



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

**DEPRESYON VE/VEYA ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILARI
OLAN KADINLARDA, ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞ TANI SIKLIĞI;
SOSYODEMOGRAFIK, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE AŞIRI
ODAKLANMA İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Hazal YAVUZLAR CIVAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2021



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ

**DEPRESYON VE/VEYA ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILARI
OLAN KADINLARDA, ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞ TANI SIKLIĞI;
SOSYODEMOGRAFİK, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE AŞIRI
ODAKLANMA İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Hazal YAVUZLAR CIVAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Tonguç Demir BERKOL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2021

I.TEŞEKKÜR

Psikiyatri asistanlığımın ilk gününden beri desteğini esirgemeyen, bilgisinden ve tecrübelerinden her zaman yararlandığım *Prof. Dr. Nazan AYDIN'a*,

Tez süreci boyunca desteğini hep hissettiğim tez danışmanım *Doç. Dr. Tonguç Demir BERKOL'a*, tezimin düzenlenmesinde tecrübesinden yararlandığım *Doç. Dr. Mehmet Can Ger'e*,

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle klinik şefimiz *Uzm. Dr. Şahap Nurettin Erkoç'a*,

Rotasyonlarım boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım; *Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Münevver YILDIRIM, Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ, Uzm. Dr. Sencer TABAKÇI, Doç. Dr. Ayhan KÖKSAL ve Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'e*,

Tecrübelerini paylaşmaktan sakınmayan hem mesleki hem de kişisel anlamda çok değerli desteklerini hissettiğim *Doç. Dr. Buket BELKIZ GÜNGÖR'e, Uzm. Dr. Ayça Öngel ATAR'a ve Uzm. Dr. Nalan ÖZTÜRK'e*,

Asistanlık eğitimimde çok şey öğrendiğim *Prof. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN'a*, akademik bilgisinden yararlanma fırsatı bulduğum *Doç. Dr. Esra YAZICI'ya*,

Tıp fakültesinden beri bana olan inançlarını hiç kaybetmeyen, hala yanımda olan hocalarım *Prof. Dr. Vahide SAVCI'ya ve Prof. Dr. Gürsel SAVCI'ya*,

Sayesinde başka koşullarda da hayatın mümkün olduğuna inancımı kaybetmediğim *Dr. Öğr. Üyesi Oğuz Omay'a*,

Tezimin istatistiğinde yardımlarını esirgemeyen epidemiyoloji uzmanı *Prof. Dr. Selim KILIÇ'a*,

Bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan *anneme ve babama*,

Her zaman, her koşulda bana destek olan *eşime* ve mutluluk kaynağım biricik *kızıma*,

Teşekkür ederim.

Dr. Hazal YAVUZLAR CIVAN

İstanbul, 2021

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. ÖZET.....	v
IV. ABSTRACT.....	vii
V. KISALTMALAR	ix
VI. TABLO LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB).....	3
2.1.1 Tarihçe	3
2.1.2 Epidemiyoloji.....	3
2.1.3 Etiyoloji	4
2.1.4 DEHB DSM-5 Tanı Kriterleri	4
2.1.5 Yaşam Boyu DEHB.....	6
2.1.6 DEHB ve Cinsiyet Farklılıkları	7
2.1.7 Eş Tanı	8
2.1.8 Tedavi	8
2.2 DEPRESYON BOZUKLUKLARI	9
2.2.1 Tarihçe	9
2.2.2 Epidemiyoloji.....	11
2.2.3 Majör Depresyon DSM-5 Tanı Kriterleri	11
2.2.4 Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) DSM-5 Tanı Kriterleri	13
2.2.5 Depresyon Bozuklukları ve DEHB.....	14
2.3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	14
2.3.1 Tarihçe	14
2.3.2 Epidemiyoloji.....	15
2.3.3 Panik Bozukluk DSM-5 Tanı Kriterleri.....	16
2.3.4 Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-5 Tanı Kriterleri	17
2.3.5 Agorafobi DSM-5 Tanı Kriterleri.....	18
2.3.6 Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri.....	19

2.3.7	Anksiyete Bozuklukları ve DEHB.....	20
2.4	AŞIRI ODAKLANMA	20
2.4.1	Aşırı Odaklanma ve DEHB	21
3.	GEREÇLER VE YÖNTEMLER.....	22
3.1	ARAŞTIRMA MODELİ	22
3.2	ÇALIŞMA EVRENİ	22
3.3	ÖRNEKLEM.....	22
3.4	ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ	22
3.5	ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ	22
3.6	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
3.6.1	Sosyodemografik Veri Formu	23
3.6.2	Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	23
3.6.3	Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	23
3.6.4	Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)	23
3.6.5	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (EDEHBÖ).....	24
3.6.6	Aşırı Odaklanma Ölçeği (AOÖ).....	24
3.6.7	SCID-5-CV	25
3.7	İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	25
4.	BULGULAR.....	26
4.1	SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	26
4.2	KLİNİK ÖZELLİKLER.....	28
4.3	DEHB EŞ TANILI HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ	32
4.4	DEHB EŞ TANISI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	36
4.5	DEHB EŞ TANISI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN UYGULANAN ÖLÇEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	42
4.5.1	DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Beck Depresyon Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması	43
4.5.2	DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Beck Anksiyete Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması	44

4.5.3 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların WUDÖ’ye Göre Karşılaştırılması	44
4.5.4 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Aşırı Odaklanma Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması	47
4.5.5 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması	49
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇLAR.....	62
7. KAYNAKLAR	65



III. ÖZET

DEPRESYON VE/VEYA ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILARI OLAN KADINLARDA, ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞ TANI SIKLIĞI; SOSYODEMOGRAFIK, KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE AŞIRI ODAKLANMA İLE İLİŞKİSİ

Dr. Hazal YAVUZLAR CIVAN

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı en az bir depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı olan kadın hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) eş tanı sıklığını tespit etmek ve bu eş tanı varlığının sosyodemografik, klinik özellikler ve aşırı odaklanma ile ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya 170 kadın hasta dahil edilmiştir. Polikliniklere başvuran depresyon veya anksiyete tanılarında en az biri olan kadın hastalara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) doldurtulmuştur. BDÖ 17 ve üzeri veya BAÖ 16 ve üzeri puanı olanlara Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği, Aşırı Odaklanma Ölçeği ve Erişkin DEHB Ölçeği doldurtulup SCID-5-CV ile değerlendirmeye alınmıştır. DEHB eş tanısı olanlar ile olmayanlar sosyodemografik, klinik özellikler ve aşırı odaklanma deneyimleri açısından karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: DEHB eş tanı sıklığı %19,6 (n=33) bulundu. Bunların yarısı daha önce DEHB tanısı (%8,82, n=15) ya da uygun tedavi (%10, n=17) almamıştı. DEHB eş tanısı olanların %48,5'i (n=16) dikkat eksikliği baskın (DEHB-DE), %6,1'i (n=2) aşırı hareketlilik baskın (DEHB-AH), %48,5'i (n=15) ise bileşik görünüm (DEHB-B) olarak saptandı. DEHB-DE olanların %56,3'ünün, DEHB-B olanların ise %40'ının daha önce tanı almadığı görüldü. DEHB-AH olan 2 hasta da daha önce tanı almıştı. DEHB eş tanısı olanların eğitim düzeyinin, akrabalarında DEHB tanısının, sık iş değiştirmesinin istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek, psikiyatriye ilk başvuru yaşlarının daha düşük olduğu bulundu. DEHB eş tanısının %46,4 (n=13) ile en sık sosyal anksiyete bozukluğuna (SAB), sonra sırasıyla %35,1 (n=13) ile distimiye,

%25,5 (n=25) ile yaygın anksiyete bozukluğuna (YAB), %20,3 (n=26) ile majör depresyona eşlik ettiği bulundu. DEHB eş tanılılarda çifte depresyon istatistiksel anlamlı yüksek bulundu. DEHB olmayanlarda aşırı odaklanmanın DEHB belirtileriyle pozitif korelasyon gösterdiği bulundu.

SONUÇ: Depresyon ve anksiyete bozuklukları olan kadınlarda DEHB sıktır. DEHB'deki dikkat eksikliği belirtileri kolaylıkla atlanabilir. Özellikle SAB, distimi, YAB, çifte depresyonu olan kadınlarda DEHB sorgulanmalıdır. Aşırı odaklanma DEHB'de yüksektir ancak DEHB'ye özgü değildir.

Anahtar Kelimeler: DEHB, Eş Tanı, Depresyon, Anksiyete, Aşırı Odaklanma

IV. ABSTRACT

FREQUENCY OF ADULT ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER COMORBIDITY IN WOMEN WITH DEPRESSION AND/OR ANXIETY DISORDER; ITS ASSOCIATION WITH SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, CLINICAL FEATURES AND HYPERFOCUS

Dr. Hazal YAVUZLAR CIVAN

AIM: It is aimed to evaluate the frequency of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) comorbidity in women with at least one depression or anxiety disorder and to investigate the association between ADHD comorbidity and sociodemographic characteristics, clinical features and hyperfocus.

MATERIALS AND METHODS: 170 female patients were included in this study. Female patients who applied to outpatient clinics with at least one depression or anxiety disorder completed Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Patients having 17 or more scores in BDI or 16 or more scores in BAI completed Wender Utah Rating Scale, Hyperfocus Scale and Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale and were interviewed with SCID-5-CV. Sociodemographic characteristics, clinical features and hyperfocus experiences were compared between the patients with and without ADHD.

RESULTS: The frequency of ADHD comorbidity was %19,6 (n=33). Half of them had never been diagnosed (%8,82, n=15) ADHD or treated (%10, n=17) properly. %48,5 of ADHD patients (n=16) had inattentive presentation (ADHD-I), %6,1 had (n=2) hyperactive/impulsive presentation (ADHD-HA) and %48,5 had (n=15) combined presentation (ADHD-C). %56,3 of ADHD-I patients and %40 of ADHD-C patients had never been diagnosed ADHD while all 2 of ADHD-HA patients had been diagnosed before. In ADHD comorbidity educational status, ADHD diagnosed relatives and frequent work changes were statistically significantly higher but first psychiatric application ages were lower. ADHD comorbidity was most frequent in

social anxiety disorder (SAD) with %46,4 (n=13), dystymia with %35,1 (n=13), generalized anxiety disorder (GAD) with %25,5 (n=25) and major depression with %20,3 (n=26). Double depression was statistically significantly higher in ADHD comorbidity. Hyperfocus scores were significantly higher in ADHD comorbidity. Hyperfocus scores were positively correlated with ADHD traits in patients without ADHD comorbidity.

CONCLUSION: ADHD is frequent in female patients with depression or anxiety disorders. Inattentive symptoms of ADHD can easily be missed. ADHD should be examined in female patients especially with SAD, dystymia, GAD and double depression. Hyperfocus experiences are high in ADHD but not specific to the disorder.

Key Words: ADHD, Comorbidity, Depression, Anxiety, Hyperfocus

V. KISALTMALAR

AB	: Anksiyete Bozukluğu
AO	: Aşırı odaklanma
AOÖ	: Aşırı Odaklanma Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DB	: Depresyon Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm
DEHB-DE	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği Baskın Görünüm
DEHB-AH	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aşırı Hareketlilik Baskın Görünüm
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDEHB-AH	: Erişkin DEHB Ölçeği Aşırı Hareketlilik Bölümü
EDEHB-DE	: Erişkin DEHB Ölçeği Dikkat Eksikliği Bölümü
EDEHB-S	: Erişkin DEHB Ölçeği Sorun Bölümü
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WUDÖ	: Wender Utah Değerlendirme Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların yaş dağılımları	26
Tablo 2: Hastaların sosyodemografik özellikleri	27
Tablo 3: Anne eğitim durumu ile ilk psikiyatrik başvuru yaşı arasındaki ilişki	28
Tablo 4: Baba eğitim durumu ile ilk psikiyatrik başvuru yaşı arasındaki ilişki.....	28
Tablo 5: Hastaların klinik özellikleri	29
Tablo 6: Tanı gruplarının sıklığı	30
Tablo 7: Tanıların sıklığı.....	30
Tablo 8: Hastaların tanılarına göre gruplanması	31
Tablo 9: BDÖ, BAÖ, AOÖ ile EDEHBÖ-DE ve EDEHBÖ-AH arasındaki ilişki ..	32
Tablo 10: AOÖ ve yaş arasındaki ilişki	32
Tablo 11: DEHB görünümüne göre disipline gitme öyküsü dağılımları.....	33
Tablo 12: DEHB hastalarının hastalık görünümüne göre dağılımları	33
Tablo 13: DEHB görünümünün daha önce tanı alma durumları	34
Tablo 14: DEHB görünümüne göre DEHB tedavi öyküsü.....	34
Tablo 15: Tanı gruplarına göre DEHB eş tanı sıklığı	35
Tablo 16: Tanılara göre DEHB eş tanı sıklığı.....	35
Tablo 17: DEHB hastalarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının dağılımı	36
Tablo 18: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların yaş dağılımları.....	36
Tablo 19: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	37
Tablo 20: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların psikiyatriye ilk başvuru yaşları	40
Tablo 21: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalarda çifte depresyon görülme sıklıkları.....	40
Tablo 22: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalarda BDÖ, BAÖ ve AOÖ ile EDEHBÖ-DE ve EDEHBÖ-AH arasındaki ilişki	41
Tablo 23: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalarda AOÖ ve yaş arasındaki ilişki	41
Tablo 24: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların uygulanan ölçeklere göre karşılaştırılması (normal dağılıma uyanlar)	42

Tablo 25: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların uygulanan ölçeklere göre karşılaştırılması (normal dağılıma uymayanlar)	43
Tablo 26: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların BDÖ karşılaştırmalarında anlamlı farklılık saptanan maddeler	44
Tablo 27: WUDÖ faktörlerine göre DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması	45
Tablo 28: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların WUDÖ yanıtlarının karşılaştırılması	45
Tablo 29: AOÖ faktörlerine göre DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması	47
Tablo 30: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların AOÖ yanıtlarının karşılaştırılması	48
Tablo 31: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların EDEHBÖ-S yanıtlarının karşılaştırılması	49

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken başlangıçlı, dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize, yaşam boyu sürebilen nörobiyolojik bir hastalıktır (1). Büyük bir halk sağlığı problemi olarak nitelendirilmiş, aileler ve toplum açısından ciddi ekonomik yük getiren ve etkilenen bireylerin hayatını geniş çapta etkileyen olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (2-4). DEHB vakalarının 2/3'ünde bozukluk erişkinlikte de devam etmektedir (5). Çalışmalarda kız çocuklarının, DEHB tanısı aldığına erkeklere göre daha çok dikkat eksikliği baskın tip olarak tanı aldığını bulunmuştur (6-8). Hastalığın görünümünün bir sonucu olarak DEHB olan kız çocuklarının 'sessiz azınlık' olarak kaldıkları düşünülmektedir (9). Özellikle de DEHB olan kızlar erkeklere göre daha az yıkıcı davranışlar gösterdiklerinden eğer sadece dikkat eksikliği belirtileri gösterirlerse daha çok ihmal edilme eğilimindedirler (10).

"Hiperfokus" yani aşırı odaklanma (AO), özellikle ilgiyi çeken konudan başka bir konuya dikkati kaydırmada güçlü, "kilitlenme hali" olarak tanımlanmış bir durumdur (11). Bu durum sıklıkla kişinin ilgisini çeken konularda meydana gelmektedir ve kişiler etrafa ilgilerini kaybederek saatler boyu bu şeyleri yapmayı sürdürebilmektedirler (11, 12). DEHB'de dikkatin odaklanmasında ve sürdürülmesinde olduğu kadar aşırı odaklanma durumunda olduğu gibi dikkatin kaydırılmasında da sorunlar yaşanmaktadır. Bu sebeple aşırı odaklanmanın dikkat bozukluğu temelinde meydana geldiği ve DEHB'de "dikkat eksikliği" yerine "dikkat bozukluğu" teriminin kullanılmasının uygun olacağı öne sürülmektedir (12).

Depresyon bozukluğu olan hastaların %40-70'inin en az bir anksiyete bozukluğu için tanı kriterlerini sağladığı bulunmuştur (13-16). Anksiyete bozukluğu olanlarda ise %63 oranında depresyon bozukluğu eş tanısı olduğu bulunmuştur (16). Anksiyete ve depresyon bozuklukları DEHB'ye sıklıkla eşlik eden tanılardır (17-23). Üç ve üzerinde eş tanının birlikte görülmesi DEHB ile ilişkili gösterilmiştir (24). DEHB olan bireylerde yaklaşık %50-87 oranda bir eş tanı görülürken yaklaşık %33'ünde ise iki ya da daha fazla eş tanının birliktelik gösterdiği bulunmuştur (21, 22). Erişkinlikte DEHB tanısı konmasının önündeki temel zorluk yüksek oranda görülen eş tanıdır (25). DEHB'de %50-75 arasında eş tanı görülmesi ve DEHB

semptomlarının diğ er psikiyatrik hastalıkların özgü olmayan semptomlarla örtüşmesi, erişkin DEHB'nin tanınması ve uygun tedavi ba  lanmasında engel oluşturmaktadır (26). Eş tanı yalnızca DEHB tanısını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda tedavi seçenekleri, tedavi direnci, tedavi yanıtı, i   görüş ve takiplerin devamlılığını da etkilemektedir (27). Bu tez çalışmasında polikliniklere başvuran depresyon veya anksiyete bozukluklarından en az biri olan kadınlarda DEHB eş tanı sıklığının hesaplanması, DEHB olanlar ile olmayanlar arasında sosyodemografik, klinik özelliklerin ve aşırı odaklanma deneyimleri açısından farklılıkların araştırılması hedeflenmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

2.1.1 Tarihçe

Bugünkü adıyla DEHB olarak tanımlanan durum aslında yüzyıllardır var olmakla birlikte tıbbi bir durum olduğunun farkına varılması son yüzyılda olmuştur. İlk kez 1902 yılında Royal College of Physicians'ta ders vermekte olan İngiliz pediatrist Dr. George Frederick Still tarafından tanımlanmıştır. Bu durumun ahlaki çökkünlükten ya da kötü ebeveynlikten değil kalıtımsallıktan ya da doğum travmasından kaynaklanabileceği fikrini ortaya atmıştır (28). Sonraki yıllarda bu bozukluk aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve motor aktivite ile giden “hiperkinetik sendrom”, “minimal beyin hasarı”, “fizyolojik hiperaktivite” olarak adlandırılmıştır (1).

DEHB'nin ilk kez DSM sınıflamasına eklenmesi DSM-II ile olmuş, bozukluğun motor bileşenine vurgu yapılarak “Çocukluğun Aşırı Hareketlilik Tepkisi”, “Hyperkinetic Reaction of Childhood” olarak adlandırmıştır (29). DSM-III ise bozukluğu aşırı hareketlilik ile giden ve aşırı hareketlilik ile gitmeyen olarak ikiye ayırmıştır (30). Ancak DSM-III-R değişen şiddette aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bir arada ele alarak tek boyutlu yaklaşıma geri dönmüştür (31). DSM-IV ve DSM-IV-TR ise dikkat eksikliğini DEHB'nin bir bileşeni olarak belirtmiş ve dikkat eksikliği baskın, aşırı hareketlilik-dürtüsellik baskın ve bileşik tip olmak üzere alt tiplerini tanımlamıştır (32, 33). DSM-5'te ise alt tip (subtype) terimi yerine görünüm (presentation) terimi kullanılmıştır. DSM-IV'te yaş kriteri 7 iken DSM-5'te 12 olarak belirlenmiş ve bozukluğun kanıtı ifadesi, semptomların kanıtı olarak değiştirilmiştir. DSM-5'te ilk kez erişkinlerdeki ve ergenlerdeki semptomların görünüş şekilleri ele alınmıştır. Erişkinlikteki dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerinde tanı için gereken kriter sayısı 6'dan 5'e düşürülmüştür (34).

2.1.2 Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda DEHB'nin prevalansı farklılık göstermekte olsa da toplum araştırmaları DEHB'nin çoğu kültürde çocukların yaklaşık %5'inde, erişkinlerin de yaklaşık %2,5-5'inde olduğunu belirtmektedir (34, 35). Erişkin hastaların 1/3'ünden azının DEHB tanısı aldığını gösterilmiştir (35). Prevelanslardaki

farklılıkların sebebinin ise coğrafi konumlardan ziyade çalışmalarda kullanılan metodolojik özelliklerden kaynaklandığı belirtilmektedir (8, 36). DEHB yaygınlığı ile yaş arasında ters orantı olduğu bildirilmiştir (37). DEHB tanısı alan bireylerin %50-66'sında hastalığın yetişkinlik döneminde de devam ettiği bulunmuştur (8).

Erkeklerde kadınlara göre DEHB daha yaygın görülmektedir. Ancak bozukluk görünümüne göre incelendiğinde hem kız çocuklarında hem de kadınlarda dikkatsizliğin baskın olduğu görünümün daha sık olduğu bulunmuştur (8).

2.1.3 Etiyoloji

DEHB güçlü genetik kanıtları olan kompleks bir etiyolojiye sahip multifaktöriyel bir bozukluktur (38). Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, İskandinavya ve Avrupa Birliği'nde yapılmış olan 20 ikiz çalışması incelenerek ortalama genetik geçiş oranı %76 olarak bulunmuş olup DEHB'nin psikiyatrik bozukluklar içinde en yüksek kalıtsallık oranına sahip olduğu gösterilmiştir (38). Çalışmalarda DEHB'li bireylerde bulunan özgül bir genotip ile dopamin taşıyıcısı arasındaki ilişki bildirilmektedir (39). Aile temelli ve vaka kontrol çalışmalarının her ikisinde de dopamin D4 reseptör (DRD4) geni 7 tekrar alleli ile DEHB arasında küçük fakat istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur (40). DEHB ile ilişkili olabilecek diğer aday genler ise norepinefrin ve serotonin sistemlerinde tanımlanmıştır (41).

Bazı çalışmalar gebelikte alkol ve sigara maruziyeti, düşük doğum ağırlığı ve psikososyal güçlüklerin DEHB için ek bağımsız risk faktörleri olduğunu bildirmektedir (42, 43). Toksemi, eklampsi, kötü anne sağlığı, anne yaşı, fetal postmatürite, doğum süresinin uzunluğu, fetal distres, düşük doğum ağırlığı, antepartum hemoraji gibi gebelik ve doğum komplikasyonlarının da DEHB'ye yatkınlığı artırdığı bulunmuştur (44).

2.1.4 DEHB DSM-5 Tanı Kriterleri

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

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 ya da daha çok belirti, en az 6 aydır sürmektedir (Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17

yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir).

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

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 ya da daha çok belirti, en az 6 aydır sürmektedir:

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
- b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).
- d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e. Çoğu kez, her an hareket halindedir.
- f. Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtı yapıştırır.
- h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.
- i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmanlı tutumun ya da

verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. 17 yaş ve büyüklerde en az 5 belirti olması gerekir.

B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

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

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

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

Belirtiniz:

Bileşik görünüm: Son 6 ay içinde hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son 6 ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son 6 ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

2.1.5 Yaşam Boyu DEHB

Gelişim boyunca dikkatsizlik semptomları görece daha stabil kalırken yaşla birlikte hiperaktivite/dürtüsellik semptomları azalma gösterir. Başta DEHB-B kriterlerini karşılayan bireyler yaşları ilerledikçe hiperaktivite/dürtüsellik semptomları tanısız eşik altına düştüğünden DEHB-D'ye dönebilirler (8). Okul öncesi dönemde ise DEHB-AH kriterlerini karşılayan bireyler, okulda dikkat gerektiren görevlerin artmasıyla dikkatsizlik semptomlarının daha fark edilebilir ve işlevselliği bozar hale gelmesiyle DEHB-B'ye dönebilirler (8).

DEHB'nin süreğenliğinin daha çok psikiyatrik eş tanı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (21, 45, 46). Benzer şekilde tanı almadan geçen her yıl ikincil duygusal problemlere, ilişki zorluklarına ve başarısızlık hissine neden olmaktadır (47). Semptomlara bağlı olarak işte ya da okulda kötü performans göstermek başarısızlık hissi ya da depresyona yol açabilmektedir (25). Hastalığın sürekliliğinden bağımsız olarak DEHB belirgin akademik bozulma ile ilişkili görünmektedir (45). Ayrıca çocuk ve ergenlerde stimülan tedavinin, ileri yaşta madde kullanım sorunlarına karşı

koruyucu etkisi gösterilmiştir (48).

2.1.6 DEHB ve Cinsiyet Farklılıkları

Klinik örnekleme çocuklukta DEHB erkek: kız oranının 10:1'e kadar yükseldiği, toplum örnekleminde ise oranın 3:1'e kadar düştüğü, erişkin dönemde ise 1,6:1'e kadar düştüğü gösterilmiştir (8, 18, 49). Yapılan çalışmalarda dürtüsellik/hiperaktivite özelliklerinin hem çocukluk hem erişkinlikte erkeklerde daha yüksek olduğu, dikkat eksikliğinin ise kız çocukları ve kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (50). Bazı yazarlar klinik örneklemedeki erkek oranının fazla olmasını, hiperaktivite ve dürtüsellik kaynaklı gösterdikleri yıkıcı davranışlar nedeniyle tedavi arayışının daha fazla olmasıyla açıklamaktadır (10).

Cinsiyet her ne kadar erişkin DEHB'de farklılık göstermese de tanıyı ve tedaviyi etkileyebilir (25). Araştırmalar kadınlarda belirgin olarak daha nadir tanı konulduğunu göstermektedir (51, 52). Bunun üç temel sebebi vardır: geç başlangıç, kadınlardaki farklı görünüm ve DSM kriterleri. DSM kriterlerine yönelik eleştiriler, semptomların her zaman 7 yaşından önce başlamadığı, birçok dikkatsiz ve yıkıcı olmayan çocuğun, özellikle kızların, ortaokul ya da liseye kadar semptomları göstermeyebileceği idi (1). Fakat DSM-5 ile DSM-IV'te 7 olan yaş kriteri 12'ye çıkartılmıştır(34). Ergenlik boyunca ve öncesinde erkeklerde dopamin reseptörlerinde aşırı bir artış olur ki bu da hiperaktivite ve motor disfonksiyonu açıklayabilir (1). Bu reseptör yoğunluğu erişkinlikte %55 azalmaktadır ki bu da hiperaktivitenin yatışmasında etkili olabilir (53). Diğer yandan kızlar ergenlikteki östrojen artışının neden olduğu dopamin reseptör artışına ve bunu izleyen DEHB semptomlarına kadar hastalıktan korunuyor görünmektedir (1).

Yıkıcı, hiperaktif erkeklerin aksine bu kız çocukları tanının önünde engel olabilecek utangaç, çekingen, uysal özellikler göstermekte olup ilgiyi kendilerine çeken ya da yıkıcı davranışlar göstermeyen 'iyi küçük kızlar' olarak görülürler. Bu da tedaviye başvurularının önünde engeldir. İçlerinde bir yerlerde bir şeylerin yolunda olmadığını farkındadırlar fakat normal olduklarına dair hatırı sayılır sosyal toplumsal bir baskı vardır. DEHB'li kadınlarda çokça görülen suçluluk ve utanca neden olan yetersizlik duygularını benimserler (1). Ayrıca kadınlarda erkeklere göre daha sık uyku problemleri, depresif epizodlar, somatik şikayetler ve duygusal disregülasyon eğilimi vardır (54). DEHB olan kadınlar DEHB olan erkeklerle benzer oranlarda fakat

DEHB olmayan kadınlardan fazla oranda yaşamlarının tüm alanlarında belirgin olarak daha çok mücadele vermektedir. Buna rağmen bu kadınların erkekler kadar işlevselliklerinin bozulmadığı gösterilmiştir (50, 51). Kız çocukları baş etme becerileri, depresyon, anksiyete gibi alanlarda erkeklere göre daha çok zorluk yaşasalar da erişkinlikte erkeklerle karşılaştırıldıklarında eşit oranda zorluk yaşamaktadırlar (51).

2.1.7 Eş Tanı

Erişkin DEHB diğer birçok psikiyatrik bozukluğa belirgin olarak eşlik etmektedir (18). DEHB olan çocukların %60-100'ünde erişkinlikte de sıklıkla devam eden bir ya da daha fazla komorbid bozukluğun eşlik ettiği gösterilmiştir (21). DEHB olan erişkinlerde yaşam boyu anksiyete bozuklukları oranı %50'ye yakındır (21, 55, 56). Duygudurum bozukluğu yaşam boyu prevalansı %45 olarak bulunmuştur (22, 23). Depresyon bozuklukları ise %9 ile %50 oranında değişen oranlarda yaşam boyu sıklıkla görülen bozukluklardandır (17-21, 57-59). Bipolar bozukluğun da yaklaşık %20 oranında tanıya eşlik ettiği bildirilmiştir (18). DEHB ile ilişkili diğer bozukluklar; davranım bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol, nikotin ve diğer maddelerin zararlı kullanımı ve bağımlılıklardır (60).

2.1.8 Tedavi

Stimülanlar erişkin DEHB'de ilk sıra farmakolojik tedavidir (61, 62). Stimülan olmayan tedaviler ise erişkin DEHB'de ikinci sıra farmakoterapidir. Temel olarak üç sebeple kullanılır: stimülan tedavinin uygun olmadığı hastalarda, stimülanlara ekleme tedavisinde ve DEHB semptomlarının doğrudan tedavisine ek olarak dikkatlice seçilen komorbid depresyon ve/veya anksiyete tedavisinde (63). Atomoksetin literatürde en çok çalışılmış non-stimülan ilaçtır (61, 64, 65). Trisiklik antidepresanlar, bupropion, SNRI'lar ve agomelatin de benzer etkinlik sağlayabilen fakat çok daha düşük kanıt düzeyi olan antidepresanlardır (66-71).

Farmakolojik olmayan tedaviler arasında ise hastalar ve aileler için duruma özel psikoeğitim, DEHB'ye özgü BDT ve DEHB koçluğu sayılabilir (72-77). DEHB koçluğu, BDT temellerine dayandırılmış, hastaların DEHB ilişkili temel sorunlarıyla başa çıkmasında kolaylık sağlayacak kişisel beceriler, stratejiler ve davranışlar geliştirmesine yardımcı bir yöntemdir (78). Bu terapilerin tek başına ya da

farmakoterapiye eklenmesi sonrası başarısıyla ilgili iyi düzeyde kanıtlar bulunmaktadır (63).

2.2 DEPRESYON BOZUKLUKLARI

2.2.1 Tarihçe

Hipokrat (M.Ö. 460-377) ve çevresinde şekillenen Hipokratik hekimler okulu melankolinin bilinen ilk tanımını yapmış, buna Hipokrat'ın Aforizmaları'nda kısaca 'Uzun süren korku ya da mutsuzluk durumuna melankoli denir' şeklinde yer vermiştir. Buna ek olarak melankolinin semptomlarından yiyeceklerden tikslenme, umutsuzluk, uykusuzluk, irritabilite, huzursuzluk olarak bahsetmektedir (79). Galen (M.S.131-201) her bir melankoli hastasının birbirinden farklı davranırken hepsinde korku ya da umutsuzluk olduğunu belirtmiştir (80). Hipokrat'a ait yazılarda temel prensip, vücuttaki denge hali sayesinde kişinin sağlık halinin sürdürüldüğüdür. Yunanlılar akıl hastalıklarını da diğer hastalıklar gibi vücuttaki dört temel salgı olan kan, balgam, sarı safra ve siyah safra üzerinden değerlendirmiştir. Salgılar birbiriyle denge halindeyken sağlık söz konusudur. Yunanlılara göre melankoli (melan=kara, cholé=safra) artmış siyah safra ile ilişkiliydi (81).

17. yüzyılda batının entelektüel geleneklerinde radikal bir değişiklik meydana gelmiştir. İngiliz doktor Thomas Sydenham'ın (1624-1689) çalışmalarıyla hastalığa özgüllük kavramı ortaya çıkmaya başlamıştır. Hipokratik görüşlerin baskınlığından binlerce yıl sonra beyin ve sinir sistemi bozukluklarına dayanan yeni bir anlayış doğmuştur (81). Özellikle beyin lezyonlarında ve beyin fizyolojisinde sinirsel durumların nedenleri bulundukça 'sinir hastalıkları' kavramı gelişmeye başlamıştır. Depresif semptomlar sinir sistemindeki sorunlarla ilişkili psikotik olmayan durumları belirten 'sinirsel bozukluk', 'sinir hastalığı', 'nevroz' ya da 'nörasteni' durumlarının bir bileşeni olarak ele alınmıştır (82). Sinirsel bozuklukların anksiyete, yorgunluk, somatik kaygılar ve obsesyonlara neden olduğu düşünülmüş ve organik sistemle ilişkili olduklarından zihinsel sorunlar olarak görülmemişlerdir (82, 83).

19. yüzyıl itibarıyla bu durumlar semptomlarıyla, nedenleriyle ve tedavileriyle keskince birbirlerinden ayırt edilmiştir. Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) depresyonun melankolik tipine odaklanarak bunu, mani ile manik-depresif durumlar şemsiyesi altında ele alıp kesin bir şekilde 'dementia praecox' (şizofreni)

durumunun psikotik halinden ayırmıştır (84). Sigmund Freud ise depresyon konusundaki tek büyük makalesi ‘Yas Tutma ve Melankoli’de melankoli bozukluğu ve yasin normallliği arasındaki ayrıma odaklanmıştır (85).

DSM-I ve DSM-II’de Freud ve Amerikan psikiyatrist Adolf Meyer en büyük etkiye sahip olmuştur. Fakat depresyonda Kraepelin’in etkisinin daha fazla olduğu görülmektedir. DSM-I’de melankoliyle giden ağır duygudurum değişkenlikleriyle karakterize duygudurum bozuklukları, psikotik bozuklukların üç ana kategorisinden biri olarak sınıflanmıştır (86). DSM-II’de de mani durumlarındaki psikotik depresyon daha çok Kraepelin tarzında gruplanmıştır (29). İlk DSM’lerde nörotik depresyonun, altta yatan anksiyete durumuna ikincil olarak geliştiği ifade edilmektedir. Psikonörotik depresyon, anksiyeteye karşı gelişen savunma mekanizması olarak görülmüştür.

1980 yılından önce birçok araştırmacı melankolik ya da psikotik depresyonun ayrı bir bozukluk olduğu görüşüne katılmıştır. Fakat depresyonun psikotik formunun varlığı konusunda hemfikir olmalarına rağmen depresyonun psikotik olmayan tiplerinin doğası konusunda fikir birliği sağlayamamışlardır (87-90). DSM-III ile depresyon radikal olarak yeniden formüle edilmiştir. Depresif durumlar tek bir başlık altında birleştirilmiş, majör depresif bozukluk (MDB) depresyonun unipolar psikotik ve psikonörotik formlarının her ikisini de kapsamıştır. Melankolik depresyon MDB’nin alt tipi olmuştur. Nevrotik depresyon ‘Distimi’ şeklinde yeniden tanımlanarak kişilik bozukluklarından çıkarılıp duygudurum bozukluklarında ele alınmıştır. MDB ve distimi tanıları DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR’de neredeyse tamamen korunmuştur.

Duygudurum bozuklukları DSM-5’te depresyon bozukları ve bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ayrıca sınıflandırılmıştır. Kronik majör depresif bozukluk ve distimik bozukluk tanılarını kapsayan yeni bir tanı olan ‘Süregiden Depresif Bozukluk’ tanımlanmıştır. Süregiden depresif bozukluk tanı kriterlerinde distimiye ek olarak MDB tanısının 2 yıl süreyle sürekli olarak bulunabileceği eklenmiş, bu sayede kronik MDB artık bu tanı grubuna dahil edilmiştir. MDB ve süregiden depresif bozukluk DSM-5’te depresyon bozukları başlığı altına taşınmıştır. DSM-5’te MDB tanımındaki sevilen birinin kaybının dışlanması kaldırılmıştır (34).

2.2.2 Epidemiyoloji

Bugün depresyon tüm dünyada çok yüksek prevelans ile ciddi anlamda yetiyitimine sebep olan bir halk sağlığı sorunudur (91). Major depresyonun yıllık prevelansı %6,6, yaşam boyu prevelansı %16,2 olarak bulunmuş olup kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görülmektedir (92). Distimi ve bazı kronik majör depresyonun çeşitli epidemiyolojik çalışmalarında yaşam boyu prevelansı ise %1-6 arasında bulunmuştur (92-97). Kronik majör depresyon da kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir (93-95, 98).

2.2.3 Majör Depresyon DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümün de bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşın ya da uygunsuz suçluluk duyguları

(sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yetiyitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.2.4 Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) DSM-5 Tanı Kriterleri

Bu bozukluk, DSM-IV'te tanımlanmış olan süregiden (kronik) yeğin depresyon bozukluğu ile distimi bozukluğunun birleşimidir (33).

- A. En az iki yıl süreyle, çoğu gün, günün büyük bir bölümünde, kişinin söylediği ya da başkalarınca gözlemlendiği üzere, çökkün duygudurum vardır. (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir ve süre en az bir yıl olmalıdır.)
- B. Depresyondayken aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) varlığı:
1. Yeme isteğinde azalma ya da aşırı yemek yeme.
 2. Uykusuzluk çekme ya da aşırı uyku uyuma.
 3. İçsel güçte (enerji düzeyinde) azalma ya da bitkinlik.
 4. Benlik saygısında azalma.
 5. Odaklanamama ya da karar vermekte güçlük çekme.
 6. Umutsuzluk duyguları.
- C. Bu bozukluğun iki yıllık (çocuklarda ya da ergenlerde bir yıllık) süresinde, kişide, bir kezde, iki aydan daha uzun bir süre, A ve B tanı ölçütlerinde sayılan belirtilerinin olmadığı olmamıştır.
- D. Yeğin depresyon bozukluğu için tanı ölçütleri, iki yıl süreyle, sürekli olarak bulunabilir.
- E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir ve siklotimi bozukluğu için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılamamıştır.
- F. Bu bozukluk, süregiden şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn, kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipotiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- H. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
- İ. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Not: Yeğın depresyon dönemi için tanı  l  tleri, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) için sıralanan belirtiler arasında olmayan dört belirtiyi kapsadığı için, çok az sayıda kişide, iki yıldan daha uzun süren depresyon belirtileri olacak, ancak süregiden depresyon bozukluğu için tanı  l  tleri karşılanmayacaktır. O sıradaki hastalık döneminin belirli bir aşamasında yeğın depresyon dönemi için tanı  l  tleri tam karşılanmışsa, yeğın depresyon bozukluğu tanısı konmalıdır. Yoksa, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ya da tanımlanmamış depresyon bozukluğu tanısının konması gerekir.

2.2.5 Depresyon Bozuklukları ve DEHB

DEHB olan erişkinlerde hem kadın hem de erkeklerde yaşam boyu depresyon prevelansının genel popülasyona göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (21). DEHB olan hastalarda yaşam boyu duygudurum bozukluğu prevelansı %45 gösterilmiştir. Duygudurum bozukluğu olan hastaların ise %13,1'inde DEHB olduğu bulunmuştur. DEHB olan erişkinlerde majör depresif bozukluk oranı %11,5- %53,5, distimi %11,5- %53,5 arasında gösterilmiştir (25).

Majör depresyon ve DEHB dikkatte, hafızada ve odaklanmada azalma gibi benzer semptomlara sahiptir (34). Fakat majör depresyon   kk n duygudurum ve anhedoni, iştahta değişiklikler gibi n rovejetatif semptomlarla karakterizedir (34, 99). Sürekli kötü hisseden fakat hiçbir zaman dikkat ya da aşırı hareketlilik problemleri yaşamamış hastaları ya da zor bir hayatı olmuş fakat her şeye rağmen hevesle mücadele etmeyi sürdüren hastaları da süregiden depresif bozukluk ve DEHB açısından ayırt etmek kolaydır. Fakat uzun süredir umutsuz, mücadele etmeyi bırakmış, özgüveni oldukça zedelenmiş olan DEHB hastalarını tanımak daha zordur. DEHB ve distimi kriterlerini birlikte karşılayan bu hastalar hiç de nadir değildir (27).

2.3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.3.1 Tarihçe

Yunan ve Latin hekimler ve filozoflar anksiyetenin tıbbi bir bozukluk olarak ayrımını yapmışlardır. Patolojik anksiyeteyi tanımlamayı ve kişiyi bunun etkilerinden kurtarmayı amaçlamışlardır. Hatta antik felsefede bugünün bilişsel yaklaşımlarından çok da farklı olmayan tedaviler önermişlerdir. Fakat eski uygarlıklardan 19. Yüzyılın

sonlarına kadar anksiyetenin ayrı bir hastalık olarak sınıflanmadığı uzun bir zaman aralığı bulunmuştur (100).

Hipokrat'ın prensiplerine dayanarak yazılmış Yunan tıbbi yazılarından oluşan Hipokrat'ın Eserleri'nde tipik bir fobi vakası tıbbi bir bozukluk olarak anlatılmıştır (101). Cicero'nun ve Seneca'nın yazılarında olduğu gibi Latin felsefi yazılarında anksiyetenin klinik özellikleri ve bilişsel tedavisini içeren pek çok modern görüşe yer verilmiştir (100). Seneca'ya göre ölüm korkusu, tasasız bir hayattan keyif almamızı engelleyen temel biliş olarak tanımlanmıştır (102).

Eski uygarlıklardan modern psikiyatriye kadar yazılı kayıtlardan anksiyetenin bir bozukluk olarak ortadan kaybolmuş görüldüğü uzun bir dönem olsa da bu hastalar bu süreçte aslında farklı tanısal terimlerle tanı almışlardır (100).

DSM-I'de anksiyete neredeyse 'psikonörotik bozukluklar' ile eş anlamlı kullanılmıştır. DSM-II'de anksiyete semptomatolojilerinin başlığı 'Nörozlar' olarak adlandırılmıştır (29). DSM-III'te anksiyete bozuklukları başlığı fobik bozukluklar, anksiyete durumları (panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) başlıklarını kapsamıştır. Ayrıca çocukluk ve ergenliğin anksiyete bozuklukları; aşırı anksiyeteli bozukluk, çocukluk ve ergenliğin kaçınan bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluklarını içermiştir (30). DSM-III-R'deki en önemli değişiklik, DSM-III'teki depresyon bozukluğu varlığında gelişen durumların panik ya da anksiyete bozukluğu tanısı almasını engelleyen hiyerarşinin ortadan kaldırılması olmuştur (31). DSM-IV'te akut stres bozukluğu eklenmiştir. DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve TTSB, anksiyete bozuklukları başlığından çıkarılmış, ayrı başlıklar olarak sınıflandırılmıştır. Akut stres bozukluğu da travma ve stresörle ilişkili bozukluklar başlığına taşınmıştır (33). Daha önce bebeklik, çocukluk ve ergenlik çağında tanı konan bozukluklar bölümünde olan selektif mutizm ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu, diğer anksiyete bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır (34).

2.3.2 Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalarda tüm anksiyete bozukluklarının yaşam boyu prevelansı %14,5-33,7 arasında saptanırken 1 yıllık prevelans %8,4-21,3 arasında bulunmuştur. Yaşam boyu ve 1 yıllık prevelanslar sırasıyla panik bozukluk için %1,6-5,2 ve %0,7-3,1, agorafobi için %0,8-2,6 ve %0,1-10,5, sosyal anksiyete bozukluğu için %2,8-13

ve %0,6-13, yaygın anksiyete bozukluğu için %2,8-6,2 ve %0,1-6,2 olarak bulunmuştur (103-106).

2.3.3 Panik Bozukluk DSM-5 Tam Kriterleri

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendin yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimimi yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.

2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.
- C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

2.3.4 Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-5 Tanı Kriterleri

- A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.3.5 Agorafobi DSM-5 Tanı Kriterleri

- A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi (ya da daha çoğu) ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.
1. Toplu taşıma araçlarını kullanma (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar).
 2. Açık yerlerde bulunma (örn. otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler).
 3. Kapalı yerlerde bulunma (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar).
 4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma.
 5. Tek başına evin dışında olma.
- B. Kişi, kaçmanın güç olabileceği ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren (örn. yaşlılarda düşme korkusu; altına kaçırma korkusu) diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.
- C. Agorafobi kaynağı durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
- D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. inflamatuvar bağırsak hastalığı, Parkinson hastalığı), korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.
- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Sözelimi, belirtileri özgül fobi, durumsal tür ile sınırlı değildir;

yalnızca toplumsal durumları (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) kapsamaz ve yalnızca takıntılarla (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi), dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla (beden algısı bozukluğunda olduğu gibi), örseleyici olayları anımsatıcılarla (örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi) ya da ayrılma korkusuyla (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı, panik bozukluğu olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü hem panik bozukluğu hem de agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır.

2.3.6 Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

- A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
- B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
- C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur).

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
 2. Kolay yorulma.
 3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
 4. Kolay kızma.
 5. Kas gerginliği.
 6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
- D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanların da işlevsellikte düşmeye neden olur.
 - E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.7 Anksiyete Bozuklukları ve DEHB

DEHB olan hastalarda %47'ye varan oranla en sık görülen bozukluklardan biri anksiyete bozukluklarıdır (18, 22, 23). Yaşam boyu anksiyete bozukluğu prevalansı %59 olarak bulunmuştur (22, 23). Anksiyetesi olan erişkinlerin ise %9,5'inde DEHB görülmektedir (22, 23). Panik bozukluğun, agorafobinin, sosyal fobinin ve özgül fobinin DEHB olanlarda DEHB olmayanlara göre daha yüksek oranlarda görüldüğünü gösteren çalışmalar vardır (99). Ancak panik bozukluk için çelişkili verilerden söz edilebilir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada DEHB'de panik bozukluk sıklığı %5 saptanmış olup kontrol grubuyla istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Gene aynı çalışmada YAB oranı %46,3 saptanmıştır (107). Erişkin DEHB'de yaşam boyu SAB sıklığı %20-34 arasında bulunmuştur (108).

Eş tanıda hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca DEHB ve anksiyetede ortak genetik bileşen olduğu bulunmuştur (109, 110). DEHB olan erişkinler yaşamlarında DEHB semptomlarına sekonder gelişen pek çok güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bunun da olumsuz düşünceler, olumsuz inançlar ve olumsuz duyguduruma katkısının olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla bu bireyler sıklıkla geleceğe yönelik kaygılar ve başarısızlık beklentisi taşımaktadır (111).

Huzursuzluk/psikomotor ajitasyon, odaklanma güçlükleri, azalmış dikkat, dikkatin kolay dağılabilirliği, duygudurum değişkenlikleri ve öfke patlamaları gibi belli başlı semptomlar DEHB ve anksiyetede ortaktır (25). Dolayısıyla tanıda anksiyete bağlamından bakıldığında anksiyetede de görülen DEHB semptomlarının atlanarak DEHB tanısının gözden kaçmasına sebep olabilmektedir. Bu da uygun olmayan tedavi tercihine, dolayısıyla özgüvende eksikliğe, daha az idare edilebilirliğe, günlük güçlüklerle ilişkili suçluluk duygularına ve sosyal, mesleki, ailesel alanlarda bozulmalara yol açabilmektedir (112, 113).

2.4 AŞIRI ODAKLANMA

Aşırı odaklanma (AO), özellikle ilgiyi çeken konudan başka bir konuya dikkati kaydırmada güçlük, “kilitlenme hali” olarak tanımlanmış bir durumdur (11). Kişiler ilgilerini çeken, etkileşimde ve faal oldukları aktivitelerde aşırı odaklanma bildirmektedirler. Özellikle televizyon izleme, bilgisayar kullanma gibi durumlarda olduğuna dikkat çekilmiştir. Aşırı odaklanan bireyler odaklanmakta oldukları durum

dışındaki şeyleri ihmal ederler (11, 12). Sağlıklı bireylerde de DEHB belirtileriyle AO sıklığı arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (114).

2.4.1 Aşırı Odaklanma ve DEHB

Bilişsel çalışmalar DEHB vakalarında dikkatin birçok bileşeninde bozulmalar olduğunu ortaya koymuştur (115-119). Bazı çalışmalar uzun süre boyunca bir ya da daha çok uyarana karşı dikkatin sürdürülmesinde belli başlı güçlüklerle işaret etmektedir ki bu da sağlıklı kontrollere göre zaman bağımlı görevlerde daha çok performansta azalmaya yol açmaktadır (120, 121). DEHB olanların sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmalarında bozukluğun her üç görünümünde de dikkati sürdürebilme, seçici dikkat, bölünmüş dikkat ve dikkatin esnekliğinde/kaydırılmasında bozulma gözlenmiştir (117).

DEHB’de aşırı odaklanma klinik pratikte bilinen bir semptom olmasına rağmen resmi kılavuzlarda DEHB semptomları arasına dahil edilmemiştir (34, 114). DEHB olan çocuklarda aşırı odaklanma, metilfenidat yan etkisi olarak bildirilmiş olmasına karşın DEHB ile AO arasında stimülan kullanımından bağımsız olarak bir ilişki olduğu da gösterilmiştir (122-124). AO, DEHB olan bireylerde eğitim ve sosyal durumlar gibi tipik olarak problemlili olan alanlarda daha az olma eğiliminde görünmektedir (114).

DEHB olan hastalar sıklıkla aşırı odaklanma ile de ilişkili olabilecek şekilde zamanın nasıl geçtiğini de anlamadıklarından yakınrlar (11, 125). Tanısal sistemlerde yer almamasına rağmen bozulmuş zaman yönetimi de DEHB’de görünen bir semptom olarak kabul edilmektedir (34, 126).

3. GEREÇLER VE YÖNTEMLER

3.1 ARAŞTIRMA MODELİ

Bu çalışma tek merkezli olarak yürütülecek olan tanımlayıcı ve geçmişe dönük değerlendirme içeren kesitsel tipte araştırma olarak tasarlanmıştır. Bu çalışma için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan 2020/337 protokol no ile onay alınmıştır.

3.2 ÇALIŞMA EVRENİ

Çalışma evreni, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ayaktan tedavi ünitesine başvuran hastalar olarak belirlenmiştir.

3.3 ÖRNEKLEM

Çalışma örneklemini ise çalışma protokolüne uyan Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ayaktan tedavi ünitesine depresyon ve/veya anksiyete belirtileriyle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadın hastalardan ardışık olarak alınması olarak belirlenmiştir.

3.4 ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ

- Kadın olması
- 18 yaşından büyük olması
- BDÖ puanı 17 ve üzeri ve/veya BAÖ puanı 16 ve üzeri olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi
- En az ilkokul mezunu olması

3.5 ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

- Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olması, ölçeklerin doldurulabilmesini engeller boyutta eğitimi olması
- Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması
- SCID-5 CV'ye göre majör depresyon, distimi, anksiyete bozuklukları veya DEHB dışı tanı alması
- Tedavisiz hipotiroidi veya hipertiroidi

3.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1 Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü, psikiyatri dışı hastalıklar, psikiyatrik öykü, aile öyküsü, adli öykü, kazalar, perinatal öykü doldurulmuştur.

3.6.2 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Yaşanan anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek için kişilerin kendisinin doldurduğu tipte bir ölçektir. Likert tipi sorular içerir. Her bir maddede, anksiyete bozukluklarında görülen bedensel belirtiler puanlanır. Bunların her biri için 0 ile 3 arasında puanlanan 4 seçenek bulunur. Puanın yükselmesi yaşanan anksiyete şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (127).

3.6.3 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresif belirtilerin şiddetini ölçmek için kişilerin kendisinin doldurduğu tipte bir ölçektir. Likert tipi sorular içerir. Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiştir. Hisli tarafından Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Yirmi bir belirti kategorisinin her birinde 4 seçenek bulunur. Her bir madde 0 ile 3 arasında puan alır. Yapılan Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında 17 ve üzerinde puan alanların bir risk grubu oluşturabileceği ileri sürülmüştür (128).

3.6.4 Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Erişkinlerde DEHB tanısı için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak Ward ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik-güvenirliği Öncü ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bu ölçek çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye dönük sorgulamak için kullanılır. Geliştirilen 61 maddelik uzun sürümden sonra 25 maddelik kısa form da oluşturulmuştur. Öz bildirim türündeki ölçeğin bu sürümünün derecelendirmesi beşli likert tipindedir. WUDÖ puanı bu maddelerin puanlanmasıyla 0-100 arasında olacak şekilde hesaplanır. Yapılan faktör analizi sonucu 5 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler sırasıyla “İrritabilite”, “Depresyon”, “Okul Sorunları”, “Davranış Sorunları/ Dürtüsellik” ve “Dikkat Eksikliği” olarak adlandırılmıştır. Dikkat eksikliği faktörü altında yer alan ölçekteki

8. madde olan “Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü” maddesi eksi faktör yükü nedeniyle ters çevrilerek puanlanmıştır. Kesme noktası 36 puan olarak önerilmiş, bunun DEHB hastalarını %82,5, sağlıklı kontrolleri ise %90,8 oranında doğru olarak sınıflandırdığı bildirilmiştir (129).

3.6.5 Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (EDEHBÖ)

Atila Turgay tarafından 1995’de Kanada’da geliştirilmiş olup çevirisi kendisi tarafından yapılmıştır. Ülkemize ait dilsel eşdeğerlik, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Günay ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek, dikkat eksikliği (EDEHB-DE), aşırı hareketlilik/dürtüsellik (EDEHB-AH) ve DEHB ile ilgili özellikler/sorunlar (EDEHBÖ-S) olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. 0-3 arasında puanlanan dörtlü (4’lü) likert tipi ölçektir. 1. Bölüm: Dikkat Eksikliği Bölümü ve 2. Bölüm: Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü DSM-IV’teki DEHB belirtileri temel alınarak oluşturulmuş 9’ar maddeden oluşmaktadır. 3. Bölüm: DEHB ile İlgili Özellikler ve Sorunlar ise 30 maddeden oluşmaktadır. 1. bölümde 3’ten düşük puan alanlar dikkat eksikliği belirtileri düşük düzeyde, 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde, 11’in üstünde puan alanlar ise üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir. 2. bölümde de 3’ten düşük puan alanlar aşırı hareketlilik belirtileri düşük düzeyde, 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde, 11’in üstünde puan alanlar ise üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir. 3. bölümde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır. Genel toplamda ise 20’nin altında alanlar düşük, 20 ile 59 arasında puan alanlar orta, 59’un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir (130).

3.6.6 Aşırı Odaklanma Ölçeği (AOÖ)

Bu ölçek, Özel-Kızıl ve arkadaşları tarafından erişkinlerde aşırı odaklanma semptomlarının şiddetini ölçmek için oluşturulmuş likert tipi bir ölçektir. 11 maddelik likert tipi bir anket olup ‘kesinlikle katılmıyorum’ 1, ‘katılmıyorum’ 2, ‘katılıyorum’ 3, ‘kesinlikle katılıyorum’ yanıtı 4 puan almaktadır. Ölçekten en az 11, en fazla 44 puan alınabilmektedir. Alınan puan arttıkça aşırı odaklanma belirtilerinin şiddeti artmaktadır. Ölçekteki maddelere faktör analizi yapıldığında “aşırı odaklanma”, “geciktirme”, “bozulmuş zaman yönetimi” boyutları tanımlanmıştır. Geçerlik ve

güvenirlik çalışması 2013 yılında erişkinlerde Özel-Kızıl ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (122, 131).

3.6.7 SCID-5-CV

DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonudur. 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğunun ayrı bir modülde yer alması, yeni bir modül olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu modülünün eklenmesi, uyum bozukluğunun tanı ölçütleriyle sorgulanması öne çıkan yenilikler olarak görülmektedir (132).

3.7 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, En küçük, en büyük, birinci ve üçüncü çeyreklikler frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin testleri kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız gruplarda t, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı. Kruskal Wallis ile yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunduğunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamıza 170 kadın hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş aralığı 18-56 olarak bulunmuştur ($28,75 \pm 9,73$). Çalışmaya katılan hastaların yaş özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Hastaların yaş dağılımları

Ortalama (Ort.)	28,75
Ortanca (Md.)	26,00
Standart sapma (SS)	9,730
Minimum (Min.)	18
Maximum (Max.)	56

Hastaların %61,2’sinin bekar (n=104), %33,5’inin (n=57) evli, %4,7’sinin (n=8) boşanmış, %0,6’sının (n=1) dul olduğu görülmüştür. Eğitim durumlarına bakıldığında %9,4 (n=16) ilkokul, %8,2’si (n=14) ortaokul, %32,9’u (n=56) lise, %44,1’i (n=75) üniversite, %5,3’ü (n=9) ise yüksek lisans ve üzeri mezunu olarak saptanmıştır. %28,8’inin (n=49) çalışıyor, %71,2’sinin (n=121) çalışmıyor olduğu, %33,5’inin (n=57) öğrenim görmekte iken %66,5’inin (n=113) öğrenci olmadıkları görülmüştür. %65,9’u (n=112) çocuk sahibi değil iken %34,1’inin (n=58) en az 1 çocuğunun olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Diğer sosyodemografik özellikler ile bu özelliklerin bazıları DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı ilerleyen bölümlerde Tablo 19’da detaylandırılmıştır.

Tablo 2: Hastaların sosyodemografik özellikleri

		sayı (n)	yüzde (%)
Medeni durum	Bekar	104	%61,2
	Evli	57	%33,5
	Boşanmış	8	%4,7
	Dul	1	%0,6
Eğitim durumu	İlkokul	14	%9,4
	Ortaokul	14	%8,2
	Lise	56	%32,9
	Üniversite	75	%44,1
	Yüksek lisans ve üzeri	9	%5,3
Çalışma durumu	var	49	%28,8
	yok	121	%71,2
Öğrencilik durumu	var	57	%33,5
	yok	113	%66,5
Çocuğu var mı	var	58	%34,1
	yok	112	%65,9

Anne ve baba eğitim düzeyi yüksekliğinin ilk psikiyatrik başvuru yaşı ile ilişkisi araştırılmıştır. İlk başvuru yaşının dağılım özellikleri incelendiğinde normal dağılıma uymadığından (karşılaştırılan grup sayısı 2’den fazla olduğu için) Kruskal Wallis testini kullanılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Anne eğitim durumundaki farkın nedeni, annesi okur yazar ve altı grupta olanların başvuru yaşının diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Baba eğitim durumunda farkın nedeni, babası okur yazar ve altı ve ilkökul mezunu grupta olanların başvuru yaşı babası üniversite mezunu olanlardan istatistiksel anlamlı yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Diğer eğitim grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Özetle hem anne ($p<0,001$)

hem de baba ($p<0,001$) eğitim düzeyinin yüksekliği ile başvuru yaşının düşmesi arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 3, 4)

Tablo 3: Anne eğitim durumu ile ilk psikiyatrik başvuru yaşı arasındaki ilişki

	Ort $\pm$ SS	Md. (min, max)	χ^2	p*
Okuryazar ve altı	28,08 $\pm$ 9,42	27,5 (15, 56)	32,06	<0,001
İlkokul	22,53 $\pm$ 8,84	21 (7, 48)		
Ortaokul	18,48 $\pm$ 5,67	18 (12, 33)		
Lise	17,65 $\pm$ 6,41	17 (4, 28)		
Üniversite ve üzeri	14,29 $\pm$ 4,23	15 (9, 19)		
Toplam	22,29 $\pm$ 8,99			

χ^2 : Ki-kare , *Kruskal Wallis testi

Tablo 4: Baba eğitim durumu ile ilk psikiyatrik başvuru yaşı arasındaki ilişki

	Ort $\pm$ SS	Md. (min, max)	χ^2	p*
Okuryazar ve altı	26,68 $\pm$ 9,77	24 (14, 46)	19,740	0,001
İlkokul	24,32 $\pm$ 9,98	22 (7, 56)		
Ortaokul	21,36 $\pm$ 8,05	21,5 (9, 41)		
Lise	19,18 $\pm$ 4,93	18,5 (4, 28)		
Üniversite ve üzeri	15,94 $\pm$ 4,70	15,5 (9, 25)		
Toplam	22,40 $\pm$ 8,99			

χ^2 : Ki-kare , *Kruskal Wallis testi

4.2 KLİNİK ÖZELLİKLER

Yapılan görüşme hastaların %16,5'inin (n=28) ilk psikiyatrik başvurusundan hemen sonraydı, %83,5'inin (n=142) ise daha önce en az bir kez psikiyatri başvurusu

olmuştu. Hastaların %42,9'u (n=73) en az 1 aydır düzenli ilaç kullanmaktaydı. %14,1'inin (n=24) herhangi akrabasında DEHB öyküsü vardı. %35,3'ü (n=60) daha önce fiziksel ya da cinsel travmaya maruz kalmıştı. Bu özellikler Tablo 5'te gösterilmiştir. Diğer klinik özellikler ile bu özelliklerin bazıları DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı ilerleyen bölümlerde Tablo 19'da detaylandırılmıştır.

Tablo 5: Hastaların klinik özellikleri

		n	%
İlk psikiyatrik başvuru	evet	28	%16,5
	hayır	142	%83,5
En az 1 ay düzenli ilaç kullanımı	var	73	%42,9
	yok	97	%57,1
Akrabalarda DEHB öyküsü	var	24	%14,1
	yok	146	%85,9
Travma öyküsü	var	60	%35,3
	yok	110	%64,7

Yapılan SCID-5 görüşmesi sonrası hastaların %19,6'sına (n=33) DEHB tanısı konulmuştur. Çalışmadaki tanı gruplarının ve tanıların sıklığı Tablo 6 ve Tablo 7'de gösterilmiştir. Görüşmede majör depresyonu olmayan 42 hastanın %33,3'ünün (n=14) geçmiş majör depresyonu öyküsü olduğu saptanmıştır. Geçmiş ve şimdiki majör depresyonlar bir arada değerlendirildiğinde tüm hastaların %18,8'inde (n=32) geçmiş ya da şimdiki çifte depresyon olduğu saptanmıştır. DEHB olan ve olmayan hastaların çifte depresyon açısından karşılaştırılması ilerleyen bölümlerde Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 6: Tanı gruplarının sıklığı

	n	%
Depresyon Bozuklukları	133	%78,2
Anksiyete Bozuklukları	129	%75,9
DEHB	33	%19,4

Tablo 7: Tanıların sıklığı

	n	%
Majör depresyon	128	%75,3
Distimi	37	%21,8
Panik Bozukluk	35	%20,6
Agorafobi	12	%7,1
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	28	%16,5
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	98	%57,6
DEHB	33	%19,4

Her bir hastanın aldığı tanıların tümüne göre gruplandırılması Tablo 8’de ayrıntılandırılmıştır. Yalnızca DEHB tanısı olan hasta, antidepresan tedavisi kullanmakta ve geçmiş majör depresyon tanı kriterlerini sağlamaktaydı. BDÖ skoru 20, BAÖ skoru ise 28 idi.

Tablo 8: Hastaların tanılarına göre gruplanması

	n	%
Depresyon Bozukluğu (DB)	37	%21,8
Anksiyete Bozukluğu (AB)	30	%17,6
DEHB	1	%0,6
DEHB ve DB	3	%1,8
DEHB ve AB	6	%3,5
AB ve DB	70	%41,2
DEHB, AB ve DB	23	%13,5
Toplam	170	%100

BDÖ, BAÖ, AOÖ ile EDEHBÖ-DE ve EDEHBÖ-AH arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir. Tüm örneklem (n=170) incelendiğinde BDÖ ile EDEHBÖ-DE arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. BDÖ ile EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. BAÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem EDEHBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf-orta istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. AOÖ ile yaş arasındaki ilişki Tablo 10’da gösterilmiştir. AOÖ ile yaş arasında negatif yönde zayıf-orta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 9: BDÖ, BAÖ, AOÖ ile EDEHBÖ-DE ve EDEHBÖ-AH arasındaki ilişki

	EDEHBÖ-DE		EDEHBÖ-AH	
	r	p*	r	p*
BDÖ	0,185	0,015	-0,011	0,892
BAÖ	-0,003	0,97	0,09	0,245
AOÖ	0,47	<0,001	0,369	<0,001

r: korelasyon katsayısı, *Spearman korelasyon testi

Tablo 10: AOÖ ve yaş arasındaki ilişki

	yaş	
	r	p*
AOÖ	-0,318	<0,001

r: korelasyon katsayısı, *Spearman korelasyon testi

4.3 DEHB EŞ TANILI HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hastaların yaş aralığı 18-40 arasında hesaplanmıştır (23,42±5,038). Hastaların %90,9'unun (n=30) çocuk sahibi olmadıkları, %54,5'inin (n=18) öğrenci olduğu, %42,4'ünün (n=14) ise aktif olarak bir işte çalıştığı saptanmıştır. Medeni durumlarına bakıldığında ise %81,8'sinin (n=27) bekar, %15,2'sinin (n=5) evli, %3'ünün (n=1) ise boşanmış olduğu saptanmıştır. İlerleyen bölümlerde Tablo 18'de ve Tablo 19'da DEHB olan ve olmayan hastaların sosyodemografik ve bazı klinik özellikleri karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir.

Tablo 19'da disipline gitme açısından DEHB olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunduğu gösterilmiştir (p=0,001). DEHB olanların %33'ünün (n=10) eğitim hayatları boyunca en az bir kez disipline gittiği saptanmıştır. Hastalık görünümüne göre disipline gitme öyküsü dağılımları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: DEHB görünümlerine göre disipline gitme öyküsü dağılımları

	DEHB-DE n (%)	DEHB-AH n (%)	DEHB-B n (%)
var	3 (%18,75)	1 (%50)	6 (%40)
yok	13 (%81,25)	1 (%50)	9 (%60)
	16	2	15

Hastalığın görünümlerine göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: DEHB hastalarının hastalık görünümlerine göre dağılımları

	n	%
DEHB-DE	16	%48,5
DEHB-AH	2	%6,1
DEHB-B	15	%45,5
Toplam	33	%100

33 DEHB hastasının %93,9’u (n=31) daha önce psikiyatriye başvurmuştu. Tüm DEHB hastalarının %54,5’i (n=18) daha önce DEHB tanısı almış, %45,5’ine (n=15) daha önce DEHB tanısı konulmamıştı. %51,5’i (n=17) hiç DEHB tedavisi almamıştı. İlk kez tanı alan DEHB hastalarının oranı %8,82 (n=15) idi. Hastaların DEHB görünümlerine göre daha önce tanı ve tedavi alma durumları sırasıyla Tablo 13 ve Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 13: DEHB görünümlerinin daha önce tanı alma durumları

	Eski tanı var n (%)	Eski tanı yok n (%)
DEHB-DE	7 (%43,8)	9 (%56,3)
DEHB-AH	2 (%100)	0 (%0)
DEHB-B	9 (%60)	6 (%40)

Tablo 14: DEHB görünümlerine göre DEHB tedavi öyküsü

	Şu an var n (%)	Hiç olmamış n (%)	Geçmişte olmuş n (%)	Toplam n (%)
DEHB-DE	4 (%25)	10 (%62,5)	2 (%12,5)	16 (%100)
DEHB-AH	0 (%0)	1 (%50)	1 (%50)	2 (%100)
DEHB-B	3 (%20)	6 (%40)	6 (%40)	15 (%100)

Depresyon bozukluklarına DEHB'nin eşlik etme sıklığı %19,5 (n=26) bulunurken anksiyete bozukluklarına eşlik etme sıklığı %22,5 (n=29) bulunmuştur (Tablo 15). Tanılara göre DEHB eş tanı sıklığı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 15: Tanı gruplarına göre DEHB eş tanı sıklığı

	DEHB var	DEHB yok	
Depresyon Bozukluğu	26 %19,5	107 %80,5	133 %100
Anksiyete Bozukluğu	29 %22,5	100 %77,5	129 %100

Tablo 16: Tanılara göre DEHB eş tanı sıklığı

	DEHB var	DEHB yok	
Majör Depresyon	26 %20,3	102 %79,7	128 %100
Distimi	13 %35,1	24 %64,9	37 %100
Panik Bozukluk	1 %2,9	34 %97,1	35 %100
Agorafobi	1 %8,3	11 %91,7	12 %100
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	13 %46,4	15 %53,6	28 %100
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	25 %25,5	73 %74,5	98 %100

DEHB hastalarında görülen depresyon ve anksiyete bozukluklarının dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: DEHB hastalarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının dağılımı

	n	%
Majör Depresyon	26	%78,8
Distimi	13	%39,4
Panik Bozukluk	1	%3
Agorafobi	1	%3
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	13	%39,4
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	25	%75,8

33 DEHB hastasının %90,9'unda (n=30) geçmiş ya da şimdiki majör depresyon tanısı vardı ve bunların %90'ı (n=27) yineleyen depresyon idi. Çifte depresyon öyküsü ise %39,4 (n=13) idi. DEHB olan ve olmayan hastaların çifte depresyon açısından karşılaştırılması ilerleyen bölümlerde Tablo 22'de gösterilmiştir.

4.4 DEHB EŞ TANISI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında DEHB eş tanısı olanların yaşlarının istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu bulunmuştur (p=0,001). Mann-Whitney U testi karşılaştırmada kullanılmıştır.

Tablo 18: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların yaş dağılımları

	Ort ± SS	Md. (min,max,)	z	p*
DEHB olmayan	30,03±10,16	27 (18, 56)	-3,421	0,001
DEHB olan	23,42±5,04	23 (18,40)		

*Mann-Whitney U testi

DEHB eş tanısı olanların eğitim düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur ($p=0,008$). Öğrenim hayatları boyunca disipline gitme oranları DEHB eş tanısı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Disipline gitme durumlarının DEHB görünümüne göre incelenmesi Tablo 11’de gösterilmişti. Sınıf tekrarı öyküsü açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0,34$). Daha önce çalışma hayatı olan kişilerde DEHB eş tanısı olanların iş değiştirme sıklıkları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,003$). Gruplar, daha önce polis ile başının derde girmesi ($p=0,213$), adli öykü ($p=0,510$), trafik cezası öyküsü ($p=0,653$), önemli iş ya da ev kazası geçirmiş olma ($p=0,227$), trafik kazası öyküsü ($p=0,237$), kırık ya da organ yaralanması ($p=0,153$), intihar öyküsü ($p=0,18$) açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. DEHB eş tanısı olanlarda, akrabalarda DEHB öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. ($p=0,009$).

Gruplar arasında zor doğum ile dünyaya gelmiş olma ($p=0,959$), hastalara gebe iken annede psikiyatrik hastalık öyküsü ($p=0,59$), hastaya gebe iken annede sigara kullanım öyküsü ($p=0,26$), annenin ve babanın birbiriyle akraba olması ($p=1,00$), fiziksel ya da cinsel travma öyküsü ($p=0,583$), doğduğunda anne yaşı ($p=0,829$) ve doğduğunda baba yaşı ($p=0,359$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Tüm bu özellikler Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		DEHB eş tanısı olmayan (n=137)	DEHB eş tanısı olan (n=33)	χ^2	p*
		n (%)	n (%)		
Eğitim	Ortaokul ve altı	30 (%21,9)	0 (%0)	9,696	0,008
	Lise	45 (%32,8)	11 (%33,3)		
	Üniversite ve üzeri	62 (%45,3)	22 (%66,7)		

Disipline gitme	var	9 (%6,6)	10 (%30,3)	15,09	0,001
	yok	128 (%93,4)	23 (%69,7)		
Sınıf tekrarı	var	27 (%19,7)	9 (%27,3)	0,912	0,340
	yok	110 (%80,3)	24 (%72,7)		
İş değiştirme	hiç	40 (%37,7)	11 (%45,8)	11,62	0,003
	nadiren	52 (%49,1)	4 (%16,7)		
	sık	14 (%13,2)	9 (%37,5)		
Polis öyküsü	var	13 (%9,5)	6 (%18,2)	2,024	0,213
	yok	124 (%90,5)	27 (%81,8)		
Adli Öykü	var	23 (%16,8)	4 (%12,1)	0,434	0,510
	yok	114 (%83,2)	29 (%87,9)		
Trafik cezası öyküsü	var	6 (%4,4)	2 (%6,1)	0,168	0,653
	yok	131 (%95,6)	31 (%93,9)		
Önemli iş ya da ev kazası öyküsü	var	7 (%5,1)	4 (%12,1)	2,160	0,227
	yok	130 (%94,9)	29 (%87,9%)		
Trafik kazası öyküsü	var	32 (%23,4)	11 (%33,3)	1,401	0,237
	yok	105 (%76,6)	22 (%66,7)		
Kırık ya da organ yaralanması öyküsü	var	26 (%19,0)	10 (%30,3)	2,043	0,153
	yok	111 (%81,0)	23 (%69,7)		
İntihar	var	20 (%14,6)	8 (%24,2)	1,798	0,180
	yok	117 (%85,4)	25 (%75,8)		
İntihar kararı	impulsif	17 (%85,0)	7 (%87,5)	0,029	1,000
	impulsif ve planlı	3 (%15,0)	1 (%12,5)		
Akrabalarda DEHB tanısı	var	14 (%10,2)	10 (%30,3)	8,848	0,009
	yok	123 (%89,8)	23 (%69,7)		

Zor doğum sonucu dünyaya gelme	var	41 (%31,8)	10 (%32,3)	0,003	0,959
	yok	88 (%68,2)	21 (%67,7)		
Annede perinatal psikiyatrik öykü	var	23 (%24,7)	11 (%44,0)	3,567	0,059
	yok	70 (%75,3)	14 (%56,0)		
Annede perinatal öykü zamanı	gebelikte	6 (%26,1)	2 (%18,2)	1,224	0,542
	postpartum	7 (%30,4)	2 (%18,2)		
	gebelik ve postpartum	10 (%43,5)	7 (%63,6)		
Annede gebeliğinde sigara öyküsü	var	16 (%12,8)	7 (%21,9)	1,678	0,260
	yok	109 (%87,2)	25 (%78,1)		
Anne-baba arasında akrabalık	var	20 (%14,6)	5 (%15,2)	0,006	1,000
	yok	117 (%85,4)	28 (%84,8)		
Cinsel/fiziksel travma öyküsü	var	47 (%34,3)	13 (%39,4)	0,301	0,583
	yok	90 (%65,7)	20 (%60,6)		
Travma türü	cinsel	18 (%38,3)	9 (%69,2)	4,294	0,117
	fiziksel	20 (%42,6)	2 (%15,4)		
	cinsel ve fiziksel	9 (%19,1)	2 (%15,4)		

χ^2 : Ki-kare

DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında DEHB eş tanısı olanların psikiyatriye ilk başvuru yaşları istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların psikiyatriye ilk başvuru yaşları

	Ort $\pm$ SS	Md. (min,max,)	z	p*
DEHB var	14,94 $\pm$ 5,154	15 (4, 27)	-5,926	<0,001
DEHB yok	24,07 $\pm$ 8,832	22 (10, 56)		

*Mann-Whitney U testi

Gruplar arasında çifte depresyon görülme sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalarda çifte depresyon görülme sıklıkları

		DEHB		Toplam n (%)	χ^2	p
		yok n (%)	var n (%)			
Çifte depresyon	yok	118 (%86,1)	20 (%60,6)	138 (%81,2)	11,34	0,001
	var	19 (%13,9)	13 (%39,4)	32 (%18,8)		

χ^2 : Ki-kare

DEHB eş tanısı olan hastalarda BDÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında, BAÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında, AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında ve AOÖ ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır (Tablo 22, 23).

DEHB eş tanısı olmayanlarda BDÖ ile EDEHBÖ-DE arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel anlamlı korelasyon bulunurken EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel

olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. BAÖ ile EDEHBÖ-DE arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmazken pozitif yönde zayıf istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf-orta istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur (Tablo 22). AOÖ ile yaş arasında ise negatif yönde zayıf-orta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 22: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalarda BDÖ, BAÖ ve AOÖ ile EDEHBÖ-DE ve EDEHBÖ-AH arasındaki ilişki

		EDEHBÖ-DE		EDEHBÖ-AH	
		r	p*	r	p*
DEHB var	BDÖ	-0,153	0,394	-0,134	0,458
	BAÖ	-0,019	0,918	-0,246	0,167
	AOÖ	-0,124	0,492	0,011	0,951
DEHB yok	BDÖ	0,236	0,005	-0,020	0,815
	BAÖ	0,002	0,981	0,187	0,029
	AOÖ	0,434	<0,001	0,292	0,001

r: korelasyon katsayısı, *Spearman korelasyon testi

Tablo 23: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalarda AOÖ ve yaş arasındaki ilişki

		yaş	
		r	p*
DEHB var	AOÖ	0,056	0,759
DEHB yok	AOÖ	-0,287	0,001

r: korelasyon katsayısı, *Spearman korelasyon testi

4.5 DEHB EŞ TANISI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN UYGULANAN ÖLÇEKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

BDÖ, BAÖ, AOÖ ve EDEHB-S normal dağılıma uyduğundan DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırılırken t-testi uygulandı. Gruplar arası farklılık BDÖ ve BAÖ’de saptanmazken AOÖ ve EDEHB-S puanlarının DEHB eş tanısı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 24).

Tablo 24: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların uygulanan ölçeklere göre karşılaştırılması (normal dağılıma uyanlar)

DEHB eş tanı		n	Ortalama	SS	t	p
BDÖ	yok	137	27,30	8,69	-0,463	0,844
	var	33	28,09	9,31		
BAÖ	yok	137	29,23	10,98	0,486	0,628
	var	33	28,18	11,52		
AOÖ	yok	137	24,62	5,99	-4,654	<0,001
	var	33	29,91	5,25		
EDEHBÖ-S	yok	137	41,00	14,80	-9,018	<0,001
	var	33	58,67	8,60		

t: Student’s t-test

WUDÖ, EDEHBÖ-DE ve EDEHBÖ-AH normal dağılıma uymadığından gruplar karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi uygulandı. Her üç ölçekte de toplam puanların DEHB eş tanısı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 25).

Tablo 25: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların uygulanan ölçeklere göre karşılaştırılması (normal dağılıma uymayanlar)

DEHB eş tanı		N	Ortalama	SS	Md	z	p*
WUDÖ	yok	137	27,54	17,11	23	-6,836	<0,001
	var	33	55,48	15,13	57		
EDEHBÖ-DE	yok	137	10,80	5,76	10	-6,747	<0,001
	var	33	19,70	4,49	20		
EDEHBÖ-AH	yok	137	7,20	4,73	7	-5,669	<0,001
	var	33	14,15	5,88	14		

*Mann-Whitney U testi

4.5.1 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Beck Depresyon Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında BDÖ toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmadığı Tablo 24'te gösterilmişti ($p=0,844$).

DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında DEHB eş tanısı olanların benlik değeri ilgili 3. soru, intihar düşünceleri ile ilgili 8. soru, uyku bozukluğu ile ilgili 15. soru ve sağlık kaygısı ile ilgili 19. sorulara verdikleri yanıtlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan maddeler Tablo 26'da incelenmiştir.

Tablo 26: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların BDÖ karşılaştırmalarında anlamlı farklılık saptanan maddeler

DEHB eş tanı		N	Ortalama	SS	Md	z	p*
BDÖ 3. soru Benlik Değeri	yok	137	0,99	0,99	1	-2,454	0,014
	var	33	1,45	1	2		
BDÖ 8. soru İntihar Düşünceleri	yok	137	0,33	0,6	0	-4,109	<0,001
	var	33	0,88	0,86	1		
BDÖ 15. soru Uyku Bozukluğu	yok	137	1,12	0,87	1	-2,843	0,004
	var	33	0,67	0,78	1		
BDÖ 19. soru Sağlık Kaygısı	yok	137	1,21	0,93	1	-1,983	0,047
	var	33	0,85	0,71	1		

*Mann-Whitney U testi

4.5.2 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Beck Anksiyete Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında BAÖ toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmadığı Tablo 24'te gösterilmişti ($p=0,628$).

BAÖ'deki maddeler bedensel belirtilerin puanlanmasından oluştuğundan klinik önem taşımayacağı düşünülerek maddelere ayrıca istatistiksel analiz yapılmamıştır.

4.5.3 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların WUDÖ'ye Göre Karşılaştırılması

Gruplar karşılaştırıldığında WUDÖ toplam puanlarının DEHB eş tanılı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel anlamlı yüksek bulunduğu Tablo 24'te gösterilmişti ($p<0,001$).

Gruplar ölçek faktörleri (irritabilite, depresyon, okul sorunları, dürtüsellik, dikkat eksikliği) ilişkisi açısından karşılaştırıldığında her beş faktör için de DEHB eş tanısı olanların puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 27). Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 27: WUDÖ faktörlerine göre DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

DEHB eş tanı		N	Ortalama	SS	Md	z	p*
İrritabilite	yok	137	8,35	6,81	7	-5,215	<0,001
	var	33	16,30	6,99	18		
Depresyon	yok	137	5,92	4,26	5	-4,782	<0,001
	var	33	11,00	5,46	11		
Okul Sorunları	yok	137	3,00	2,82	2	-2,872	0,004
	var	33	5,15	3,82	6		
Dürtüsellik	yok	137	3,08	3,78	2	-5,849	<0,001
	var	33	8,61	4,69	9		
Dikkat Eksikliği	yok	137	7,19	4,496	6	-6,814	<0,001
	var	33	14,42	3,69	15		

*Mann-Whitney U testi

Maddeler tek tek analiz edildiğinde DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar arasında 8. madde ‘Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü’ ve 24. madde ‘Ben çocukken okulda matematikle ve sayılarla aram iyi değildi’ hariç diğer 23 maddenin hepsinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 28). Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 28: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların WUDÖ yanıtlarının karşılaştırılması

DEHB eş tanı		N	Ortalama	SS	Md	z	p*
1.Dikkatimi toplama sorunun vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.	Yok	137	1,22	1,3	1	-6,267	<0,001
	Var	33	3,09	1,18	4		
2.Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.	Yok	137	1,42	1,43	1	-3,799	<0,001
	Var	33	2,55	1,39	3		

3.Asabi ve kıpır kıpırdım.	Yok	137	1,23	1,37	1	-4,506	<0,001
	Var	33	2,61	1,5	3		
4.Dikkatsizdim, hayallere dalardım.	Yok	137	1,43	1,41	1	-6,616	<0,001
	Var	33	3,45	0,94	4		
5.Kolayca kızar, öfkelenirdim.	Yok	137	1,5	1,48	1	-3,648	<0,001
	Var	33	2,61	1,5	3		
6.Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.	Yok	137	0,92	1,35	0	-2,924	0,003
	Var	33	1,7	1,57	1		
7.Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.	Yok	137	1,09	1,3	1	-6,917	<0,001
	Var	33	3,33	1,16	4		
8.Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.**	Yok	137	1,74	1,38	2	-1,638	0,101
	Var	33	2,21	1,54	2		
9.Mutsuz, çökkün, karamsardım.	Yok	137	0,97	1,19	0	-4,802	<0,001
	Var	33	2,39	1,54	3		
10.Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankâr davranırdım.	Yok	137	0,66	1,15	0	-4,799	<0,001
	Var	33	1,94	1,56	2		
11.Kendimi küçük görürdüm.	Yok	137	0,98	1,33	0	-4,288	<0,001
	Var	33	2,21	1,62	2		
12.Alıngandım, buluttan nem kapardım.	Yok	137	1,76	1,39	2	-2,374	0,018
	Var	33	2,45	1,58	3		
13.Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.	Yok	137	1,25	1,38	1	-5,275	<0,001
	Var	33	2,79	1,24	3		
14.Kızgındım, çabuk gücenirdim.	Yok	137	1,61	1,34	1	-3,218	0,001
	Var	33	2,52	1,46	3		
15.Düşünmeden hareket ederdim.	Yok	137	1,01	1,27	1	-5,462	<0,001
	Var	33	2,67	1,45	3		
16.Çocuksu davranırdım.	Yok	137	0,85	1,18	0	-2,932	0,003
	Var	33	1,7	1,59	2		
17.Suçluluk duyardım, yaptıklarım pişman olurdu.	Yok	137	1,37	1,38	1	-2,765	0,006
	Var	33	2,24	1,64	3		
18.Kontrolümü kaybederdim.	Yok	137	0,42	0,84	0	-4,835	<0,001
	Var	33	1,55	1,42	2		
19.Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.	Yok	137	0,47	0,91	0	-5,351	<0,001
	Var	33	1,61	1,27	2		
20.Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.	Yok	137	0,93	1,29	0	-3,189	0,001
	Var	33	1,88	1,52	2		

21.Olayları diğerlerinin bakış açısı ile görmekte zorlanırdım.	Yok	137	0,68	1,09	0	-2,484	0,013
	Var	33	1,39	1,5	1		
22.Otorite ile sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.	Yok	137	0,26	0,74	0	-3,578	<0,001
	Var	33	1	1,46	0		
23.Ben çocukken okulda genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.	Yok	137	0,58	1,09	0	-3,416	0,001
	Var	33	1,42	1,54	1		
24.Ben çocukken okulda matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.	Yok	137	1,48	1,45	1	-0,943	0,346
	Var	33	1,85	1,79	1		
25.Ben çocukken okulda potansiyelime ulaşamadım.	Yok	137	1,72	1,45	2	-2,177	<0,001
	Var	33	2,33	1,43	3		

*Mann-Whitney U testi, **ters puanlanmıştır.

4.5.4 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Aşırı Odaklanma Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar karşılaştırıldığında AOÖ toplam puanlarının DEHB eş tanılı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel anlamlı yüksek bulunduğu Tablo 24'te gösterilmişti ($p<0,001$).

Gruplar ölçek faktörlerine (aşırı odaklanma, bozulmuş zaman yönetimi, erteleme) göre karşılaştırıldığında DEHB eş tanısı olanların puanları, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 29). Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 29: AOÖ faktörlerine göre DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

DEHB eş tanı		N	Ortalama	SS	Md	z	p*
Aşırı Odaklanma	yok	137	9,82	3,14	9	-3,451	0,001
	var	33	12,00	3,24	12		
Bozulmuş Zaman Yönetimi	yok	137	10,27	2,62	10	-2,857	0,004
	var	33	11,76	2,49	12		
Erteleme	yok	137	4,53	1,69	5	-4,890	<0,001
	var	33	6,15	1,28	6		

*Mann-Whitney U testi

Maddeler tek tek analiz edildiğinde DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar arasında 1., 3., 5., 6., 7. ve 10. Madde puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 30). Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 30: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların AOÖ yanıtlarının karşılaştırılması

DEHB eş tanı		n	Ortalama	SS	Md	z	p*
1.Bir şeyle meşgulken defalarca seslenildiği halde sık sık duymadığım ya da tepki vermediğim olur.	yok	137	2,04	0,98	2	-3,584	<0,001
	var	33	2,73	0,88	3		
2.Tek bir iş üzerine aşırı yoğunlaşmaktan dolayı kendimi ve çevremdekileri sık sık ihmal ettiğim olur.	yok	137	2,28	0,98	2	-1,687	0,092
	var	33	2,64	1,03	2		
3.Başladığım işi bitiremediğim sıktır.	yok	137	2,26	1,03	2	-4,717	<0,001
	var	33	3,21	0,78	3		
4.Bir şeyle meşgulken dünya yansa yıkılsa umurumda olmaz.	yok	137	1,75	1,12	2	-1,808	0,071
	var	33	2,03	0,98	2		
5.Bir iş üzerinde uzun süre vakit geçirmem nedeniyle insanlarla ilişkilerim sık sık bozulur.	yok	137	1,77	0,84	2	-2,820	0,005
	var	33	2,21	0,86	2		
6.Bir konu üzerinde çalışırken yapmam gereken diğer önemli işleri sık sık aksattığım olur.	yok	137	2,28	0,98	2	-3,467	0,001
	var	33	2,94	0,9	3		
7.Yaptığım işi bırakamamam nedeniyle gitmem gereken başka yerlere sık sık geç kaldığım olur.	yok	137	1,96	0,91	2	-2,155	0,031
	var	33	2,39	1,06	2		
8.Bir işle uğraşırken çok uzun geçmesine rağmen genellikle bana daha kısa zaman geçmiş gibi gelir.	yok	137	2,39	1	2	-1,796	0,072
	var	33	2,76	1,12	3		
9.İlgimi çeken bir işle uğraşırken sık sık zamanın su gibi aktığını hissedirim.	yok	137	3,09	0,83	3	-0,809	0,419
	var	33	3,21	0,82	3		

10.Saatlerce bilgisayar başında oyun oynamaktan (bulmaca çözmek, bir şeyleri tamir etmek vb. işlerden) dolayı yapmak zorunda olduğum başka şeyleri sık sık ertelerim.	yok	137	2,04	1,07	2	-3,592	<0,001
	var	33	2,82	1,04	3		
11.Bir işle uzun bir süre uğraşmaktan dolayı, o sırada hiçbir şey hissetmediğim halde, sonrasında vücudumun çeşitli bölgelerinde ağrılar yaşadığım olur.	yok	137	2,74	1	3	-1,150	0,250
	var	33	2,97	0,95	3		

*Mann-Whitney U testi

4.5.5 DEHB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Hastaların Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeklerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar karşılaştırıldığında Erişkin DEHB Ölçeği her üç bölümü için toplam puanlarının DEHB eş tanılı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel anlamlı yüksek bulunduğu Tablo 24'te gösterilmiştir ($p<0,001$).

DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında DEHB olanların ölçeğin dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bölümlerindeki tüm maddeler için istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Sorun bölümünde ise 21., 22., 23., 28. ve 29. maddeler hariç diğer tüm maddelerin puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı ($p=<0,05$) (Tablo 31). Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Tablo 31: DEHB eş tanısı olan ve olmayan hastaların EDEHBÖ-S yanıtlarının karşılaştırılması

DEHB eş tanı		N	Ortalama	SS	Md	z	p*
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	yok	137	1,72	1,02	2	-4,204	<0,001
	var	33	2,55	0,71	3		
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	yok	137	1,53	1,09	2	-4,417	<0,001
	var	33	2,45	0,9	3		
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	yok	137	1,36	1,06	1	-5,081	<0,001
	var	33	2,42	0,75	3		

4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	yok	137	1,08	1,05	1	-4,729	<0,001
	var	33	2,09	0,91	2		
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	yok	137	0,69	0,96	0	-4,544	<0,001
	var	33	1,7	1,21	2		
6. Sıkılmaya tahammül edememe	yok	137	1,8	1,01	2	-3,316	0,001
	var	33	2,42	0,83	3		
7. Önceden belirlenmiş yolları izlemede zorluk “uygun” prosedürü izleyememe	yok	137	0,89	0,98	1	-4,461	<0,001
	var	33	1,79	0,96	2		
8. Sabırsızlık: engellenme eşliğinin düşük olması (ters puanlama)	yok	137	1,53	1,04	1	-3,787	<0,001
	var	33	2,3	0,92	3		
9. Dürtüsellik: düşünmeden hareket etme	yok	137	0,97	0,92	1	-5,423	<0,001
	var	33	2,06	0,9	2		
10. Güvensizlik hissi	yok	137	2,01	1,03	2	-2,328	0,020
	var	33	2,45	0,87	3		
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	yok	137	1,96	1	2	-2,217	0,027
	var	33	2,39	0,79	3		
12. Sinirlilik	yok	137	2,13	0,86	2	-2,069	0,039
	var	33	2,45	0,79	3		
13. Düşük benlik değeri	yok	137	1,48	1,06	1	-2,906	0,004
	var	33	2,09	1,07	2		
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	yok	137	1,26	1,15	1	-3,974	<0,001
	var	33	2,18	1,04	3		
15. Sık sık iş değiştirme	yok	137	0,58	0,94	0	-2,537	0,011
	var	33	1,09	1,13	1		
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, intolerans	yok	137	1,94	1,01	2	-2,855	0,004
	var	33	2,45	0,87	3		
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	yok	137	1,27	1,03	1	-3,882	<0,001
	var	33	2,09	1,01	2		
18. Unutkanlık	yok	137	1,94	0,96	2	-2,430	0,015
	var	33	2,36	0,9	3		
19. Sözel saldırganlık	yok	137	1,22	1,06	1	-3,883	<0,001
	var	33	2,06	1,03	2		

20. Fiziksel saldırganlık	yok	137	0,34	0,6	0	-3,877	<0,001
	var	33	0,97	1,02	1		
21. Alkol kullanımı	yok	137	0,24	0,55	0	-0,636	0,525
	var	33	0,33	0,69	0		
22. Madde kullanımı	yok	137	0,01	0,12	0	-1,561	0,119
	var	33	0,06	0,24	0		
23. Yasal güçlükler ve sorunlar	yok	137	0,11	0,31	0	-0,353	0,724
	var	33	0,21	0,6	0		
24. Çökkünlük (depresyon)	yok	137	2,16	0,82	2	-2,459	0,014
	var	33	2,55	0,62	3		
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	yok	137	0,47	0,77	0	-2,351	0,019
	var	33	0,94	1,12	1		
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	yok	137	2,19	0,92	2	-2,284	0,022
	var	33	2,58	0,71	3		
27. İşinden zevk alma	yok	137	1,64	1,06	2	-2,412	0,016
	var	33	2,12	1,08	3		
28. Hayal kırıklığı ve çaresizlik hissi	yok	137	2,21	0,89	2	-1,714	0,087
	var	33	2,48	0,8	3		
29. Uzun süren mutsuzluk hali	yok	137	2,28	0,82	2	-1,909	0,056
	var	33	2,55	0,79	3		
30. Potansiyeline ulaşamama	yok	137	1,98	1,03	2	-2,505	0,012
	var	33	2,45	0,83	3		

*Mann-Whitney U testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda depresyon veya anksiyete bozukluklarından en az bir tanıyla takip edilmekte olan kadın hastaların DEHB eş tanı sıklığının araştırılması ve DEHB eş tanı olanların olmayanlar ile sosyodemografik, klinik ve aşırı odaklanma açısından karşılaştırılması hedeflenmiştir. Polikliniklere başvuran depresyon ve anksiyete bozukluklarından herhangi biri nedeniyle takibe alınmış kadın hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, en az ilkokul mezunu olanlar BDÖ ve BAÖ doldurmuştur. BDÖ 17 ve üzerinde veya BAÖ 16 ve üzerinde olanlarla çalışmanın ikinci aşamasına geçilmiştir. WUDÖ, AOÖ ve Erişkin DEHB Ölçeği dolduran hastalara yarı yapılandırılmış görüşme olan SCID-5-CV uygulanmış bu görüşmede hastaların sosyodemografik verileri de elde edilmiştir. Görüşme sonrası DB, AB veya DEHB harici tanısı olanlar çalışmadan dışlanmıştır. SCID-5 sayesinde anksiyete bozuklukları grubundan ayrılıp DSM-5 ile yeni tanı grubu olarak sınıflandırılan TSSB ve OKB de dışlanarak araştırmadaki karıştırıcı faktörlerin daha da azaltılması, araştırmanın yeni sınıflama sistemine göre daha güncel olması amaçlanmıştır. Hastalardan bir tanesi geçmiş majör depresyon tanı kriterlerini sağlaması, antidepresan tedavisi kullanmakta olması, BDÖ ve BAÖ skorları çalışmanın dahil edilme kriterlerine uygun olması ve yapılan görüşmede yaşam boyu ilk kez DEHB tanısı alması nedeniyle dikkat çekmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlaması ve dışlama kriterlerini sağlamaması nedeniyle araştırmaya dahil edilmiştir.

DEHB'yi diğer hastalıklardan ayırt etmek zor olabilir ve erişkinlerde DEHB tanısı kolaylıkla atlanabilir (133). Tedaviye kısmi yanıtın, refrakter semptomların ve hastanın tedavi uyumsuzluğunun tanı konulmamış DEHB ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (134). Eşlik eden DEHB'yi tanımak bu hastaların yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve işlevselliğine de oldukça katkıda bulunacaktır. DEHB eş tanısı tanındıktan sonra farklı tedavi seçenekleri gündeme gelecektir. Bazı yazarlar depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisine öncelik verilmesini, sonrasında etkin bir tedavi için DEHB nedeni sorunların tekrar değerlendirilmesini önermişlerdir (5, 135). Yapılan araştırmalarda da çocuklukta ya da erişkinlikte tedavi edilmemiş DEHB'nin çeşitli sonuçlarının olduğu ve uygun tedavi edilmiş olanların uzun süreli sonuçlarının daha iyi olduğu öne sürülmektedir (25). Tedavi edilmemiş erişkin DEHB hastalarının

psikolojik zorlukları ve hayatın önemli alanlarını idare etmedeki zorlukları daha çok yaşadıkları belirtilmiştir (136). Erişkin DEHB'nin erken tanınıp tedavi edilmesinin erişkinlerde çalışıyor olmanın ve madde kullanım bozukluğu eşlik etmeyecek olmasının, eş tanı gibi durumların yokluğunun güçlü bir yordayıcısı olduğu bulunmuştur (137).

DEHB hastalarında eş tanı ile ilgili pek çok araştırma yapılmış olmasına karşın depresyon ve anksiyete bozukluklarında DEHB'yi araştırmış çok az sayıda çalışma vardır (133). 2014 yılında yapılan bir çalışmada depresyon veya anksiyete bozukluğu olan 114 poliklinik hastasında 22 (%19,3) hastaya yaşam boyunca ilk kez DEHB tanısı konulmuştur (133). Bizim çalışmamız ise bu alanda kadın hasta grubunda yapılan ilk çalışmadır. Kızıl ve Özel tarafından geliştirilen AOÖ ilk kez sağlıklı kontroller ile değil diğer bir hasta grubuyla karşılaştırılmıştır (122).

Çalışmamızda depresyon ve/veya anksiyete bozuklukları tanıları olan kadınlarda DEHB eş tanı sıklığı %19,6 (n=33) bulunmuştur. Bu hastaların yaklaşık yarısının daha önce DEHB tanısı (%8,82, n=15) ya da uygun tedavi (%10, n=17) almadığı bulunmuştur. DEHB-DE olanların %56,3'ü, DEHB-B olanların ise %40'ının daha önce tanı almadığı görülmüştür. DEHB-AH olan 2 hasta da daha önce tanı almıştır. Burada hekimler tarafından hiperaktivite belirtileri daha kolay tanınırken dikkat eksikliği belirtilerinin tanınmasının daha güç olduğu akla gelebilir. Ancak örneklem sayısı daha geniş araştırmalara ihtiyaç vardır. Depresyon ve anksiyete bozuklukları da dahil olmak üzere dikkat sorunlarının pek çok bozuklukta görülmesi nedeniyle DEHB dikkat eksikliği belirti kümesi tanı esnasında ayrıntılandırılmadığında DEHB tanısının atlanması çok olasıdır. Yapılan araştırmalarda DEHB'de çocukluktan erişkinliğe doğru kız/erkek oranının arttığı gösterilirken çocuklukta klinik ve toplum örneklemeleri karşılaştırıldığında toplum örnekleminde kız çocuk oranının kliniğe göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (18, 45, 49). Çocuklukta klinik örneklemdaki oranın fazla olması erkeklerin hiperaktivite ve dürtüsellik kaynaklı gösterdikleri yıkıcı davranışlar nedeniyle tedavi arayışının daha fazla olmasıyla ya da dikkat eksikliği semptomlarının daha az tanınmasıyla açıklanabilir. Bu noktada psikiyatri hekimleri kadar diğer hekimlerin, toplumun ve öğretmenlerin de bu bozukluğun klinik görünümü ile ilgili farkındalığının artırılması önemlidir. Erişkin yaşlara gelindiğinde kadın/erkek oranının giderek artması kadınların

eş tanıların eklenmesiyle hekime başvurusunun artması nedeniyle olabilir. Ayrıca çalışmalarda kanıtlandığı üzere hiperaktivitenin yaşla azalırken dikkat eksikliğinin devam etmesi hatta ergenlikte ortaya çıkabilmesiyle ilişkili olabilir (138).

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde DEHB eş tanısı olan hastaların eğitim düzeyinde anlamlı yükseklik olduğu görülmüştür. Örneklemimize bakıldığında DEHB hastalarının %54,5'i halen öğrenim görmekte idi. DEHB'de eğitim düzeyleri ile ilgili farklı görüşler vardır. Yapılan bazı yayınlarda DEHB hastalarında akademik başarıda düşüklük saptanmıştır (60, 139-143). Antshel, Faraone ve Biederman'ın yaptıkları bir araştırmada eğitimsel ya da mesleki beklentileri olan kişilerin yaşadıkları zorluklardan daha kolay rahatsız oldukları ve yardım istemeye daha motive oldukları gösterilmiştir (144). Ayrıca yüksek IQ sahibi olan kız çocuklarının daha az DEHB tanısı aldığı söylenmektedir (145). Bu hastaların eş tanıları eklendiğinde tedavi süreçlerinin başlayacağı düşünülürse her iki görüş de örneklem grubumuzdaki DEHB hastalarının eğitim düzeylerini yüksek bulmamızı açıklayabilir. Çalışmamızdaki DEHB hastalarının öğrenim hayatları boyunca istatistiksel olarak anlamlı yüksek oranda disipline gittikleri gösterilmiştir. Bu da hastaların eğitim hayatında yaşadıkları zorluklar ve ilişki problemlerini destekler nitelikte bir bulgudur. Disipline gitme öyküsü DEHB alt görünümüne göre incelendiğinde ise anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Ancak yine de DEHB-DE olanların %81,25'inin (n=13) disipline gitmediği dikkat çekmektedir. Bu da DEHB-DE'nin daha kolay atlandığı düşünüldüğünden şaşırtıcı bir sonuç değildir. Ancak yine de daha yüksek sayıda hastaların olduğu araştırmalara ihtiyaç vardır.

DEHB olan hastaların ilk psikiyatrik başvuru yaşları DEHB olmayanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bozukluğun başlangıcının çocukluk yaşları olmasıyla bu durum açıklanabilir (1, 34). Fakat çalışmamızdaki DEHB olan hastaların yaklaşık yarısının daha önce bu tanıyı almadığı ve uygun tedaviye hiç ulaşmadığı göz önünde bulundurulduğunda psikiyatri pratiği ile ilgili varsayımlarda bulunulabilir. Bunlar psikiyatri hekimlerinin DEHB'yi tanımada yeterliliklerinin kısıtlı olması, hasta başı ayrılan poliklinik süresinin yeterli olmaması, kırmızı reçeteli ilaç başlama konusunda ön yargılar ya da eş tanıları ile örtüşen semptomlar nedeniyle DEHB tanısının atlanması olabilir. Bu durum hakkında farkındalığın artırılması ve standardize klinik başvuru kılavuzlarının klinisyenlere tanıtılması erişkin DEHB'nin

kronikleşmesinin ve eş tanı gelişmesinin önüne geçecektir (5). Kooij ve ark. 2010 yılında bu amaçla erişkin DEHB için yeni bir tanısal görüşme kılavuzu geliştirmiştir. DIVA 2.0 kılavuzuna ücretsiz şekilde www.divacenter.eu'dan ulaşılabilir.

Sınıf tekrarı öyküsü ($p=0,34$), polis ile başının derde girmesi ($p=0,213$), adli öykü ($p=0,510$), trafik cezası öyküsü ($p=0,653$), önemli iş ya da ev kazası geçirmiş olma ($p=0,227$), trafik kazası öyküsü ($p=0,237$), kırık ya da organ yaralanması ($p=0,153$), intihar öyküsü ($p=0,18$) için DEHB eş tanısı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar literatür ile farklılık göstermektedir (146-148). Farklılığın sebebi DEHB hastalarının sağlıklı kontroller yerine depresyon veya anksiyete bozukluğu olan hastalarla karşılaştırılması olabilir. DEHB bu sorunlara neden olabilmektedir ancak depresyon veya anksiyete bozukluğu olan kişilerde bu sorunlar stresör faktör olabilir. Cinsel ya da fiziksel travma öyküsü ($p=0,583$) açısından gruplar karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması gene benzer şekilde depresyon veya anksiyete bozukluklarında bu durumun stresör faktör olarak rol oynuyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Genetik geçiş oranı en yüksek psikiyatrik hastalıklardan biri olan DEHB hastalarında akrabalarda DEHB tanısı ise literatürle uyumlu şekilde olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır (38).

Gruplar arasında zor doğum ile dünyaya gelmiş olma ($p=0,959$), hastalara gebe iken annede psikiyatrik hastalık öyküsü ($p=0,59$), hastaya gebe iken annede sigara kullanım öyküsü ($p=0,26$), annenin ve babanın birbiriyle akraba olması ($p=1,00$), doğduğunda anne yaşı ($p=0,829$) ve doğduğunda baba yaşı ($p=0,359$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. DEHB etiolojisinde bu bu faktörler yer almaktadır (42-44). Fakat çalışmamızda DEHB olanlarda farklılık olmaması depresyon ve anksiyete eş tanıları varlığından kaynaklanıyor olabilir. Annelerinin kendilerine gebelik ve postpartum süreçleriyle ilgili hastadan bilgi alınması da burada kısıtlayıcı olmuş olabilir. Bu konuda daha büyük örneklem sayılı arşivlere ulaşılabilen araştırmalara ya da izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. DEHB eş tanıli hastaların gebelik öyküsü olanların sayısı yeterli olmadığından perinatal psikiyatrik hastalık öyküleri karşılaştırılmamıştır.

Daha önce çalışma hayatı olan kişilerde DEHB eş tanısı olanların iş değiştirme sıklıklarının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). DEHB hastalarının sık iş değiştirmesi de literatürle uyumlu bir bulgudur (149). DEHB’de engellenme eşiğinin düşük olması ve kişilerin entelektüel kapasitelerine kıyasla daha düşük performans sergilemeleri sık iş değiştirme ile ilişkilendirilmiştir (150). DEHB-DE olan hastalar daha çok çabuk sıkılma, işleri tamamlayamama, unutkanlık, hatalar yapma, odaklanma güçlükleri, organizasyonda güçlükler gibi semptomlar nedeniyle sorun yaşarken DEHB-AH olanlar daha çok dürtüsellik, hareketlilik, sabırsızlık, acelecilik, söz kesme, iş bölme gibi semptomlar nedeniyle sorunlar yaşayabilir. İşyerinde sorun yaşayan ve istihdam problemleri olan hastalarda anamnez detaylandırılmalı, DEHB tanısı sorgulanmalıdır.

Hem anne hem de baba eğitim düzeyi yüksekliğinin ilk psikiyatri başvuru yaşının düşürdüğü tüm hasta grubunda gösterilmiştir. Ebeveynlerde eğitim düzeyinin yükselmesiyle hastalık farkındalığı ve tedavi arayışı artıyor olabilir. Bu konuyla ilgili literatürde herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır, yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları tanı grubunda en sık tanı konulan hastalıkların %75,3 ($n=128$) ile majör depresyon ve %57,6 ile ($n=98$) yaygın anksiyete bozukluğu olduğu görülmüştür. DEHB eş tanılı olanlarda ise tanı konulan en sık bozukluklar %78,8 ($n=26$) ile majör depresyon, %75,8 ($n=25$) ile YAB, %39,4 ($n=13$) ile distimi ve %39,4 ($n=13$) ile SAB olmuştur. Tanı gruplarına göre bakıldığında ise %46,4 ($n=13$) ile en sık SAB’a, sonrasında %35,1 ($n=13$) ile distimiye, %25,5 ($n=25$) ile YAB’a, %20,3 ($n=26$) ile majör depresyona eşlik ettiği görülmüştür. Daha önce yapılan eş tanı çalışmalarına bakıldığında majör depresyon ve DEHB birlikteliği olan hastalarda daha yüksek oranda YAB ve SAB olduğu bildirilmiştir (151). Koyuncu ve ark.nın 2016 yılında DEHB’ye ikincil gelişen SAB’a dair öne sürdükleri gelişimsel teoride DEHB hastalarının hastalığın semptomları nedeniyle yaşadıkları olumsuz yaşam deneyimleri sonrası gelişen utangaçlık, çaresizlik, yetersizlik gibi düşüncelerin, hata yapma ve eleştirilme sonrası gelişen kişiler arası duyarlılığın rol oynadığı davranışsal ve bilişsel inanışlardan söz edilmektedir (152). 2015 yılında gene Koyuncu ve ark.nın yaptığı bir araştırmada ise SAB olan erişkinlerde çocukluk DEHB oranı %62 ($n=88$) bulunmuştur. Bunlardan 63’ünün DEHB-DE, 20’sinin DEHB-B olduğunu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da DEHB görünümünün çok büyük

çoğunluğunun dikkat eksikliği ve bileşik tipten olduğu düşünülürse olumsuz biliş temeline dayanan bu teoriye ek olarak, hastalığın dikkat eksikliği semptomlarından biri olan organizasyon problemlerinin halen süregelmesinin ve kişilerin söyleyeceklerini planlamasında yaşadıkları güçlüğü yarattığı kaygının da DEHB'ye eşlik eden SAB'a katkısının olabileceği söylenebilir. Majör depresyonun ve distiminin de DEHB'ye sıklıkla eşlik ettikleri birçok kez çalışmalarda gösterilmiştir (25, 153). Bu noktada bizim bulgularımız da literatürü destekler niteliktedir. Pek çok araştırmacı DEHB'de depresyon eş tanısının DEHB ilişkili işlevselliğin bozulmasından ve olumsuz yaşam deneyimlerinden ileri geldiğini öne sürmüştür (154). Çifte depresyonun da distimi üzerine eklenen majör depresyon tablosunu tanımladığı göz önüne alındığında DEHB olan hastalarda distimi oranlarının yüksek bulunması çifte depresyonun istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmasını açıklayabilir. Üç ve üzerinde eş tanının bir arada görülmesi DEHB ile ilişkili gösterilmiştir (24). Bu yüzden eş tanıları olan hastalarda DEHB tanısının da akılda olmasında yarar vardır. Çalışmamızdan yola çıkarak depresyon veya anksiyete bozuklukları olan kadınlarda özellikle distimi, çifte depresyon, YAB ve SAB varlığında DEHB eş tanısı dikkatle araştırılmalıdır.

DEHB olan ve olmayan hastalarda ölçek farklılıkları incelendiğinde BDÖ ve BAÖ toplam puanlarında DEHB eş tanısı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen DEHB eş tanısı olanlarda olumsuz benlik değeri, intihar düşünceleri, uyku bozukluğu, sağlık kaygısı ile ilgili BDÖ'nün 4 maddesinin puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. BDÖ her ne kadar depresyon şiddetini ölçmek için oluşturulmuş olsa da gruplar arasında bu maddelerde anlamlı farklılık bulunması DEHB hastalarının eş tanı olmasa da bu alanlarda sorun yaşamalarıyla açıklanabilir. Literatürde DEHB'de düşük benlik değeri ve uyku bozuklukları çokça araştırmaya konu olmuştur. DEHB ve uyku bozuklukları arasında iki yönlü bir ilişkiden söz edilmektedir. DEHB'nin uykuyu, uyku bozukluklarının da DEHB'yi etkilediği düşünülmektedir (155). Uyku düzenlenmesinden sorumlu olan beynin anatomik ve fonksiyonel bölgelerinin DEHB semptomlarının varlığıyla ilişkili olan bölgelerle aynı olması nedeniyle bu iki bozukluk arasındaki ilişki şaşırtıcı değildir (135). DEHB olan hastalarda düşük benlik değeri olduğu da daha önce yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (51). Başka bir

çalışmada ise DEHB’de sadece yaşam boyu depresyon varlığının lise sonrası intihar davranışı için anlamlı olarak yordacı olduğu bulunmuştur fakat bu çalışmaya yalnızca DEHB-AH grubu ile sağlıklı kontroller dahil edilmiştir (156). DEHB olanların intihar düşüncelerinin istatistiksel yüksek çıkmasına rağmen intihar girişimi açısından gruplar arası farklılık bulmamamız çalışmamızdaki DEHB-AH sayısının oldukça düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme depresyon belirtilerinden birisi olarak tanımlanmıştır (34). Hatta dikkatte ve odaklanmada olduğu gibi bilişsel işlevlerde, öğrenmede ve hafızada, işleme hızında da bozukluklar olmaktadır (157). Çalışmamızda depresyon ile DEHB’nin ortak belirti kümesi olan dikkat sorunlarının, anksiyete ile DEHB’nin ortak belirti kümesi olan huzursuzluğun, hareketliliğin ilişkisini araştırdık. Tüm örneklem incelendiğinde BDÖ ile EDEHBÖ-DE arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. BDÖ ile EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. DEHB eş tanısı olan hastalarda BDÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. DEHB eş tanısı olmayanlarda ise BDÖ ile EDEHBÖ-DE arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu korelasyon sonuçlarına göre depresyonun şiddeti artarken dikkat problemleri de artmaktadır fakat bu durum DEHB olanlarda anlamlılık göstermemektedir. Bu da göstermektedir ki DEHB’de görülen dikkat sorunları özellikle depresyon şiddetlendikçe DEHB olmayanlar tarafından da tariflenebilir. Bu da kişinin yanlış DEHB tanısı almasına neden olabilir. Bu yüzden semptomların başlama zamanının, eşlik eden bulguların ve kişinin duygudurumunun ayırıcı tanıda sorgulanması önemlidir. Dikkat sorunlarının başlangıcının çocuklukta olması ve depresif yakınmalar yokken de devam etmesi DEHB tanısı açısından değerlidir.

BAÖ maddeleri bedensel belirtilerin puanlanmasıyla oluştuğundan klinik önem taşımayacağı düşünülerek maddelere farklılık açısından ayrıca bir analiz yapılmamıştır. Tüm örneklem incelendiğinde BAÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Benzer şekilde DEHB eş tanısı olan hastalarda BAÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. BAÖ ile

EDEHBÖ-DE arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmazken EDEHBÖ-AH ile pozitif yönde zayıf istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. Yani DEHB’de görülen aşırı hareketlilik, dürtüsellik sorunları özellikle anksiyete şiddetlendikçe DEHB olmayanlar tarafından da tariflenebilir. Anksiyete bozukluğu olanlar yanlış DEHB tanısı alabilirler. Burada da gene başlama zamanının, eşlik eden bulguların ve kişinin duygudurumunun ayırıcı tanıda sorgulanması önemlidir

WUDÖ hem toplam puan hem de alt faktör (irritabilite, depresyon, okul sorunları, dürtüsellik, dikkat eksikliği) puanlarına göre gruplar arası karşılaştırıldığında DEHB eş tanısı olanların istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puanlara sahip olduğu bulundu. Maddeler tek tek analiz edildiğindeyse 2 madde hariç her maddede anlamlı farklılık saptandı. Bu maddelerden birinin ölçek içerisindeki ters puanlanarak hesaplanan tek madde olduğu dikkat çekmekteydi. Varsayımsal olarak bu durum bu maddenin değerlendirilirken sehven ters işaretleme yapılması ile meydana gelmiş olabilir. WUDÖ çocukluk çağıyla ilgili bir ölçek olduğundan ve DEHB çocukluk çağında başladığından henüz diğer eş tanımlar eklenmeden DEHB’yi ayırt etmesi açısından önemlidir. Klinik pratikte eş tanı varlığını taramak için kullanılabilir.

Aşırı odaklanma DEHB tanı kriterlerinde mevcut değildir fakat sıklıkla klinisyenler ya da DEHB tanılı hastalar tarafından tariflenmektedir (34, 125, 158). Hastalar tarafından sıklıkla bildirilen AO son yıllara kadar yalnızca vaka bildirimleri düzeyindeydi (125, 158). DEHB’de dikkatsizlik semptomları ve dikkatin sürdürülmesinde bozukluğun görülmesinin kişinin, aşırı odaklanma deneyimini dışlamayabileceğini belirten görüşler ortaya atılmıştır (114). Son yıllarda aşırı odaklanma ölçekleri geliştirilmeye başlanmıştır (122, 159). Hupfeld ve ark.nın geliştirdiği aşırı odaklanma ölçeği ile yapılan çalışmada anksiyete ve depresyon hastalarının aşırı odaklanma puanı yüksekliklerinin bu hastalıklar ile ilgili doldurdukları ölçekler ile değil DEHB semptomlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (159). Özel-Kızıl ve ark.ı, geliştirdikleri AOÖ’yü stimulan naif, stimulan kullanan DEHB hastaları ve sağlıklı kontrol grupları açısından karşılaştırmıştır. DEHB gruplarının ikisinin de sağlıklı kontrollere göre AOÖ puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (122). Biz de kontrol grubumuzu sağlıklı bireylerden değil başka bir hasta grubundan oluşturmamıza rağmen AOÖ’nün hem toplam puanları hem de alt faktörlerinin (aşırı odaklanma, bozulmuş zaman yönetimi, erteleme) puanları DEHB

eş tanısı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Bu açıdan aşırı odaklanmanın DEHB ile ilişkisinin depresyon ve anksiyete grubundakinden farklı olduğu söylenebilir.

Hupfeld ve ark. İngilizce bir AOÖ geliştirdikleri çalışmalarında depresyon ve anksiyete sıklıkla DEHB'ye eşlik ettiğinden post hoc testi yapıp AO durumunun anksiyete ya da depresyondan ziyade DEHB semptomatolojisiyle ilişkili olduğunu bulmuştur (159). Groen ve ark. da AO'nun DEHB hastalarına özgü olmadığını, AO ile yaş arasında negatif, DEHB belirtileri arasında pozitif korelasyon olduğunu saptamıştır (114). Bizim çalışmamız da bu bulgular ile tutarlılık göstermiştir. Tüm örnekleme AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem EDHEBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf-orta istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. DEHB eş tanısı olan hastalarda AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. DEHB eş tanısı olmayanlarda AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf-orta istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu da göstermektedir ki DEHB eş tanısı olanlarda AO ile dikkat eksikliği ya da aşırı hareketlilik belirtilerinin şiddeti arasında ilişki saptanamamış fakat hem tüm örnekleme hem de DEHB eş tanısı olmayan grupta AO ile DEHB'nin hem dikkat eksikliği hem de aşırı hareketlilik belirtileri arasında aynı yönde bir ilişki saptanmıştır. Aralarındaki ilişkilerin sebep ya da sonuçlarının araştırılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. AOÖ ile yaş arasında hem tüm örnekleme hem de DEHB eş tanısı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. DEHB eş tanısı olmayanlarda AOÖ ile yaş arasında ise negatif yönde zayıf-orta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kısacası DEHB eş tanısı olmayanlarda görülen aşırı odaklanma deneyimleri yaş ile azalırken DEHB eş tanısı olanlarda AO'nun yaş ile ilişkisi saptanmamıştır.

DEHB eş tanısı olanlarda EDEHBÖ'nün her 3 bölümdeki toplam puanları anlamlı yüksek saptanmıştır. Aynı zamanda DEHB eş tanılılarda ölçeğin 1. ve 2. bölümlerini oluşturan her bir maddenin puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. 3. Bölümde ise alkol, madde kullanımı, yasal güçlükler ve sorunlar, hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi, uzun süren mutsuzluk hali maddeleri hariç her maddede DEHB eş tanılıların puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur. Alkol, madde kullanımı ve yasal güçlükler arasında anlamlı fark

bulunmamasının sebebi çalışmanın yapıldığı örneklemdaki hastaların benzer kültürel özelliklere sahip olması ya da çalışmaya alkol ve madde ile ilişkili bozuklukların dahil edilmemesi olabilir. Yasal güçlükler ilgili anlamlı fark bulunmamasının nedeni örneklemdaki DEHB-AH sayısındaki azlık olabilir. Diğer iki maddede farklılık olmaması ise kontrol grubunda depresyon bozukluklarının yüksek oranda yer almasıyla açıklanabilir.

Tüm bu veriler ışığında anksiyete veya depresyon bozuklukları olan kadın hastalarda DEHB eş tanısı varlığı sıktır. Bu hastalarda DEHB ayırıcı tanısı yapılmalı, tedavi planlanırken eş tanılar göz önünde bulundurulmalıdır. Akrabalarında DEHB tanısı olanlar, öğrenim hayatında disipline gitme öyküsü olanlar ile çocuklukta dikkat eksikliği, dürtüsellik, okul sorunları, depresyon, irritabilitesi olanlar dikkatle sorgulanmalıdır. DEHB distimiye, YAB'a ve SAB'a yüksek oranlarda eşlik etmektedir. Özellikle DEHB-DE tanısı kolaylıkla atlanabilmektedir. DEHB olmayan depresyon hastaları tarifledikleri dikkat sorunları, anksiyete hastaları da aşırı hareketlilik ve dürtüsellik sorunları nedeniyle yanlış DEHB tanısı alma potansiyeli taşımaktadır. Kişilerin özellikle ilgilerini çeken konuya dikkatlerini verebiliyor olmaları klinisyeni DEHB tanısından uzaklaştırmamalıdır.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları da mevcuttur. Ölçeklerin klinisyen tarafından doldurulmamış olması ve fetal dönem ile ilgili verilerin hastalardan alınması bu kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Bazı bulgular için hasta sayıları yetersizdir. Daha geniş örneklem sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR

- Çalışmamızda depresyon ve/veya anksiyete bozuklukları tanıları olan kadınlarda DEHB eş tanı sıklığı %19,6 (n=33) bulundu. Bu hastaların da yarısı daha önce DEHB tanısı (%8,82, n=15)ya da uygun tedavi (%10, n=17) almamıştı. 33 DEHB hastasının %93,9'u (n=31) daha önce psikiyatriye başvurmuştu.
- DEHB tanısı olan hastaların %48,5'i (n=16) dikkat eksikliği baskın görünüm, %6,1'i (n=2) hiperaktivite baskın görünüm, %48,5'i (n=15) ise bileşik görünüm idi. DEHB-DE olanların %56,3'ünün, DEHB-B olanların ise %40'ının daha önce tanı almadığı görüldü. DEHB-AH olan 2 hasta da daha önce tanı almıştı.
- DEHB eş tanısı olanların yaşlarının istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu bulundu.
- DEHB eş tanısı olan hastaların eğitim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik olduğu bulundu.
- DEHB hastalarının öğrenim hayatları boyunca istatistiksel olarak anlamlı yüksek oranda disipline gittikleri bulundu. DEHB alt görünümlerine göre incelendiğinde DEHB-DE olanların %81,25'inin (n=13) disipline gitmediği bulundu.
- Sınıf tekrarı öyküsü, polis ile başının derde girmesi, adli öykü, trafik cezası öyküsü, önemli iş ya da ev kazası geçirmiş olma, trafik kazası öyküsü, kırık ya da organ yaralanması, intihar öyküsü için DEHB eş tanısı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu.
- Cinsel ya da fiziksel travma öyküsü açısından DEHB eş tanısı olan ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu.
- DEHB eş tanısı olanların akrabalarında DEHB tanısı, eş tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.
- Gruplar arasında zor doğum ile dünyaya gelmiş olma, hastalara gebe iken annede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastaya gebe iken annede sigara kullanım öyküsü, annenin ve babanın birbiriyle akraba olması, doğduğunda anne yaşı ve doğduğunda baba yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulundu.
- Daha önce çalışma hayatı olan kişilerde DEHB eş tanısı olanların iş değiştirme sıklıklarının yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

- Hem anne hem de baba eğitim düzeyinin yüksekliği ile başvuru yaşının düşmesi arasında tüm hastalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.
- Depresyon ve anksiyete bozuklukları grubunda en sık tanı konan hastalıklar %75,3 (n=128) ile majör depresyon ve %57,6 ile (n=98) yaygın anksiyete bozukluğu oldu.
- DEHB eş tanılı olanlarda ise tanı konan en sık bozukluklar %78,8 (n=26) ile majör depresyon, %75,8 (n=25) ile YAB, %39,4 (n=13) ile distimi ve %39,4 (n=13) ile SAB oldu.
- DEHB'nin %46,4 (n=13) ile en sık SAB'a, sonra sırasıyla %35,1 (n=13) ile distimiye, %25,5 (n=25) ile YAB'a, %20,3 (n=26) ile majör depresyona eşlik ettiği bulundu.
- Çifte depresyon DEHB olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı.
- Tüm örneklem incelendiğinde BDÖ ile EDEHBÖ-DE arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmuştur. BDÖ ile EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır. BAÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı. AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem EDEHBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf-orta istatistiksel anlamlı korelasyon bulundu. AOÖ ile yaş arasında negatif yönde zayıf-orta istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.
- DEHB eş tanısı olan hastalarda EDEHBÖ-DE ile BDÖ, BAÖ ve AOÖ arasında, EDEHBÖ-AH ile BDÖ, BAÖ ve AOÖ arasında ve AOÖ ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı.
- DEHB eş tanısı olmayanlarda BDÖ ile EDEHBÖ-DE arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel anlamlı korelasyon bulunurken EDEHBÖ-AH arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı. BAÖ ile EDEHBÖ-DE arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmazken BAÖ ile EDEHBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel anlamlı korelasyon bulundu. AOÖ ile hem EDEHBÖ-DE hem de EDEHBÖ-AH arasında pozitif yönde zayıf-orta istatistiksel anlamlı korelasyon bulundu. AOÖ ile yaş arasında ise negatif yönde zayıf-orta istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.
- BDÖ ve BAÖ toplam puanlarında DEHB eş tanısı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasına rağmen DEHB eş tanısı olanlarda

olumsuz benlik değeri, intihar düşünceleri, uyku bozukluğu, sağlık kaygısı ile ilgili BDÖ'nün 4 maddesinin puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

- WUDÖ hem toplam puan hem de faktör (irritabilite, depresyon, okul sorunları, dürtüsellik, dikkat eksikliği) puanlarına göre gruplar arası karşılaştırıldığında DEHB eş tanısı olanların istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puanlara sahip olduğu bulundu. 8. madde 'Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü' ve 24. madde 'Ben çocukken okulda matematikle ve sayılarla aram iyi değildi' hariç diğer 23 maddenin tümünde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.
- AOÖ'nün hem toplam puanları hem de faktör (aşırı odaklanma, bozulmuş zaman yönetimi, erteleme) puanları DEHB eş tanısı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.
- Erişkin DEHB ölçeğinin her 3 bölüm toplam puanları, 1. ve 2. bölümdeki her bir madde için DEHB eş tanısı olanların puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. 3. Bölümde ise alkol, madde kullanımı, yasal güçlükler ve sorunlar, hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi, uzun süren mutsuzluk hali maddeleri hariç diğer maddelerde DEHB eş tanılıların puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu.

7. KAYNAKLAR

1. Keltner NL, Taylor EW: Messy purse girls: adult females and ADHD. *Perspect Psychiatr Care* 38:69-72, 2002
2. Dulcan M: Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:85s-121s, 1997
3. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, et al.: Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 351:429-33, 1998
4. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:182-93, 2000
5. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, et al.: European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 10:67, 2010
6. Weiss M, Worling D, Wasdell M: A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *J Atten Disord* 7:1-9, 2003
7. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, et al.: Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry* 162:1083-9, 2005
8. Willcutt EG: The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 9:490-9, 2012
9. Berry CA, Shaywitz SE, Shaywitz BA: Girls with attention deficit disorder: a silent minority? A report on behavioral and cognitive characteristics. *Pediatrics* 76:801-9, 1985
10. Gaub M, Carlson CL: Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1036-45, 1997
11. Conner M: Attention Deficit Disorder in Children and Adults: Strategies for Experiential Educators. In *Experiential education: A critical resource for the 21 st century Proceedings manual of the annual international conference of the association for experiential education* 22:177-82, 1994
12. Doyle BB: Understanding and treating adults with attention deficit hyperactivity disorder: American Psychiatric Association Publishing, 2006
13. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, et al.: Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 165:342-51, 2008
14. Wu Z, Chen J, Yuan C, et al.: Difference in remission in a Chinese population with anxious versus nonanxious treatment-resistant depression: a report of OPERATION study. *J Affect Disord* 150:834-9, 2013
15. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS: Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol* 3:137-58, 2007
16. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, et al.: Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* 72:341-8, 2011

17. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, et al.: New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:426-34, 2008
18. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al.: The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 163:716-23, 2006
19. Barkley RA, Murphy K, Kwasnik D: Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 1:41-54, 1996
20. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, et al.: Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res* 62:213-9, 1996
21. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al.: Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150:1792-8, 1993
22. Adler LA, Spencer, T. J., Stein, M. A., & Newcorn, J. H.: Best Practices in Adult ADHD: Epidemiology, Impairments, and Differential Diagnosis. *CNS Spectrums* 13:1-19, 2008
23. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, et al.: Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 163:1561-8, 2006
24. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al.: Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 190:402-9, 2007
25. Kooij JJ, Huss M, Asherson P, et al.: Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *J Atten Disord* 16:3s-19s, 2012
26. Wasserstein J: Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *J Clin Psychol* 61:535-47, 2005
27. Newcorn JH, Weiss M, Stein MA: The complexity of ADHD: diagnosis and treatment of the adult patient with comorbidities. *CNS Spectr* 12:1-14; quiz 5-6, 2007
28. Hallowell EM: *Driven to distraction*: First edition. New York : Pantheon Books, [1994] ©1994, 1994
29. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington, DC, 1968
30. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington,DC, 1980
31. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* Washington, DC, 1987
32. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, 1994
33. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, 2000
34. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, 2013
35. Feifel D, MacDonald K: Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: recognition and diagnosis of this often-overlooked condition. *Postgrad Med* 120:39-47, 2008

36. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al.: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 164:942-8, 2007
37. Cunill R, Castells X: [Attention deficit hyperactivity disorder]. *Med Clin (Barc)* 144:370-5, 2015
38. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al.: Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57:1313-23, 2005
39. Biederman J: Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 57:1215-20, 2005
40. Faraone SV, Doyle AE, Mick E, et al.: Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 158:1052-7, 2001
41. Waldman ID, Gizer IR: The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* 26:396-432, 2006
42. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al.: Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 52:464-70, 1995
43. Mick E, Biederman J, Prince J, et al.: Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 23:16-22, 2002
44. Sprich-Buckminster S, Biederman J, Milberger S, et al.: Are perinatal complications relevant to the manifestation of ADD? Issues of comorbidity and familiarity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:1032-7, 1993
45. Biederman J, Petty CR, O'Connor KB, et al.: Predictors of persistence in girls with attention deficit hyperactivity disorder: results from an 11-year controlled follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 125:147-56, 2012
46. Biederman J, Faraone S, Milberger S, et al.: Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:343-51, 1996
47. Solden S: Women with attention deficit disorder. Grass Valley, CA: Underwood Books, 1995
48. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, et al.: Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 111:179-85, 2003
49. Faraone SV, Biederman J: What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 9:384-91, 2005
50. Rucklidge JJ: Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 33:357-73, 2010
51. Rucklidge JJ: Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother* 8:643-55, 2008
52. McCarthy S, Asherson P, Coghill D, et al.: Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. *Br J Psychiatry* 194:273-7, 2009
53. Andersen SL, Teicher M: Sex differences in dopamine receptors and their relevance to ADHD. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 24:137-41, 2000

54. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, et al.: Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry* 69:213-21, 2008
55. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al.: Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 53:13-29, 1994
56. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, et al.: A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry* 31:416-25, 1990
57. Sobanski E: Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256 Suppl 1:i26-31, 2006
58. Able SL, Johnston JA, Adler LA, et al.: Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med* 37:97-107, 2007
59. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, et al.: Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 42:937-47, 1985
60. Secnik K, Swensen A, Lage MJ: Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 23:93-102, 2005
61. De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, et al.: Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evid Based Ment Health* 20:4-11, 2017
62. Faraone SV, Glatt SJ: A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry* 71:754-63, 2010
63. Geffen J, Forster K: Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Ther Adv Psychopharmacol* 8:25-32, 2018
64. Asherson P, Bushe C, Saylor K, et al.: Efficacy of atomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder: an integrated analysis of the complete database of multicenter placebo-controlled trials. *J Psychopharmacol* 28:837-46, 2014
65. Childress AC: A critical appraisal of atomoxetine in the management of ADHD. *Ther Clin Risk Manag* 12:27-39, 2016
66. Biederman J, Spencer T: Non-stimulant treatments for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 9 Suppl 1:I51-9, 2000
67. Wilens TE, Haight BR, Horrigan JP, et al.: Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 57:793-801, 2005
68. Reimherr FW, Hedges DW, Strong RE, et al.: Bupropion SR in adults with ADHD: a short-term, placebo-controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 1:245-51, 2005
69. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J, et al.: A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 158:282-8, 2001
70. Niederhofer H: Treating ADHD with agomelatine. *J Atten Disord* 16:346-8, 2012
71. Salardini E, Zeinoddini A, Kohi A, et al.: Agomelatine as a Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Double-Blind, Randomized Clinical Trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 26:513-9, 2016
72. Hirvikoski T, Waaler E, Lindström T, et al.: Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *Atten Defic Hyperact Disord* 7:89-99, 2015

73. Vidal-Estrada R, Bosch-Munso R, Nogueira-Morais M, et al.: Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr* 40:147-54, 2012
74. Jensen CM, Amdisen BL, Jørgensen KJ, et al.: Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *Atten Defic Hyperact Disord* 8:3-11, 2016
75. Morgensterns E, Alfredsson J, Hirvikoski T: Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *Atten Defic Hyperact Disord* 8:101-11, 2016
76. Solanto MV, Marks DJ, Wasserstein J, et al.: Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *Am J Psychiatry* 167:958-68, 2010
77. Prevatt F, Yelland S: An Empirical Evaluation of ADHD Coaching in College Students. *J Atten Disord* 19:666-77, 2015
78. Prevatt F: Coaching for College Students with ADHD. *Curr Psychiatry Rep* 18:110, 2016
79. Hippocrates: Works of Hippocrates, Vol. I–IV. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1923–1931
80. Radden J: The Nature of Melancholy: From Aristotle to Kristeva. New York, NY: Oxford University Press, 2000
81. Porter R: The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity. New York, NY: W.W. Norton, 1997
82. Shorter E: How everyone became depressed: The rise and fall of the nervous breakdown. New York, NY: Oxford University Press, 2013
83. Micale MS: Hysterical men: The hidden history of male nervous illness. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2008
84. Kraepelin E: Manic-depressive insanity and paranoia. New York, NY: Arno Press., 1921/1976
85. Freud S: Mourning and melancholia; in Standard edition of the complete works of Sigmund Freud Edited by Strachey J. London, England: Hogarth Press., 1917/1957
86. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC, 1952
87. Klein DF: Endogenomorphic depression. A conceptual and terminological revision. *Arch Gen Psychiatry* 31:447-54, 1974
88. Paykel ES: Classification of depressed patients: a cluster analysis derived grouping. *Br J Psychiatry* 118:275-88, 1971
89. Mendels J, Cochrane C: The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *Am J Psychiatry* 124:Suppl:1-11, 1968
90. Kiloh LG, Garside RF: The independence of neurotic depression and endogenous depression. *Br J Psychiatry* 109:451-63, 1963
91. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al.: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama* 289:3095-105, 2003
92. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6:168-76, 2007

93. Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, et al.: The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry* 71:1645-56, 2010
94. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19, 1994
95. Rubio JM, Markowitz JC, Alegría A, et al.: Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depression and anxiety* 28:622-31, 2011
96. Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, et al.: Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up--results from the Finnish Health 2011 Survey. *J Affect Disord* 173:73-80, 2015
97. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, et al.: Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health* 95:998-1000, 2005
98. Vandeley CL, Fassassi S, Castela E, et al.: Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community. *Psychiatry Res* 250:50-8, 2017
99. Moss SB, Nair R, Vallarino A, et al.: Attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Prim Care* 34:445-73, v, 2007
100. Crocq M-A: A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci* 17:319-25, 2015
101. Hippocrates G: *The Writings of Hippocrates and Galen: A Project Of Liberty Fund, Inc.*, 1846
102. Seneca LA: *Of Peace of Mind*. London, UK: George Bell and Sons, 1900
103. Kessler R, Petukhova M, Sampson N, et al.: Twelve month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 21, 2012
104. Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15:357-76, 2005
105. Alonso J, Lépine JP: Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd). *J Clin Psychiatry* 68 Suppl 2:3-9, 2007
106. Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, et al.: Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Public Health Rep* 107:663-8, 1992
107. Erinc S, Cem Ş, Burcu Ç, et al.: Comorbidity in Patients Diagnosed with Adult-Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Psychiatry Outpatient Clinics. *Nöropsikiyatri Arşivi* 47, 2010
108. Jan Buitelaar CCK, Philip Asherson: *ADHD in Adults (Characterization, Diagnosis, and Treatment)*: Cambridge University Press, 2011
109. Van den Bergh BR, Marcoen A: High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev* 75:1085-97, 2004
110. Segenreich D, Paez MS, Regalla MA, et al.: Multilevel analysis of ADHD, anxiety and depression symptoms aggregation in families. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24:525-36, 2015

111. Bramham J, Murphy DG, Xenitidis K, et al.: Adults with attention deficit hyperactivity disorder: an investigation of age-related differences in behavioural symptoms, neuropsychological function and co-morbidity. *Psychol Med* 42:2225-34, 2012
112. Fleischmann A, Fleischmann RH: Advantages of an ADHD diagnosis in adulthood: evidence from online narratives. *Qual Health Res* 22:1486-96, 2012
113. Houston JP, Kroenke K, Faries DE, et al.: A Provisional Screening Instrument for Four Common Mental Disorders in Adult Primary Care Patients. *Psychosomatics* 52:48-55, 2011
114. Groen Y, Priegnitz U, Fuermaier ABM, et al.: Testing the relation between ADHD and hyperfocus experiences. *Res Dev Disabil* 107:103789, 2020
115. Mostert JC, Onnink AMH, Klein M, et al.: Cognitive heterogeneity in adult attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic analysis of neuropsychological measurements. *Eur Neuropsychopharmacol* 25:2062-74, 2015
116. Fuermaier ABM, Tucha L, Koerts J, et al.: Cognitive impairment in adult ADHD--perspective matters! *Neuropsychology* 29:45-58, 2015
117. Tucha L, Tucha O, Laufkötter R, et al.: Neuropsychological assessment of attention in adults with different subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Neural Transm (Vienna)* 115:269-78, 2008
118. Schoechlin C, Engel RR: Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of empirical data. *Arch Clin Neuropsychol* 20:727-44, 2005
119. Hervey A, Epstein J, Curry J: Neuropsychology of Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neuropsychology* 18:485-503, 2004
120. Tucha L, Fuermaier AB, Koerts J, et al.: Sustained attention in adult ADHD: time-on-task effects of various measures of attention. *J Neural Transm (Vienna)* 124:39-53, 2017
121. Marchetta ND, Hurks PP, De Sonneville LM, et al.: Sustained and focused attention deficits in adult ADHD. *J Atten Disord* 11:664-76, 2008
122. Ozel-Kizil ET, Kokurcan A, Aksoy UM, et al.: Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 59:351-8, 2016
123. Wigal SB, Wong AA, Jun A, et al.: Adverse events in medication treatment-naïve children with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a small, controlled trial of lisdexamfetamine dimesylate. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 22:149-56, 2012
124. Silver LB: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals: American Psychiatric Association Publishing, 2003
125. Brown T: Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults. New Haven & London: Yale University Press, 2006
126. Adler L, Cohen J: Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric clinics of North America* 27:187-201, 2004
127. Ulusoy M, hisli sahin N, Erkmen H: Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy:An International Quarterly* 12, 1998
128. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 7:3-13, 1989

129. Öncü B, Ölmez S, Senturk cankorur V: Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin DEHB'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16:252-9, 2005
130. Günay Ş, Aksoy U, Maner F, et al.: The norm study, transliteral equivalence, validity, reliability of adult hyperactivity scale in Turkish adult population. *Türkiye'de Psikiyatri* 8:98-107, 2006
131. Ozel Kizil E, Demirbas H, Bastug G, et al.: P.7.b.012 A scale for the assessment of hyperfocusing in attention deficit and hyperactivity disorder. *European Neuropsychopharmacology* 23:S593, 2013
132. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, et al.: [Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language]. *Türk Psikiyatri Derg* 30:51-6, 2019
133. Pehlivanidis A, Papanikolaou K, Spyropoulou AC, et al.: Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in adult psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract* 18:265-71, 2014
134. Barkley RA, Brown TE: Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr* 13:977-84, 2008
135. Owens JA: The ADHD and sleep conundrum: a review. *J Dev Behav Pediatr* 26:312-22, 2005
136. Goksöyr PK, Nøttestad JA: The burden of untreated ADHD among adults: the role of stimulant medication. *Addict Behav* 33:342-6, 2008
137. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, et al.: 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* 13:175-87, 2009
138. Newton-Howes G: What happens when children with attention deficit/hyperactivity disorder grow up? *J R Soc Med* 97:531-5, 2004
139. Sitholey P, Agarwal V, Sharma S: An exploratory clinical study of adult attention deficit/hyperactivity disorder from India. *Indian J Med Res* 129:83-8, 2009
140. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, et al.: Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 48:9-20, 2000
141. Adler LA: Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 3:8-11, 2004
142. Montano B: Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J Clin Psychiatry* 65 Suppl 3:18-21, 2004
143. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J: Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Jama* 292:619-23, 2004
144. Antshel KM, Faraone SV, Stallone K, et al.: Is attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? Results from the MGH Longitudinal Family Studies of ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 48:687-94, 2007
145. Kathleen Nadeau EL, Patricia Quinn Understanding Girls with ADHD: How They Feel and Why They Do What They Do: Advantage Books, 2015
146. Jerome L, Segal A, Habinski L: What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 15:105-25, 2006

147. Barkley RA: Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 63 Suppl 12:10-5, 2002
148. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, et al.: Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 45:195-211, 2004
149. Murphy K, Barkley RA: Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 37:393-401, 1996
150. Wolf LE, Wasserstein J: Adult ADHD. Concluding thoughts. *Ann N Y Acad Sci* 931:396-408, 2001
151. Fischer AG, Bau CH, Grevet EH, et al.: The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatr Res* 41:991-6, 2007
152. Koyuncu A, Alkın T, Tükel R: Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis). *Early Interv Psychiatry* 12:269-72, 2018
153. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, et al.: Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* 162:1621-7, 2005
154. Cook J, Knight E, Hume I, et al.: The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review of the literature. *Atten Defic Hyperact Disord* 6:249-68, 2014
155. Adler LA, Goodman D, Weisler R, et al.: Effect of lisdexamfetamine dimesylate on sleep in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Brain Funct* 5:34, 2009
156. Russell A, Barkley RA, Mariellen Fischer: Suicidality in Children with ADHD, Grown Up. *The ADHD Report* 13:1-6, 2005
157. Zuckerman H, Pan Z, Park C, et al.: Recognition and Treatment of Cognitive Dysfunction in Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry* 9:655-, 2018
158. Fitzsimons MG, Brookman JC, Arnholz SH, et al.: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Successful Completion of Anesthesia Residency: A Case Report. *Acad Med* 91:210-4, 2016
159. Hupfeld KE, Abagis TR, Shah P: Living "in the zone": hyperfocus in adult ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord* 11:191-208, 2019