

# Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık ve Eştanılar



Şahut DURAN<sup>1</sup>, Nurhan FİSTİKCI<sup>2</sup>, Ali KEYVAN<sup>3</sup>, Mustafa BİLİCİ<sup>4</sup>  
Mecit ÇALIŞKAN<sup>5</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, genel psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaygınlığının belirlenmesi, DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik tanuların araştırılması ve DEHB tanısı alan erişkinlerin eş tanı ve sosyodemografik açıdan DEHB olmayan hastalarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada, 3 ay sürede ilk kez başvuran hastalar ardışık olarak erişkin DEHB yönünden değerlendirilmiştir. Hastalara Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, Erişkin DEB/DEHB Değerlendirme Envanteri, Eksen I ve II Bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID), Sosyodemografik Form, Belirti Tarama Listesi- 90R ve Beck Depresyon Envanteri verilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma grubunu 246 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan DEHB tanısı alan 39 kişinin 25'i kadın (%64,1), 14'ü erkek (%35,9) ve yaş ortalamaları 27,38±8,3 idi. DEHB'nin erişkin psikiyatri polikliniğindeki yaygınlığı %15,9 olarak bulunmuştur. DEHB olan erişkinlerin genelde eş-tanı problemleri ile başvurduğu saptanmıştır. Major depresyon %43, yaygın anksiyete bozukluğu %23, obsesif kompulsif bozukluk %17 ile en sık eş-tanı olmuştur. Bazı psikiyatrik sorunlar; alkol kötüye kullanımı (%58,9), intihar girişimi (%38,5) DEHB olan hastalarda yüksek oranda saptanmıştır.

**Sonuç:** Erişkin psikiyatri kliniklerine başvuran hastalarda DEHB'nin önemli bir eş tanı olduğunu, ciddi ruhsal sorunlara neden olabileceğini veya var olan ruhsal hastalıkları karmaşıklatabileceği söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** DEHB, eş-tanı, yaygınlık

## SUMMARY

### ADHD in Adult Psychiatric Outpatients: Prevalence and Comorbidity

**Aim:** This study aimed to investigate the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult psychiatric outpatients. Moreover, comorbid psychiatric diagnoses in adults with ADHD were determined. Patients with and without ADHD were compared regarding DSM Axis I-II comorbidity and sociodemographic characteristics.

**Materials and Methods:** The study included patients that presented for the first time to a psychiatric outpatient clinic during a 3-month period and were evaluated for adult ADHD. A sociodemographic form, Wender Utah Rating Scale, Turgay's Adult ADD/ADHD Evaluation Scale, Structured Clinical Interview I and II, Symptom Check List-90-R, and Beck Depression Inventory were administered.

**Results:** The study included 246 patients. Among the 39 patients diagnosed with ADHD, 25 were female (64.1%) and 14 were male (35.9%), and the mean age was 27.38 ± 8.3 years. The prevalence of ADHD in adult psychiatric patients was 15.9%. Adults with ADHD usually presented due to comorbid psychiatric problems; major depression (43%), generalized anxiety disorder (23%), and obsessive-compulsive disorder (17%) were the most common comorbid diagnoses. Substance abuse (58.9%) and attempted suicide (38.5%) were among the most prevalent psychiatric problems.

**Conclusion:** The present findings show that ADHD is an important comorbidity in adult patients that present to psychiatric clinics, and may cause serious mental health problems or complicate mental illness.

**Keywords:** ADHD; comorbidity; prevalence

**Geliş Tarihi:** 16.11.2012 - **Kabul Tarihi:** 18.07.2013

<sup>1</sup>Uzm., Psikiyatri Bl., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa. <sup>2,3</sup>Uzm., Psikiyatri AD., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, <sup>4</sup>Prof., Psikiyatri AD., Medipol Üniv. İstanbul. <sup>5</sup>Uzm., Psikiyatri Bl., Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstanbul.

Dr. Nurhan Fıstıkcı, e-posta: [nurhanfistikci@gmail.com](mailto:nurhanfistikci@gmail.com)

doi: 10.5080/u7255

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk çağı ruhsal hastalıkları arasında en çok çalışılan bozukluklardan birisi olmasına rağmen, erişkin dönemi DEHB hakkında daha az şey bilinmektedir (Yazgan 2007). Çocukluk döneminde DEHB tanısı konanların, çocukluk çağındaki belirtilerinin daha ileriki yaşlarda % 10 ile %79 arasında devam ettiği ve bu oranın çalışmalar arasında farklılık gösterdiği görülmektedir (Shaffer 1994). Araştırmalara göre, çocukluk çağında tanı konan bireylerin %30-70'i ergenlik ve erişkinlik döneminde de belirgin zorluklar göstermeye devam etmektedir (Biederman ve ark. 1996, Mannuzza ve ark. 1991, Cantwell 1996, Spencer ve ark. 1998).

DEHB'nin dünya çapında yaygınlığı çocuklarda %5-10 olarak bildirilmiştir (Faraone ve ark. 2003). Çocukluk dönemindeki yaygınlık ve erişkin dönemde devam etme oranlarından hesaplanan sonuçlara göre DEHB'nin erişkin dönemdeki yaygınlığının %1-6 olduğu tahmin edilmektedir (Wender ve ark. 2001). Yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasında ise erişkin DEHB yaygınlığı %2,5 olarak bulunmuştur (Simon ve ark. 2009). ABD'de yapılan erişkin DEHB sıklığı çalışmasında, 18-44 yaş arası 3199 kişilik ev halkı arasında DEHB sıklığı %4,4 olarak saptanmıştır (Kessler ve ark. 2006).

Ülkemizde erişkin DEHB tanısının genel psikiyatri kliniğinde yaygınlığı konusunda yapılan yeni bir çalışmada yetişkin DEHB sıklığı en az %1,6 olarak saptanmış ve DEHB olgularının SCID-I ile 4'üne (%10,0) alkol bağımlılığı, 5'ine (%12,5) alkol dışı madde bağımlılığı, 14'üne (%35) majör depresif bozukluk, 8'ine (%20) anksiyete bozukluğu eş tanıları konmuştur (Alyanak ve ark. 2011). Ancak bu çalışmada II. eksen tanıları taranmamıştır. Türkiye'de yapılan diğer bir çalışmada ayaktan izlenen erişkin psikiyatri hastalarının %1,6'sının erişkin DEHB tanısı aldığı belirlenmiştir (Özdemiroğlu 2006). Üniversite öğrencilerinden oluşmuş örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş ve erişkin DEHB yaygınlığını saptamaya çalışmış üç çalışmada ise %2,6 ile %15,5 arasında değişen yaygınlık oranları tespit edilmiştir (Tufan ve Yalug 2010). Ülkemizde erişkin DEHB yaygınlığı konusunda önemli sayıda çalışma olmasına rağmen bu çalışmaların çok azı II. Eksen tanılarını incelemiştir. Bu çalışmada söz konusu eksiklik giderilmeye çalışılmıştır. DEHB tanısı alan psikiyatri hastalarının DEHB olmayan psikiyatri hastalarından farklarını bilmek bu ek tanının olası etkilerini belirlemeye yararabilir.

*Bu çalışmanın amacı genel psikiyatri polikliniğine başvuran erişkin hastalar arasında DEHB tanısının yaygınlığını, erişkin dönemdeki DEHB'nin özelliklerini ve bu tanıyı alan erişkin hastaların I. ve II. eksen eş-tanılarını araştırmak ve DEHB hastalarını eş-tanı, klinik ve sosyodemografik özellikler açısından DEHB'si olmayan hastalarla karşılaştırmaktır.*

## YÖNTEM

### Örneklem

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (HNEAH) Psikiyatri polikliniğine 1 Nisan-30 Haziran 2006 tarihleri arasında ilk kez başvuran, daha önce hiçbir psikiyatrik tedavi almamış 470 hasta araştırmanın evrenini oluşturdu. Bunlardan 110 tanesi dışlama ölçütlerine uyduklarından, 30 tanesi DEHB ölçeklerini eksik doldurduğundan değerlendirme dışında bırakıldı. 74 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dışlama ölçütlerini karşılamayan 246 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmaya katılan kişilere çalışmayla ilgili bilgi verildi ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini gösteren yazılı onay alındı. Çalışmanın etik kurul onayı, HNEAH Yerel Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

Organik nedene bağlı psikiyatrik bozukluğu olanlar (s=11), testleri anlamayı ve görüşmeleri engelleyecek derecede zihinsel geriliği olanlar (s=32), psikotik bozukluğu olanlar (s=13), 18 yaş altı ve 60 yaş üstü hastalar (s=44), okuma yazması olmayan hastalar (s=10) çalışmadan dışlanmıştır.

### Uygulama

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve dışlama ölçütlerini taşımayan 246 hastaya çalışmada kullanılan bütün değerlendirme formları verilerek poliklinikte doldurmaları istendi. Daha sonra SCID I ve SCID II görüşmeleri uygulandı. Görüşmeler DEHB konusunda uzman bir çocuk-ergen ve erişkin psikiyatrisi öğretim görevlisinin danışmanlığında araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. DEHB ölçekleri ayrı olarak değerlendirilerek bu ölçeklerden kesme puanı üstünde puan alan hastalar [Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'nden (WUDÖ) 36 puan üstünde alanların sayısı 75, Erişkin DEB/DEHB Değerlendirme Envanteri'nden 1. veya 2. bölümdeki dokuzar sorudan en az altı tanesine 2 veya 3 puan verenlerin sayısı 70] DEHB açısından klinik değerlendirmeye alındı. Hastaların aileleriyle de görüşülerek çocukluklarıyla ilgili bilgi alındı. DEHB ölçeklerinden WUDÖ çocukluk dönemi dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik belirtilerini sorguladığından erişkin dönemi belirtileri için ayrıca Erişkin DEB/DEHB Envanteri (Turgay 1995) uygulandı.

DEHB ölçekleri ve klinik değerlendirme sonrası DEHB tanısı alan 39 hasta olgu grubunu oluşturdu. DEHB olmadığı anlaşılan 207 hasta da kontrol grubunu oluşturdu. Hastalardan yakını ile gelenlere test ve değerlendirmeler ortalama iki saat süren tek bir oturumda yapıldı. Diğerlerine başka bir tarihe randevu verilerek yakınlarıyla da görüşülerek yapıldı.

### Gereçler

*Sosyodemografik Veri Formu:* Olguların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere

araştırmacılar tarafından geliştirilmiş soru formudur. Bu form ile hastaların sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra kişinin aylık geliri, sınıf tekrarı, disiplin cezası alıp almadığı gibi durumlar da sorgulanmıştır.

*Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender-Utah Rating Scale):* DEHB ile ilişkili çocukluk çağındaki belirti ve bulguları değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir. İlk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır (Ward ve ark. 1993). Likert tipinde öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir (Öncü ve ark. 2005).

*Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri:* Bu ölçek Turgay (1995) tarafından geliştirilmiş olup Türkçeye çevrilmesi, uyarlanması, geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Günay ve ark. 2006). Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri geliştirilirken DSM-IV tanı ölçütlerindeki 18 belirti alınarak ölçeğin birinci dikkat eksikliği (DE) ve ikinci aşırı hareketlilik (AH) bölümü oluşturulmuştur. Üçüncü bölüm hazırlanırken DSM-IV'e girmeyen ama konu ile ilgili yapılan ve çeşitli yayınlarda sözü edilen belirtiler alınarak oluşturulmuştur. Puanlamada birinci bölümdeki toplam 9 sorudan en az altı tanesine 2 veya 3 cevabı alınmışsa "Bu kişide dikkat eksikliği vardır." denilmektedir. İkinci bölümde de toplam 9 sorudan en az altısına 2 veya 3 cevabı alınmışsa "Bu kişide aşırı hareketlilik/dürtüsellik vardır." denilmektedir. Üçüncü bölümdeki sorulara verilen cevaplar toplanarak DEB/DEHB ile ilişkili özellikler puanı bulunmaktadır. Uygulama yapılırken hastaya ölçeği verip gerekli açıklamayı yaptıktan sonra kişinin kendi kendisine uygulayabileceği Likert tipinde öz bildirim ölçeğidir.

*Belirti Tarama Ölçeği (Symptom Check List)/(SCL-90R):* Hem klinik hem de araştırma durumlarında, deneklerin ruhsal belirtilerinin dağılımını ve şiddetini belirlemek için ilk kez 1974'te Derogatis tarafından geliştirilmiş ve 1977'de aynı kişi tarafından gözden geçirilmiştir. Ölçek bir öz bildirim ölçeğidir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Ölçeği/BDÖ (Beck Depression Inventory):* Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve güdülenme bileşenlerini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961'de geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde üniversite öğrencileri için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır, kesme puanınının 17 olarak kabul edildiği bildirilmiştir.

*DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview For Dsm-IV Axis I Disorders, Clinician Version)/(SCID-I-CV):* DSM-IV'de yer alan 1. eksen psikiyatrik bozukluk tanımlarını değerlendirmek

üzere hazırlanan yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999).

*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. eksende kişilik bozukluğu tanımlarını koymak amacıyla geliştirilen, hekim tarafından uygulanan bir görüşme yöntemidir (Sorias ve ark. 1990). Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Sorias ve ark. 1990).

## Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler SPSS for Windows 14.0 kullanılarak değerlendirildi. Sayımsal verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında t-testi kullanıldı. Anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edildi. Ki-kare testinde dört gözlü tablolarda beklenen değer 5'in altında olduğu durumlarda Fisher'in kesin testi kullanıldı. Sayım verilerin yüzde değeri alındı.

## BULGULAR

Bu çalışmada 39 hastaya (%15,9) DSM-IV'e göre DEHB tanısı konmuştur. Bu 39 DEHB hastasının 18'i (%46) "dikkatsizliğin ön planda olduğu tip", 4'ü (%10) "aşırı hareketlilik ve dürtüsellliğin ön planda olduğu tip", 17'si (%44) bileşik tip" tanısı almıştır. WUDÖ toplam puanları ortalaması DEHB grubunda  $52,44 \pm 11,92$ ; kontrol grubunda  $25,44 \pm 12,98$  idi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $t = -12,05$ ,  $p < 0,001$ ). Erişkin DEHB Ölçeği toplam puanları ortalaması DEHB grubunda ( $35,41 \pm 7,87$ ) kontrol grubuna ( $16,64 \pm 8,54$ ) göre yüksekti ve farklar istatistiksel olarak anlamlı idi ( $t = -12,72$ ,  $p < 0,001$ ).

DEHB olan hastaların psikiyatri polikliniğine başvuru yakınmaları sırasıyla; "sinirlilik" ( $s = 12$ ), "mutsuzluk" ( $s = 11$ ), "sıkıntı" ( $s = 10$ ), "unutkanlık" ( $s = 6$ ), "dikkatsizlik" ( $s = 4$ ), "hayattan zevk alamama" ( $s = 3$ ), "kendine zarar verme", "ani öfke patlamaları", "uykusuzluk", "çarpıntı", "madde kullanımı", "vücutta ağrı", "intihar girişimi", "çekingenlik", "baş ağrısı", "stres", "huzursuzluk", "kilo problemi", "hareketlilik", "bayılma" şeklindedir. Bazı hastaların başvuru yakınmaları birden fazla olmaktadır.

Otuz dokuz DEHB hastasının yaş ortalaması  $27,38 \pm 8,3$ ; kontrol grubunu oluşturan 207 hastanın yaş ortalaması  $30,97 \pm 8,6$  olup fark istatistiksel olarak anlamlı idi ( $t = 2,4$ ,  $p < 0,05$ ). DEHB tanısı konanlarda ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımları arasında anlamlı fark yoktu ( $\chi^2 = 11,45$ ,  $p = 0,72$ ). İki grubun eğitim durumları arasında da anlamlı fark saptanmadı ( $\chi^2 = 6,41$ ,  $p = 0,09$ ). Okulda disiplin cezası alma DEHB grubunda (%20,5) kontrol grubuna göre (%4,3) daha fazlaydı ve oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi

**TABLO 1.** DEHB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.

		DEHB (s=39)	Kontrol (s=207)	t	p
Yaş (ort±ss)		27,38 ± 8,3	30,97 ± 8,6	2,4	0,01*
				$\chi^2$	p
Cinsiyet	Kadın	25 (%64,1)	125 (%60,3)	11,45	0,72
	Erkek	14 (%35,9)	82 (%39,7)		
Medeni durum	Evli	12 (%30,7)	110 (%53,1)	7,18	0,06
	Bekâr	23 (%58,9)	87 (%42,0)		
	Boşanmış	3 (%7,6)	8 (%3,8)		
	Dul	1 (%2,5)	2 (%1,1)		
Eğitim durumu	İlkokul	10 (%25,6)	73 (%35,3)	6,41	0,09
	Ortaokul	11 (%28,2)	26 (%12,5)		
	Lise	13 (%33,3)	80 (%38,6)		
	Üniversite	5 (%12,9)	28 (%13,6)		
Sınıf tekrarı	Var	14 (%35,9)	55 (%26,5)	19,31	0,2
	Yok	25 (%64,1)	152 (%73,5)		
Okulda herhangi bir disiplin cezası	Var	8 (%20,5)	9 (%4,3)	35,62	0,002*
	Yok	31 (%79,5)	198 (%95,7)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	16 (%41,1)	87 (%42,0)	8,54	0,9
	Çalışmıyor	23 (%58,9)	120 (%58,0)		
Aylık gelir (TL)	Geliri yok	21 (%53,8)	114 (%55,0)	4,04	0,25
	500'den az	8 (%20,5)	22 (%10,6)		
	500-1000	7 (%18,0)	39 (%18,9)		
	1000'den fazla	3 (%7,7)	32 (%15,5)		

\*İstatistiksel olarak anlamlı, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu.

( $\chi^2=35,62, p=0,002$ ). Yasal problemler ile ilgili, DEHB grubunun (%20,5) kontrol grubuna (%7,7) oranla polis ile başının derde girmesi (karakolluk olma) istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $\chi^2=26,8, p=0,03$ ). DEHB olanlarda (%38,5) intihar girişimi öyküsü, kontrol grubuna (%17,3) göre anlamlı olarak daha fazlaydı ( $\chi^2=34,39, p=0,003$ ). Olguların diğer sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Major depresyon, DEHB (%43,5) ve kontrol grubunda (% 34,3) en sık görülen eş-tanı olurken, oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $\chi^2=17,86, p=0,27$ ). DEHB olanlarda distimik bozukluk görülme sıklığı (%15,4) kontrol grubuna göre (%5,8) istatistiksel olarak daha fazladır ( $\chi^2=25,81, p=0,04$ ). Alkol (% 34'e karşı % 59) ve diğer maddelerin kötüye kullanımı (%5,8'e karşı % 18), kontrol grubuna göre DEHB grubunda daha sıklı. Olguların Eksen I tanı dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. DEHB grubunda Eksen I tanıları için 13 kişi (% 33,3) iki eş-tanı, 2 kişi (%5,1) üç-eş tanı ve 1 kişi (%2,6) ise dört eş tanıya birden sahip idi.

II. Eksen tanıları incelendiğinde ise DEHB grubunda 2 kişi (%5,1) iki eş-tanı birden almıştır.

Her iki grubun II. Eksen tanıları karşılaştırıldığında saptanan oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). DEHB grubunun % 56'sında herhangi bir kişilik bozukluğu bulunmazken kontrol grubunda bu oran % 57'dir. Olguların II. Eksen tanı dağılımları Tablo 3'de verilmiştir.

BDÖ ve SCL-90R'nin tüm alt ölçek puanlarında gruplar arası anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Olguların ölçek puanları Tablo 4'de verilmiştir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada genel psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran ve daha önce DEHB tanısı almamış hastalar arasında DEHB tanısının yaygınlığı % 15,9 olarak bulunmuştur. Bu oran ayaktan izlenen erişkin psikiyatri hastalarının incelendiği Özdemiroğlu'nun (2006) çalışmasındaki %1,6 oranından

**TABLO 2.** DEHB ve Kontrol Grubunun Eksen-I Psikiyatrik Hastalık Eş Tanıları.

		DEHB (s=39)	Kontrol (s=207)	$\chi^2$	p
Majör depresyon	Var	17 (%43,5)	71 (%34,3)	17,86	0,27
	Yok	22 (%56,5)	136 (%65,7)		
Distimik bozukluk	Var	6 (%15,4)	12 (%5,8)	25,81	0,046*
	Yok	33 (%84,6)	195 (%94,2)		
Bipolar bozukluk	Var	2 (%5,1)	3 (%1,5)	19,79	0,18
	Yok	37 (%94,9)	204 (%98,5)		
Başka türlü adlandırılmayan depresyon	Var	0	9 (%4,3)	16,33	0,36
	Yok	39 (%100)	198 (%95,7)		
Panik bozukluğu	Var	1 (%2,5)	26 (%12,5)	22,73	0,09
	Yok	38 (%97,5)	181 (%87,5)		
Obsesif kompulsif bozukluk	Var	7 (%18,0)	28 (%13,5)	15,01	0,45
	Yok	32 (%82,0)	179 (%96,5)		
Travma sonrası stres bozukluğu	Var	1 (%2,5)	2 (%1,0)	15,73	0,4
	Yok	38 (%97,5)	205 (%99,0)		
Uyum bozukluğu	Var	3 (%7,7)	13 (%6,3)	11,45	0,72
	Yok	36 (%92,3)	194 (%93,7)		
Sosyal fobi	Var	6 (%15,4)	30 (%14,5)	10,15	0,81
	Yok	33 (%84,6)	177 (%85,5)		
Özgül fobi	Var	2 (%5,1)	23 (%11,1)	16,03	0,38
	Yok	37 (%94,9)	184 (%88,9)		
Yaygın anksiyete bozukluğu	Var	9 (%23,0)	45 (%21,7)	9,83	0,83
	Yok	30 (%77,0)	162 (%78,3)		
Somatizasyon	Var	1 (%2,5)	6 (%3,0)	8,54	0,9
	Yok	38 (%97,5)	201 (%97,0)		
Yeme bozukluğu	Var	1 (%2,5)	4 (%2,0)	14,33	0,5
	Yok	38 (%97,5)	203 (%98,0)		
Alkol kötüye kullanımı	Var	23 (%58,9)	71 (%34,3)	14,88	0,46
	Yok	16 (%41,1)	136 (%65,7)		
Diğer madde kötüye kullanımı	Var	7 (%18,0)	12 (%5,8)	28,81	0,017*
	Yok	32 (%82,0)	195 (%94,2)		

\*İstatistiksel olarak anlamlı, DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu.

oldukça yüksek, Tamam ve arkadaşlarının (2008) bipolar bozukluğu olan olgularda (%16,3) ve Danışman'ın (2007) alkol bağımlılarında bulunduğu orana (%17) daha yakındır. Saptanan bu DEHB oranı, Lomas ve Gartside'in (1999) çalışmalarında saptadıkları oranın (%50) altında olmasına karşın genel nüfus sıklığının üstündedir (Simon ve ark. 2009). Genel nüfus çalışmalarında bildirilen yaygınlık (%1-6) göz önüne alındığında, psikiyatrik hastalıkların ayaktan psikiyatri kliniklerindeki yaygınlığının 3-4 katı yüksek olması normal bir sonuç olarak görülebilir. Yine de bu oran, erişkin dönemde ilk kez başvuran hastalarda yüksek bir oran olarak da kabul edilebilir. DEHB, çocukluk döneminde başlayan ve belirgin işlevsellik kaybıyla seyreden bir bozukluk olduğundan, hastaların çocukluk döneminde bir psikiyatrik yardım almaları

beklenirdi. Çocukluk döneminde başlayan bu bozukluğun çocuğun kişilik özellikleri olarak algılanıp bunlarla yaşama-ya alışmaları, DEHB tanısının yeterince bilinmemesi, erişkin dönemde de DEHB'ye eşlik eden eş-tanılarla başvurmaları çalışmamızdaki bu oranın yüksek olarak saptanmasını açıklayabilir (Yazgan 2007).

DEHB'de aşırı hareketlilik belirtilerinin yaşla birlikte azaldığı ya da diğer ruhsal hastalıklar ile karışabilen değişik görünüm-lerinin olabileceği belirtilmektedir. Bu belirtiler dağınıklık, unutkanlık, çelinebilirlik, akademik ve mesleki başarısızlık şeklinde olmaktadır (Nierenberg ve ark. 2005). Erişkin DEHB hastalarının %90'ından fazlasının aşırı hareketlilikten çok dikkat sorunları nedeniyle başvurduğu gösterilmiştir

**TABLO 3.** DEHB ve Kontrol Grubunun Eksen-II Kişilik Bozukluğu Eş Tanıları.

Kişilik bozukluğu tipi		Kontrol (s=207)	DEHB (s=39)	X <sup>2</sup>	P
Kaçırgan	Var	26 (%12,5)	6 (%15,4)	12,77	0,62
	Yok	181 (%77,5)	33 (%84,6)		
Bağımlı	Var	11 (%5,3)	4 (%10,0)	18,05	0,26
	Yok	196 (%94,7)	35 (%90,0)		
Obsesif kompulsif	Var	40 (%19,3)	4 (%10)	18,24	0,25
	Yok	167 (%80,7)	35 (%90,0)		
Edilgen saldırgan	Var	12 (%5,8)	2 (%5,0)	7,26	0,9
	Yok	195 (%94,2)	37 (%95,0)		
Kendini çelmeleyen (self defeating)	Var	5 (%2,4)	0	7,56	0,94
	Yok	202 (%97,6)	39 (%100)		
Şizoid	Var	0	0	-	-
	Yok	207 (%100)	39 (%100)		
Şizotipal	Var	0	0	-	-
	Yok	207 (%100)	39 (%100)		
Paranoid	Var	4 (%2,0)	0	6,91	0,96
	Yok	203 (%98,0)	39 (%100)		
Histriyonik	Var	12 (%5,8)	2 (%5,0)	5,98	0,98
	Yok	195 (%94,2)	37 (%95,0)		
Narsisistik	Var	16 (%7,7)	2 (%5,0)	11,03	0,75
	Yok	191 (%92,3)	37 (%95,0)		
Sınır	Var	6 (%2,9)	2 (%5,0)	12,90	0,61
	Yok	201 (%97,1)	37 (%95,0)		
Antisosyal	Var	6 (%2,9)	1 (%2,5)	6,91	0,96
	Yok	201 (%97,1)	38 (%97,5)		

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu.

(Schmidt ve Freidson 1990, Wilens ve ark. 2003). Bizim çalışmamızda 39 DEHB hastasının 4'ü (%10) dikkat problemi nedeniyle başvurmuştur. Genel başvuru yakınmalarına bakıldığında hastaların DEHB belirtilerinden daha çok eş tanı şikayetleri ile başvurduğu dikkat çekmektedir. Bu da erişkinlikte aşırı hareketlilik belirtilerinin daha siliği olduğu ve hastaların daha çok eş-tanı durumları ile başvurduğu bilgisini desteklemektedir (Nierenberg ve ark. 2005).

Bu çalışmada DEHB olan hastaların yaş ortalaması 27, kontrol grubunun yaş ortalaması 31'dir. DEHB yaş ilerledikçe kendiliğinden düzelebildiği ve yetişkinler arasında daha çok genç kesimde yaygın olduğu ancak bazı olgularda ileri yaşlarda tanı alacak düzeyde belirti gösterebildiğini desteklemektedir (Bitter ve ark. 2010).

Klinik temelli çalışmalarda, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olduğu tipin okul öncesi ve erken ilköğretim döneminde, bileşik tipin orta öğretim döneminde, dikkatsizliğin ön planda olduğu tipin ise geç ilköğretim ve lise döneminde

görüldüğü bulunmuştur (Lahey ve ark. 1994). Genel olarak DEHB olan bireylerin %50-75'i "bileşik tip", %20-30'u "dikkat eksikliği alt tipi", %15'in altında da "aşırı hareketli/dürtüsel alt tipi" oluşturmaktadır (Wilens ve ark. 2003). Aşırı hareketli alt tipin ileri yaşlarda giderek azaldığı, daha çok dürtüsel forma dönüştüğü; bileşik ve dikkat eksikliği alt tipin belirtilerinin ise azalarak devam ettiği düşünülmektedir (Lalonde ve ark. 1998, Wilens ve ark. 2003). Bizim çalışmamızda 39 DEHB hastasının 18'i (%46) "dikkatsizliğin ön planda olduğu tip", 17'si (%44) "bileşik tip", 4'ü (%10) "aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olduğu tip" tanısı aldı. Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip ve bileşik tip, çalışmamızda genel yazınla uygun olarak erişkinlikte en sık saptanan alt tipler olmuştur (Wilens ve ark. 2003).

Çalışmamızdaki DEHB hastalarının erkek/kadın oranı 3/5 olarak saptandı. DEHB erkeklerde daha sık görülmekle birlikte her iki cinsiyeti de etkileyebileceği belirtilmektedir. Erkek/kız oranı çocuklukta 2/1 ile 10/1 arasında değişebilirken klinik ortamda 6/1 olabilmektedir. Orandaki bu

**TABLO 4.** DEHB ve Kontrol Grubunun WUDÖ, DEB/DEHB Değerlendirme Envanteri, SCL-90R ve BDÖ Puanları.

		DEHB (ort±ss)	Kontrol (ort±ss)	p	t	
WUDÖ	Toplam puan	52,44 ± 11,923	25,44 ± 12,988	p<0,001	-12,05	
	Dikkat eksikliği bölümü toplam puanı	19,51 ± 4,784	9,07 ± 5,305	p<0,001	-11,43	
	Dikkat eksikliği bölümü ölçüt sayısı	7,03 ± 1,871	2,41 ± 2,263	p<0,001	-11,97	
	Hareket bölümü ölçüt sayısı	5,72 ± 2,139	2,03 ± 2,017	p<0,001	-10,36	
DEB/DEHB Değerlendirme Envanteri	Hareket bölümü toplam puanı	15,9 ± 5,009	7,54 ± 5,049	p<0,001	-9,48	
	DEHB toplam ölçüt sayısı	13 ± 3,524	4,41 ± 3,485	p<0,001	-14,08	
	DEHB toplam puanı	35,41 ± 7,876	16,64 ± 8,547	p<0,001	-12,72	
	DEHB özellik toplam puanı	52,58 ± 14,256	30,85 ± 14,972	p<0,001	-8,27	
	Somatik belirtiler	2,18 ± 0,93	1,51 ± 0,86	p<0,001	-4,39	
	Anksiyete	2,36 ± 0,83	1,49 ± 0,84	p<0,001	-5,87	
	Obsesif kompulsif belirtiler	2,51 ± 0,71	1,67 ± 0,79	p<0,001	-6,17	
	Depresif belirtiler	2,49 ± 0,85	1,79 ± 0,89	p<0,001	-4,51	
	SCL-90R	Kişiler arası ilişkilerde duyarlılık	2,60 ± 0,88	1,68 ± 0,92	p<0,001	-5,73
		Psikotik belirtiler	1,76 ± 0,90	1,02 ± 0,71	p<0,001	-5,6
Paranoid belirtiler		2,20 ± 0,86	1,51 ± 0,84	p<0,001	-4,66	
Öfke		2,40 ± 1,10	1,42 ± 0,92	p<0,001	-5,84	
Fobi		1,67 ± 0,97	0,91 ± 0,85	p<0,001	-4,97	
BDÖ		28,76 ± 10,52	18,42 ± 9,85	p<0,001	18,42	

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, SCL-90R: Belirti Tarama Ölçeği, ort±ss: Ortalama±standart sapma.

farklılığın nedeni erkeklerin daha fazla öfke göstermesi ve antisosyal davranışlarının daha fazla olması ile açıklanmaktadır (Goldstein 2002, Turgay 2001, Chang ve ark. 2000). Yazında erişkin dönemdeki DEHB'nin cinsiyetler arası dağılımını bildiren epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır, ancak erişkin yaşamda oranın 1/1 oluşu düşünülmektedir (Smith ve ark. 2002). Bizim bulduğumuz oran bu oranın altındadır.

Hastaların medeni durumu kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bekâr ve boşanan oranı daha fazladır. Beklenenin aksine eğitim durumları, eğitimde sene tekrarı, çalışma durumları, son iki yılda iş değişikliği, gelir düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. DEHB grubunun okulda disiplin cezası alma ve polisle başı derde girme açısından oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha fazladır. 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

ve evlilik yaşamlarında daha fazla sorun yaşadıklarını göstermişlerdir (Faraone ve Antshel 2008). Çalışmamızda kontrol grubunun DEHB olan gruba göre daha yaşlı olması, iki grup arasında eğitim ve gelir düzeyleri gibi özellikler açısından fark bulunmamasına neden olmuş olabilir. Ancak çocukluk ve erişkinlik döneminde disiplin cezası alma ve polisle başı derde girme gibi çeşitli suç eğilimleri belirgin olarak DEHB grubunda daha fazladır ve bu sonuçlarımız Eyestone ve Howel'in (1994) çalışmasıyla benzerdir. Örneğin, yasal problemler ve DEHB ile ilgili olarak 16-64 yaş arası 100 erkek mahkûm ile yapılan bir çalışmada %25 oranında DEHB tanısı konmuştur (Eyestone ve Howel 1994).

Çalışmamızda DEHB grubunda (%59) kontrol grubuna (%34) göre daha fazla oranda alkol ve madde kötüye kullanımını vardır. Alkol kullanımı açısından bu oran istatistiksel olarak anlamlı değilken, madde kullanımı açısından anlamlıdır. DEHB'de alkol ya da madde bağımlılığı eş-tanısı ile ilgili yapılan çalışmalarda % 34 alkol kullanımı, %30 madde kötüye kullanımı bildirilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlar yazın bilgisiyle uyumludur (Faraone ve ark. 2007).

DEHB grubunda intihar girişimi (%29,4) istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda DEHB olan erişkinlerin %10'unda intihar girişimi olduğu, %5'inin de intihar veya kaza sonucu ölmüş olduğu tespit edilmiş 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 (Goldstein 2002, Schmidt ve Freidson 1990). Çalışmamızda DEHB grubunun ve kontrol grubunun, distimik bozukluk dışındaki psikiyatrik tanıları arasında fark olmamasına karşın, intihar girişiminin DEHB grubunda daha yüksek olması, DEHB'nin erişkinlikteki tanı ve tedavisinin önemini göstermektedir.

Eksen- I eş-tanı varlığı açısından bakıldığında DEHB grubunda en sık major depresyon (%43), daha sonra sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu (%23), obsesif kompulsif bozukluk (%18) ve distimik bozukluk (%15) görülmüştür. Çalışmamızda yalnızca distimik bozukluk DEHB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ek tanı varlığı DEHB'de istisna olmaktan çok kural olarak görülmektedir (Masi ve ark. 2006). Çalışmalarda DEHB tanısı alan erişkinlerin %16-31'inin major depresif bozukluk tanısı aldığı (Barkley ve ark. 1996, Biederman ve ark. 1993, Fisher ve ark. 2007), %19-37'sinin distimi tanısı aldığı saptanmıştır (Murphy ve Barkley 1996). Depresyon ve distimik bozukluk, çocukluk çağından itibaren var olan başarısızlık beklentisi ve sosyal ilişki güçlüğüyle bağlantılı "düşük benlik değeri" ve genel mutsuzluğun bir sonucu olabilir. Ayrıca nörogelişimsel bir bozukluğun diğer psikiyatrik bozukluklara yatkınlığı artırıyor olması da eş-tanı oranlarının yüksek olmasının diğer bir nedeni olabilir (Shekim ve ark. 1990, Horing 1998).

Yapılan pek çok çalışma DEHB ve bipolar bozukluğun birlikte görülme oranlarının yüksek olduğunu işaret etmiştir (Tamam ve ark. 2006, 2008, Sentissi ve ark. 2008). Bizim çalışmamızda erişkin DEHB grubunda bipolar bozukluk oranı %5 olarak saptanmıştır. Yakın zamanda ülkemizde Tamam ve arkadaşlarının (2008) bipolar bozukluğu olan 159 hasta ile yaptığı çalışmada erişkin DEHB oranı %16,3 olarak saptanmıştır. Ayrıca, DEHB ek tanısı bipolar bozukluğun seyri ve tedavi yanıtını olumsuz etkilemektedir (Klassen ve ark. 2010). Bu bilgilerin ışığında bipolar bozukluk olgularında DEHB belirtilerinin özenle tespit edilmesi önerilebilir.

Genel toplumda anksiyete bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Bazı kaynaklara göre ise erişkin DEHB hastalarında % 21 yaygın anksiyete bozukluğu, %12 özgül fobi, %11 panik bozukluğu, %7 obsesif kompulsif bozukluk görüldüğü belirtilmiştir (Goldstein

2002, Pary ve ark. 2002). Anksiyete bozukluklarının özellikle dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipte daha fazla görüldüğü düşünülmektedir (Dinn ve ark. 2001). Bu çalışmadaki anksiyete bozuklukları eş-tanısının DEHB eş-tanı çalışmalarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır.

Kişilik bozukluklarıyla birlikteliği açısından bakıldığında ise DEHB grubunun % 56'sında herhangi bir kişilik bozukluğu bulunmazken kontrol grubunda bu oran %57'dir. DEHB grubunda belirlenen en sık ek tanıları kaçınan kişilik bozukluğu (%15), bağımlı (%10) ve obsesif kişilik bozukluğu (%10) olmuştur. Williams ve arkadaşları (2010), 47 erişkin DEHB hastasıyla yaptıkları çalışmada SCID II ile kişilik bozukluğu oranını %62 olarak bulmuştur. Bu çalışmada en sık C kümesi kişilik bozuklukları (%28) tespit edilmiştir. Antisosyal kişilik bozukluğu eş-tanı oranları genel yazında bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur. Bir izlem çalışmasının sonuçlarına göre erişkin dönemde DEHB'lilerin %18'inde (kontrol grubunda %2) antisosyal kişilik bozukluğu eş-tanı saptanmıştır (Mannuzza ve Klein 2000, Barkley 1998). Bu çalışmada dahil edilen çocukların hepsinin erkek olması oranların daha yüksek bulunmasının nedeni olabilir. Bizim çalışmamızda kadın hastaların çoğunlukta olması ve dikkat eksikliği alt tipinin aşırı hareketlilikle seyreden alt tipe göre daha sık bulunması antisosyal kişilik bozukluğunun düşük bulunmasının nedeni olabilir (Miller ve ark. 2007).

SCL-90R BDÖ puanları da DEHB grubunda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, DEHB belirtilerinin şiddeti arttıkça depresyon, bunaltı ve genel psikopatoloji şiddetinin de arttığına işaret etmektedir.

DEHB'li olgular rahatsızlıklarından dolayı ölçekleri eksik doldurma eğiliminde olabilirler. Ölçekleri eksik dolduran 30 hastanın SCID görüşmelerinin yapılmamış olması bir kısıtlılıktır. Dışlanan hastaların içerisinde ölçek puanlarından kesme puanlarını geçemedikleri halde DEHB tanısı olanlar da olabilir. Bu hastalar ile tanı koydurucu görüşme yapılmaması bir başka eksikliklerdir. DEHB ve kontrol gruplarının yaş ortalamasının eşit olmaması çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Ancak, diğer bir olasılık ile DEHB ek tanısı ruhsal belirtilerin şiddetini artırarak erken başvuruya veya eş-tanlı hastalıkların erken başlangıcına yol açıyor da olabilir. Bu eksikliklere rağmen olguların II. Eksen tanılarının da incelenmesi ve kontrol grubu içermesi çalışmamızın değerli yönleridir.

Sonuç olarak erişkin psikiyatri kliniklerine başvuran hastalarda DEHB'nin önemli bir eş-tanı olduğu, ciddi ruhsal sorunlara neden olabileceği veya olan ruhsal hastalıkları karmaşıklatabileceği söylenebilir. Bu çalışma erişkin DEHB'nin önemli bir klinik durum olduğunu, hekimin bu tanı hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini belirlemiştir.



## KAYNAKLAR

- Alyanak FÖ, Yargıç İ, Oflaz S (2011) Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi* 48:119-24.
- Barkley RA (1998) Development course, adult outcome, and clinic-referred ADHD-adults. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment, 2. Baskı, RA Barkley (Ed.), New York: Guilford. s. 186-224.
- Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D (1996) Psychological Adjustment and Adaptive Impairments in Young Adults with ADHD. *JAD* 1:41-54.
- Biedermann J, Faraone S, Millberger S ve ark (1996) A prospective 4-year follow-up study of attention deficit hyperactivity and related disorders. *Arc Gen Psychiat* 53:437-46.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T ve ark. (1993) Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiat* 150:1792-8.
- Bitter I, Simon V, Bálint S ve ark. (2010) How do different diagnostic criteria, age and gender affect the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults? An epidemiological study in a Hungarian community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260:287-96.
- Cantwell DP (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Psy* 35:978-87.
- Chang KD, Steiner H, Ketter TA (2000) Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Psy* 39:453-60.
- Dağ İ (1991) Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2:5-12.
- Danışmant BS (2007) Alkol/madde bağımlılarında erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. yayımlanmamış uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RSHH Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Dinn WM, Robbins NC, Harris CL (2001) Attention deficit/hyperactivity disorder, neuropsychological correlates and clinical presentation. *Brain Cogn* 11:114-21.
- Eyestone LL, Howel RJ (1994) An epidemiological study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 22:181-193.
- Faraone SV, Antshel KM (2008) "Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults." *World Psychiatry* 7:131-6.
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C ve ark. (2003) The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2:104-13.
- Faraone SV, Wilens TE, Petty C ve ark. (2007) Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addiction* 16 (Suppl. 1): 24-32.
- Fischer AG, Bau CHD, Grevet EH ve ark. (2007) The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatric Res* 41:991-6.
- Goldstein S (2002) Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. *Clinician's Guide to Adult ADHD Assessment and Intervention*. Academic Pres, California, USA.
- Günay Ş, Savran C, Aksoy UM ve ark. (2006) 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.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Derg* 7:3-13.
- Horing M (1998) Addressing comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 59 (suppl. 7): 6-75.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R ve ark. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiat* 163:716-23.
- Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P (2010) Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *J Affect Disorders* 124:1-8.
- Lomas B, Gartside P (1999) ADHD in adult psychiatry outpatients. *Psychiat Serv* 50:705.
- Lahey BB, Applegate B, McBurnett K ve ark. (1994) DSM-IV field trials for attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Am Aca Child Psy* 33:1673-85.
- Lalonde J, Turgay A, Hudson J (1998) Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and comorbid disruptive behaviour disorder in a child and adolescent mental health clinic. *Can J Psychiat* 43:623-8.
- Mannuzza S, Klein G, Bonagura N ve ark. (1991) Hyperactive boys almost grown up, ii: status of subjects without a mental disorder. *Arch Gen Psychiat* 48:77-83.
- Mannuzza S, Klein RG (2000) Long term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adol Psych Cl* 9:711-26.
- Masi G, Perugi G, Toni C ve ark. (2006) Attention-deficit hyperactivity disorder -bipolar comorbidity in children and adolescents. *Bipolar Disord* 8:373-81.
- Miller TW, Nigg JT, Faraone SV (2007) Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol* 116:519-28.
- Murphy KR, Barkley RA (1996) Attention deficit Hyperactivity disorder in adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiat* 37:393-401.
- Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T ve ark. (2005) 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 Psychiat* 57:1467-73.
- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V (2005) Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 16:252-9.
- Özdemiroğlu F (2006) Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu'na eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M (1999) DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-6.
- Pary R, Lewis S, Matuschka PR ve ark. (2002) Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Ann Clin Psychiatry* 14:105-111.
- Schmidt K, Freidson S (1990) Atypical outcome in attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Psy* 29:566-70.
- Sentissi O, Navarro JC, De Oliveira H ve ark. (2008) Bipolar disorders and quality of life: the impact of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse in euthymic patients. *Psychiat Res* 161:36-42.
- Shaffer D (1994) Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiat* 44:260-8.
- Shekim WO, Asarnow RF, Hess E ve ark. (1990) A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiat* 31:416-25.
- Simon V, Czobor P, Balint S ve ark. (2009) Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiat* 194:204-11.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. (1990) DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu(SCID II). Ege Üniversitesi.
- Smith BH, Pelham WE, Gnagy E ark. (2002) The reliability, validity and unique contributions of self-report by adolescents receiving treatment for attention deficit hyperactivity disorder. *J Consul Clin Psych* 68:489-99.
- Spencer TJ, Biedermann J, Wilens T ve ark. (1998) Adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnoses. *J Clin Psychiat* 59:59-68.
- Tamam L, Tuğlu C, Karatas G ve ark. (2006) Adult attention deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci* 60:480-5.
- Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N (2008) Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258:385-93.
- Tufan AE, Yalug I (2010) Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 11:351-9.
- Turgay A (1995) DSM IV'e Dayalı Erişkin Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği (yayımlanmamış ölçek) Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada.

- Turgay A (2001) Diagnosing and treating ADHD in adults. *The Canadian J of CME* 2:182-90.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiat* 150:885-90.
- Wender P, Wolf L, Wasserstein J (2001) Adults with ADHD: An overview. *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. New York Academy of Science Annals 931:1-16.
- Wilens TE, Biederman J, Wozniak J ve ark. (2003) Can adults with attention-deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biol Psychiat* 54:1-8.
- Williams ED, Reimherr FW, Marchant BK ve ark. (2010) Personality disorder in ADHD Part 1: Assessment of personality disorder in adult ADHD using data from a clinical trial of OROS methylphenidate. *Ann Clin Psychiatry* 22:84-93.
- Wolf LE, Wasserstein J (2001) *Adult ADHD: Concluding thoughts*. New York Academy of Science Annals 931:396-408.
- Yazgan Y (2007) Hiperaktif çocuk büyüdüğünde (yetişkinlikte) dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 3:45-55.