

# Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Hastalarda Eştanı

## Comorbidity in Patients Diagnosed with Adult-Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Psychiatry Outpatient Clinics

Erinç SEVİNÇ, Cem ŞENGÜL\*, Burcu ÇAKALOZ\*\*, Hasan HERKEN\*\*

Servergazi Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Denizli, Türkiye

\*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

\*\*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Her ne kadar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), uzun süre çocukluk çağında gözlenen bir rahatsızlık olarak algılanmışsa da, artık erişkinlik hayatında da devam eden bir bozukluk olduğu kabul edilmektedir. Bu çalışmada DEHB tanısı konan erişkinlerde eştanı sıklığının araştırması hedeflenmiştir.

**Yöntemler:** DEHB tanısı konan 16-60 yaş arası 80 hasta ve 80 kontrol çalışmaya alınmıştır. Gruplar; sosyodemografik özellikler, SCID-I ve SCID-II tanıları açısından karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Gruplar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikler açısından eşdeğeri. Yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, distimik bozukluk, somatoform bozukluk, antisosyal ve borderline kişilik bozukluklarının sıklığı DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda erişkin DEHB'nin yaşam boyu psikiyatrik eştanı için önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür. DEHB hastalarında eştanısı olanların tanınmaması, belirtilerin ağırlaşmasına ve tedavide dirence yol açabileceği açıktır. Bu yüzden ileride bu konuda yapılacak olan çalışmalar, DEHB'nin erişkin dönemdeki seyri ve tedavisini anlamamızda faydalı olacaktır. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 139-43*)

**Anahtar kelimeler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eştanı, erişkin

### ABSTRACT

**Objective:** Although attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) was perceived as a disorder of childhood, it is now recognized as a chronic condition persisting into adulthood. The aim of this study was to explore the frequency of comorbidity in adults with ADHD.

**Methods:** 80 ADHD patients between 16 and 60 years of age and 80 controls were recruited to the study. The groups were compared in terms of socio-demographic characteristics and diagnosis based on SCID-I and SCID-II.

**Results:** The groups were identical regarding socio-demographic characteristics such as age, gender, education and marital status. The frequency of generalized anxiety disorder, major depression, dysthymia, somatoform disorder, antisocial and borderline personality disorders was significantly higher in ADHD group compared to the control group.

**Conclusion:** We found that adult ADHD was an important risk factor for psychiatric comorbidity throughout lifetime. It is clear that misdiagnosis of comorbid disorders in ADHD patients may cause worsening of the symptoms and treatment resistance. Further studies on this topic may help us to better understand the course of adult ADHD and its treatment. (*Archives of Neuropsychiatry 2010; 47: 139-43*)

**Key words:** Attention-deficit hyperactivity disorder, adult, comorbidity

### Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yedi yaşından önce başlayan ve kendini dikkat eksikliği, yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik, dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (1). DEHB belirtileri sıklıkla ömür boyu devam etmektedir (2,3).

Erişkin DEHB'nin ilk kez tanımlandığı 1976 yılından beri diğer ruhsal bozukluklarla yüksek oranda birliktelik gösterdiği ve eş-

tanının erişkin DEHB'nin bir parçası olduğu sık olarak ifade edilmiştir (4). Ayrıca çalışmalarda, eştanının tedaviyi güçleştirmesi ve tedavi maliyetini arttırması sebebiyle mutlaka dikkate alınmasının gerekliliği de vurgulanmıştır (5,6). Yapılan çalışmalarda hastaların %88'inde en az bir eştanının olduğu ve bunların da %60'ında birden fazla eştanının varlığı dikkati çekmektedir. DEHB ile major depresif bozukluk %63, distimik bozukluk %23, bipolar bozukluk %17, panik bozukluk %11, genelleşmiş anksiyete bozukluğu %12, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %7, alkol

kötüye kullanımı %9-14, madde kötüye kullanımı %7-26, kişilik bozuklukları %18-28 oranında eşlik ettiği gösterilmiştir (7-10).

DEHB'nin eşlik ettiği hastalıkların başında major depresif bozukluk gelmektedir. Çocuk ve ergende DEHB'nin depresif belirtilerle başlayabileceği ve çoğu zaman bu bozuklukların birbirlerini maskeleydikleri bildirilmiştir (11-13).

Yazında DEHB ile birlikte başta panik bozukluk olmak üzere tüm anksiyete bozukluklarının yaygınlığının daha yüksek olduğu, somatik bulguların ise özellikle erkek bireylerde olmak üzere tüm DEHB'li hastalarda sık olarak gözlemlendiği belirtilmektedir (14-17).

DEHB ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki incelendiğinde ise özellikle B kümesi kişilik bozukluklarının DEHB'ye sık olarak eşlik ettiği gözlemlenmiştir (18). Çalışmalarda, erişkin DEHB hastalarında antisosyal davranışların (%12-27) ve antisosyal kişilik bozukluğunun (%23-40) yüksek oranlarda bulunduğu belirtilmiştir (19,20).

Bu çalışmada, DEHB tanısı olan bireylerde kontrol grubuyla karşılaştırılarak eşlik eden ruhsal bozuklukların sıklığının ve bu bozukluklarla ilişkili sosyodemografik değişkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

## Yöntemler

### 1. Çalışma Deseni ve Çalışma Grupları

Bu araştırma, bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğinde 1 Haziran 2007-31 Mayıs 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş bir olgu-kontrol çalışmasıdır. Çalışma için üniversite etik kurulundan izin alınmış, ayrıca çalışmaya alınan bireyler çalışma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onayları alınmıştır. Olgu grubu, 16-60 yaş aralığında olan ve klinik görüşmeyle hem de Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ) ve Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanterine göre DEHB tanısı almış kişilerden oluşturulmuştur. Bu tanı yöntemlerinin herhangi birine göre DEHB tanısı konmayan kişiler çalışmadan dışlanmıştır. Klinik görüşme iki ayrı araştırmacı tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre uygulanmıştır. WUDÖ'den 36 ve üzeri puan alanlar, Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri'nden birinci ve ikinci bölümdeki 9 sorudan en az 6 tanesine 2 veya 3 cevabı vermiş olan bireylere DEHB tanısını konmuştur. Hastalara DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ve DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCIDII) uygulanmıştır. Çalışmaya katılım için ölçütleri sağlayan DEHB tanısı alan 88 kişinin 3'ü çalışmaya katılmak istemediği, 5'i ise okuma-yazması olmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Böylece 80 kişiden oluşan bir olgu grubu oluşturulmuştur.

Kontrol grubu ise, aynı üniversite hastanesinde çalışan personel arasından gönüllülük esasına dayalı olarak seçilmiş ve olgu grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş 80 bireyden oluşturulmuştur. Kontrol grubunun seçimine DEHB hastalığı tanısı olmaması esas alınmış olmakla birlikte okuma yazması olmayan, nörolojik / kronik hastalığı ve mental retardasyonu olan bireyler çalışmadan dışlanmıştır. DEHB yönünden durumlarının değerlendirilmesinde yine klinik görüşme ve ölçeklerden yararlanılmıştır. WUDÖ'den 36 ve üzeri puan alan, Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanterinde birinci ve ikinci bölümdeki 9 sorudan en az 6 tanesinin 2 veya 3 olarak işa-

retlemiş olan kişiler dışlanmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki bireylere de SCID I ve SCID II uygulanarak psikiyatrik öyküleri araştırılmıştır.

### 2. Değerlendirme Araçları

**Sosyodemografik Veri Formu:** Bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek için bu çalışmada kullanılmak üzere geliştirilmiş soru formudur.

**Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender-Utah Rating Scale) (WUDÖ):** Erişkin hastalarda çocukluk dönemindeki DEHB belirtilerinin varlığını ve şiddetini ölçmektedir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin dönemde DEHB tanısının konulması konusunda bazı güçlükler bulunmaktadır. Mevcut ölçütlerin bazılarının çocukluk dönemine ait özellikleri içermesi ve erişkin döneme uygulanamaması bu güçlüklerden biridir. WUDÖ'nun hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. WUDÖ 1993 yılında Ward ve Wender tarafından geliştirilmiş olup 61 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır (21). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82.5, özgüllük %90.8 saptanmıştır (22).

**Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (Turgay 1995):** Ölçek; 5'li likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm; DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilmiş ve dikkat eksikliğini sorgulayan 9 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm de DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilmiştir ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik sorgulayan 9 sorudan oluşmaktadır. Son bölüm DEHB ile ilişkili olabilecek özellikler, birtakım duygusal ve davranışsal belirtilerin sorgulandığı toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Dikkat eksikliğinden söz edebilmek için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak puanlanmış, hiperaktivite-dürtüsellik varlığı için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak puanlanmış olması gerekmektedir. Erişkin DEHB ölçeğinin erişkinlerde DEHB'nin genel toplumla ve değişik klinik durumlarda ayırt edilmesinde yararlı bir test olduğu ve duyarlılığı, geçerliliği, güvenilirliği ve test-yeniden test tutarlılığı yüksek bulunmuş olması nedeni ile tanı, tedavi ve araştırmalarda kullanılabilir bir ölçüt olduğu saptanmıştır (23).

**DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):** DSM-IV'de yer alan I. eksen psikiyatrik bozukluk tanımlarını değerlendirmek üzere hazırlanan yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir (24).

**DSM-III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCIDII):** DSM-III-R sınıflandırmasına göre II. eksen kişilik bozukluğu tanımlarını koymak amacıyla geliştirilen, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir (25).

### 3. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel analizler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 Paket Programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri p<0.05 olarak kabul edilerek, yüzdelerin karşılaştırılmasında ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri; ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında ise Levene's testi ile varyansların homojen olduğunun belirlenmesi sonrası student t-testi kullanılmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya; DEHB grubunda 80, kontrol grubunda 80 olmak üzere toplam 160 kişi alınmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları, eğitim düzeyleri ve medeni durumları bakımından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Verilerin dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

**SCID-I Görüşmesi ile Eştanı Dağılımı:** DEHB grubunda en sık görülen eştanıların, yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk olduğu gözlemlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, distimik bozukluk ve somatoform bozukluk eştanılarının DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha sık görüldüğü bulunmuştur (sırasıyla %46.3, %46.3, %10.0, %11.3) (Tablo 2). Eştanı varlığı açısından bakıldığında DEHB grubundaki bireylerin %12.5'i tanı almazken, %43.7'si bir tanı, %41.2'si iki tanı, %2.5'i üç tanı almıştır. Sonuç olarak vakaların %87.5'inin en az bir eştanı aldıkları gözlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin ise %63.7'si tanı almazken, %27.5'i bir tanı, %8.7'si 2 tanı almış olup, 3 tanı alan birey bulunmamaktadır (Tablo 2).

**SCID-II Görüşmesi ile Kişilik Bozukluğu Eştanıları:** Her iki grup, kişilik bozuklukları açısından değerlendirildiğinde antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır (sırasıyla %11.3, %18.8) (Tablo 3). Sadece bu iki kişilik bozukluğunun eşlik ettiği vakalarda yapılan analizde; antisosyal kişilik bozukluğu olanlarda erkek cinsiyetin (%100), borderline kişilik bozukluğu olanlarda kadın cinsiyetin (%60) daha sık olduğu görülmüştür.

DEHB tanısı alan grupta eştanısı olan ve olmayanlar arasında medeni durum ve eğitim durumu karşılaştırıldığında eştanı olmayanların sayısı 5 olduğu için yapılan istatistik analizinden sağlıklı sonuç elde edilememiştir.

Olgu grubunda eştanıların varlığının ya da tipinin ölçek puanlarına olan etkisini incelemek amacıyla yapılan analizlerde özellikle olgu sayısı yönünden yüksek olan major depresif bozukluk (n=10), yaygın anksiyete bozukluğu (n=15), siklotimik bozukluk (n=8), uyum bozukluğu (n=8), borderline kişilik bozukluğu (n=15) eştanıları için analiz uygulanmıştır. Bu analizler sonucunda siklotimik bozukluk eştanısı olanların WUDO puanının anlamlı olarak yüksek olduğu, diğer eştanıların ölçek puanlarında ise önemli bir farklılığa yol açmadığı belirlenmiştir.

## Tartışma

DEHB'ye başka herhangi bir bozukluğun eşlik etmesi klinik tabloyu ağırlaştırır, seyri kötüleştirir, tedaviyi güçleştirir ve tedavi maliyetini artıran bir durumdur (26). Biederman ve arkadaşları; kliniklere başvuran DEHB olgularının %20'sinde iki veya daha fazla eşlik eden ruhsal bozukluğun bulunduğunu bildirmişlerdir (27). Bizim çalışmamızda; SCID-I görüşmesi ile eştanı varlığı açısından bakıldığında DEHB grubundaki bireylerin %12.5'i tanı almazken, %43.7'si bir tanı, %41.2'si iki tanı, %2.5'i üç tanı almıştır. Sonuçta en az bir eştanı alanların yüzdesi % 87.5'tir. Bu oranlar genel olarak yazınla uyumludur (28,29). Bizim çalışmamızda DEHB'li hastalarda en sık olarak yaygın anksiyete bozukluğu, major depresif bozukluk, somatoform bozukluk ve distimik bozukluğun görüldüğü ve DEHB grubunda bu hastalıkların ek olarak görülmeye sıklığının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda DEHB hastalarının %46.3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu saptanmış ve kontrol grubuna göre (%8.8) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yazındaki çeşitli çalışmalarda DEHB'li hastalarda yaygın anksiyete bozukluğu eştanısı oranı değişkenlik göstermekle birlikte bu çalışmalarda da DEHB hastalarındaki eştanı oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (4,5). Erişkin DEHB'lilerin sağlıklı kontrolle karşılaştırıldığı bir çalışmada, DEHB hastalarında yaygın anksiyete bozukluğu sıklığının %21 olduğu ve kontrol grubuyla arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (30). Bununla birlikte bu farkın anlamlı olmadığını gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (31). Çalışmamızda eştanı olarak yaygın anksiyete bozukluğu oldukça yüksek bulunmasına karşın diğer anksiyete bozuklukları daha az sıklıkta idi. Çalışmalarda erişkin DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluklarının sıklığı farklılık göstermekle birlikte bu durumun tedaviyi zorlaştırması nedeniyle oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (28). Bu açıdan DEHB olan hastalarda yaygın anksiyete bozukluğunun ve yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında DEHB'in sorgulanmasının ve değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

DEHB'ye eşlik eden duygudurum bozukluklarının başında major depresif bozukluk gelmektedir (5). Bu bozuklukta görülen uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü, iritabilite ve anksiyete

Tablo 1. Çalışma gruplarının sosyodemografik özellikleri

		DEHB (%)	Kontrol (%)	p
Yaş		25.80±10.7	26.13±6.62	0.642
Cinsiyet	Kadın	26 (%32.5)	24 (%30.0)	0.682
	Erkek	54 (%67.5)	56 (%70.0)	
Medeni Durum	Bekâr	54 (%67.5)	43 (%53.8)	0.348
	Evli	24 (%30.0)	35 (%43.8)	
	Dul	1 (%1.3)	1 (%1.3)	
	Boşanmış	1 (%1.3)	1 (%1.3)	
Eğitim Durumu	İlkokul	8 (%10.0)	15 (%18.8)	0.195
	Ortaokul	27 (%33.8)	17 (%21.3)	
	Lise	28 (%35.0)	32 (%40.0)	
	Yüksek okul	17 (%21.3)	16 (%20.0)	

bozukluklarında görülen sürekli huzursuzluk, dikkati toplayama gibi belirtiler DEHB ile karışabilir ve kimi zaman yanlış tanı konmasına neden olur. Bu yüzden DEHB'ye depresyon ya da anksiyetenin eklenmesi hem tanı koymayı zorlaştırır hem de belirtilerin ağırlaşmasına neden olur (24). DEHB'de distimik bozukluk sıklığı %67–81 olarak verilmiştir (5). Major depresif bozukluk ve distimik bozukluk, çocukluk çağından itibaren varolan: akademik başarıda düşüklük ve sosyal ilişki güçlükleriyle bağlantılı düşük benlik değeri ve genel mutsuzluğun bir sonucu olabilir. Erişkin DEHB'lilerin sağlıklı kontrolle karşılaştırıldığı bir çalışmada, bizim sonuçlarımıza benzer şekilde %59 majör depresif bozukluk, %15 distimik bozukluk saptanmış ve fark anlamlı bulunmuştur (4). ABD'de ulusal eştanı araştırmasında ise 3199 DEHB olan hasta incelenmiş; %18.6 major depresif bozukluk, %12.8 distimik bozukluk saptanmış, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur (6). ABD'deki toplam 4504 olgu ve kontrolün kayıtlarına dayalı bu çalışmada major depresif bozukluk eştanısı oranının çalışmamızdaki orandan daha düşük çıkmış olması, çalışmamızla olan yöntem farklılığından ve olguların kayıtlardan elde edilmiş olması ve farklı tanı yöntemleri ile tanı konmuş olma olasılığından kaynaklanmış olabilir.

DEHB'ye eşlik eden duygudurum bozukluklarından biri de bipolar bozukluktur. Çalışmamızda bipolar bozukluk eştanısı sıklığı yönünden DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgumuzun aksine, Türkiye'de bir üniversite hastanesinde DEHB tanısıyla izlenen çocukların DEHB tanısı konulan babaları, sağlıklı kontrolle karşılaştırılmış ve bipolar bozukluk tanısı sıklığı (%25) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (32). Bununla birlikte sonuçlarımıza benzer şekilde bipolar bo-

zukluk anlamlı bir farkın saptanamadığı bir çalışma da bulunmaktadır (31). Yetişkinlik çağında DEHB görülme sıklığı bipolar bozukluğun görülme sıklığından yaklaşık olarak 5 kat daha fazla olması nedeniyle görece az olgu ile yapılan çalışmalarla DEHB ile bipolar bozukluk ilişkisini net olarak ortaya olanaklı değildir.

Somatoform bozukluk eştanısı sıklığı çalışmamızda %11.3 olarak saptanmış ve bu sıklık kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tuğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, bu sıklık %16.7 bulunmuş olmakla birlikte kontrol grubuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak kontrol grubunun DEHB tanısı almış çocukların babalarından oluşmuş olması anlamlı fark bulmamış olmalarına yol açmış olabilir (32).

Erişkin DEHB'ye özellikle B kümesi kişilik bozukluklarının eşlik ettiği kaynaklarda sık olarak bildirilmiştir (33,34). Bu durum bizim çalışmamızdaki sonuçları da desteklemektedir. DSM-IV'de borderline kişilik bozukluğu için duygudurumda değişkenlik ve kimlik karışıklığının yanı sıra dürtüsellik de tanısız ölçütler içinde yer almaktadır. Aslında DEHB ve borderline kişilik bozukluğu farklı psikopatolojiler olmasına karşın iki tanıda da dürtüsellik, duygudurumda oynaklık, alkol-madde kullanımı, intihar ve kendine zarar verici davranışların bulunması bakımından benzerlikler bulunmaktadır. Araştırmacılar borderline kişilik bozukluğunun gelişiminde çocukluk dönemine özgü DEHB'nun etkili olduğunu ve bu yüzden birlikteliklerinin yüksek olduğunu ya da DEHB'nin belki de risk faktörlerine bağlı (örneğin seksüel ve/veya fiziksel travmaya bağlı stres) olarak borderline kişilik bozukluğuna dönüşebildiğini belirtmişlerdir (34). Bizim çalışmamızda da DEHB grubunda borderline kişilik bozukluğu eştanısı sıklığının kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olmasının nedeni, hastaların çocukluk dönemlerindeki DEHB'na bağlı duygu ve davranış biçimleri olabilir. Bu duygu ve davranış farklılıkları, onların sosyal yaşamlarında daha sık travmalara maruz kalmalarına, ihmal edilmelerine ve sonuçta borderline kişilik bozukluğu geliştirmelerine yol açmış olabilir.

Çalışmamızda antisosyal kişilik bozukluğu eştanı oranları gözden geçirilen kaynaklardan elde edilen verilere benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konanlarda, alkol ve madde kötüye kullanımı, intihar girişimi ve kendini yaralama eylemlerinin sık gözlemlendiğini bildirmektedir (19). Benzer biçimde DEHB hastalarında da kendine zarar verme, intihar eğilimi, dürtüsellik, alkol ve madde kötüye kullanımı sık görülmektedir (35). Bu yüzden antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin çocukluk döneminde DEHB belirtilerini gösteriyor olmaları ve DEHB'li hastalarda da antisosyal kişilik bozukluğuna sık rastlanması beklenen bir sonuç haline gelmektedir (36).

Olgu grubunda eştanıların varlığının ya da tipinin ölçek puanlarına olan etkisini incelendiğinde major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, siklotimik bozukluk, uyum bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu eştanıları ile yapılan analizlerde siklotimik bozukluk eştanısı olanların WUDO puanının yüksek olması dışında diğer eştanıların ölçek puanlarında önemli bir farklılığa yol açmaması DEHB'in komorbid görülme yüzdesinin yüksek olmasına rağmen yetişkinler içinde özgül bir psikiyatrik bozukluk olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

**Tablo 2.** Çalışma gruplarının SCID-I görüşmesi ile eştanı dağılımı

Eştanılar	DEHB (%)	Kontrol (%)	p değeri
Major depresif bozukluk	37 (%46.3)	13 (%16.3)	0.000*
Yaygın anksiyete bozukluk	37 (%46.3)	7 (%8.8)	0.000*
Panik bozukluk	4 (%5.0)	1 (%1.3)	0.173
OKB	1 (%1.3)	2 (%2.5)	0.560
Distimik bozukluk	8 (%10.0)	0 (%0.0)	0.016*
Somatoform bozukluk	9 (%11.3)	1 (%1.3)	0.009*
Yeme bozukluk	1 (%1.3)	2 (%2.5)	0.560
Bipolar bozukluk	1 (%1.3)	0 (%0.0)	0.316
Sosyal fobi	1 (%1.3)	1 (%1.3)	1.000

\*p<0.05

**Tablo 3.** Çalışma gruplarının SCID-II görüşmesi ile kişilik bozuklukları eştanı dağılımı

Kişilik Bozuklukları (KB)	DEHB (%)	Kontrol (%)	p değeri
Antisosyal KB	9 (%11.3)	1 (%1.3)	0.009*
Borderline KB	15 (%18.8)	1 (%1.3)	0.000*
Narsistik KB	3 (%3.8)	2 (%2.5)	0.650
Histrionik KB	3 (%3.8)	1 (%1.3)	0.311
Obsesif KB	5 (%6.3)	3 (%3.8)	0.468
Kaçıngan KB	1 (%1.3)	5 (%6.3)	0.096
Kendini yeren KB	5 (%6.3)	2 (%2.5)	0.246

\*p<0.05

## Sonuç

Çalışmamızda erişkin DEHB'nin yaşam boyu psikiyatrik eşitani için önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür. Eşitani DEHB belirtileriyle karışabilip gözden kaçması, belirtileri ağırlaştırıp, tedaviyi dirençli kılan bir duruma yol açması ve bu yüzden prognozu daha da kötüleştirebileceği açıktır. Bu yüzden ileride bu konuda yapılacak olan çalışmalar, DEHB'nin erişkin dönemdeki seyrini öğrenmede ve tedavisinde faydalı olacaktır.

## Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-IV Mental bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı. 1994; dördüncü baskı, (çev. ed Köroğlu E.) Hekimler yayın birliği, Ankara.
- Shaffer D. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. American Journal of Psychiatry 1994; 151:633-8. [Abstract] / [PDF]
- Weinstein CS. Cognitive Remediation Strategies: An Adjunct to the Psychotherapy of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Psychotherapy Practice and Research 1994; 3:44-57. [Abstract] / [PDF]
- Troller JN. Attention Deficit Hyperactivity disorder, in adults: conceptual and clinical issues. MJA 1999; 171:421-5. [Abstract] / [Full Text]
- McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder findings from multiplex families. Am J Psychiatry. 2005; 162:1621-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Co morbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. Pharmacoeconomics 2005; 23:93-102. [Abstract]
- Zimmerman ML. Attention- deficit hyperactivity disorder. Nurs Clin An 2003; 38:55-66. [Abstract]
- Wilens TE, Biederman J, Wozniak J et al. Can Adults with ADHD be distinguished from those with comorbide bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. Biol Psychiatry 2003; 54:1-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: co morbidities and adaptive impairments. Compr Psychiatry 1996; 37: 393-401. [Abstract] / [PDF]
- Davids E, Gastpar M. Attention Deficit hyperactivity disorder and substance abuse. Psychiatr Prax 2003; 30:182-6. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Barbatesi W, Katusic S, Colligan R et al. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Towards resolution of the controversy: results from a population-based study. Acta Paediatr Suppl 2004; 93:55-9. [Abstract] / [PDF]
- Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol 2008; 18:565-71. [Abstract] / [PDF]
- 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 2008; 47:426-34. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Lomas B, Gartside P. ADHD in adult psychiatry outpatients. Psychiatry Serv 1999; 50:705. [Abstract] / [PDF]
- Fones CS, Pollack MH, Susswein L et al. History of childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) features among adults with panic disorder. J Affect Disord 2000; 58:99-106. [Abstract] / [PDF]
- Masi G, Favilla L, Millepiedi S et al. Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. Psychiatry 2000; 63:140-9. [Abstract]
- Ruchkin V, Lorberg B, Kuposov R et al. ADHD symptoms and associated psychopathology in a community sample of adolescents from the European north of Russia. J Atten Disord 2008; 12:54-63. [Abstract] / [PDF]
- Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65:3-7. [Abstract]
- Lampe K, Konrad K, Kroener S et al. Neuropsychological and behavioral disinhibition in adult ADHD compared to borderline personality disorder. Psychol Med. 2007; 37:1717-29. [Abstract]
- Burket RC, Sajid MW, Wasiak M et al. Personality comorbidity in adolescent females with ADHD. J Psychiatr Pract. 2005; 11:131-6. [Abstract]
- McCann BS, Schele L, Ward N et al. Discriminant Validity of the Wender Utah Rating Scale For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12:240-5. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatr Derg 2005; 16:252-9. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Günay Ş, Savran C, Aksoy UM ve ark. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 2006; 8:98- 107. [Abstract]
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:233-6.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. DSM-III-R kişilik Bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme formu (SCID II). Ege Üniversitesi, 1990 formu (SCID II). Ege Üniversitesi, 1990.
- Spencer T, Biederman J, Wilens T et al. Adult with attention deficit hyperactivity disorder: A controversial diagnosis. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 7): 59-68. [Abstract] / [PDF]
- Biederman J, Wilens T, Mick E et al. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995; 152:1652- 8. [Abstract] / [PDF]
- Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. A Life-Span Perspective. J Clin Psychiatry 1998; 59:4-15. [Abstract] / [PDF]
- Millstein RB, Wilens TE, Biederman J et al. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults. J Atten Disorders 1997; 2:159-66. [Abstract] / [PDF]
- Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 2001; 22:60-73. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. Am J Psychiatry 1998; 155:493-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Tuğlu C, Ayas M, Abay E. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu. Psikiyatri Bülteni 1995; 3:142-4. [Abstract]
- Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. Nord J Psychiatry 2006; 60:38-43. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Miller TW, Nigg JT, Faraone SV. Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. J Abnorm Psychol. 2007; 116:519-28. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Einarsson E, Sigurdsson JF, Gudjonsson GH et al. Screening for attention-deficit hyperactivity disorder and co-morbid mental disorders among prison inmates. Nord J Psychiatry 2009; 26:1-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
- Semiz UB, Başoğlu C, Öner Ö et al. Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2008; 42:405-13. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]