının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluğudur (1-3). DEHB'nin temel özelliği; kalıcı ve sürekli dikkat süresinin kısalığı, bununla ilişkili bilişsel süreçlerde ve davranış kontrolünde yetersizliğin olmasıdır (4-8). DEHB, gelişimsel bir özellik göstermesi (9-12), yaygın olarak görülmesi (1, 13), heterojen doğası (14), karmaşık etiyojisi ve genetik arka planı (15) nedeniyle ilgi uyandıran bir bozukluktur. Bu nitelikleriyle DEHB sosyal ve ekonomik maliyeti ve hasta ile ailesinin yaşam kalitesi üzerinde yarattığı belirgin kayıplar nedeniyle toplum üzerinde büyük yük yaratmaktadır (16).

DEHB, çocukluk çağı psikopatolojileri arasında en çok çalışılan bozukluklardan biri olmasına rağmen, erişkin dönemdeki DEHB hakkında daha az bilgi vardır. DEHB olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda, çocukluk döneminde yaşanan nöropsikolojik sorunların zamanla kaybolmadığı gösterilmiştir (17-19). Çocukluk döneminde DEHB tanısı konulanların, çocukluk çağındaki belirtilerinin erişkin döneminde %10 (20) ile %79 (21) arasında devam ettiği ve çalışmalar arasında farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Daha sonraki çalışmalarda, çocukluk çağında tanı konan bireylerin %30-70'in de ergenlik ve erişkinlik döneminde de belirgin güçlükler yaşadığı gösterilmiştir (11, 22, 23).

Bu kadar geniş bir aralığın olması tanıda kullanılan ölçütlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Araştırmalarda kullanılan farklı ölçütler tanının geçerliliğini ve yaşam boyu DEHB'yi anlamamızı güçleştirmektedir (24).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun dünya çapında yaygınlığı çocuklarda %5–10 olarak bildirilmiştir (25). Erişkin dönemdeki DEHB oranları epidemiyolojik çalışmaların yeterli sayıda olmaması nedeniyle, çocukluk dönemindeki yaygınlık oranları gözetilerek ve erişkin dönemde devam etme oranları hesaplanarak, yaygınlığının %1–6 olduğu tahmin edilmiştir (26). Erişkin dönemdeki yaygınlığını bildiren iki epidemiyolojik çalışma yakın zamanda yayınlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan erişkin DEHB yaygınlığı çalışmasında, 18–44 yaşları arasındaki 3199 kişilik ev halkı arasında DEHB yaygınlığı %4,4 olarak hesaplanmıştır (27). Bir diğer çalışma, Dünya Zihin

Hastalıkları Araştırma biriminde (World Mental Health Survey Institute) yer alan 10 ülkeyi kapsayan, 18–44 yaş aralığındaki 11422 kişinin dahil olduğu uluslararası bir epidemiyolojik çalışmadır. Ülkeler arasında yaygınlık oranları farklılık göstermekle beraber ortalama yaygınlık % 3,4 oranında bulunmuştur (28).

Erişkin DEHB'nin yaşam boyu psikiyatrik ek tanı için önemli bir risk etkeni olduğu (29), DEHB tanısı almış erişkinlerin daha yüksek oranda ek tanı gösterdiği, daha fazla tedavi maliyeti olduğu görülmüştür (30).

Çalışmaların sonuçlarında, erişkin dönemde DEHB ile en sık birlikte görülen bozuklukların duygudurum bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile anksiyete bozukluklarının olduğu gösterilmiştir (31, 32).

DEHB'nin çocukluk döneminde başlaması, erişkin dönemde belirtilerinin büyük oranda devam etmesi ve çeşitli alanlarda işlevsellik kaybına neden olması erişkin dönemde bu bozukluğun belirlenmesinin önemini artırmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Sivas il merkezindeki erişkin DEHB yaygınlığını saptamak, bozukluğu olanların sosyodemografik özelliklerini ve eşlik eden eksen-I ve eksen-II tanı sıklığını saptamaktır.

Bu ve benzer çalışmalar klinik pratikte sıklıkla gözden kaçma ihtimali olan erişkin DEHB konusunda daha dikkatli değerlendirmelere yol açacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

DEHB, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden oluşan, erken çocukluk döneminde başlayıp, önemli oranda ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB, davranışsal, sosyal, akademik ve psikolojik alanlarda sorunlara yol açabilmektedir (25).

2.1 Tarihçe

DEHB ile ilgili tanımlar ilk olarak 18. yüzyılda yapılmaya başlanmıştır. 18.yy'da, "Kötü Çocuklar" (Bad Children) (33), 19. yy'da ise fevri delilik, yetersiz inhibisyon olarak tanımlanmıştır (34). George Still, ilk DEHB makalesinde, çocuklarda "Defects in Moral Control" adı altında aşırı hareketlilik, öğrenme güçlükleri, dikkat ve davranım sorunlarını içeren problem kümesi tanımlamıştır. DEHB ile ilgili sorunların, çevresel etkenlerden çok genetik etkenlere bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan letarjik ensefalit salgını sonrası, ensefalit geçiren çocuklarda hastalıktan sonra gelişen ve Still'in tanımladığına benzeyen, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişiklikleri Khan ve Cohen (1934) organik olarak tanımlamışlar ve bu durumun beyin sapındaki bir hasar sonucu oluşabileceğini ileri sürmüşlerdir. 1937 yılında Bradley, amfetamin tedavisiyle çocuklarda hiperaktivite belirtilerinin düzeldiğini görüp bu durumu "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak isimlendirmiştir (35).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (1968) sınıflandırmasında "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak isimlendirilmiştir. DSM-III (1980), DEHB'yi 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-IV'te (1994) yapılan son adlandırma "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu"dur. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip ve Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Hiperaktivite ve Dürtüsellik ön planda olduğu tip diye temel alt gruplara ayrılmaktadır. Bunun dışında, her iki gruptan da belirti taşıyanları işaret eden bir üçüncü alt tip olarak "Bileşik tip" bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)

ICD-9 (International Classification of Diseases) sınıflama sisteminde bu bozukluk "Hiperkinetik Sendrom" ismi ile yer alırken, ICD-10'da "Hiperkinetik Bozukluk" olarak yer almıştır. ICD-9 ve ICD-10'da dürtüselliğe temel belirtiler arasında yer verilmemiştir.

Çocukluktaki DEHB çok incelenmiş olmasına karşın erişkin DEHB ilk kez Wood ve arkadaşları 1976'da çocuklardaki DEHB benzeri belirtileri olan bir grup erişkinde psikositumulanların etkisini göstermeleriyle literatürde yer bulmuştur ve ileriye ve geriye dönük çalışmalar DEHB'nin %50-80 oranında ergenlik ve erişkinlikte devam ettiğini göstermiştir (36-38).

Yirmi birinci yüzyılda epidemiyolojik çalışmalar, sebebe yönelik patofizyolojik çalışmalar ve tedaviyle ilgili araştırmalar DEHB konusundaki bilgi birikimini önemli ölçüde arttırmıştır (2).

2.2. Epidemiyoloji

DEHB, çocuklarda en sık tanı konulan davranışsal bozukluktur. Değişik çalışmalarda verilen farklı yaygınlık oranları, çalışmalarda kullanılan ölçütler ve çalışma yöntemi ile yakından ilgilidir. Çocuk yaş grubu örnekleminde %2 (39) ve %11,2 (40), geniş ölçekli alan çalışmalarında ise %6 (41) ve %9 (42) olarak bildirilmiştir. DSM-IV'de yaygınlığın %3-5 arasında öngörüldüğü belirtilirken (43), güncel görüş DEHB'nin Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) okul çağı çocukları arasındaki yaygınlığın %3-7 oranında olduğudur (44). DSM-IV ölçütlerine göre yapılan son yaygınlık çalışmalarında A.B.D.'de 5-19 yaşları arasında, %7,4 (45); Avustralya'da 6-17 yaşları arasında, %7,5 (46); Hollanda'da 6-8 yaşlar arası çocuklarda, %3,8 (47); Brezilya'da 12-14 yaş ergenler arasında %5,8 (48) olarak bulunmuştur. Ayrıca DSM-IV ölçütleri ile DEHB yaygınlığının arttığı gözlenmiş ve bu durumun DSM-III-R'de yer almayan alt tiplerden kaynaklandığı belirtilmiştir (49). Ülkemizde kentsel kesimdeki ilkökul çocuklarında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada DEHB'nin yaygınlık oranı %5 olarak saptanmıştır (50).

Erişkin DEHB yaygınlığı ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Erişkin DEHB yaygınlığını araştıran çalışmalar, çocukluktaki DEHB oranlarının erişkin dönemde devam etme oranları gözetilerek yapıldığı (51) veya küçük örneklem grubu ile

yaygınlık araştırıldığı (52) için sınırlılık içermektedir. ABD’de yapılan bir epidemiyolojik (27) çalışmada yaygınlık oranı %4,4 olarak bulunmuştur. Uluslar arası bir epidemiyolojik çalışmada ülkeler arasında yaygınlık oranları açısından farklılıklar olmakla beraber, erişkin DEHB’nin ortalama yaygınlık oranı %3,4 bulunmuştur (28).

DEHB erkeklerde kızlardan daha fazla görülmektedir ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre erkek kız oranı 2,5–5,6:1 ortalama 3:1 olarak verilmektedir. Erkek kız yaygınlık oranları daha ileri yaş gruplarında düşüş göstermektedir (53).

Brezilya’nın kuzeydoğusunda Fleitlich-Bilyk (54) özel, kırsal ve kentsel okullardan toplanan çocuk gruplarında DEHB’nin yaygınlık oranları arasında anlamlı bir farklılık bulmamıştır.

Ulusal eş tanı çalışmasında erişkin DEHB tanısı erkek olmak, işsiz olmak, daha önce evli olmak ve beyaz olmakla ilişkili bulunmuştur (27).

2.3. Etiyoloji

DEHB, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Bozukluğun oluşmasında organik ve sosyal nedenler üzerinde durulmuştur. Bozukluğun etiyojisi ile ilgili yapılan açıklamalar, beyinde bir hasar olduğu görüşüne dayanıyordu (23).

Etiyolojiyi açıklamaya yönelik çalışmalar genetik, beyin görüntüleme, nörokimyasal değişiklikler ve psikososyal etkenlere odaklanılmıştır. Frajil X sendromu, fetal alkol sendromu, kurşun zehirlenmesi, tiroid hormonuna direnç ve düşük doğum ağırlıklı çocuklar gibi DEHB belirtilerinin görüldüğü klinik durumlar vardır. Yine de bu olgular DEHB tanısı konulan kişilerin çok az bir kısmını oluşturmaktadır (23). En çok kabul edilen görüş, DEHB’nin farklı patolojilerin ortak belirtileri olduğu görüşüdür (8).

DEHB’nin nörokimyası, beyin görüntülemesi, yaygınlığı ve risk etkenleri ile genetiği üzerine yapılan çalışmalar bozukluğun monoamin düzeneklerinde olduğuna işaret etmektedir. Frontostriatal nöron yollarındaki bir sorunu içeren çalışmalar, DEHB’nin ailesel bir bozukluk olduğunu destekler niteliktedir (5, 26).

2.3.1. Genetik Etkenler

Genetik araştırmalar, ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarını içermektedir. Tek yumurta ikizlerinde %80, çift yumurta ikizlerinde %30–40 eşhastalanım oranı bulunmuştur. DEHB olan çocukların anne ve babalarında DEHB olma riskinin 2–8 kat fazla oluğu ileri sürlmüştür (55). Tek yumurta ikizlerinde %80 eşhastalanım oranının olması, %20’lik oranı çevresel etkenlerin belirlediği ve bunun da etiyojide rol oynadığı ifade edilmektedir (55).

DEHB’nin nörobiyolojisinde, nörotransmitterlerin (katekolaminler ve olasılıkla serotonin) metabolizmasında bozukluğa yol açan genler üzerinde durulmakta ve olası tek bir sorumlu gen bulma çalışmaları yoğun biçimde devam etmektedir. DEHB, olasılıkla diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi birden fazla genin katkılarıyla oluşmaktadır. Bunlar arasında androjen reseptör geni, serotonin reseptör (5-HT) geni, tiroid reseptör geni, dopamin reseptör genleri araştırılmıştır (56-66).

2.3.1.1. Serotonin Reseptör (5-HT) Geni:

Biyokimyasal alışmalar sonucunda DEHB’de trombosit 5-HT (serotonin) düzeyi görece düşük bulunmuştur (57). 5-HT metabolitinin (5- Hidroksi indol asetik asit) konsantrasyon düzeyinin azalması ile dürtüsel aktivitede artışın olması arasında ilişki gösterilmiştir (58). Bu bilgiden yola çıkarak serotonin sistemi ile DEHB arasında bir ilişkinin olabileceği düşünüerek 5-HT transporter geni incelenmiştir.

2.3.1.2. Dopamin Reseptör Genleri:

Yapılan bir bağlantı çalışmasında Dopamin D2 Reseptör Geni (DRD2) A1 alelinin DEHB’de önemli olabileceği gösterilmiştir (56).

On birinci kromozom üzerinde yerleşen bu genin yedi tekrar aleli DEHB etiyojisini belirlemeye yönelik çalışmalar için ümit vermektedir. Aşırı hareketlilik ve dopamin D4 reseptör geni (DRD4) arasında bir ilişki olabileceği fare çalışmalarında da gösterilmiştir (64). Farelerde DRD4 bloke edildiğinde dorsal striatumda dopamin sentezinin arttığı bulunmuştur. Bu farelerde, yenilik arama davranışında azalma saptanmıştır. Bu şekilde DRD4 ile insanda yenilik arama davranışı arasındaki ilişki desteklenmiştir. DRD4 yedi tekrar alelinin insanlarda

DEHB'ye yatkınlık oluşturduğunu şu ana kadar elde edilen verilerle söylememiz güçtür.

Beşinci kromozomda yer alan dopamin taşıyıcı (transporter) geninin (DAT-1) 480bp'lık 10 tekrar aleli incelenmektedir. Türkiye ve İngiltere'de DEHB tanısı almış çocukların incelendiği bir çalışmada, İngiliz çocuklarda DAT-1 geninin 480bp aleli ve DEHB arasında ilişki saptanmış ancak bu ilişki Türk çocuklarda bulunmamıştır. DAT-1 geniyle ilgili veriler henüz yetersizdir (66).

2.3.2. Nörofizyoloji

DEHB ve normal kontroller arasında EEG bulguları açısından farklar bulunmuştur. Stres verilerek çekilen EEG incelemesinde prefrontal yavaş dalga aktivitesinde artış ve aşırı beta aktivitesi tespit edilmiştir.

DEHB ile ilgili EEG çalışmalarında bildirilen sonuçların özgül bir EEG bozukluğunu değil; santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeyi gösterebileceği düşünülmektedir (67).

2.3.3. Nörobiyoloji

Dopaminin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin (NA) dikkat, odaklanma ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde önemli rol oynadığı bilinmektedir (68). Psikostimülanların dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik üzerine olan olumlu etkileri DEHB olan çocukların nörokimyasal farklılıklarını araştırmaya yönlendirmiştir. Özellikle DA ve NA üzerinde en çok durulan monoaminlerdir. DEHB'de dopamin eksikliği ortaya atılan hipotezlerden biridir. Mezolimbik ve kortikal dopaminerjik yollardaki aksaklıklar dikkati sürdürme, uyanları yok sayma, güdülenme sorunlarına yol açabilmektedir. Mezokortikal dopamin eksikliği bilgi işleme, bellek işlevlerinde ve dikkatte problemlere yol açabilir. Katekolamin nörotransmisyonunu etkileyen ajanlar DEHB'de etkili görünmektedir. Süreçten sorumlu tek bir nörotransmitter belirlenememiştir (7).

Hayvan modelleri üzerinde yapılan çalışmalarda, dopaminerjik yollar üzerinde DAT-1, SNAP-25 (Synaptosomal-Associated Protein-25) ve DRD4'ün DEHB etiyojisinde dopaminerjik sistem yoluyla etkili olduğu söylenmektedir.

Aşırı hareketlilik ve dürtüsellığı olanlarda, DAT proteinleri artmış miktarda bulunmuştur (69).

DAT proteinin dopamin gerilimini ve dolayısı ile kokain metabolizmasını etkileyen bir presinaptik yapı olarak DEHB ile ilişkisinin olduğu ileri sürülmüştür (70). D2 reseptörlerinin DEHB'de normal olgulardan farklılık gösterdiğini, metilfenidat tedavisi sonrasında D2 reseptörlerinin normal sınırlarda olduğunun gözlemlendiği, bu tanı grubunda daha ayrıntılı PET (Positron Emission Tomography) ve SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) araştırmalarının gerektiği ve hem presinaptik, hem de postsinaptik dopaminerjik görüntüleme ajanlarıyla yeni araştırmaların yapılması gerektiği belirtilmiştir (71).

Nörotransmitterlerin DEHB üzerindeki etkileri monoaminler, idrar, beyin omurilik sıvısı (BOS) ve trombosit metabolitleri araştırılarak saptanmaya çalışılmıştır. Zemetkin ve arkadaşlarının (72) 1986'da yapmış olduğu çalışmada DEHB olan çocukların idrarlarında fenilasetikasit, fenilalanin, tirozin ve feniletilamin düzeylerini incelemiş ve feniletilaminde azalma saptamış ancak diğer metabolitlerde herhangi bir farklılık saptanamamıştır.

Sonuç olarak DA ve NA ile bunların metabolitlerinin DEHB'deki rolü konusundaki bilgiler yeterli değildir. Üzerinde en çok fikir birliği sağlanan monoamin görüşüne göre, DA ve NA metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir. Bu nedenle bozukluktaki nörokimyasal düzensizliğin kesin açıklaması henüz yapılamamaktadır.

2.3.4. Çevresel ve Psikososyal Etkenler

DEHB için yüksek kalıtsallık oranı olmasına rağmen, genin ifadesini çevresel etkenlerin etkileyebileceği de açıktır. Monozigot ikizler arasında bile, DEHB kalıtılabilirliği %100 değildir. Çevresel etken arasında fetüsün anne karnında alkol ve benzodiazepinin etkisinde kalması, annenin sigara içmesi (73–75), hamilelikte stres (76), doğum anındaki travmalar (77), düşük doğum ağırlığı (78, 79) sayılabilmektedir.

Kurşun, alkol, sigara dumanı dâhil zehirlerin DEHB üzerinde etkili olduğuna dair çalışmalar vardır. Çevresel toksinler, vücuttaki yüksek kurşun oranı ile DEHB belirtileri arasında küçük ama istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterilmiştir (80).

DEHB'nin perinatal etkenlerle ilgisinin olabileceği ileri sürülmüştür. Bir metaanalizde (1976–2001), DEHB'li çocukların pre-peri veya postnatal strese, DEHB tanısı olmayan çocuklara göre daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (81). Doğum komplikasyonlarının, çocuklukta aşırı hareketlilik için risk oluşturduğu bildirilmiştir (82); ancak düşük doğum ağırlıklı olanlarda, nörogelişimsel sorunlar kontrol edildikten sonra düşük doğum ağırlığı ile DEHB arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Birçok çevre etkeni DEHB'nin gelişme riskini artırmaktadır, ancak hangi etkenlerin DEHB'yi erişkin döneme taşıdığı bilinmemektedir. Babanın hapse atılması, babanın ruhsal bozukluğu, maddi nedenlerden dolayı meydana gelen stres, evlat edinilme, çocuk istismarı DEHB'yi erişkin döneme taşıyan risk etkenleri arasında düşünülmüştür (83). DEHB etiyojisinde biyolojik etkenlerin temel bir rol oynadığı bilindiğinden, psikososyal etkenlerin, daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı artırıcı rolünden söz edilebilir. Çevresel etkenler bozukluğun kalıcılığını, komorbid bozuklukların gelişimini, hastalık seyrini etkileyebilir (84).

2.4. DEHB Tanısı:

DEHB'nin temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hareketlilik–dürtüsellik olmasıdır. Bozukluğu oluşturan hareketlilik–dürtüsellik ya da dikkatsizlik belirtileri yedi 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. DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri Tablo 2.2'de gösterilmiştir (85).

Tablo 2.2: DSM- IV-TR DEHB tanı ölçütleri (APA, 2000).

<p>A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:</p> <p>(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür:</p> <p>Dikkatsizlik</p> <p>a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.</p> <p>b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkati dağınık.</p> <p>c. Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.</p> <p>d. Çoğu zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).</p> <p>e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede zorluk çeker.</p> <p>f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çaba gerektiren görevlerde kaçınır, bunları sevmez ya a bunlarda yer almada isteksizdir.</p> <p>g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da gereçler).</p> <p>h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.</p> <p>i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.</p> <p>(2) Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:</p> <p>Hiperaktivite</p> <p>a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.</p> <p>b. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.</p> <p>c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).</p> <p>d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.</p> <p>e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.</p> <p>f. Çoğu zaman çok konuşur.</p> <p>Dürtüsellik</p> <p>g. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.</p> <p>h. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.</p> <p>i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyun ya da konuşmalarına burnunu sokar).</p> <p>B. Bozulmaya yol açmış olan bazı Hiperaktif-dürtüsel belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri yedi yaşından önce de vardır.</p> <p>C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır [örneğin; okulda (ya da işte) ve evde].</p> <p>D. Toplumsal, okul ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.</p> <p>E. Bu belirtiler sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, dissosiyatif bozukluk ya da kişilik bozukluğu).</p> <p>Alt tipler ise şöyle tanımlanmaktadır:</p> <p>Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-bileşik tip: Son altı ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.</p> <p>Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu-dikkatsizliğin ön planda olduğu tip: Son altı ay boyunca A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.</p>

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 bozuklukların belirtileriyle de örtüşüyor

olması araştırmacıları farklı tanı modelleri arayışına yöneltmiştir. Bunlardan Brown ve Copeland'ın tanı ölçütleri Tablo 2.3'de verilmiştir.

Tablo 2.3: Brown (86) ve Copeland (87) ölçütlerine göre erişkin DEHB belirtileri.

Brown ölçütlerine göre	Copeland ölçütlerine göre
Aktivasyon ve organizasyonda sorunlar yaşama	Dürtüsellik
Dikkati sürdürmede zorluk	Aktivite düzeyinde problemler
Sürekli enerji ve çaba gereksinimi	Uyumsuzluk
Duygulanım bozucu etkisi ile baş etmede sorunlar yaşama	Beklenen başarıyı gösterememe
Çalışma belleği ve bilgiye erişimde (accession recall) sorunlar yaşama	Organizasyon ve okuma problemleri
	Emosyonel zorluklar
	İnsan ilişkilerinde zayıflık

Wender ve arkadaşlarının geliştirdiği Utah ölçütleri de bunlardan biridir (88). Utah ölçütlerine göre erişkin DEHB tanı için;

- Çocukluk çağında DEHB öyküsünün olması,
- Erişkin dönemde aşağıdakilerden 1 ve 2 numaralı belirtilerin olması ve buna diğer belirtilerden en az ikisinin eşlik etmesi gerekir:
 1. Motor hiperaktivite
 2. Dikkat eksikliği
 3. Dürtüsellik
 4. Dağınıklık, planlama/organizasyon problemleri
 5. Strese tahammülsüzlük, aşırı tepkisellik (emotional over reactivity)
 6. Duygudurumda değişkenlik (afektif labilite)
 7. Çabuk parlamak/kolay öfkelenme (hot temper)
 8. İlişkili özellikler: Evlilik problemleri, zekâsı ve eğitiminden beklenenden daha düşük mesleksel ve akademik başarı.

Utah ölçütleri klinik pratikte çokça kullanılmaktadır. Utah ölçütlerinin pek çok kısıtlılığı vardır. Utah ölçütleri DSM'nin çocukluk çağı DEHB semptomatolojisinden doğmuştur. Hem dikkat eksikliği, hem de hiperaktivite belirtileri birlikte olan hastalara DEHB tanısı konulmasını sağlamaktadır. Böylelikle yalnız dikkat eksikliği belirtisi olan ya da yalnız hiperaktivite belirtileri olan hastalar; DEHB tanısı konan hastalara dâhil edilmemektedir. Başka bir komorbid patolojinin varlığında tanı konmasına olanak vermemektedir. Utah ölçütleri homojen hasta gruplarının tespit edilmesinde son derece faydalıdır. Bu ölçütler fazlasıyla kısıtlayıcıdır ve DEHB tedavisinden fayda görebilecek erişkinleri tanı dışında bırakmaktadır (89).

Erişkin DEHB tanısı, çocukluk döneminde ve erişkin dönemde DSM'nin DEHB ölçütleri karşılanıyorsa konulur. Destekleyici bilgi mümkünse ana-babadan, kardeşlerden, okul raporlarından, iş değerlendirme raporlarından alınabilir. Tıpkı Utah ölçütlerinde olduğu gibi, DSM ölçütlerinin de kısıtlayıcı tarafları vardır. DSM'de belirtilen DEHB ölçütleri yalnız çocuklarda çalışılmıştır ve erişkinlerin gelişimi göz önünde bulundurulduğunda uygun olmayabilir. Altı belirtinin tanı için eşik kabul edilmesini açıklayabilecek bilimsel bir temel yoktur. Benzer şekilde başlangıç yaşı ölçütünün neden böyle seçildiğine dair bilimsel bir temel yoktur. DSM-IV alan çalışmalarında sayılı miktarda DEHB tanısı konulan çocuğun yedi yaşından önce hiçbir bozukluğunun olmadığı belirlenmiştir. Geçmişe ait tanı koymak da çok güçtür. Erişkinlerin işlevselliklerini gösterdikleri alanlardan bahsedilmemiştir.

ICD-10'a göre tanı koymak için dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin ikisinin de olması ve birden fazla durumda (evde, sınıfta, klinikte) görülmesi gereklidir. İlişkili özellikler tanı koymak için yeterli ya da gerekli değildir, fakat tanının konmasına yardımcı olur. Öğrenme bozuklukları ve motor beceriksizlikler de tanının bir parçası değildir. Davranım bozukluğu belirtileri esas tanıda kapsanan veya dışta bırakılan özellikler değildir, fakat bunların bulunması bozukluğun alt başlıkları için temel oluşturur. Tipik olarak davranış sorunlarının erken başlangıçlı (altı yaşından önce) ve uzun süreli olması gereklidir. Okul çağından önce, normal sayılabilecek değişkenlikler nedeniyle hiperaktivitenin fark edilmesi zordur. Okul öncesi çocuklarda sadece aşırı düzeydeki belirtiler tanı koydurucu olmalıdır. Bazı

araştırmacılar DEHB başlangıcının ergenlik dönemine kadar uzayabileceğini bildirmektedir (90).

2.5. DEHB'nin Klinik Özellikleri:

Erişkin dönemi DEHB tanısı hala tartışmalı bir alandır (91). Gelişim ile birlikte bozukluğun ortaya çıkış şekli değişebilmektedir (92), bu nedenle de çocuklar için hazırlanmış ölçütlerin erişkinlerde yetersiz olduğu belirtilmiştir (93). Bu alanda çalışan birçok uzman, erişkin DEHB tanısı koyarken çocukluk çağının DEHB özelliklerine bakılıyor olmasını doğru bulmamaktadır (26, 94, 95, 96, 97). 1996'da Hill ve Schoener, kronolojik yaş ile DEHB belirtileri arasında doğrusal olmayan bir gerileme saptamışlardır. Her beş yılda belirtilerde %50'lik azalma olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buna göre çocuklukta %4 olan yaygınlık, erişkinlik dönemi için 20 yaşında %0,8'e, 40 yaşında %0'a gerilemelidir (98).

DEHB genellikle çocuklukta başlar ve bireylerin %60'ında devam eder (99). Çocukluk çağındaki amaçsız kıpır kıpırlık erişkinlikte amaçlı bir hale dönüşür. Aşırı koşan, tırmanan çocuk erişkinlikte hareketli işlerle ilgilenebilir. DEHB'li erişkin, bozukluğun neden olduğu problemleri kısmen kompanse edebilir.

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

- Çocukluk başlangıcı,
- Belirgin belirtilerin varlığı,
- Bu belirtilerin işlevselliği bozuyor olması (43).

Weiss ve Hechtman çocuklukta erişkinliğe uzanan DEHB ile ilgili açıklamalarında, erişkinlikte bazı belirtilerin sürebileceği ama kişinin yaşam tarzını ve beklentilerini bu duruma göre ayarlayıp, telafi edici stratejiler geliştirip bu hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirgeyebileceğini belirtmişlerdir. Bu da DEHB'nin erişkinlikte fark edilir olmasını azaltabilir (37). DEHB tanısı konan erişkinlerin seçici dikkat, dikkatin sürdürülmesi ve yanıtın baskılanmasını ölçen testlerde normal kontrollere göre düşük performans gösterdikleri saptanmıştır (100).

Erişkin dönemi DEHB ile ilgili bir başka tartışma, bozukluğun erişkin yaşa kadar sürüp sürmediği yönündedir. Her ne kadar yapılan çalışmalar DEHB'nin

erişkin yaşa kadar sürdüğünü göstermiş olsa da çalışmalar arasında bir çelişki vardır. Birçok yazarın gösterdiği gibi, DEHB eşik ölçütlerini karşılayan ve DEHB tanısı alan kişilerin yarısı yaş artışı ile azalmaktadır (93). Barbaresi ve arkadaşlarının (2004) toplum temelli çalışmasında, 19 yaşındaki DEHB yaygınlığını %7,5 olarak bulunmuştur (101).

DEHB'nin erişkinlikteki yaygınlığının araştırıldığı, 966 rastgele seçilmiş erişkinle yapılan bir çalışmada; DSM IV'e göre hem çocukluk döneminde hem de erişkinlikte DEHB ölçütlerini karşılayanları dar DEHB, eşik altı ölçütleri karşılayanları da geniş DEHB olarak tanımlanmıştır. Dar DEHB ile ilgili yaygınlık tahmini %2,9, geniş DEHB ile ilgili yaygınlık 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 fonksiyonelliği düşüren sık bir tanı olduğunu göstermektedir (52).

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 düzeyde yüksek bulunmuştur. DEHB tanılı grupta kendileri tarafından ifade edilen uyumsuzluk, riskli araba kullanma ve sık iş değiştirme saptanmıştır. DEHB tanısı olan grupta çoğul evlilikler de daha siktir (93).

DEHB tanısı için alan çalışmaları daha çok çocuklar ile yapılmıştır ve ölçütlerin geçerlilik ve güvenilirliği genel toplumdaki çocukların davranışları temel alınarak oluşturulmuştur. Çocuklarda, tanı için gerekli olan ortalama minimum belirti sayısı dikkat eksikliği için 5,3, hiperaktivite/impulsivite için 6 olarak belirlenmiştir (102). Fakat erişkinler için bu tip bir tarama bulunmamaktadır.

Bazı çalışmalar DSM-IV'ün DEHB belirtilerinin erişkinlerde sıklığını ve duyarlılığını araştırmışlardır. Murphy ve arkadaşları, bozukluktan etkilenmemiş bireylerin %10'dan fazlasının 18 belirtiden 12'sini "sık" veya "çok sık" olarak doldurduğunu; %10'dan fazlasının DEHB ölçütlerini karşıladığını bulmuşlardır. "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 bulunmuştur (103, 104).

Smith ve Johnson (1998), erişkin DEHB için en duyarlı dört belirtinin; boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma, sabırsızca cevap verme, kuyrukta beklemede zorlanma, diğerlerine müdahale etme olduğunu vurgulamıştır (105). Buna karşılık çocuklarda dikkatini sürdürmede zorlanma, etrafta sürekli gezinme, oturma sırasında zorlanma, otururken rahatsız olma, boş zamanını sakin şekilde geçirmede zorlanma ve gitmeye hazır olma belirtilerinin tanı koymada en fazla etkiye sahip oldukları gösterilmiştir (103).

Bu nedenle, çocukluk çağı DEHB için karakteristik olan belirtiler, erişkin dönemi için aynı duyarlılıkta değildir. Erişkinlikte DEHB'nin ortaya çıkış şeklindeki farklılıklarla ilgili olarak, DEHB nedeniyle tedavi arayan erişkinlerin en önemli belirtilerinin iş yerinde zorluklar ve sık iş değiştirme, organizasyon eksikliği, düşük benlik saygısı, becerilerini göstermede yetersizlik ve bunun yanında daha tipik olan unutkanlık ve odaklanma eksikliği olduğu belirtilmiştir (12). Bu belirtilerin ancak bir kısmı DSM-IV ölçütlerinde bulunmaktadır. Tüm bunları göz önüne aldığımızda erişkin dönemi DEHB için DSM ölçütlerinin yetersiz olduğu söylenebilir (106).

Tahminlere göre, DEHB tanısı konan erişkinlerin 1/3'ü ilerleyen zamanla anlamlı düzelme, 1/3'ü bazı problemlerin sürmesi, 1/3'ü ise ciddi problemlerin sürmesi şeklinde sonuçlanmaktadır (25, 107). Bazı çalışmalar, DEHB öyküsü olan erişkinlerin %10-20'sinin minimal problemleri olduğunu, %60'ında DEHB belirtilerinden sosyal, akademik, duygusal problemlerin en azından hafif ve orta derecede sürdüğünü göstermektedir. %10-30'unda ise DEHB zorluklarının ötesinde antisosyal problemlerinin ve eş tanılarının eklenmesi ile sonuçlanmaktadır (12, 108–112). Kadınların antisosyal problemler açısından erkeklerden daha az riskli oldukları bildirilmiştir (110). Kadınların 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 olacağına belirleyicisi değildir (113). Weiss ve Hechtman (37) yaptıkları çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %11'inin tamamen belirtisiz olduğunu, %79'unun kişisel problemler yaşadığını, %75'inin kişiler arası ilişkilerde problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların %10'u intihar

girişiminde bulunmuş ve %5'i kaza veya intihar nedeniyle ölmüştür. Barkley (51), DEHB tanılı erişkinlerin sıklıkla işten kovulduklarını, iş değiştirdiklerini ve DEHB tanısı olmayanlara göre daha düşük iş performansı ile değerlendirildiklerini belirtmiştir.

Cinsiyet de klinik görünüm üzerinde etkilidir. Çocuklarda genel toplumda erkek/kız oranı 3/1 iken klinik örneklemede bu oran 10/1'e çıkmakta (114, 115), erişkin nüfusta ise 3/2 dir (116). Cinsiyetin DEHB üzerine etkisini araştırmak üzere yapılan bir araştırmada 6–17 yaşları arasındaki erkek ve kızlar ile çalışılmış ve cinsiyet ile eş tanı durumu arasında bir farklılık gözlenmemiş, fakat erkeklerde davranış bozuklukları açısından iki kat daha fazla sıklık görülmüştür (117). Yıkıcı davranış bozuklukları çocukların tedavi amaçlı kliniklere başvurularının en önemli nedenidir, bu nedenle de erkek/kız oranının daha yüksek olarak ortaya çıkmasındaki esas neden bu olabilir (118).

Yaygın kullanılan bazı erişkin DEHB değerlendirme/derecelendirme ölçekleri:

- Copeland Symptom Checklist (119)
- Turgay'ın DSM IV'e Göre Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (120)
- Wender Utah Rating Scale (WURS) (121)
- Adult Report Scale (ARS) (122)
- Brown ADD Scale (86)
- Attention Deficit Scale for Adults (ADSA) (123)
- Symptom Inventory for ADHD (94)
- Conner's Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (124)
- Young ADHD Questionnaire-Self Report and Informant Report (YAO-S ve YAO-I) (125)
- Adult ADHD Rating Scale (126)
- Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) (127)

2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Erişkin DEHB olan hastalarla yapılan çalışmalarda, ek tanı oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (128–130). Erişkin DEHB olanlarda en sık görülen ek tanımlar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. DEHB’de ek tanı oranlarının yüksek olması, DEHB tanı ölçütleri ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasında tanı örtüşmesi olup olmadığı olduğu sorusunu akla getirmektedir. Erişkin DEHB ile sık görülen psikiyatrik bozukluklar bu bölümde ayrıntılı incelenecektir.

2.6.1. Duygudurum Bozuklukları

2.6.1.1. Majör Depresif Bozukluk

Erişkin DEHB’de majör depresyon oranları %18–38 oranında görülmektedir. Biederman çalışmalarında %31 (1993) ve %36 (1994) oranında majör depresyon ek tanısı bulmuş, kontrol grubunda ise sırasıyla %17 ve %6 bulmuştur (131, 116). Kesler ve arkadaşlarının 2006 yılında ABD’de yaptığı ulusal ek tanı çalışmasında, majör depresyon ek tanısı %18 oranında bulunmuştur (27). Kliniğe başvuran DEHB tanılı erişkinlerle, kliniğe başvuran DEHB tanısı olmayan erişkinleri karşılaştıran çalışmalarda, depresyon oranları açısından fark bulunmamıştır (93). DEHB’de saptanan yüksek depresyon oranlarının yıllardır süregiden başarısızlık ve ilişki sorunlarına ikincil mi yoksa ortak bir biyolojik yatkınlık sonucu mu geliştiiğii halen tartışılmaktadır (132).

2.6.1.2. Bipolar Bozukluk

Erişkin DEHB olanlarda, bipolar affektif bozukluk (BAB) tanısı %10–30 oranında görülmektedir. Nierenberg ve arkadaşlarının 2005’de yaptıkları, STEP-BD çalışmasında erişkin DEHB olanlarda BAB ek tanısı %9,5 oranında bulunmuştur (129). Doyle’nin 2006 yılındaki çalışmasında DEHB olan yetişkinlerin %5-10’unda bipolar bozukluk olduğu tahmin edilmektedir (133). DEHB ek tanısı olan bipolar hastaların DEHB ek tanısı olmayan bipolar hastalara göre daha fazla psikiyatrik ek tanı konulduğu, bipolar başlangıç yaşının beş yaş daha erken başladığı, DEHB’nin bipolar bozukluğun kötüye gidişine neden olduğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların oluşmasında risk etkeni olduğu gösterilmiştir (129).

Ayırıcı tanıda belirtilerin sürekli olup olmadığı önemlidir. Manik hastanın öyküsünde ötimik ya da depresif dönemler bulunurken, DEHB olan kişiler hızlı konuşup konudan konuya atlarlar, fakat söz ettikleri konular genellikle bağlantılıdır ve durumlarının da farkındadırlar, manik hastalarda bu farkındalık çoğu zaman yoktur. DEHB olan kişilere psikostimülan ilaçlar verildiğinde belirtiler azalırken, manik hastalarda belirtilerin artmasına neden olurlar (132).

2.6.1.3. Distimik Bozukluk

Eş tanı çalışmalarının çoğu erişkin DEHB ve depresyona odaklanmıştır ancak distimik bozukluk da erişkin DEHB ile birlikte sık görülmektedir. Erken çalışmalar erişkin DEHB’de distimi yaygınlığını %67–81 olarak vermiştir (134). Erişkin DEHB’de eş tanının bu kadar sık olması farklı alt grupların olabileceğini akla getirmektedir (133).

2.6.1.4. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları da duygudurum bozuklukları gibi hem DEHB ile ortak belirtileri paylaşır, hem de DEHB ile birlikte sık görülür. DEHB olan erişkinlerde, anksiyete bozukluğu görülme oranı çalışmalarda farklılık göstermektedir.

Bazı çalışmalarda kontrol grubu ile DEHB grubu arasında anksiyete bozukluğu açısından fark bulunmamış (135), bazı çalışmalarda ise yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu yaygınlığı daha fazla bulunmuştur (136–138). Anksiyete bozukluğu görülme oranı %27,2 bulunurken (138), panik bozukluğu %11, yaygın anksiyete bozukluğu %12, obsesif kompulsif bozukluk (okb) %7 sıklıkta bulunmuştur (137).

Yaygın anksiyete bozukluğunda (YAB) görülen huzursuzluk, dikkat ve odaklanma güçlüğü DEHB belirtileriyle karışabilir. YAB olan kişiler rahatladıklarında dikkat edebilirken, anksiyete düzeyleri yükseldiğinde odaklanmaları bozulur. DEHB’de ise dikkat sorunları anksiyete düzeyleri düşükken bile sürer.

2.6.1.5. Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı / Bağımlılığı

DEHB değerlendirmesi için gelen yetişkin bir hastada halen madde kötüye kullanımının olma olasılığı %10, yaşam boyu madde kullanma olasılığı ise %50'dir. DEHB'de yaşam boyu madde kullanma oranları DEHB olmayanların iki katıdır (133). Daha önce belirtilen eş tanılarda olduğu gibi alkol ve madde bağımlılığı olan kişilerde de DEHB oranları yüksektir (139).

Shekim (1990) DEHB tanısı olan 56 erişkinde yaptığı çalışmada %34 oranında alkol bağımlılığı, %30 oranında madde kötüye kullanımı belirlemiştir (140). Schubiner (2000) 114 DEHB tanılı erişkinde yaptığı çalışmada, %36 oranında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, %21 oranında kannabis kullanımı, %11 oranında kokain ve diğer psikostimülanlar ve %5 oranında da çoklu ilaç bağımlılığı tespit etmiştir (141). DEHB olan yetişkinlerde madde kullanımı diğer kullanıcılara göre daha küçük yaşta başlamaktadır (133). DEHB olan yetişkinlerin sigara içme oranları akranlarına göre üç kat fazladır; daha uzun süredir sigara içmektedirler ve sigarayı bırakmaları da daha zor olur (142).

2.6.1.6. Kişilik Bozuklukları

Barkley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DEHB olanlarda antisosyal kişilik bozukluğu (%12–27) başta olmak üzere, pasif agresif kişilik bozukluğu (%18), sınır kişilik bozukluğu (%14), histriyonik kişilik bozukluğu (%11) ve çekingen kişilik bozukluğu (%11) eş tanısı bildirilmiştir (143).

DEHB olan kişilerde sosyal normlara uyum sorunu görülse de, antisosyal kişilik bozukluğunda olduğu gibi normlara karşı gelmek istemezler. DEHB'de aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri antisosyal davranışların öncesinde görülmekte, buna karşılık dikkatsizlik belirtileriyle bu davranışlar arasında bir ilişki bulunmamaktadır (132).

DEHB ve sınır kişilik bozukluğu (SKB) tanı ölçütleri üst üste binmektedir. İki durumda da okul, iş ve ilişkilerde uzun süreli sorunlar vardır. İkisinde de hastalar dürtüseldir, duygudurumda oynamalar olur ve madde kullanımı sık görülür. DEHB belirtileri çocuklukta başlar ve öfke nöbetleri SKB hastalarındaki kadar şiddetli değildir. SKB hastalarının aksine, DEHB olan yetişkinler kendi yaşamlarında

değişiklik yapmak konusunda isteklidirler ve ağır kimlik sorunları gözlenmesi beklenen bir durum değildir (132).

2.7. Ayırıcı Tanı

DEHB birçok belirti grubunu içerdiği ve bazı psikiyatrik bozukluklarla sık olarak birlikte görüldüğü için bazı psikiyatrik bozukluklarla karışabilmektedir. Bunlar arasında zekâ geriliği, 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. Hiper/hipotiroidizm ve diyabet de dışlanmalıdır (5, 26, 67, 144).

2.8. Erişkinlerde DEHB Tedavisi

DEHB olan erişkinlerin tedavisi yeni bir araştırma alanıdır ve bu konuda yapılan az sayıda araştırma vardır. Bu konudaki yayınlar daha çok metilfenidat, dekstroamfetamin, amfetamin tuz karışımı, pemolin, desipramin, nikotin, nikotin agonistleri, monoamin oksidaz inhibitörleri ve atomoksetin ile ilgilidir. Kontrollü çalışmaların sonuçları karşılaştırıldığında, erişkinlerle elde edilen sonuçlar çocuk ve gençlerinkine benzerdir (83). Tedavinin temeli ilaç tedavisidir. İlacın yanı sıra çeşitli psikososyal müdahale yöntemleri de yararlı olmaktadır (132).

2.8.1. İlaç Tedavisi

Çocuklarda DEHB'nin tedavisinde kullanılan metilfenidat ve dekstroamfetamin gibi Merkezi Sinir Sistemi (MSS) psikostimülanları yetişkinlerdeki DEHB belirtilerini de düzeltmektedir. Bunun yanı sıra trisiklik antidepresanlardan imipiramin, noradrenalin geri alım inhibitörleri olan atomoksetin ve reboksetin, noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörü bupropion da kullanılmaktadır.

2.8.1.1. Merkezi Sinir Sistemi Psikostimülanları

MSS psikostimülanları yetişkinlerde DEHB tedavisinde yaklaşık 30 yıldır kullanılmaktadır. Bu konuda yapılan ilk çalışmalar yetişkinlerde psikostimülanların çocuklardaki kadar etkili olmadığını düşündürmüş, ancak tedavide kullanılan dozlar

artırıldığında (metilfenidat için en fazla 2 mg/kg/gün, amfetaminler için 1,5 mg/kg/gün) psikostimülanlar yetişkinlerde de etkili olmuştur (145). Randomize kontrollü çalışmalarla da amfetamin tuzları, metilfenidat (Ritalin) ve osmotik salınlı oral sistem metilfenidatın (Concerta) yetişkinlerde de etkili olduğu gösterilmiştir. Yetişkinlerde yüksek doz kullanılması gerekmeyle birlikte, artan doz nedeniyle yan etkilerde de artış olduğu bildirilmiştir. Günümüzde MSS psikostimülanları DEHB olan yetişkinlerde ilk seçenek olarak tercih edilmektedir (132).

MSS psikostimülanları daha önce uygulanan psikostimülan tedaviden yanıt alınmadıysa kişide alkol ya da madde kullanımı /bağımlılığı öyküsü varsa ve aktif olarak kullanıyorsa, aktif psikotik bozukluk söz konusuysa, halen monoamin oksidaz (MAO) inhibitörü kullanıyorsa, epileptik bir kişide nöbetler kontrol altına alınmadıysa kullanılmamalıdır. Bu psikostimülanlar glokom, kalp damar hastalıkları, hipertroidi ve hipertansiyonu olanlarda da dikkatli kullanılmalıdır (132).

Verilen psikostimülan tedavinin sınav önceleri gibi kötüye kullanımında hastalar uyarılmalıdır. DEHB olan ergen ve yetişkinlerde madde kötüye-kullanımı riskinin değerlendirildiği bir meta analiz, psikostimülan tedavisinin ileride madde kötüye kullanımının gelişmesini neredeyse iki kat azalttığını göstermiştir (146).

2.8.1.2. Psikostimülan Olmayan Tedaviler

Yetişkin DEHB’de psikostimülan tedaviler ilk tercih olmakla birlikte çeşitli nedenlerle psikostimülan olmayan tedavi seçenekleri de kullanılmaktadır. Bazı kişiler psikostimülan kullanmak istemeyebilirler, kimileri de yan etkilerinden dolayı kullanamazlar. Kişi ya da çevresinin psikostimülanları kötüye-kullanma olasılığı yüksek olduğunda ve psikostimülanlara yanıt alınmadığında da bu tedaviler kullanılmaktadır. Psikostimülan olmayan tedaviler arasında atomoksetin, bupropion, trisiklik antidepresanlar, MAO inhibitörleri, serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri, modafinil ve klonidin sayılabilir.

SSRI grubu ilaçların DEHB belirtilerini düzeltmede yeterli olmadığı, ancak ek tanı olarak başka psikiyatrik bozukluğu bulunanlarda yararlı olabilecekleri bildirilmiştir (147). Barrickman ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada fluoksetinin

DEHB’de bazı duygudurum ve davranışsal problemleri düzeltmede faydalı olabileceğini bildirmişlerdir (148).

On üç hasta ile yapılan altı haftalık bir açık çalışmada venlafaksin çocuk ve ergenlerde etkili bulunmuştur (149). Olvera ve arkadaşları 16 hasta ile yaptıkları bir çalışmada DEHB belirtilerinde venlafaksin ile %50 oranında azalma saptamışlardır, hastaların %25’inde yan etkiler sebebi ile çalışmayı terk ettiğini belirtmişlerdir (150). Venlafaksin ayrıca erişkin DEHB tedavisinde de kullanılmış ve etkili olduğu gösterilmiştir (151,152). Erişkin DEHB’de kullanımı Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan tek psikostimülan olmayan ilaç atomoksetindir (132).

Literatürde DEHB’nin ilaç tedavisinde birinci seçenek olarak psikostimülanlar önerilmekte (10, 153), tedaviye yanıt alınamayan olgularda nonstimülan ilaçlar ve trisiklik antidepresanlar ikinci seçenek olarak sunulmakta, ayrıca stimülan ilaçlardan yarar görmeyen, zihinsel/gelişimsel geriliği olan olgularda antipsikotik ilaçların tek başına veya tedaviye ek olarak kullanılmasının yararlı olacağı belirtilmektedir (10, 154).

2.8.1.3. Psikososyal Tedaviler

Erişkin DEHB olgularıyla çalışan klinisyenler hastaların tedavisine yardımcı olmak amacıyla pek çok psikososyal tedavi yöntemini uygulamaktadırlar. Bunlar arasında ruhsal eğitim, destek grupları, beceri eğitimleri (zaman yönetimi, organizasyon becerileri vb.) ve koçluk (coaching) sayılabilir. Psikososyal tedavilerin erişkin DEHB tedavisindeki etkinliğiyle ilgili çalışmalar yetersizdir (132).

Hastalara DEHB’nin nörobiyolojik temelleri olan gelişimsel bir bozukluk olduğu anlatılmalı, DEHB belirtileri ve belirtilerle uyumlarını bozan davranışları arasındaki ilişki hakkında bilgi verilmelidir. Baş etme ve beceri eğitimi hastaların günlük yaşamlarında işlevselliklerini artırabilmektedir (ajanda kullanımı; anahtar, cüzdan vb. eşyaları hep aynı yere koyma; çalışırken etraftaki uyaranları azaltma; renkli kalemler kullanarak okuma vb.). Bilişsel davranışçı tedaviler, iş danışmanlığı ve DEHB olan ana babalar için düzenlenecek eğitimler de yararlı olabilir (132).

Nörolojik hastalıklar için geliştirilen bilişsel rehabilitasyon modeli erişkin DEHB olgularında da uygulanabilir. Bu yaklaşımın üç bileşeni vardır: 1- Bilişsel işlevleri artırmak, 2- Telafi edici mekanizmalar geliştirmek, 3- Hastanın çevresini yeniden yapılandırmak (132).

DEHB'ye saldırgan davranışların eşlik etmesi durumunda, stimulan tedavi ile antisosyal davranışlarda düzelmeyen değerlendirilmesi sonrasında, tedavi ihtiyacı varsa davranışçı yaklaşımlar uygulanmalı, başarılı olunamaması durumunda atipik antipsikotikler, lityum, valproik asit kullanılabileceği önerilmiştir (155).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Alanın Tanıtılması

Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu adrese dayalı nüfus kayıt sistemi veri tabanından edinilen bilgilere göre Sivas il merkezinin 2007 yılı nüfusu 335.002'dir. Bu nüfusun 168.957'sini erkekler (%50,13), 166.045'ini (%49,57) kadınlar oluşturmaktadır. Sivas ilinin yüzölçümü 28.488 km² olup nüfus yoğunluğu 11,76 kişi/km²'dir. Sivas sosyoekonomik gelişme bakımından Türkiye ortalamasının altında bulunmakta, yüksek işsizlik oranı nedeniyle her yıl önemli ölçüde göç vermektedir. Geleneksel tutum ve anlayışlar günümüzde de sürmektedir. Sivas ilinin sosyodemografik ve kültürel özellikleri ülke genelini temsil etmemektedir (156).

Bu çalışmanın örneklemini yalnız Sivas il merkezinde yaşayan kişilerden oluşturulmuştur. Türkiye'de bugüne kadar erişkin DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili yapılan alan taraması şeklinde bir çalışma bulunmamaktadır.

3.2. Evrenin Saptanması ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Sivas il merkezinde yaşayan 18–44 yaş aralığındaki kişilerden oluşmuştur. Bu çalışmada 18 yaş ve üzerindeki bireyler erişkin kabul edildi. Yaşla birlikte artabilecek tıbbi durumların araştırmayı önemli ölçüde etkilememesi için üst yaş sınırı olarak 44 yaş seçildi. Sivas il merkezinde yapılacak araştırmalarda kullanılmak üzere Selvi tarafından geliştirilen örneklem planındaki listeye göre saptanan sokaklardan sistematik örnekleme yöntemiyle gidilecek cadde ve sokaklar belirlendi (156). Çalışmaya alınan bireyler belirlenirken mahalleler kullanıldı. Sosyoekonomik-kültürel düzeyin erişkin DEHB yaygınlığı üzerindeki etkilerini ve erişkin DEHB olanların sosyodemografik verilerindeki farklılığını incelemek amacıyla mahalleler sosyoekonomik-kültürel düzeye göre ayrıldı (yüksek-orta-düşük). Daha sonra sistematik örneklem yöntemi ile seçilen mahallelerden sosyoekonomik düzeyi iyi olanlardan 165, orta olanlardan 505 ve düşük olanlardan 200 olmak üzere en az 870 bireyin örnekleme alınmasına karar verildi. Seçilen örneklem yaş, cinsiyet, eğitim ve ekonomik düzey yönünden evreni temsil etmektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Olguların sosyodemografik verilerini belirlemek amacıyla bu çalışma için geliştirilmiş soru formudur (Ek 1). Çalışmaya katılan 901 kişiye uygulanmıştır.

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi

Bildirim Ölçeği (ASRS)

DSÖ tarafından ruhsal hastalıkların taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir (157). DSM-IV’de DEHB tanısı için önerilen A grubu belirtiyi içeren 18 sorudan oluşur. Ölçeğin “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite/dürtüsellik” olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 0–4 arasında puanlanmaktadır. Basamaklı lojistik regresyon analizi 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir (127). Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17–23 puan alanların “olasılıkla DEHB” olduğu, 0–16 puan alanların DEHB olmadıklarını bildirilmiştir. ASRS Türkçe formunun geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan etken analiziyle varyansın %41,6’nı açıklayan iki etken (“hiperaktivite/dürtüsellik” ve “dikkat eksikliği”) elde edilmiştir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa= 0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de “dikkat eksikliği” için 0.82 ve “hiperaktivite/dürtüsellik” için 0.78 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (158) (Ek 2).

3.3.3. MINI Plus 5.0.0 (Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme)

Türkçe Uyarlama:

Sheehan ve Lecrubier (1998) tarafından geliştirilen MINI DSM-IV ve ICD-10’daki ana Eksen-I psikiyatrik rahatsızlıkları için düzenlenmiş kısa yapılandırılmış

bir görüşmedir (159). MINI'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, DSM-III-R için hazırlanmış SCID-P ve CIDI (DSÖ tarafından ICD-10'u kullanan uzman olmayan görüşmeciler için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir görüşme) ile karşılaştırılmasıyla yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları MINI'nin kabul edilebilir düzeyde yüksek güvenilirlik ve geçerlilik skorları olduğunu, ancak yukarıda atıfta bulunulan araçlardan çok daha kısa bir sürede (ortalama 18,7±11,6 dakika, medyan 15 dakika) uygulanabileceğini göstermektedir. Klinisyenler tarafından kısa bir eğitim oturumundan sonra kullanılabilir. MINI Plus, MINI'nin daha ayrıntılı bir baskısıdır. Klinisyen tarafından uygulanmaktadır. Hastalarda MINI Plus'ın Dikkat Yetersizliği, Aşırı Hareketlilik (Hiperaktivite) Bozukluğu (Yetişkinler) Modülünde Çocukken bölümündeki sorulara yeterli sayıda evet yanıtı verenler ayrıntılı değerlendirmeye alınarak bu kişilere yetişkin bölümündeki sorular sorularak bu bölümde de yeterli sayıda evet yanıtı verenlere erişkin DEHB tanısı konulmuştur. MINI'nin Türkçeye çevirisi Engeler (2004) tarafından yapılmıştır (160) (Ek 3).

3.3.4. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I/CV)

DSM-IV'e göre eksen-I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV eksen-I'de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 'unu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmakta ve uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve dünyada yaygın kullanım alanı bulan bu görüşme aracının Türkçeye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (161, 162).

3.3.5. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders) (SCID-II)

DSM-III-R sınıflandırmasına göre II. ekseninde kişilik bozukluğu tanılarını koymak amacıyla Spitzer ve ark. (1990) tarafından geliştirilen, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir. Bireyleri 12 kişilik bozukluğu açısından değerlendirir. Bunlar çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu, kendini zarara uğratan

(self defeating) kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğudur. Türkiye için uyarılma ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (163).

3.4. Uygulama

Örnekleme

- Çalışmaya alınma ölçütleri
 - Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar
 - ASRS'den 44 ve üzerinde puan alanlar
 - 18–44 yaş aralığında olanlar
 - Zekâ geriliği olmayanlar
- Çalışmadan dışlama ölçütleri
 - Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar
 - Tanı ölçütlerini karşılamayanlar
 - 18–44 yaş aralığında olmayanlar
 - Zekâ geriliği olanlar
 - Açık psikoz, organik mental bozukluğu olanlar

Sistematik örnekleme yöntemi uygulanarak Sivas il merkezini temsil eden Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu adrese dayalı nüfus kayıt sistemi veri tabanından edinilen bilgiler doğrultusunda en az 870 kişilik örnekleme büyüklüğü seçilerek, her mahallede hangi sokakların ve her sokakta kaç kişinin ziyaret edileceği önceden saptandı. Bu şekilde toplamda 901 kişi ziyaret edilerek hedeflenen birey sayısına ulaşıldı.

Bütün mahalleler dokuz seviyeli sistem içinde sosyoekonomik düzeye göre önceden sınıflandırılmıştı. Bu dokuz seviye sırayla düşük, orta, yüksek olarak gruplandırıldı ve her gruptan kaç kişinin ziyaret edileceği önceden belirlendi.

Sosyoekonomik düzeyi belirlemede ana ölçütler: İl merkezine uzaklık, oturdukları binanın özelliği ve ailelerinin gelir durumuydu.

Çalışmaya 18–44 yaş aralığında olan, zekâ geriliği, açık psikoza ve organik mental bozukluğu olmayan kişiler alınmıştır.

Çalışma öncesinde Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Başkanlığı'ndan (Karar No: 2009–04/10) ve Sivas İl Emniyet Müdürlüğü'nden gereken yasal izinler alındı. Kişi ziyaretleri önceden haber verilmeden gündüz evde olan bireylerle yapıldı. Ziyarete izin belgesi ve kurum kimlikleri gösterilerek kişilerin izni alındı. Her hanede 18–44 yaş aralığındaki (18 ve 44 yaş dahil) kişilerden gönüllü olan ve evde olanlarla görüşüldü. Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı onay alındı.

Görüşmeler

Çalışma 2009 yılı Mayıs ve Haziran ayları arasında bir psikiyatri asistanı ve iki intern doktor tarafından yapıldı. Çalışma öncesinde intern doktorlar kullanılan tanı araçları hakkında bilgilendirildi ve çalışmaya başlamadan bir hafta önce uygulamalı eğitim verildi. Ziyaretler şehrin sosyokültürel yapısı göz önüne alınarak en az bir bayan intern doktorun varlığında gerçekleştirildi. Ziyaretler gündüz saatlerinde evlere gidilerek yüz yüze yapıldı. Görüşülen kişiyle olanaklı olduğu ölçüde yalnız görüşüldü. Genç bayanlarla yapılan görüşmeler tercih etmeleri durumunda bayan intern doktor tarafından yapıldı. İtern doktor görüşmeleri psikiyatri asistanı tarafından denetlendi ve süpervizyon verildi. İlk aşamada örneklem için seçilen 18–44 yaş aralığındaki 901 kişiye sosyodemografik bilgi formu ve erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) verildi. Alan taraması tamamlandıktan sonraki 15 gün içinde ASRS kesme puanı kendi örneklemimiz üzerinde eşik değerin iki standart sapma üzerinden tekrar hesaplandı, 44 ve üzerinde puan alanlara DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme ile MINI Plus 5.0.0'in erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite modulünden de yararlanılarak erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konuldu. Tanı konulan bireylere eşlik eden eksen-I ve eksen-II tanılarını saptamak için SCID-I ve SCID-II uygulandı.

4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 14,0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde 2x2 düzenlerde ki-kare testi, Fisher exact testi ve çok gözlü düzenlerde ki-kare testi uygulanmıştır. Ayrıca uygun veriler için risk analizi yapılarak odds oranları bulunmuştur. Verilerimiz tablolarda birey sayısı ve yüzde şeklinde belirtilip anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

5. BULGULAR

5.1. Örneklemin Tanıtılması

Çalışmaya alınan 901 bireyin yaş ortalaması $29,79 \pm 7,79$ (en küçük 18, en büyük 44 yaş) olarak bulunmuştur. Bu bireylerin 555'i (%61,6) kadın, 346'sı (%38,4) erkektir. Deneklerden 568'i (%63,0) evliydi, 287'si (%31,9) lise mezunuydu. Mesleğe göre dağılımda 350 kişi (%40,1) ev kadınıydı. 309 kişinin (%35,4) 551–1500 TL arasında geliri vardı. Örneklemin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyleri gibi sosyodemografik özellikleri Tablo 5.1'de gösterilmiştir. Deneklerin 542'si (%60,5) sigara içmediğini bildirmişti. Hiç alkol içmeyen 799 kişi (% 89,1) vardı, 892 kişi (%99,4) uyuşturucu madde kullanmadığını belirtmişti. Örneklemin alışkanlık durumu Tablo 5.2'de verilmiştir.

Deneklerin 495'i (%82,9) hiç iş değiştirmedeğini, 709 kişi (%83,4) sınıf tekrarı yapmadığını, sekiz yüz kırk üç kişi (%94,7) disiplin cezası almadığını belirtmişti.

Deneklerden 837 kişi (%93,1) polisle başının derde girmedeğini, 772 kişi (%86,5) hiç trafik cezası almadığını, 784 kişi (%88,2) de önemli iş ya da ev kazası geçirmedeğini belirtmişti. Örneklemin sınıf tekrarı, iş değiştirmesi, okulda disiplin cezası alması, polisle başının derde girmesi, trafik cezası alması, önemli iş ya da ev kazası geçirmesi gibi olumsuz yaşam olayları Tablo 5.3'de verilmiştir.

Deneklerden 863 kişi (%95,6) intihar girişiminde bulunmadığını belirtmişti, 863 kişinin (%96,4) ailesinde intihar girişimi yoktu. Sekiz yüz bir kişi (%89,4) bedensel hastalığının olmadığını belirtmişti. En sık dâhili hastalık (%31,5) belirtilmiş olmakla beraber 12 kişi (%13,5) birden fazla hastalığı olduğunu bildirmişti. Deneklerden 786 kişinin (%87,8) ailesinde bedensel hastalık yoktu, 787 kişinin de (%88,4) ailesinde psikiyatrik hastalık yoktu. Yirmi bir kişinin (%32,8) ailesinde depresyon tanısı vardı. Deneklerden 802 kişi (%89,5) bedensel hastalığı olmadığını bildirmişti. Örneklemin intihar girişimi, ailesinde intihar girişimi, bedensel hastalık, ailesinde bedensel hastalık, ailesinde psikiyatrik hastalık ve tanısı gibi tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş ile ilgili bilgiler Tablo 5.4'de verilmiştir.

Deneklerden 879'u (%98,8) doğum travması bildirmedi. Deneklerden psikiyatrik yardım aramayan 702 kişi (%78,1), psikiyatrik tanı konulmayan 780 kişi (%86,9), psikiyatrik yardım almayan 852 kişi (%94,6) vardı. Örneklemin psikiyatrik yardım arama, psikiyatrik tanı ve yardım alma ile ilgili bilgileri Tablo 5.5'de verilmiştir.

Tablo 5.1: Örneklemin sosyodemografik özellikleri.

	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	346	38,4
	Kadın	555	61,6
Medeni Durum	Bekâr	317	35,2
	Evli	568	63,0
	Boşanmış	11	1,2
	Dul	5	0,6
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	14	1,6
	Okuryazar	7	0,8
	İlkokul	217	24,1
	Ortaokul	121	13,4
	Lise	287	31,9
	Üniversite/Y.O.	254	28,2
Meslek	Ev kadını	356	40,1
	Memur	88	9,9
	İşçi	114	12,8
	Serbest, Çiftçi	99	11,1
	Öğrenci	178	20,0
	Emekli	5	0,6
	İşsiz	48	5,4
Gelir Durumu	Gelir yok	262	30,0
	0–550 TL arası	188	21,5
	551–1500 TL arası	309	35,4
	1501 TL ve üzeri	114	13,1

Tablo 5.2: Örneklemin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı.

		Sayı	%
Sigara	Hayır	542	60,5
	Ara sıra	96	10,7
	Günde 1–10	106	11,8
	Günde 11–20	124	13,8
	Günde 21≥	28	3,1
Alkol	Hiç	799	89,1
	Ayda 1–2 kez	65	7,2
	Haftada 1–2 kez	27	3,0
	Her gün	6	0,7
Uyuşturucu Madde Kullanımı	Var	5	0,6
	Yok	892	99,4

Tablo 5.3: Örneklemin olumsuz yaşam olayları.

		Sayı	%
Sınıf Tekrarı	Var	141	16,6
	Yok	709	83,4
İş Değiştirme	Hiç	495	82,9
	Nadiren	87	14,6
	Sık	15	2,5
Okulda disiplin cezası alma	Var	47	5,3
	Yok	843	94,7
Polisle başının derde girmesi	Var	62	6,9
	Yok	837	93,1
Trafik cezası	Var	120	13,5
	Yok	772	86,5
İş veya ev kazası	Var	105	11,8
	Yok	784	88,2

Tablo 5.4: Örneklemin tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş.

		Sayı	%
İntihar Girişimi	Var	39	4,4
	Yok	855	95,6
Ailede İntihar Girişimi	Var	32	3,6
	Yok	863	96,4
Bedensel Hastalık	Var	95	10,6
	Yok	801	89,4
Ailede Bedensel Hastalık	Var	109	12,2
	Yok	786	87,8
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	103	11,6
	Yok	787	88,4
Ailede Psikiyatrik Tanı	Bipolar Bozukluk	7	10,9
	Psikotik Bozukluk	9	14,1
	Depresyon	21	32,8
	Anksiyete Bozukluğu	11	17,2
	Zekâ geriliği	12	18,8
	Birden fazla tanı	3	4,7
	DEHB	1	1,6

Tablo 5.5: Örneklemin psikiyatrik tanı ve tedavi süreci.

		Sayı	%
Psikiyatrik Yardım Arama	Hayır	702	78,1
	Evet	197	21,9
Psikiyatrik Tanı Alma	Hayır	780	86,9
	Evet	118	13,1
Psikiyatrik Tanı Adı	Majör Depresyon	41	57,7
	Anksiyete Bozukluğu	9	12,7
	Panik Bozukluğu	12	16,9
	OKB	3	4,2
	Postpartum Depresyon	1	1,4
	Bilmiyor	4	5,6
Psikiyatrik Yardım Alma	Hayır	852	94,6
	Evet	49	5,4

5.2. Epidemiyolojik Bulgular

5.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılanların ASRS toplam puan ortalaması $23,85 \pm 10,30$, ortalamanın iki standart sapma üzeri puanı $44,45$ 'dir ve bu değer kesim noktası/eşik değer olarak alınmıştır. Bu değer üzeri yüksek olasılıkla DEHB olarak değerlendirildiğinde; örneklem grubunda DEHB yaygınlığı %3,8 (34/901) oranında bulunmuştur. Örneklemdaki 555 kadının 28'inde (%5,0), 346 erkeğin altısında (%1,7) erişkin DEHB saptanmıştır. Otuz dört kişiden altısı ikinci kez görüşmek istemediğinden ASRS ölçeğinden 44 ve üzerinde puan alan 28 kişi ile ikinci kez klinik görüşme yapılmıştır. DSM-IV ve ICD-10 tanı ölçütlerine göre hastaların değerlendirildiği bir yapılandırılmış görüşme aracı olan MINI Plus 5.0.0'in Çocukluk ve Yetişkinlikte Dikkat Yetersizliği ve Aşırı Hareketlilik (Hiperaktivite) modülü uygulandığında, erişkin DEHB oranı %2,7 (24/901) olarak bulundu. Bunların 20'si (%83,3) kadın, dördü (%16,7) erkekti. Erişkin DEHB sıklığı açısından cinsiyetler arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur (Fisher's $p < 0,05$). Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayan bireyler cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda erişkin DEHB tanısı erkeklere göre daha fazla görülmektedir [OR: 3,19 (1,08–9,43)]. Erişkin DEHB tanısı konulanların cinsiyete göre dağılımları Tablo 5.6'da gösterilmiştir.

Tablo 5.6: Erişkin DEHB tanısı konulanların cinsiyete göre dağılımları.

		CİNSİYET			
		Kadın	Erkek	Toplam	
Erişkin DEHB	Var	Sayı	20	4	24
		%	83,3%	16,7%	100%
	Yok	Sayı	535	342	877
		%	61,0%	39,0%	100%
	Toplam	Sayı	555	346	901
		%	61,6%	38,4%	100%

Fisher's $p = 0,03$ OR: 3,19 %95 CI: 1,08–9,43

$p =$ Pearson OR= Odds Ratio

CI = Confidence Interval (Güven aralığı)

Erişkin DEHB tanısı konulan kadınların yaş ortalaması $32,05 \pm 9,44$, erkeklerin yaş ortalaması $33,75 \pm 9,77$ olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB olmayan kadınların yaş ortalaması $29,72 \pm 7,85$ iken erkeklerin yaş ortalaması $29,73 \pm 7,57$

olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulan kadın ve erkek bireylerin yaş değerleri, erişkin DEHB tanısı konulmayan bireylerle karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmadı ($p=0.44$; $p>0,05$). Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayanların cinsiyete göre yaş ortalaması Tablo 5.7’de gösterilmiştir.

Tablo 5.7: Erişkin DEHB tanısı olan ve olmayanların cinsiyete göre yaş ortalaması.

		Cinsiyet	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Erişkin DEHB	Var	Kadın	20	18	44	32,05	9,44
		Erkek	4	20	43	33,75	9,77
	Yok	Kadın	535	18	44	29,72	7,85
		Erkek	342	18	44	29,73	7,57

Eğitim durumuna göre erişkin DEHB tanısı konulan bireyler daha sık olarak ilkokul mezunuydu (%50). DEHB olan ve olmayan gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Erişkin DEHB tanısı konulanların eğitim durumu Tablo 5.8’de gösterilmiştir.

Tablo 5.8: Erişkin DEHB tanısı konulanların eğitim durumu.

		EĞİTİM DÜZEYİ							
		O.Y Değil	O.Y	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniv./Y0	Toplam	
Erişkin DEHB	Var	Sayı	0	0	12	2	6	4	24
		%	0%	0%	50,0%	8,3%	25,0%	16,7%	100%
	Yok	Sayı	14	7	205	119	281	250	876
		%	1,6%	0,8%	23,4%	13,6%	32,1%	28,5%	100,0%
	Top.	Sayı	14	7	217	121	287	254	900
		%	1,6%	0,8%	24,1%	13,4%	31,9%	28,2%	100%

$\chi^2=9,44$ $p=0,09$
(χ^2 =Ki-kare)

Medeni durumlarına göre, erişkin DEHB tanısı konulanların 18’i (%75) evli iken erişkin DEHB tanısı konulmayanlardan 550 kişi (%62,7) evliydi. Medeni duruma göre gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Erişkin DEHB tanısı konulanların medeni durumu Tablo 5.9’da gösterilmiştir.

Tablo 5.9: Erişkin DEHB tanısı konulanların medeni durumu.

		MEDENİ DURUM					Toplam
		Bekâr	Evli	Boşanmış	Dul		
Erişkin DEHB	Var	Sayı	5	18	1	0	24
		%	20,8%	75,0%	4,2%	0%	100%
	Yok	Sayı	312	550	10	5	877
	%	35,6%	62,7%	1,1%	0,6%	100%	
Toplam		Sayı	317	568	11	5	901
	%	35,2%	63,0%	1,2%	0,6%	100%	

$$x^2= 3,89 \quad p= 0.27$$

Çalışmada yer alan hastalardan 14'ünün (%58,3) 551–1500 TL arasında geliri varken, hastalığı olmayan 442 kişinin (%52,1) 0–500 TL arasında geliri vardı. Erişkin DEHB tanısı konular çoğunlukla orta düzey gelir grubunu oluşturuyordu. Gelir dağılımları yönünden gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Erişkin DEHB tanısı konulanların gelir durumu tablo 5.10'da gösterilmiştir.

Tablo 5.10: Erişkin DEHB tanısı konulanların gelir durumuna göre dağılımı.

		GELİR DURUMU				Toplam
		0-550 TL	551-1500 TL	1501 TL ve Üzeri		
Erişkin DEHB	Var	Sayı	8	14*	2	24
		%	33,3%	58,3%	8,3%	100%
	Yok	Sayı	442*	295	112	849
	%	52,1%	34,7%	13,2%	100%	
Toplam		Sayı	450	309	114	873
	%	51,5%	35,4%	13,1%	100%	

$$x^2= 5,67 \quad *p= 0,04$$

Çalışmada erişkin DEHB tanısı konulan yedi kişinin (%31,8) sınıf tekrarı olduğu halde, 15 kişinin (%68,2) sınıf tekrarı yoktu. Tanı almayan 134 kişi (%16,2) sınıf tekrarı olduğunu bildirmiştir. Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayan gruplar arasında sınıf tekrarı bakımından anlamlı farklılık bulunmadı (Fisher's $p= 0,07$; OR: 0,41 %95 CI: 0,16–1,03).

Hastalardan 17'si (%70,8) çalışmıyordu. Erişkin DEHB tanısı konulmayandan ise 391 kişi (%45,3) çalışmıyordu. Çalışma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($p<0,05$). Bu farklılığı çalışmayan grubu oluşturmuştur. Hastalar ve hasta olmayanlar çalışan, çalışmayan olarak ele

alınıp Odds değeri hesaplandığında OR: 0,27 %95 CI: 0,08–0,91 olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulanların çalışma durumu tablo 5.11’de gösterilmiştir.

Tablo 5.11: Erişkin DEHB tanısı konulanların çalışma durumu.

		ÇALIŞMA DURUMU				
		Çalışmıyor	Çalışıyor	Öğrenci	Toplam	
Erişkin DEHB	Var	Sayı	17*	3	4	24
		%	70,8%	12,5%	16,7%	100%
	Yok	Sayı	391*	298	174	863
		%	45,3%	34,5%	20,2%	100%
	Toplam	Sayı	408	301	178	887
		%	46,0%	33,9%	20,1%	100%

$\chi^2= 6,79$ * p= 0,03 OR: 0,27 %95 CI: 0,08–0,9

Çalışmadaki erişkin DEHB’lilerin üçü (%21,4) sık olarak iş değiştirirken, 11’i (%78,6) hiç iş değiştirmemişti. Erişkin DEHB tanısı konulmayan 484 kişi (%83) ise hiç iş değiştirmemişti. Erişkin DEHB tanısı konulan ve konulmayan gruplar iş değiştirme bakımından karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($P<0,001$). Hastaların tümü iş değiştirme nedeni olarak, iş ortamındaki yetersiz koşulları belirtmişlerdi. Hastaların iş değiştirmeleri var ve yok olarak düzenlendiğinde OR: 1,33 %95 CI: 0,36–4,86 olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulanların iş değiştirme durumu tablo 5.12’de gösterilmiştir.

Tablo 5.12: Erişkin DEHB tanısı konulanların iş değiştirme durumu.

		İŞ DEĞİŞTİRME			Toplam	
		Hiç	Nadiren	Sık		
Erişkin DEHB	Var	Sayı	11	0	3*	14
		%	78,6%	0%	21,4%	100%
	Yok	Sayı	484	87	12	583
		%	83,0%	14,9%	2,1%	100%
	Toplam	Sayı	495	87	15	597
		%	82,9%	14,6%	2,5%	100%

$\chi^2= 22,53$ * p= 0,001

Okulda disiplin cezası alma durumuna bakıldığında, erişkin DEHB tanısı konulan iki kişi (%8,3) disiplin cezası almışken, 22 kişi (%91,7) ceza almamıştı. Tanı konulmayan 45 kişi (%5,2) ise okulda disiplin cezası almamıştı. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Fisher’s $p>0,05$, OR: 0,60 %95 CI: 0,13–2,53).

Hastaların 21'inin (%87,5) polisle başı derde girmezken, üçünün (%12,5) polisle başı derde girmişti. Hasta olmayanlardan ise 59 kişinin (%6,7) polisle başı derde girmişti. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Fisher's $p>0,05$; OR: 0,50 %95 CI: 0,14–1,74).

Hastaların 20'si (%83,3) trafik cezası almamışken, dördü (%16,7) trafik cezası almıştı. Erişkin DEHB tanısı konulanlardan ise sadece 116 kişi (%13,4) trafik cezası almıştı. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Fisher's $p>0,05$; OR: 0,77 %95 CI: 0,25–2,29).

Erişkin DEHB tanısı konulan dört birey (%16,7) önemli iş ya da ev kazası geçirdiğini belirtirken, tanı konulmayanlardan ise sadece 101 kişi (%11,7) önemli iş ya da ev kazası geçirdiğini belirtmişti. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Fisher's $p>0,05$; OR: 0,66 %95 CI: 0,22–1,97).

Hastalar sigara içme durumuna göre incelendiğinde; sekiz kişi (%33,3) sigara içmezken, üç kişi (%12,5) günde 21 adet üzerinde sigara içiyordu. Hasta olmayanlardan sadece 25 kişi (%2,9) günde 21 adet ve üzeri sigara içiyordu. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastalar sigara içiyor-içmiyor durumuna göre ele alınıp Odds değeri hesaplandığında OR: 3,35 %95 CI: 1,61–6,97 olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulanların sigara içme durumu tablo 5.18'de gösterilmiştir.

Tablo 5.13: Erişkin DEHB tanısı konulanların sigara içme durumu.

		SİGARA İÇİMİ					
		Hayır	Ara sıra	Günde 1–10	Günde 11–20	Günde 21 ve üzeri	Toplam
Erişkin DEHB	Var	Sayı 8 % 33,3%	3 12,5%	5 20,8%	5 20,8%	3* 12,5%	24 100%
	Yok	Sayı 534 % 61,2%	93 10,7%	101 11,6%	119 13,6%	25* 2,9%	872 100%
Toplam		Sayı 542 % 60,5%	96 10,7%	106 11,8%	124 13,8%	28 3,1%	896 100%

$\chi^2=12,57$ * $p=0,01$ OR: 3,35 %95 CI: 1,61–6,97

Çalışmadaki hastalar arasında uyuşturucu madde kullanan yoktu. Hasta olmayan beş kişi (%0,6) uyuşturucu madde kullandığını belirtmişti. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Alkol içimi yönünden hastaların 22'si (%91,7) hiç alkol içmezken, biri (%4,2) ayda bir iki kez, biri (%4,2) her gün alkol içmekteydi. Hasta olmayan bireylerden ise en sık 777 kişi (%89) alkol içmediğini belirtmişti. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$; OR: 0,72 %95 CI: 0,16–3,14).

Hastaların 10'u (%41,7) intihar girişiminde bulunmuşken, hasta olmayan 29 kişi (%3,3) intihar girişiminde bulunmuştu. Farklılık istatistiksel açıdan önemli bulundu ($p<0,05$; OR: 0,04 %95 CI: 0,02–0,11). Erişkin DEHB tanısı konularının intihar girişimi durumu tablo 5.14'de gösterilmiştir.

Tablo 5.14: Erişkin DEHB tanısı konularının intihar girişimi durumu.

		İNTİHAR GİRİŞİMİ			Toplam
		Var	Yok		
Erişkin DEHB	Var	Sayı	10*	14	24
	%	41,7%	58,3%	100%	
Yok	Sayı	29*	841	870	
	%	3,3%	96,7%	100%	
Toplam	Sayı	39	855	894	
	%	4,4%	95,6%	100%	

$\chi^2=82,26$ * $p=0,001$ OR: 0,04 %95 CI: 0,02–0,11

Erişkin DEHB tanısı konulan iki kişinin (%8,7) ailesinde intihar girişimi varken, hasta olmayan 30 kişinin (%3,4) ailesinde intihar girişimi vardı. İki grup arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Fisher's $p>0,05$ OR: 0,37 %95 CI: 0,08–1,66).

Çalışmaya alınan erişkin DEHB tanısı konulan 19 bireyde (%82,6) bir bedensel hastalık yokken, dördünde (%17,4) vardı. Hasta olmayan bireylerin ise sadece 91'inde (%10,4) bedensel hastalık vardı. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Fisher's $p>0,05$; OR: 0,55 %95 CI: 0,18–1,66).

Beş (%20,8) hastanın ailesinde bedensel hastalık varken, hasta olmayan 104 kişinin (%11,9) ailesinde bedensel hastalık yoktu. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Fisher's $p>0,05$).

Hastalardan altısının (%26,1), hasta olmayan 97 kişinin (%11,2) ailesinde psikiyatrik bozukluk vardı. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Fisher's $p<0,05$; OR:0,35 %95 CI: 0,13–0,92). Hastaların en sık kardeş ve

çocuklarında (%33,3) psikiyatrik bozukluk görülmüştü ($p>0,05$). Bir kişi tanı bildirmezken, biri depresyon, biri anksiyete bozukluğu, biri zekâ geriliği, bir kişi de birden fazla tanı bildirmişti ($\chi^2=16,17$; $p=0,01$). Erişkin DEHB tanısı konanların ailelerinde psikiyatrik bozukluk durumu Tablo 5.15’de gösterilmiştir.

Tablo 5.15: Erişkin DEHB tanısı konanların ailelerinde psikiyatrik bozukluk durumu.

		AİLEDE PSİKIYATRİK BOZUKLUK			Toplam
		Var	Yok		
Erişkin DEHB	Var	Sayı	6*	17	23
	%	26,1%	73,9%	100%	
	Yok	Sayı	97*	770	867
%	11,2%	88,8%	100%		
Toplam	Sayı	103	787	890	
%	11,6%	88,4%	100%		

*Fisher’s $p=0,02$ OR: 0,35 %95 CI: 0,13–0,92

Hastaların biri (%4,2) doğum travması geçirdiğini belirtirken, 23’ü (%95,8) geçirmemişti. Hasta olmayanlardan ise 10 kişi (%1,2) doğum travması geçirdiğini belirtmişti. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı (Fisher’s $p>0,05$; OR: 0,26 %95 CI: 0,03–2,18).

Erişkin DEHB tanısı konulanlardan 11’i (%45,8) daha önce psikiyatrik yardım aradığını bildirmişken, hasta olmayanlardan 186 kişi (%21,3) psikiyatrik yardım aradığını bildirmişti. Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Fisher’s $p<0,05$; OR: 0,31 %95 CI: 0,14–0,72). Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik yardım arama durumu Tablo 5.16’de gösterilmiştir.

Tablo 5.16: Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik yardım arama durumu.

		PSİKIYATRİK YARDIM ARAMA		Toplam	
		Var	Yok		
Erişkin DEHB	Var	Sayı	11*	13	24
	%	45,8%	54,2%	100%	
	Yok	Sayı	186*	689	875
%	21,3%	78,7%	100%		
Toplam	Sayı	197	702	899	
%	21,9%	78,1%	100%		

*Fisher’s $p=0,01$ OR: 0,31 %95 CI: 0,14–0,72

Hastalardan 11'ine (%45,8) daha önce ve şimdi bir psikiyatrik tanı konulmuşken, hasta olmayan bireylerin 107'sine (%12,2) psikiyatrik tanı konulmamıştı. Gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulundu ($p<0,05$; OR: 0,16 %95 CI: 0,07–0,37). Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik tanı konma durumu Tablo 5.17'de gösterilmiştir.

Tablo 5.17: Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik tanı konma durumu.

		PSİKİYATRİK TANI KONMA		Toplam
		Var	Yok	
Erişkin DEHB	Var	Sayı 11*	13	24
		% 45,8%	54,2%	100%
Erişkin DEHB	Yok	Sayı 107*	767	874
		% 12,2%	87,8%	100%
Toplam		Sayı 118	780	898
		% 13,1%	86,9%	100%

$\chi^2=23,09$ * $p=0,001$ OR: 0,16 %95 CI: 0,07–0,37

Psikiyatrik tanı konulan hastaların tanılarına bakıldığında; altı kişide (%66,7) depresyon, bir kişide (%11,1) panik bozukluğu, bir kişide (%11,1) obsesif kompulsif bozukluk tanısı vardı. Bir kişi de (%11,1) tanısını bilmiyordu. Hasta olmayan bireylerden 36 kişi (%58,1) depresyon tanısı konulduğunu belirtmişti. İstatistiksel olarak bu farklılık anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Hastalardan yedi kişi (%29,2) halen psikiyatrik yardım aldığını belirtirken, 17 kişi (%70,8) herhangi bir psikiyatrik yardım almıyordu. Hasta olmayan bireylerden 42 kişi (%4,8) yardım aldığını belirtmişti. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulundu (Fisher's $p<0,05$; OR: 0,122 %95 CI: 0,04–0,31). Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik yardım alma durumu Tablo 5.18'da gösterilmiştir.

Tablo 5.18: Erişkin DEHB tanısı konulanların psikiyatrik yardım alma durumu.

		Psikiyatrik Yardım Alma		
		Var	Yok	Toplam
Erişkin DEHB	Var	Sayı 7*	17	24
	% 29,2%	70,8%	100%	
Erişkin DEHB	Yok	Sayı 42*	835	877
	% 4,8%	95,2%	100%	
Toplam		Sayı 49	852	901
		% 5,4%	94,6%	100%

*Fisher's $p=0,001$ OR: 0,12 %95 CI: 0,04–0,31

Hastalarla ilgili eğitim düzeyi, sınıf tekrarı, iş değiştirme, gelir düzeyi, okulda disiplin cezası alma, polisle başının derde girmesi, intihar girişimi, ailesinde intihar girişimi, ailede bedensel hastalık, doğum travması geçirme, psikiyatrik tanı konması, psikiyatrik yardım arama ve psikiyatrik tedavi görme değişkenleri hasta olmayan bireylerle cinsiyete göre karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Trafik cezası alma bakımından hasta olan ve olmayan bireyler cinsiyete göre karşılaştırıldığında DEHB tanısı olan erkeklerin farklılığı anlamlı bulundu ($p<0,05$).

5.2.2. Eş Tanı Durumları

Yirmi sekiz kişiye yapılandırılmış görüşme aracı olan MINI Plus 5.0.0'ın Türkçe uyarlaması uygulanarak 24 kişiye erişkin DEHB tanısı konuldu. Daha sonra bunlara eşlik eden Eksen-I ve Eksen-II tanılarını belirlemek amacıyla SCID-I ve SCID-II uygulandı.

5.2.2.1. SCID-I ile Tespit Edilen Eksen-I Tanılar

Erişkin DEHB tanısı konulan 24 kişinin onunda bir eksen-I tanısı varken, on kişide iki eksen-I tanısı vardı. Dört kişide (%16,7) ise herhangi bir eksen-I tanısı yoktu. Beş kişide (%20,8) obsesif kompulsif bozukluk, beş kişide (%20,8) depresif bozukluk, beş kişide (% 20,8) distimik bozukluk tanısı en sık saptanan tanılardı. Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID-I tanıları Tablo 5.31'de gösterilmiştir.

Tablo 5.19: Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID–I tanıları.

Eşlik Eden Eksen I Tanılar	Erişkin DEHB grubu	
	Sayı (n=24)	%
Depresif Bozukluk	5	20,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	5	20,8
Distimik Bozukluk	5	20,8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	4	16,7
Post Travmatik Stres Bozukluğu	4	16,7
Özgül Fobi	4	16,7
Panik Bozukluğu	2	8,3
Alkol Kötüye Kullanımı	1	4,1
Tanı yok	4	16,7

5.2.2.2. SCID–II ile Tespit Edilen Eksen–II Tanıları

Erişkin DEHB tanısı konulan 24 kişinin sekizinde bir eksen–II tanısı, dördünde iki eksen–II tanısı vardı. Sekiz kişide (%33,3) herhangi bir eksen–II tanısı saptanmadı. Altı kişide (%25) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, altı kişide (%25) pasif agresif kişilik bozukluğu en sık saptanan eksen-II tanılarıydı. Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID II tanıları Tablo 5.20’de gösterilmiştir.

Tablo 5.20: Erişkin DEHB tanısı konulanların SCID–II tanıları.

Eşlik Eden Eksen–II Tanıları	Erişkin DEHB grubu	
	Sayı (n=24)	%
Obsesif Kompulsif K.B	6	25
Pasif Agresif K.B	6	25
Histriyonik K.B	3	12,5
Sınır K.B	3	12,5
Çekingen K.B	2	8,3
Paranoid K.B	1	4,1
Tanı Yok	8	33,3

6. TARTIŞMA

Son yıllarda erişkin DEHB ile ilgili olarak yurt dışında birçok araştırma yapılmıştır. Ancak ülkemizde DEHB ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun çocuk yaş grubunda olduğu gözlenmektedir. Erişkin DEHB tanısı ile ilgili çalışmalar tanı koymada yaşanan güçlükler nedeniyle yetersizdir. Bu çalışmanın amacı; Sivas il merkezinde erişkinlerde DEHB yaygınlığı, sosyodemografik özellikleri ve eşlik eden ek tanıların sıklığını saptamaktır.

Bu çalışmada sosyoekonomik kültürel düzeylerine göre (düşük-orta-yüksek) üç gruba ayrılan toplam 901 kişilik örnekleme erişkin DEHB yaygınlığı %2,7 (24/901) olarak bulunmuştur. A.B.D.'de yapılan bir epidemiyolojik (27) çalışmada yaygınlık %4,4 olarak bulunmuştur. Uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada ise erişkin DEHB'nin yaygınlık oranı %3,4 bulunmuştur (28). Bu çalışmadaki oran literatürde bildirilen bazı oranlarla benzerdir.

Çalışmaya katılan kişiler, ASRS ile değerlendirildiğinde erişkin DEHB oranı %3,8 bulunmuş, ikinci aşamada MINI Plus kullanıldığında bu oran %2,7'ye düşmüştür. Tanı koyma aracı olarak kullanılan MINI Plus daha kısıtlayıcı ölçütler içermektedir. İki oran arasındaki fark buradan kaynaklanıyor görünmektedir. Bu durum farklı tanı araçları kullanıldığında tanı oranının değişebileceği görüşünü desteklemektedir (24).

Çalışmada erişkin DEHB tanısı konan 24 bireyin 20'si (%83,3) kadın, dördü (%16,7) erkektir. Erişkin DEHB yaygınlığı açısından cinsiyetler arasındaki farklılık anlamlı bulundu. Saha çalışmasında seçilen mahallelerdeki sokaklar küme kabul edildi ve ev ziyareti için sistematik örnekleme yöntemi kullanıldı. Bireyler olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenmediğinden, örneklem seçiminde cinsiyet sayısı göz önünde tutulmadı. Çalışmada DEHB'si olan bireylerde ve tüm örnekleme cinsiyetin bağımsız değişkenler üzerindeki etkisi incelendiğinde, trafik cezası alma dışındaki değişkenler bakımından gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmadı.

DEHB'nin erkeklerde daha sık görülmesiyle birlikte iki cinsiyeti de etkileyebileceği belirtilmektedir. Erkek/ kız oranı çocuklukta 2/1 ile 10/1 arasında değişebilirken, klinik ortamda 6/1 olabilmektedir. Orandaki bu farklılığın nedeni erkeklerin daha fazla agresyon göstermesi ve antisosyal davranışlarının daha fazla

olması nedeni ile daha çok fark edilmesi ve daha çok kliniğe başvurulması ile açıklanmaktadır (84, 144, 164). Bir çalışmada erişkin dönemdeki DEHB'nin cinsiyetler arası dağılımında erkek/kadın oranının ilerleyen yaşla birlikte eşitlendiği düşünülmektedir (165). Kızlarda DEHB görülmesinin kapsamlı bir gözden geçirmesinde, kızlardaki yaygınlığın toplum örneklemelerinde klinik örneklemelerden daha yüksek görüldüğünü, bunun muhtemelen kızlarda kliniğe daha az getirilmesiyle ilişkili olabileceğinden söz edilmektedir (166). Angold ve arkadaşları (167) tarafından yürütülen okul temelli bir çalışmada, çocuğun probleminin aile üzerindeki etkisinin tedavi görme olasılığıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durum klinik örneklemelerde kızların yaygınlığının daha düşük olmasıyla ilişkili olabilir, çünkü kızlarda erkek çocuklara göre daha az davranışsal belirtiler olduğu bilinmektedir (166). Bu çalışmada daha önce yapılan bazı çalışmalardaki gibi DEHB olan grupta erkek sayısı daha fazla değildi. Çalışmada erkek, kadın sayısı istatistiksel olarak anlamlı çıkacak kadar yeterliydi, erkek sayısı çok düşük olmamasına karşın, erkeklerde DEHB görülme oranı oldukça düşüktü. Depresyon ve anksiyetede kadın/erkek oranlarına bakıldığında bu tip içselleştirici bozukluklar kadınlarda daha fazla görülmektedir. Öte yandan depresyon ve anksiyete bozuklukları uzun vadede DEHB'ye eşlik edebilecek durumlardır. DEHB'de duygudurum düzenlenmesinde bozulma olduğu bildirilmektedir. Bu bakımdan kadınların erişkin dönemdeki başvuru nedeni olan depresyon ve anksiyete tipi bozukluklar; DEHB'nin bu yaş grubundaki klinik görünümü olabilir. Kadınların çocukluklarında daha az davranışsal belirtiler göstermeleri nedeniyle aileleri tarafından doktora götürülmemeleri, davranışsal belirtiler olmadığında ailelerce sorunun önemsenmemesi gibi nedenler de DEHB tanısının kadınlarda erişkin döneme kadar gözden kaçmasına neden olmuş olabilir. Bu çalışmada ev ziyaretleri gündüz saatlerinde, daha çok kadınların evde bulunduğu saatlerde yapıldığından ulaşılan kadın sayısı erkek sayısından fazlaydı. Olasılıksız örneklem yöntemine göre bireylerin belirlenmesi daha fazla erkek bireye ulaşılmasını sağlayabilecektir. Erişkin DEHB'de cinsiyet oranları ile ilgili daha fazla sayıda epidemiyolojik çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmada erişkin DEHB tanısı konulanların medeni durumlarına göre bakıldığında beşi bekâr (%20,8), on sekizi evli (%75), biri boşanmıştı (%4,2),

Örneklemdaki boşanmış on bir kişiden biri erişkin DEHB'liydi. Erişkin DEHB tanısı konulmayanlardan ise 550 kişi evliydi (%62,7). Medeni duruma göre gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına karşın, erişkin DEHB olanlarda olmayanlara göre boşanma oranı dört kat daha fazlaydı. Yapılan çalışmalarda erişkin DEHB'lilerin evlilik yaşamlarında sorun yaşadıkları bildirilmişse de (27), bu çalışmadaki hasta grubunun evlilik yaşamlarının ne kadar sorunlu olduğu belirlenmemiştir.

Yapılan çalışmalar erişkin DEHB'lilerin daha düşük sosyoekonomik düzeyde olduklarını, iş yaşamında daha fazla problem yaşadıklarını, daha sık iş değiştirdiklerini eğitim hayatında toplam eğitim sürelerinin daha kısa, okul başarılarının daha düşük, sınıf tekrarının daha fazla olduğunu, daha geç olgunlaştıklarını göstermiştir (27).

Bu çalışmadaki hasta grubunu en fazla %58,3 oranla (14 kişi) orta düzeyde geliri olan bireyler oluşturuyordu. Gelir dağılımları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Çalışmada gelir düzeyi belirlenirken standart bir derecelendirme ölçeği kullanılmamıştır. Düşük gelir grubunu asgari ücret ve altında alanlar, orta gelir grubunu asgari ücretin yaklaşık üç katına kadar geliri olanlar, yüksek gelir grubunu da daha yüksek düzeyde geliri olanlar oluşturmuştur. Kesler ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı Ulusal Eş Tanı Çalışmasında, erişkin DEHB olanların sosyodemografik özelliklerini incelemişlerdir. Hastaların gelir düzeyi belirlenirken açlık sınırı esas alınmış ve açlık sınırında ya da bir buçuk katı geliri olanları düşük, bir buçuk ile üç katı arasında olanları düşük orta, üç ile altı katı arasında olanları orta, altı katı ve üzerinde geliri olanları ise yüksek gelir grubu olarak sınıflandırmışlardır. Gelir durumu ile hastalık arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (27). Bu çalışmada saptanan orta gelir düzeyi başka ülkelerde yapılan çalışmaların neredeyse düşük gelir düzeyine denk gelmekteydi. Erişkin DEHB olanların sebat etme eğilimlerindeki düşüklük, dikkat ve odaklanma sorunları, sık iş değiştirme özellikleri göz önünde bulundurulduğunda bu kişilerin gelir düzeylerinin beklenenden düşük olması doğaldır. DEHB yaygınlığı üzerine sosyal, kültürel ve ekonomik etkenlerin etkisini incelemek için tasarlanmış çalışmalarla daha ileri boyutta değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hastalar eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, örneklemdaki ilkokul mezunu bireylere göre, erişkin DEHB tanısı konulanlar %50 oranla (12 kişi) ilkokul mezunuydu. Farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulundu. Literatürle uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da hastaların sınıf tekrarı (%31,8), hasta olmayanların (%16,2) sınıf tekrarından daha fazla orandaydı (27). Hasta grubunu oluşturan bireylerin ilkokul sonrasında eğitimine devam etmemesi sınıf tekrarının farklılık oluşturacak kadar yüksek çıkmaması sonucunu oluşturmuş olabilir. Batılı toplumlarda DEHB tanısı konulan çocuklar olabildiğince uzun süre eğitimde tutulmaya çalışılırken, ülkemizde yakın zamanda sekiz yıllık eğitim zorunlu hale gelmiştir.

Literatürle uyumlu olarak hasta grubumuzdan 3 kişi (%21,4) sık olarak iş değiştirmişti ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu. En sık iş değiştirme nedeni olarak ise %100 oranında iş ortamındaki yetersiz koşulları belirtmişlerdir. Bu durum erişkin DEHB'lilerin normal bireylere göre daha fazla sebat edemedikleri ve işle ilgili daha fazla sorun yaşadıkları görüşünü desteklemektedir (27, 168).

Hasta olan ve olmayan bireylerin çalışma durumuna bakıldığında, hasta olan bireyler %70,8, hasta olmayan bireyler %45,3 oranında çalışmıyordu. Çalışma durumlarına göre DEHB grubu ile DEHB olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Erişkin DEHB'lilerin çoğunluğunun çalışmıyor olması da literatür bilgisiyle uyumlu bulunmuştur (27). Halmoy ve ark.'ı çocuklukta DEHB için stimülan tedavisi almanın erişkin dönemde çalışıyor olma olasılığını artıracığından bahsetmişlerdir (169). Toplum-temelli bu çalışmada saptanan DEHB olguları, klinik başvurusu olan ve tedavi gören bireyler değildi. Yeterli veri olmamasına karşın, hastaların sebat etmeme özellikleri ve çocukluk döneminde tedavi görmemeleri bu sonucu doğurmuş olabilir.

Çalışmada erişkin DEHB tanısı konulanların %12,5'i günde 21 adet ve üzeri sigara içerken hasta olmayan grupta bu oran %2,9 olarak bulundu. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Hasta olan ve olmayan bireylerin alkol içme durumu benzerdi, alkol içmeyen sayısı daha fazlaydı ve uyuşturucu kullanan yoktu. Hughes (1997) nikotin bağımlılığının DEHB ile çok fazla ilişkisi olduğunu düşünmekte ve DEHB olan ergen ve erişkinler arasında sigara kullanımının yüksek oranda olmasını

bu kişilerin kendilerini tedavi etme (self-medication) yöntemi olarak kabul etmektedir. Dikkati artırması, huzursuzluğu azaltması, uyanıklığın gerekli olduğu görevlerde iyileşme sağlaması ile DEHB'nin önemli belirtilerinde azalma yapması nedeniyle nikotinin kullanıldığı ileri sürülmüştür (170). Pomerleau ve Donwey'in çalışmasında DEHB tanısı konanların sigara bağımlılığı (%42) normal toplum ile karşılaştırıldığında daha fazla bulunmuştur. Çalışmada bulunan oran bu kadar yüksek olmasa da literatür bilgisiyle uyumludur. Ayrıca çalışmada bu konuda yapılmış başka çalışmalardan farklı olarak sigara içenlerin günlük içtikleri sigara miktarlarına göre hastalar değerlendirilmiştir. Karaer ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları bir araştırmada, Sivas il merkezinde 18-65 yaş aralığındaki bireylerde alkol bağımlılığı ile alkol kötüye kullanımının yaşam boyu yaygınlığını sırasıyla %1,95 ve %1,01 olarak saptamışlardır (171). Bu çalışmada hastaların alkol ve uyuşturucu madde kullanımının batı ülkelerinde yapılan çalışmalara göre düşük bulunması şehrin sosyokültürel özelliklerine, olguların çoğunluğunu kadınların oluşturması, uyuşturucu maddelere kolay ulaşamamasına ve alkole karşı olan olumsuz tutuma bağlanabilir. Katılımcılar alkol ve madde ile ilgili sorularda toplumsal olarak onaylanmadığı için kendilerini gizlemiş de olabilirler.

Daha önceki literatür bulgularından farklı olarak bu çalışmadaki erişkin DEHB tanısı olanların bildirdikleri disiplin cezası alma ve polis ile başı derde girme, trafik cezası alma gibi yasal problemler örnekleme DEHB'si olmayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (172). Literatürdeki gibi bu çalışmadaki olgularda yasal sorunların fazla olması beklenirdi. DEHB tanısı bulunanların çoğunluğunun kadın olması da bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir, kadınlarda agresyonun daha az olması yanında çalışmada ehliyet sahibi olma ve araba kullanma durumu sorgulanmamıştır. Araç kullanan kişi sayısı az ise trafik suçu da buna bağlı olarak az görülecektir. Olguların kendi bildirdikleri gibi yasal sorunları gerçekten yaşamamış olabilmelerinin yanında, bildirmemiş olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Disiplin cezası yönünden çoğunun eğitim süresinin kısa olması önemli bir etken olabilir. Hastaların çoğunun ilkokul mezunu olduğu dikkate alındığında disiplin cezası almak için yeterli bir süre eğitim almadıkları söylenebilir. Gelişmiş ülkelerde mümkün olduğunca tüm çocukları 12 yıl zorunlu eğitimde tutma çabası varken, Türkiye'de yakın zamana kadar sadece 5 yıl eğitim zorunluluğunun

olması, ileri dönemdeki eğitimlerinde ceza alma durumlarını göremememizin bir nedeni olabilir.

Erişkin DEHB tanısı olanların intihar girişimi oranı (%41,7) hasta olmayanlara (%3,3) göre anlamlı olarak yüksekti. Yapılan çalışmalarda DEHB olan erişkinlerin %10'unda intihar girişiminin olduğu, %5'inin de intihar veya kaza sonucu ölmüş olduğu saptanmış ve bu yüksek oranın nedenleri arasında depresyon gibi eş tanıların sık olması ve dürtü kontrolündeki zayıflık nedeniyle intihar fikrinin ve girişiminin engellenememesi olabileceği öne sürülmüştür (84, 173). DEHB tanısı konulanların ailelerindeki intihar girişimi oranı DEHB tanısı konulmayanların ailelerinden istatistiksel olarak farklılık oluşturacak kadar yüksek değildi. Bu durum ailelerin geleneksel değerlere verdikleri önem ile ilişkili olabilir.

DEHB patogeneğinde gebelik ve doğum komplikasyonlarının rolünden söz edilmektedir (8,55). Zapitelli (2001) bir meta-analiz çalışmasında, 51 çalışmayı incelemiş ve pre-peri-postnatal sorunlara DEHB olanların daha fazla maruz kaldıklarını göstermiştir (81). Çalışmada literatür bilgilerinden farklı olarak DEHB olgularının DEHB olmayanlara göre daha fazla doğum travması geçirmediği görülmüştür. Çocukluk dönemleri ile ilgili bilgiler sadece kendi bildirimleriyle saptandığından bu durum kanıt yetersizliği ya da hatırlama sorunu ile ilişkili olabilir. Doğum ve gelişimle ilgili bilgilerin ana-babalarından alınması daha uygun olacaktır.

Çalışmada erişkin DEHB tanısı konulanların ailelerinde psikiyatrik bozukluk görülmesi hasta olmayanların ailelerine göre daha yüksek bulunmuştur ve farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastalar en fazla kardeş ve çocuklarında (%33,3) bozukluk bildirmiştir. Başka çalışmalarda da DEHB tanısı konulanların akrabalarında psikiyatrik bozukluk, bu tanı konulmayanlardan daha sık bildirilmektedir. Örneğin, DEHB tanısı konulan çocukların aileleri ile DEHB tanısı konulmayanların ailelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB'li çocukların ailelerinde DEHB, davranım bozukluğu, antisosyal kişilik özellikleri, madde kötüye kullanımı gibi diğer psikiyatrik bozuklukların daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (174). DEHB olan olguların birinci dereceden biyolojik akrabalarındaki DEHB bulunma olasılığı çeşitli çalışmalarda %13 (175) ve %18 oranlarında bildirilmiştir (176).

Çalışmada erişkin DEHB'lilerin psikiyatrik yardım arama, psikiyatrik tanı konma oranları ve psikiyatrik yardım alma oranları hasta olmayan bireylere göre daha fazlaydı ve farklılık anlamlı bulundu. Biederman 2006'da DEHB'li çocukların takip çalışmasında, tüm psikopatoloji kategorilerinin yaşam boyu yaygınlığını DEHB'li genç erişkinlerde kontrollere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulmuştur (128). Bazı çalışmalarda erişkin DEHB'nin yaşam boyu psikiyatrik eş tanı için önemli bir risk etkeni olduğu (29), DEHB tanısı konmuş erişkinlerin daha yüksek oranda eş tanı gösterdiği, daha fazla tedavi maliyeti olduğu görülmüştür (30). Bu çalışmadaki bulgular da literatür bilgileriyle uyumludur.

Çalışmada erişkin DEHB tanısı konanların %83'ünde (20/24) eksen I tanısı saptanmıştır. En sık ayrı ayrı %20,8 oranında obsesif kompulsif bozukluk, majör depresyon ve distimik bozukluk tanıları saptanmıştır.

Bipolar bozukluk ve DEHB birlikteliğini inceleyen çalışmalarda, bipolar bozukluğu olan erişkinlerde ve akrabalarında çocukluk dönemlerinde hiperaktivite özelliğinin yüksek olduğu (177), bipolar bozukluğu olan çocuklarda mani ile DEHB birlikteliğinin sık bulunduğu ve DEHB olan çocuklar izlendiğinde ileride bipolar bozukluk geliştirdiği, DEHB ve bipolar bozukluğun birlikteliğinin, bipolar bozukluğun daha ciddi ve genetik temelli bir şekli olabileceği belirtilmiştir (178, 179). Erişkin DEHB son yıllarda klinik olarak daha fazla fark edilmekte ve bipolar bozukluğa sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir. Ne var ki, bu iki bozukluğun tanısız birlikteliği tartışmalıdır. 2007 yılında yayınlanan bir gözden geçirmenin sonuçlarına göre bu birliktelik oldukça sık görünmektedir (erişkin DEHB örneklerinde %49, bipolar bozukluk örneklerinde %21) ve bipolar bozukluğa DEHB eşlik ettiğinde gidişat, bipolar bozukluğa eşlik eden bir tanının olmadığı duruma göre daha ciddi olmaktadır (180). Bununla birlikte, çalışmalar daha ziyade eş tanı oranlarına odaklanmakta, seyir, nörobiyoloji, kalıtım ve tedavinin konu edildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Erişkin DEHB ve bipolar bozukluk eş tanısının geçerliliği, literatürün bu alanda yetersizliği nedeniyle, henüz netlik kazanmamış görünmektedir (180). Bu çalışmada bipolar bozukluk eş tanısı saptanmamıştır. Majör depresyon yüksek eş tanısı göz önüne alınarak iki uçluluk gelişmesi açısından hastalar izlenmelidir.

Genel toplumda anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. DEHB'de anksiyete bozukluğu oranının %50, DEHB olan kadın erişkinlerde anksiyete bozukluğu oranının %62 olduğunu belirten çalışmalar vardır. Bazı kaynaklara göre, erişkin DEHB hastalarında %21 yaygın anksiyete bozukluğu, %12 özgül fobi, %11 panik bozukluğu, %7 obsesif kompulsif bozukluğun görüldüğü belirtilmiştir (84, 69). Erişkin DEHB tanısı olan kişiler iş başarıları düşük, sosyal becerileri zayıf, arkadaş ilişkilerinde sebat edemeyen kişiler olarak tanımlanmış, bu tablonun devamı olarak bu kişilerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha sık gözlendiği belirtilmiştir (181, 182). Bu çalışmada anksiyete bozuklukları eş tanısının genel toplum oranından yüksek olduğu ve DEHB eş tanı çalışmalarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır. DEHB olan erişkinlerde eş tanı oranının yüksek olmasının nedenleri arasında; DEHB'nin erişkin döneme kadar sürme belirleyicilerinin; ailesellik, psikososyal problemler, duygudurum ve anksiyete bozuklukları eş tanılarının olabileceği belirtilmiştir (69, 84).

Lucy ve arkadaşları, DEHB ve eş tanılarını inceledikleri bir çalışmada, anksiyete bozuklukları arasında özellikle panik bozukluğunun (%11,6) ve özgül fobinin (%14,2) ön planda olduğunu, yaşam boyu eksen I tanılarını incelediklerinde özgül fobi (%16,07) ve sosyal fobinin (%17,8) DEHB olmayan erişkinlerden daha yüksek olduğunu, ayrıca kadınlarda bu tanıların şimdiki ve yaşam boyu görülme sıklığının erkeklerden önemli oranda yüksek olduğunu bildirmişlerdir (183). Çalışmada yüksek kadın oranı göz önünde bulundurulduğunda sonuçlar literatür bilgisiyle uyumludur, ayrıca anksiyete bozukluklarından en sık OKB (%20,8) tanısı eşlik etmiştir.

DEHB olan erişkinlerde ek tanı sıklığını araştıran önceki çalışmalarda majör depresyon yaygınlığı %16–31, distimik bozukluk %12–37 oranında bulunmuştur (18, 27,129). Bu çalışmada bulunan oranlarda da bu çalışmadaki bulgulara benzerdir. Depresyon ve distimik bozukluğun, çocukluk çağından itibaren var olan başarısızlık beklentisi ve sosyal ilişki güçlükleriyle bağlantılı “düşük benlik değeri” ve genel mutsuzluğun bir sonucu olduğu belirtilmiştir. Ayrıca nörogelişimsel bir bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlığı artırıyor olması da eş tanı oranlarının yüksek olmasının diğer bir nedeni olabilir (140, 184).

Bu çalışmada OKB (%20,8), DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklardan biri olarak bulunmuştur. DEHB ve OKB'nin aynı biyolojik sistemin işleyiş bozukluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bradshaw ve Shephard 2000 yılında yaptıkları çalışmada, DEHB ve OKB gibi bozuklukları “nörogelişimsel frontostriatal bozukluklar” olarak adlandırmışlar ve bu bozukluklar arasında tanısal çakışmanın yanı sıra sıklıkla eş hastalanma görüldüğünü, bu bozuklukların hepsinde beyin lateralizasyonunda farklılık olduğunu göstermişlerdir (185).

Shekim (1990), erişkin DEHB'lilerde %34 oranında alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı, %30 oranında madde kötüye kullanımı bulmuştur (140). Schubiner'in 114 DEHB tanılı erişkinde yaptığı çalışmada, bireylerin %36'sında alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, %21'inde kannabis kullanımı, %11'inde kokain veya diğer psikostimülan kullanımı, %5'inde de çoklu ilaç bağımlılığı saptanmıştır (141). Erişkin DEHB ile alkol ve madde kullanım bozukluklarını araştıran önceki çalışmalarla, bu çalışmada elde edilen bulgular karşılaştırıldığında, alkol ve madde kullanım bozuklukları oranı daha düşük bulunmuştur. Türkiye'de erişkin DEHB tanısı konulanlarda alkol ve madde kötüye kullanım oranları ile ilgili yapılan çalışmaların yetersiz olması ile beraber, DEHB olan erişkinlerde alkol ve madde kullanım bozukluklarının daha düşük olduğu ifade edilmektedir (186). Karaer ve arkadaşlarının (2003) Sivas il merkezinde yaptıkları çalışmada (171), kadınlarda alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımını saptamaması da bölgesel özelliğın bu konudaki önemini göstermektedir. Sivas örnekleminin Türkiye genelini temsil etmemesiyle birlikte bu bölgede alkol ve madde kullanımının hoş karşılanmaması, geleneksel tutumların ön planda olması nedeniyle oranlar düşük bulunmuş olabilir.

Olguların eksen II tanı durumuna bakıldığında, erişkin DEHB tanısı olan 24 kişinin %66,7'sinde (16/24) eksen II tanısı saptanmıştır. Eksen II tanılarında en sık obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%25) ve pasif agresif kişilik bozukluğu (%25) saptanmıştır.

Barkley ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, DEHB olanlarda antisosyal kişilik bozukluğu (%12-27) başta olmak üzere, pasif-agresif kişilik bozukluğu (%18), sınır kişilik bozukluğu (%14), histriyonik kişilik bozukluğu (%11) ve çekingen kişilik bozukluğu (%11) ile eş tanı bildirilmiştir (143). Mizaç ve kişilik

boyutlarının değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB tanısı olan erişkinlerin yenilik arayışı ve zarardan kaçınma puanlarının yüksek olduğu, karakter boyutlarındaki skorlarının düşük olduğu, eksen II bozukluklarına yönelik yapılan SCID-II değerlendirmesinde bunun doğrulandığı ve DEHB’de B kümesi kişilik bozukluklarının daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (168). Antisozyal kişilik bozukluğu dışındaki bulgular literatür bilgileriyle uyumludur. Çalışmada DEHB tanısı konulanların çoğunluğunu kadınların oluşturması nedeniyle antisozyal kişilik bozukluğu tanısı beklendiği gibi çıkmamış olabilir.

Rösler ve arkadaşları, kadın mahkmlarla yaptıkları bir çalışmada DEHB ile kişilik bozukluklarının ilişkisini araştırmışlar; DEHB’li kadınlarda sadece SKB’nin DEHB olmayanlara göre anlamlı oranda yüksek olduğunu bulmuşlar (187), iki bozuklukta da duygudurum düzenlenmesinde, dürtü kontrolünde, madde kullanımında bozukluk, düşük benlik saygısı ve kişiler arası ilişkilerde sorunlar görüldüğü belirtilmiştir (188). ADHD ve SKB birlikteliğinin sık olması psikopatolojilerindeki ve temel tanısal parametrelerindeki ortak yönlerinden dolayı sık görülmektedir (188).

Sonuç olarak, DEHB erken dönemde kişiliği etkileyerek ileride kişilik bozukluğu gelişimi için risk etkeni olabilir ya da DEHB ve kişilik bozuklukları erişkinlikte klinik görünüm açısından birbirine benzeyebilir. (189).

7. SONUÇ

1-Çalışmada Sivas il merkezinde erişkin DEHB yaygınlığı ASRS tarama ölçeğine göre %3,8 oranında, bireyler DSM-IV'e dayalı klinik izleme değerlendirildiğinde %2,7 oranında bulundu. Bu durum DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşmeler kullanıldığında oranın beklenenden daha düşük olabileceğini göstermektedir. Erişkin DEHB için çocukluk DEHB'den farklı erişkin döneme ait tanı ölçütleri ya da erişkin DEHB için SCID benzeri standart tanı metotları geliştirilmelidir.

2-Erişkin DEHB tanısı konan kadınların yaş ortalaması $32,05 \pm 9,44$, erkeklerin yaş ortalaması $33,75 \pm 9,77$ olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB olmayan kadınların yaş ortalaması $29,72 \pm 7,85$ iken erkeklerin yaş ortalaması $29,73 \pm 7,57$ olarak bulunmuştur. Erişkin DEHB tanısı konulan kadın ve erkek bireylerin yaş değerleri erişkin DEHB tanısı konulmayan bireylerle karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

3-Erişkin DEHB'nin cinsiyete göre dağılımında, kadınlarda (%3,6) daha sık görüldüğü saptanmıştır. İstatistiksel olarak bu oran anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet açısından çalışmada saptanan kadın (20/555) ve erkek (4/346) oranları daha önce yapılan birçok çalışmadan farklıdır. Bu konuda daha fazla sayıda çok merkezli alan çalışmalarına ihtiyaç vardır.

4-Bu çalışmada erişkin DEHB tanısı olanların daha fazla oranda çalışmadığı, daha sık iş değiştirdikleri, orta düzeyde gelire sahip oldukları, intihar girişimlerinin daha fazla olduğu, daha fazla sayıda sigara içtikleri, kendilerinde ve ailelerinde psikiyatrik tanıların daha fazla olduğu, daha fazla psikiyatrik yardım aradıkları ve aldıkları saptanmıştır. Bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu verilerin elde edilmesinde ana-baba ya da öğretmen bilgisinin olmaması, tarama testinin sadece kişinin bildirimine dayalı olması çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır.

5-Erişkin DEHB tanısı konanların %83'ünde en az bir eksen I bozukluğu saptanmıştır. En sık %20,8 oranında obsesif kompulsif bozukluk, %20,8 majör depresyon, % 20,8 distimik bozukluk tanıları saptanmıştır. Olguların % 66,7'sinde ise en az bir eksen II-tanısı vardır. En sık saptanan eksen II tanıları %25 oranında obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%25), pasif agresif kişilik bozukluğudur (%25).

Bulgular erişkin DEHB tanısı konanların daha fazla psikiyatrik tanı aldığı, tedavi maliyetlerinin daha fazla olduğu görüşünü desteklemektedir (28, 30). Ayrıca erişkin DEHB tanısı olanlara farklı tanıları konması bunların asıl tanılarının sıklıkla gözden kaçığını da düşündürmektedir. Bu açıdan psikiyatri kliniğine başvuran hastaların DEHB belirtileri açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Eş tanı oranlarının yüksekliği ve eşlik eden tanıların önlenmesi amacıyla bu kişilere daha erken tanı konulup tedavilerinin düzenlenmesi önemlidir.

Bu çalışma Türkiye’de alan taraması şeklinde genel nüfusta erişkin DEHB yaygınlığını araştıran ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir. Bu konuda daha fazla sayıda alan çalışmasına ihtiyaç olduğu açıktır.

KAYNAKLAR

1-Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: A Aselective overview. *Biol Psychiatry*, 1, 57 (11): 1215–1220, 2005.

2-Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Lancet*, 366: 2237–2248, 2005.

3-Soysal AŞ, Özdemir B. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna genel bir bakış. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13 (3): 89–91, 2004.

4-Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyojisi: bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 5: 111–119, 2002.

5-McCracken JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Sadock BJ (Eds). *Comprehensive Textbook (7th edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s. 2679–2688, 2000.

6-Özcan E, Eğri M, Kutlu O, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M. Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı; ön çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 5: 138–142, 1998.

7-Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. M Lewis (Ed). *Child and Adolescent Psychiatry A Compressive Textbook (2nd edition)*. Baltimore: Williams & Wilkins, s. 544–563, 1996.

8-Arnold LE, Jensen PS. Attention-Deficit Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.). p: 2 (6th Edition). Baltimore: Williams & Wilkins, 2295 s., 1995.

9-Tannock R. Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry*, 34 (1): 65–99, 1998.

10-Turgay A. Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 3: 413–453, 1997.

11-Biederman J, Faraone S, Millberger S, Guite J, Mick E, Chen L. Prospective 4-year follow-up study of attention deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 437–446, 1996.

12-Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray LA. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Consult Clin Psychol*, 58: 775–789, 1990.

13-Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE. Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr*, 22 (1): 60–73, 2001.

14-American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st edition (DSM-I). Washington; DC: American Psychiatric Association, 1952.

15-Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57 (11): 1313–1323, 2005.

16-Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revised. *Biol Psychiatry*, 55 (7): 692–700, 2004.

17-Fisher M, Barkley RA, Edelbrock CS. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, Attentional, Neuropsychological Status. *J Consult Clin Psychology*, 58: 580–588, 1990.

18-Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D. Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *J Atten Disord*, 1: 41–54, 1996.

19-Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder. A Life-Span perspective. *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl7): 4–15, 1998.

20-Shaffer D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry*, 44: 260–268, 1994.

21-Weinstein CS. Cognitive remediation strategies: An adjunct to the psychotherapy of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychother Pract Res*, 3: 44–57, 1994.

22-Mannuzza S, Klein G, Bonagura N, Malloy P, Gaimpino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up, II: Status of subjects without a mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 48:77–83, 1991.

23-Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 978- 986, 1996.

24-Wolf LE ve Wasserstein J. Adult ADHD: Concluding thoughts. *Ann N Y Acad Sci*, 931: 396–408, 2001.

25-Goldstein S. Understanding and managing children's classroom behaviour, (14) 511 pp., New York: Wiley, 1995.

26-Wender P, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An overview. Wasserstein J, Wolf L, Le Fever FF (Eds.). *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. *Ann. N Y Acad Sci*, 931: 1–16, 2001.

27-Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, Apr; 163 (4): 716 -23. 2006.

28- Fayyad J, Graff RDE, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190, 402–409, 2007.

29-McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*, 162 (9): 1621–1627, 2005.

30-Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23 (1): 93–102, 2005.

31-Torgersen T, Gjevan B, Rasmussen K. ADHD in adults: A study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry*, 60 (1): 38–43, 2006.

32-Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Murphy J, Ysuang MT. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry*, Dec; 152 (12): 1793–1799, 1999.

33-Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: Historical Development of The Concept. *The Overactive Child*. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, s. 19–41, 1986.

34-Thorley G. Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. *Br J Psychiatry*, 144: 16–34, 1944.

35-Weis M, Weis G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Levis M. Lippincott Williams & Wilkins, Third ed. Philadelphia 2002.

36-Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, Jul; 50 (7): 565–576, 1993.

37-Weiss G ve Hechtman LT. *Hyperactive Children Grow Up. ADHD Children, Adolescents and Adults*. (2nd edition) . New York, Guilford Press. 1993.

38-Barkley RA, Fischer 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. *Journal of Abnormal Psychology*, May; 111 (2): 279–289, 2002.

39-Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ. Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 1107–1116. 1988.

40-Bhatia MS, Nigam VR, Bohra N, Malik SC. Attention deficit disorder with hyperactivity among pediatric outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*, 32: 297–306, 1991.

41-Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 69–76, 1987

42-Bird HR, Gould M, Staghezza B. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 361–368, 1993

43-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised DSM IV Tanı Ölçütleri. Çeviri Editörü Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1994

44-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.

45-Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Pankratz VS, Weaver AL, Weber KJ. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester. *Arch Pediatr Adolesc Med*, Mar; 156 (3): 217–224, 2002.

46-Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Dec; 40 (12): 1410–1417, 2001.

47-Kroes M, Kalff AC, Kessels AG, Steyaert J, Feron FJ, Van Someren AJ ve ark. Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Dec; 40 (12): 1401–1409, 2001.

48-Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Jun; 38 (6): 716–722, 1999.

49-Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd. Edition, New York: Guilford Press, 2006.

50-Motavallı N. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemlerindeki yeri, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 30 (1): 226–231, 1993.

51-Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with Attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 63: 10–15, 2002.

52-Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord*, 9: 384–391, 2005.

53-Mcgee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 611–619, 1990.

54-Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 727–734, 2004.

55-Faraone S, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44: 951–958, 1998.

56-Winsberg BG, Comings DE. Association of the dopamine transporter gene (DAT-1) with poor methylphenidate response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1474–1477, 1999.

57-Rappaport J, Quinn P, Scribanu N, Murphy DL. Platelet serotonin of hyperactive school age boys. *Br J Psychiatry*, 125: 138–140, 1974.

58-Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Science*, 33: 2609–2614, 1983.

59-LeMarquand DG, Pihl RO, Young SN, Tremblay RE, Seguin JR, Palmour RM, Benkelfat C. Tryptophan depletion, executive functions and disinhibition in aggressive, adolescent males. *Neuropsychopharmacology*, Oct; 19 (4): 333–341, 1998.

60-Zoroğlu SS, Erdal ME, Alasehirli B, Erdal N, Sivaslı E, Tutkun H. Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychobiology*, 45 (4): 176–181, 2002.

61-Hauser P, Zametkin AJ, Martinez P, Vitiello B, Matochik JA, Mixson JA and Weintraub BD. Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *N Engl J Med*, Apr 8; 328: 997–1001, 1993.

62-Hauser P, Soler R, Brucker-Davis F, Weintraub BD. Thyroid hormones correlate with symptoms of hyperactivity but not inattention attention deficit hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology*, Vol. 22, No. 2 pp. 107–114, 1997.

63-Weiss RE, Stein MA, Trommer B, Refetoff S. Attention deficit hyperactivity disorder and thyroid function. *Journal Pediatrics*, 123 (4): 539–545, 1993.

64-Rubinstein M, Philips TJ, Bunzow JR, Falzone TL, Dziewczapolski G Zhang G. Mice lacking dopamine D4 receptors are supersensitive to ethanol, cocaine and metamphetamine. *Cell*, 90: 991–1001, 1997.

65-Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J. Meta-Analysis of the association between the 7 repeat allele of the dopamin D4 receptor gene and ADHD. *Am J Psychiatry*, 158: 1052–1057, 2001.

66-Curran S, Mill J, Tahir E, Kent L, Richard S, Gould A Association study of a dopamine transporter polymorphism and attention deficit hyperactivity disorder in UK and Turkish samples. *Mol Psychiatry*, 6 (4): 425–428, 2001.

67-Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. Üçüncü Baskı, Gendaş Kültür, İstanbul, 2000.

68-Stahl SM. *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications*, 2th ed. Cambridge University Press 2000.

69-Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy SM, Lippmann S. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Ann Clin Psychiatry*, 14: 105–111, 2002.

70-Cook EJ, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE. Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene. *Am J Hum Genet*, 56: 993–998, 1995.

71-İlgin N, Gökçora N, Atavcı S. D2 receptor imaging with I-123 IBZM brain SPECT in attention deficit hyperactivity disorder. Joint Congress of EANM and World Federation of 38. *Nuc Med Biol*. Berlin, Germany 1998.

72-Zametkin AJ, Linnoila M, Karoum F, Sallee R. Pemoline and urinary excretion of catecholamines and indoleamines in children with attention deficit disorder. *Am J Psychiatry*, Mar; 143 (3): 359–362, 1986.

73-Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, Apr; 41 (4): 378–385, 2002.

74-Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry*, Sep; 153 (9): 1138–1142, 1996.

75-Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A ve ark. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*, Jun; 160 (6): 1028–1040, 2003.

76-Van den Bergh BR, Mennes M, Oosterlaan J, Stevens V, Stiers P, Marcoen A ve ark. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development*, Jul-Aug; 75 (4): 1085–1097, 2004.

77-Hartsough CS ve Lambert NM. Medical factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental, and health history Findings. *Am J Orthopsychiatry*, Apr; 55 (2): 190–201, 1985.

78-Sykes DH, Hoy EA, Bill JM, McClure BG, Halliday HL, Reid MM ve ark. Behavioural adjustment in school of very low birthweight children. *J Child Psychol Psychiatry*, Mar; 38 (3): 315–325, 1997.

79-Breslau N, Chilcoat H, DelDotto J, Andreski P, Brown G. Low birth weight and neurocognitive status at six years of age. *Biol Psychiatry*, Sep 1; 40 (5): 389–397, 1996.

80-Needleman HL, Schell A, Bellinger D, Leviton A, Allred EN. The longterm effects of exposure to low doses of lead in childhood. An 11-year followup report. *N Engl J Medicine*, Jan; 11, 322 (2): 83–88, 1990.

81-Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-peri and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Cann J Psychiatry*, 46 (6): 542–548, 2001.

82-Firestone P, Prabhu AN. Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *J Abnorm Child Psychol*, 11: 207–216, 1983.

83-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th ed. Philadelphia: Lipincott: Williams &Wilkins, 2: 3183–3204, 2005.

84-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, San Diego, CA, US: xxiii, 301 pp., 261–277, 2002.

85-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı, Washington DC, 1994 (Türkçe çev: Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar. S Şenol, Ş Şener. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995).

86-Brown TE. Brown A.D.D scales. San Antonio, Tex: Psychological Corp, 5–6, 1996.

87-Copeland ED. Medications for attention disorders (ADHD/ADD) and related medical problems (Tourette's syndrome, sleep apnea, seizure disorders), Atlanta: SPI Press. 1991.

88-Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Oxford Universit Pres, New York, 122–143, 1995.

89-McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry*, 161: 1948–1956, 2004.

90-Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention deficite hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1204–1210, 1997.

91-Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux, MC. Assesing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? *J Consult Clin Psychology*, 68: 830–842, 2000.

92-National Institues of Health Consensus Development Panel. NIH Consensus development conference statement: Diagnoses and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 182–193, 2000.

93-Murphy KR ve Barkley RA. Updated adult norms for the ADHD Behaviour Checklist for adults. *The ADHD Repor*, 4: 12–16, 1996.

94-Barkley RA. Development course, adult outcome, and clinic-referred ADHD-adults. In Barkley RA. (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed, pp: 186–224). New York: Guilford. 1998.

95-Feinberg AG. Diagnosis and treatment of AD/HD in adults. *Attention*. 6 (4); 20–22, 2000.

96-Sachdev P. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychol Med*, 29: 507–514, 1999.

97-Stein MA, Fischer M, Szumowski E. Evaluation of adults for ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 940–941, 1999.

98-Hill JC ve Schoener EP. Age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 153 (9): 1143–1146, 1996.

99-Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A guide for the primary care physician. *South Med J*, 95: 736–742, 2002.

100-Öncü B, Ölmez Ş. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (1): 41–46, 2004.

101-Barbarese W, Katusic S, Colligan R, Weaver A, Pankratz V, Mrazek D. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. *Acta Paediatr, Suppl*; 93 (445): 55–59, 2004.

102-Busch B, Biederman J, Cohen LG, Sayer JM, Monuteaux MC, Mick E. Correlates of ADHD among children and psychiatry clinics. *psychiatric services*; 53: 1103–1111, 2002.

103-Cumba-Avil'es E ve Bauermeister JJ. Differential diagnosis of ADHD and other disorders using conditional probabilities. Paper presented at the 110 th annual convention of the American Psychological Association, Chicago, IL, August, 2002.

104-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*, 8 (3): 1–5, 2000.

105-Smith EV, Johnson BD. Factor structure of the DSM IV criteria for college students using the adult behavioral checklist. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 31: 164–183, 1998.

106-Heiligenstein E, Conyers L, Bems AR, Smith MA. Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit disorder in college students. *J Am Colleg Health*, 46: 185–188, 1998.

107-Hechtman L. Subgroups of adult outcome of attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington DC: American Psychiatric Press, 437–454 pp., 2000.

108-Cantwell DP ve Baker L. Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 691-700, 1989.

109-Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 937–947, 1985.

110-Herrero ME, Hechtman L, Weiss G. Antisocial disorders in hyperactive subjects from childhood to adulthood: Predictive factors and characterization of subgroups. *Am J Ortho*, 64: 510–521, 1994.

111-Satterfield JH, Hoppe C, Schell AM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *A J Psychiatry*, 139: 795–798, 1982.

112-Weiss G, Hechtman LT. *Hyperactive Children Grown Up*. 3–17, pp: 61–84, Guilford Pres, New York, USA, 1986.

113-Werner E ve Smith RS. *Vulnerable But Invincible* Publisher: Adams, Bannister and Cox. 1998.

114-Arnold LE. Sex differences in ADHD: Conference summary. *J Abnorm Child Psychol*, 24: 555–569, 1996.

115-Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1036–1045, 1997.

116-Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Mick E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adult with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*, 53: 13–29, 1994.

117-Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to psychiatry clinic. *Am J Psychiatry*, 159: 36-42, 2002.

118-Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry*, 55 (7): 692–700, 2004.

119-Copeland ED. *Copeland Symptom Checklist for Adult Attention Deficit Disorders*. Atlanta, Ga: Southeastern Psychological Institute; 1989.

120-Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin (adult ADD/ADHD DSM-IV based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. Türkiye'de Psikiyatri, 8: 98–107, 2006.

121-Ward MF, Wnder PH, Reimherr FW. The wender utah rating scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention-deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 150; 885–890, 1993.

122-Weyandt L, Linterman I ve Rice J. Reported prevalence of attentional difficulties in a general sample of college students. J Psychopathol Behav Assess 17; pp: 293–304, 1995.

123- Triolo SI ve Murphy KR. Attention-deficit scales for adults (ADSA): New York: Brunner-Mazel, Inc. 1996 Arch Clin Neuropsychology, Volume 12, Issue 3: 277–279, 1997.

124-Erhardt D, Epstein JN, Conners CK, Parker JDA, Sitarenios G. Self-ratings of ADHD symptoms in adults: II. Reliability, validity and diagnostic sensitivity. J Atten Disord, 3: 153–158, 1999.

125-Young S. The YAQ-S and YAQ-I: The development of self and informant questionnaires reporting on current adult ADHD symptomatology, comorbid and associated problems. Personality and Individual Differences, Volume 36, Issue 5, April; 1211–1223, 2004.

126-Adler LA, Cohen J. Screening Adults for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Psychiatry and Mental Health, 2003.

127-Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL ve ark. Validity of the world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. Int J Methods Psychiatr Res, 16: 52–65, 2007.

128-Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM. Young adult outcome of ADHD: A controlled tenyear follow-up study. Psychol Med, 36: 167–179, 2006.

129-Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry*, Jun 1; 57 (11): 1467–1473, 2005.

130-Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder across life Span. *Ann Rev Med*, 53: 113–131, 2002.

131-Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Taylor A, Blier HK. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150: 1792–1798, 1993.

132-Öncü B, Karakaş S (Editör). Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Kognitif Nörobilimler*, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 417–436, 2008.

133-Doyle BB. *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (1st ed) American Psychiatric Publishing, Arlington; 225, 2006.

134-Wender PH, Reimherr FW, Wood D, Ward MA. Controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type in adults. *Am J Psychiatry*, 142: 547–552, 1985.

135-Murphy KR ve Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*, 37: 393–401, 1996.

136-Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood ADHD in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*, 29: 515–525, 1999.

137-Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten disord*, 2 (3): 159–166, 1997.

138-Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A ve ark. Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, Sep; 257 (6): 309–317, 2007.

139-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*, 152: 1652–1658, 1995.

140-Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zauha K, Wheeler NA. Clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*, Sep-Oct; 31 (5): 416–425, 1990.

141-Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 61 (4): 244–251, 2000.

142-Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse*, 7: 373–378, 1995.

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

144-Turgay A. Diagnosing and treating ADHD in adults. *Can J CME*, 182–190, 2001.

145-Spencer T, Wilens T, Biederman JA. Double blind, cross over comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood onset attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 775–782, 2001.

146-Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111: 179–185, 2003.

147-Rey JM, Sawyer MG. Are psychostimulant drugs being used appropriately to treat child and adolescent disorders? *Br J Psychiatry*, 182: 184–286, 2003.

148-Barrickman L, Noyes R, Kuperman S, Schumacher E, Verda M. Treatment of ADHD with fluoxetine: A preliminary trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 762–767, 1991.

149-Motavalli N, Mukaddes N, Abali O. Venlafaxine in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58: 92–95, 2004.

150-Olvera RL, Pliszka SR, Luh J, Tatum R. An open trial of venlafaxine in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 6: 241–250, 1996.

151-Adler LA, Chua HC. Management of ADHD in adults. *J Clin Psychiatry*, 63 (suppl 12): 29–35, 2002.

152-Hedges D, Reimherr FW, Rogers A, Strong R, Wender PH. An open trial of venlafaxine in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopharmacol Bull*, 31: 779–783, 1995.

153-Greydanus DE. Psychopharmacology of ADHD in adolescents. *Adolesc Med*, 13: 599–624, 2002.

154-Turgay A. Treatment of comorbidity in conduct disorder with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Essent Psychopharmacol*, 6: 277–290, 2005.

155-Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS. The Texas children's medication algorithm project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (6): 642–657, 2006.

156-Selvi P. Sivas İlinde Yapılacak Saha Araştırmalarında Kullanılmak Üzere Çeşitli Sayı ve Nitelikte Örnekleme Planının Geliştirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ABD, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.

157-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*, 13: 93–121, 2004.

158-Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 10: 77–87, 2009.

159-Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E. The mini-international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD–10. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20: 22–33, 1998.

160-Engeler A. MINI uluslararası nöropsikiyatrik görüşme Türkçe uyarlama MINI plus 5.0.0 Yazarlar: Sheehan DV, Lecrubier Y, 2004.

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

162-Özkürkçügil A. Aydemir Ö, Yıldız M, Esen DA, Köroğlu E. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 233–236, 1999.

163-Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirnr Z ve ark. DSM-III-R kişilik bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID II). Ege Üniversitesi, 1990.

164-Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 453–460, 2000.

165-Smith BH, Pelham WE, Gnagy E, Molina B, Evans S. The reliability, validity and unique contributions of self-report by adolescents receiving treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychology*, 68: 489–499, 2002.

166-Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20: 107–123, 2006.

167-Angold A, Erkanlı A, Farmer EMZ, Fairbank JA, Burns BJ, Keler G ve ark. Psychiatric disorder, impairment and service use in rural African American and white youth. *Arch Gen Psychiatry*, 59: 893–901, 2002.

168-Anckarsater H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S, Niklasson L ve ark. The impact of adhd and autism spectrum disorders on temperament, character and personality development. *Am J Psychiatry*, 163: 1239–1244, 2006.

169-Halmoy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord*, Sep; 13 (2): 175–187, 2009.

170-Hughes JR. Substance abuse and ADHD (letter). *Am J Psychiatry*, 154: 132, 1997.

171-Karaer Ş, Kuğu N, Doğan O, Akyüz G. Sivas il merkezinde alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığın epidemiyolojisi, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi ve I. eksen eş tanıları, *Yeni Symposium*, 41 (3): 131–142, 2003.

172-Eyestone LL, Howel RJ. An epidemiological study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 22: 181–193, 1994.

173-Schmidt K, Freidson S. Atypical outcome in attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29: 566–570, 1990.

174-AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescent and adult with attention-deficit/hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (10) (supplement): 85–121, 1997.

175-Pliszka SR. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry*, 59: 50–58, 1998.

176-Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Am J Child Adolesc Psychiatry*, 39 (Suppl 11): 1432–1437, 2000.

177-Winokur G, Coryell W, Endicott J, Akiskal H. Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am J Psychiatry*, 150: 1176–1181, 1993.

178-Biederman J, Faraone SV, Mick E, Wozniak J, Chen L, Ouellette C ve ark. Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: An overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 997–1008.

179-Faraone SV, Biederman J, Menin D, Wozniak J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1378–1387; discussion: 1387–1390, 1997.

180-Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, Nov; 68 (11): 1776–1784, 2007.

181-Hoftstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14 year follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 850–858, 2000.

182-Mannuzza S, Klein RG. Long term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin North Am*, 9: 711–726, 2000.

183-Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*, 54 (10): 673–683, 2009.

184-Horing M. Addressing comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 59 suppl 7: 6–75, 1998.

185-Bradshaw JL, Shepard DM. The neurodevelopmental frontostriatal disorders, evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain Lang*, 73: 297–320, 2000.

186-Güçlü O, Erkıran M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 8: 18–23, 2005.

187-Rösler M, Retz W, Yaqoobi K, Burg E, Retz JP. Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: Prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259: 98–105, 2009.

188-Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropharmacol Biol Psychiatry*, 29: 865–877, 2005.

189-Miller TW, Nigg JT, Faraone SV. Axis-I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol*, 116 (3): 519–528, 2007.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sıra no:

Tarih: .../.../2009

() Yaşınız: ...

() Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

() Medeni durumunuz: () Bekar () Evli, ... kez () Boşanmış, ... kez () Dul

() Eğitim düzeyiniz: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite-Yüksekokul

() Sınıf tekrarı: () Yok () Var, ... kez

Kaçınıcı sınıfta ya da sınıflarda? ...

() İşiniz: () Ev kadını () Memur () İşçi () Serbest, çiftçi () Öğrenci () Emekli

() İşsiz

() İş değiştirme: () Hiç () Nadiren () Sık

İş değiştirme nedeniniz:

() Aylık toplam geliriniz: () Gelir yok () 550 TL'den az () 551-1500 TL arası

() 1501 TL'den çok

() Okulda disiplin cezası aldınız mı: () Hayır () Evet, ... kez

Hangi sınıflarda?

() Polis ile başınız derde girdi mi? () Hayır () Evet, ... kez Nedenleri:

() Ceza aldınız mı? () Hayır () Evet, ... kez Nedenleri:

() Trafik cezası aldınız mı? () Hayır () Evet, ... kez Nedenleri:

() Önemli iş ya da ev kazası geçirdiniz mi? () Hayır () Evet, ... kez

() Sigara içme: () Hayır () Ara sıra () Günde 1-10 tane () Günde 11-20 tane

() Alkol içme: () Hiç () Ayda bir-iki kez () Haftada bir-iki kez () Her gün

() Günde 20'den çok

() Uyuşturucu madde kullanımı: () Yok () Var İsmi ve miktarı:

() İntihar girişimi: () Yok () Var, ... kez Hangi yollarla?

() Ailede intihar girişimi: () Yok () Var Kim ve kaç kez?

() Ailenizde bedensel rahatsızlığı olan var mı? () Hayır () Evet

Rahatsızlıklar:

() Ailenizde psikiyatrik rahatsızlığı olan var mı? () Hayır () Evet

Kim ve tanısı:

() Bilinen herhangi bir bedensel hastalığınız var mı? () Hayır () Evet Adı:

() Doğum travması geçirmiş misiniz? () Hayır () Evet

() Şimdiye kadar psikiyatri bölümüne hiç başvurduğunuz mu? () Hayır () Evet

() Şimdiye kadar bir psikiyatrik tanı kondu mu? () Hayır () Evet

() Şu anda bir psikiyatrik tedavi uygulanıyor mu? () Hayır () Evet

EK 2. ASRS (Adult ADHD Self Report Scala)

A BÖLÜMÜ

- 1.Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?
- 2.Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?
- 3.Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?
- 4.Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?
- 5.Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?
- 6.Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?
- 7.Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?
- 8.Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?
- 9.Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?

B BÖLÜMÜ

- 10.Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?
- 11.Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?
- 12.Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?
- 13.Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?
- 14.Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?
- 15.Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?
- 16.Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?
- 17.Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?
- 18.Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?

Asla 0 Nadiren 1 Bazen 2 Sık 3 Çok Sık 4

EK 3. MINI PLUS 5.0.0. DEHB ÇOCUKLUK ve YETİŞKİNLİK MODULÜ

DIKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (Yetişkin)

Çocukken:

- W 5 a Hareketli, kıpır kıpır, yerinde duramayan ve hep harekete hazır birisi miydiniz? H E
 b Dikkatsiz miydiniz ve dikkatiniz kolay dağılır mıydı? H E
 c Okulda veya ev ödevini yaparken yoğunlaşmakta ve dikkatinizi toplamakta zorlanır mıydınız? H E
 d Ev ödevleri, çalışmalar vs. gibi işlerinizi bitiremez miydiniz? H E
 e Çabuk öfkelenen, sinirli biri miydiniz veya hemen kızan ya da patlamaya eğilimli biri miydiniz? H E
 f Bir şeyi yapmadan önce bir çok defalar size söylenmesi mi gerekiyordu? H E
 g Sonuçlarını düşünmeksizin dürtüsel davranma eğiliminde miydiniz? H E
 h Sıranızı beklemekte zorlanır ve sık sık ilk olmayı ister miydiniz? H E
 i Diğer çocuklarla kavga çıkarır ve/veya rahatsız eder miydiniz? H E
 j Okul sizin davranışlarınızdan şikayet ediyor muydu? H E

W5 (ÖZET): 6 VEYA DAHA FAZLA W5 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU? H E

W6 Bu aşırı hareketli-dürtüsel veya dikkatsizlik belirtilerinin bazıları 7 yaşından önce var mıydı? H E

Yetişkin olarak:

- a Dikkatiniz hala kolayca dağılır mı? H E
 b Başkalarının lafını kesen veya kırıcı veya işte, evde ya da arkadaşlarınıza sonradan pişman olacağı şeyleri söyleyen biri misiniz? H E
 c Çocukken olduğunuzdan daha kontrollü olsanız da dürtüsel biri misiniz? H E
 d Çocukken olduğunuzdan daha kontrollü olsanız bile hala kıpır kıpır, yerinde duramaz ve daima harekete geçmeye hazır bir halde misiniz? H E
 e Hala sinirli ve gereğinden fazla kızan biri misiniz? H E
 f Hala dürtüsel misiniz? Örneğin, gerekenden fazla para harcamaya eğilimli misiniz? H E
 g Çalışmanızı düzenlemekte güçlük çekiyor musunuz? H E
 h İş dışında dahi düzenli olmakta güçlük çekiyor musunuz? H E
 i Yardımcı, geçici veya kısmi zamanlı olarak ya da kapasitenizin altında mı çalışıyorsunuz? H E
 j Başkalarının sizin yeteneğinizden bekledikleri başarıyı göstermiyor musunuz? H E
 k Başkalarından daha sık iş değiştiriyor musunuz veya işten çıkarılıyor musunuz? H E
 l Eşiniz sizin ihmalkarlığınız veya kendisine ve/veya ailenize olan ilgisizliğinizden şikayet ediyor mu? H E
 m İki veya daha fazla kere boşandınız mı veya başkalarından daha fazla partner değiştirdiniz mi? H E
 n Bazen sisin içindeymiş veya karlı bir televizyon gibi ya da odağınızı kaybetmiş gibi hissediyor musunuz? H E

W7 (ÖZET): 9 VEYA DAHA FAZLA W7 YANITI EVET OLARAK KODLANIYOR MU? H E

W8 Bu belirtilerden bazıları şu durumlardan iki veya daha fazlasında önemli sorunlara yol açtı mı: ?

Okulda, işte, evde veya arkadaşlarla ve ailenle? H E

ÖZGEÇMİŞ

1975 yılında Elazığ'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimlerini Elazığ'da tamamladı. 1992 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazandı. 1999 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra pratisyen hekim olarak Elazığ Ağın Sağlık Ocağı'nda göreve başladı. 6 yıl boyunca sağlık ocakları ve acil serviste çalıştı. 2001-2003 tarihleri arasında askerlik görevini yaptı. 2005 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünü kazandı. Üniversitede araştırma görevlisi olarak çalışırken Bilişsel Davranışçı Terapi temel ve süpervizyon eğitimi aldı. Hipnoterapi temel eğitimi aldı. Evli ve bir çocuk babasıdır.