

Erken Erişkinlikte Tanı Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu

Ceyhan Balcı Şengül¹, Cem Şengül¹, Şükran Telci¹, Nesrin Dilbaz²

¹ Dr., ² Doç. Dr., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği, Ankara

İlk olgu 39. Ulusal Psikiyatri Kongresinde (14-19 Ekim 2003 Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı gibi dikkat sorunları, aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtileriyle karakterize, toplumda %3-5 oranı ile çocukluk ve ergenlik çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. Son zamanlarda yapılan çalışmalar hastaların belirtilerinin yarısından fazlasında erişkinlik yaşamında da sürdüğü yönündedir. DEHB 20. yüzyılın başından beri dikkat çekmeye başlamış ve çocuklukta çok incelenmiş olmasına karşın, erişkin DEHB ilk kez Wood ve arkadaşları 1976'da çocuklardaki DEHB semptomlarına benzer semptomları olan bir grup erişkinde psikostimulanların etkisini göstermeleriyle literatürde yer bulmuştur. Erişkin DEHB bozukluğu tanısı koymada üç ana problemle karşılaşmaktadır. Bunlar çocuklukta DEHB semptomlarının gerçekten varlığını araştırma zorluğu, ektanılar ve özgül olmayan yakınmalarla başvurulardır. Erişkin DEHB tanısı koymak için çocukluk öyküsü zorunlu olmakla birlikte belirgin semptomlar ve bozukluklar ortaya çıkmadığı sürece tüm çocukluk çağı DEHB için DSM-IV kriterlerinin karşılanmasına gerek yoktur. DEHB bozukluğu olan çocuklar erişkin olduklarında onların takibi psikiyatristler tarafından yapılmalıdır. Fakat psikiyatristlerin çoğu bu hastalığı yeterince tanımamakta ve tedavisini bilmemektedir. Bu da hastaların çoğunun doğru tanı alamamasına ve yaşadıkları güçlüklerin zeka ve motivasyon eksikliğine bağlanmasına neden olmaktadır. Biz bu yazıda ek psikiyatrik bozukluğu olmayan iki erişkin DEHB hastasını sunmayı amaçladık. Dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, dürtüsellik, eğitim ve arkadaş ilişkilerindeki sorunlarla başvurmuş olan bu olgular mevcut literatür eşliğinde tartışıldı.

Anahtar sözcükler: DEHB, erken erişkinlik, tanı.

(*Klinik Psikiyatri* 2004;7:51-56)

SUMMARY

Two Cases of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosed in Early Adulthood

Attention deficit hyperactivity disorder which is characterized by inattentiveness overactivity and impulsivity is one of the most common disorders of childhood and adolescent affecting %3-5 of them. Recent studies show that the condition continues into adulthood higher than half percent. Although ADHD was first identified in children in the beginning of 20th century, adult ADHD was not described in the literature until 1976 when Wood and colleagues showed evidence of response to stimulants in a group of adults who presented with the same symptoms as children. ADHD in adults presents three major diagnostic problems. These are valid history of ADHD symptoms in childhood, comorbidity and presentation with unspesific features. A childhood history of ADHD is requisite for a diagnosis of adult ADHD, although full DSM-IV criteria for the childhood disorder need not be met as long as significant symptoms and impairment occurred. As individuals with ADHD become adults, the responsibility for their treatment should be transferred from child psychiatrists to psychiatrists who treat adults. Unfortunately, many adult and general psychiatrists are unfamiliar with diagnosing and treating the disorder. Because of this many patients remain undiagnosed and their difficulties ascribed to lack of motivation or intelligence. We presented two cases of Adult ADHD without any comorbidity. Both of the cases have complaints of attention deficit, difficulties in concentration, impulsivity and problems in education and friendship. We discussed the two cases of Adult ADHD with recent literature.

Key words: ADHD, early adulthood, diagnose.

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı gibi dikkat sorunları, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ile karakterize, toplumda %3-5 oranı ile çocukluk ve ergenlik çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. Son zamanlardaki klinik gözlemler ve çalışmalar hastaların yarısından fazlasında erişkinlik yaşamında da sürdüğü yönündedir. ABD’de erişkin DEHB prevalansı %1-6 olarak bildirilmiştir (Wender ve ark. 2001). DEHB, insan gelişimi ve yaşamını, kişiler arası ilişkilerini, okul ve iş yaşamını etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur.

Bu bozukluk ilk kez 1902’de George Still tarafından tanımlanmış, 1960’larda “minimal beyin hasarı” tanımı kullanılmış, 1950’lerde metilfenidat kullanılmaya başlanmış, 70-80’li yıllar arası ilgi giderek artmış ve bugünkü adıyla anılmaya başlamıştır. Erişkin DEHB ise 1976 yılına kadar literatüre girmemiştir. İlk kez Wood ve arkadaşları 1976’da çocuklardaki DEHB semptomlarına benzer semptomları olan bir grup erişkinde psikostimulanların etkisini göstermiştir (Wood ve ark. 1976).

Toplum taramalarında ergenlik öncesi çocuklarda DEHB %3 ile %5 arası değişen oranlarda görülmektedir. Çocuklukta, erkeklerde kızlardan 3-5 kat daha fazla olup bu oran erişkinlik döneminde 1-2 kata düşmektedir. Kızlarda bilişsel geriliğin, erkeklerde hiperaktivitenin ön planda olduğu saptanmıştır (Barkley ve ark. 2002). DEHB’nin gençlerdeki ve erişkinlerdeki biçiminin nitelikleri çocuklarda olduğu kadar iyi incelenmemiş olmakla birlikte, son yıllardaki çalışmalarla bu konuya olan ilgi artmıştır. Bilgilerin çoğunluğu çocuklukta DEHB tanısı alan çocukların uzun süreli izlemi, daha az olarak da klinik çalışmalardan gelmektedir.

Gençlik dönemi görev, amaçlar edinilen, kimlik karmaşasının çözümlendiği, özerklik kazanılan, arkadaş, karşı cinsle derin ilişkilerin geliştiği, okul, meslek seçiminin yapıldığı zor bir dönemdir. Dolayısıyla bu döneme DEHB ile giren bireyler kimlik karmaşalarını çözme, eğitim, arkadaş, iş ve aile ilişkilerindeki sorunların aşılmasında daha çok güçlüklerle karşılaşabilirler.

Erişkinlikteki DEHB ile çocuklukta DEHB benzer semptomlar göstermekle birlikte erişkin yaşamının daha kompleks işlevsellik gerektir-

mesi bu hastalığın teşhisi açısından ayrıca önem taşımaktadır.

Biz bu noktada bize dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü, eğitim ve arkadaş ilişkilerindeki sorunlarla başvuran, DEHB tanısı konan, erken erişkinlik dönemindeki iki hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu I

TK. erkek, 20 yaşında, üniversite öğrencisi, bekar, ailenin tek çocuğu, ailesiyle yaşıyor. Dikkatsizlik, konsantrasyon güçlüğü, etkinliklerden çabuk sıkılma, okuyamama, okuduklarını anlayamama, zaman zaman konuşulanları dinlemekte güçlük yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde anneden alınan bilgiler de dikkate alındığında bu yakınmaların 5-6 yaşlarından beri var olduğu derslerde ders dinlemekle ilgili sorunları, çabuk sıkılması, aşırı hareketliliği (ayak sallama, kıpır kıpır olma, gezinme gibi), kendisine zarar verebilecek davranışları (yüksek yerlere tırmanma vb) olduğu görülmüştür. Ancak hastanın harf karıştırma, harfleri atlama okuma ve yazmayla ya da matematiksel işlemleri yapabilmekle ilgili güçlüğü olmamış. Öğretmenleri aşırı yaramazlığından dersi kaynattığından yakınıyorlarmış. Ancak bu durumu aile tarafından yapısal özellik olarak kabullenilmiş, hiç psikiyatri başvurusu olmamış, ilk ve ortaöğrenimini vasat bir öğrenci olarak tamamlamış. Hasta, özellikle sözel derslere ilgisizliği ve başarısızlığı nedeniyle üniversitede de tercihini grafik bölümünden yana kullanmış, ancak yaşadığı şehirde kazandığı üniversiteyi ortamından sıkıldığı için 1 yıl içinde bırakmış, yeniden sınava girerek bu kez başka bir üniversitenin yine aynı bölümünü kazanmış. Hastanın başından beri arkadaş ve karşı cinsle ilişkilerini sürdürmek ve derinleştirmekle ilgili güçlükleri oluyormuş. Zaman zaman aşırı hızlı araba kullanmak, kırmızı ışıkta geçmekle ilgili trafikte sık ceza almak gibi sorunları olmuş. Hastanın bundan sonraki yaşam planları içinde kariyerini yurtdışında sürdürmek varmış ancak dil öğrenmekle (İngilizce) ilgili sorunları boşa çıkan emekleri, bir kaç kurs değiştirmesi olmuş, bunun üzerine daha kolay olduğu düşüncesiyle bir başka yabancı dil (Almanca) için kurslara başlamış ancak sıkıntılarının sürmesi üzerine bize başvurmuş.

Özgeçmiş: Hastanın doğum zamanı, doğum ağırlığı normal olarak belirtildi. Hastanın genel psikomotor gelişimiyle ilgili (başını dik tutma, emekleme, yürüme, konuşma zamanı, tuvalet eğitimi, okumayı

öğrenme zamanı gibi alanlarda) herhangi bir sorun yaşanmamış.

Soygeçmiş: Anne 45 yaşında, ev hanımı ruhsal ya da fiziksel hastalık öyküsü yok.

Baba 47 yaşında, memur, HT (hipertansiyon) öyküsü mevcut.

Hastanın ruhsal değerlendirmesinde, hızlı konuştuğu, söylenenleri takip etmekle ilgili güçlüğü, distraktibilitesi, artmış motor aktivitesi (sürekli pozisyon değiştirmesi, ayaklarını sallaması, saçlarıyla oynaması, sık sık masanın üzerindeki eşyaların yerlerini değiştirmesi... gibi) ve irritabilitesi, anksiyetesi, huzursuzluğu gözlemlendi.

Olgu II

HG. 20 yaşında, erkek, bekar, lise mezunu, üniversite sınavına hazırlanıyor, ailenin 2 erkek çocuğundan küçük olanı, ailesiyle birlikte yaşıyor. Dikkat sorunları, dikkatini odaklamak ve sürdürmekte güçlük, konsantrasyon güçlüğü, özellikle tarih ve coğrafya gibi sözel derslerde zorlanma, bu derslere çalışmama, çabuk sıkılma, okuyamama, okuduklarını anlayamama yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsü anneden alınan bilgiler ile genişletildiğinde; 3-4 yaşlarından beri hep akranlarından yaramaz, hareketli, çabuk bıkan, çabuk sinirlenen, çocukluğunda yüksek yerlere tırmanma, hızlı bisiklet sürme, sürekli koşma gibi kendine zarar verebilecek etkinliklerde bulunduğu görülmüş. Derslerde ders dinlemekle ilgili sorunları, çabuk sıkılması, aşırı hareketliliği (derste ayakta gezinme, diğer öğrencilere dersi dinletmeme, kıpır kıpır olma, bir televizyon programını sonuna dek izleyememe gibi), arkadaşlarıyla sorunlar yaşama (özellikle oyunlarını bozma kavga etme arkadaşlıklarının çabuk sonlanması gibi) sık sık okul eşyalarını kaybetme, 10-15 dakikadan fazla ders çalışmama, kendisine verilen görevleri unutmaya yerine getirememe gibi sorunları varmış. Aile bu durumu ilk çocukları sakın, uslu, başarılı iken bu çocuklarının onun tersi yapısal özelliklere sahip olduğu şeklinde kabullenmiş. Bu nedenlerle okulda öğretmenleri bu şikayetleri sık sık dile getirmişler. Tüm bu seyirle ortalamanın altı bir öğrenci olarak, birkaç kez bütünlemeye kalarak liseyi bitirmiş. Ancak 3. kez girmesine rağmen istediği bölümü (hukuk) kazanmaya yetecek başarıyı gösterememiş, sınavlarda zamanı sonuna kadar kullanamıyor ilk 1.5-2 saate kadar zor dayanıyor, yine uzun paragraflı soruları sonuna kadar okuyamıyormuş.

Sınav öncesi de çalışma zamanının çoğunu geometri ve matematik çalışarak geçiriyormuş. Sınav ile ilgili sorunlar çıkana kadar bu durumu aile tarafından gelişimsel özellik olarak kabullenilmiş, hiç psikiyatri başvurusu olmamış. Bununla birlikte ailesiyle de çatışmalar yaşamaya başlamış.

Özgeçmiş: Hasta normal doğum zamanında ve normal doğum ağırlığında dünyaya gelmiş. Hastanın genel psikomotor gelişimiyle ilgili (başını dik tutma, emekleme, yürüme, konuşma zamanı, tuvalet eğitimi, okumayı öğrenme zamanı gibi alanlarda) herhangi bir sorun yaşanmamış.

Soygeçmiş: Anne 43 yaşında, hemşire. Ruhsal ya da fiziksel hastalık öyküsü yok.

Baba 50 yaşında, emekli memur, 2 yıl önce mesane kanseri nedeniyle opere olmuş, halen remisyonda.

Ağabey: 23 yaşında, evli, yüksekokul mezunu. Psikiyatrik ve fiziksel hastalık öyküsü yok.

Yapılan ilk değerlendirmesinde; sorunlarından söz ederken anksiyete hali, gerilimin motor bulguları, çocukluğundan söz ederken gülümsemeyle bahsettiği, distraktibilitesinin olduğu gözlemlendi.

Her iki hastanın da dikkat ve konsantrasyon bozukluğunun olası tıbbi duruma bağlı etiolojisini saptamak amaçlı tetkikler (tam kan, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, vitamin B₁₂, folat düzeyi, elektroensefalografi, elektrokardiyografi, kranial bilgisayarlı tomografi), yapıldı ve patolojik bulgu saptanmadı. Psikolojik değerlendirme yöntemleri MMPI (Her iki olgu da ek herhangi bir psikopatolojiyle uyumlu profil saptanmadı), Wender Utah erişkin DEHB ölçeği (Ward ve ark. 1993) uygulandı ve her iki hastaya DSM-IV DEHB kriterleri olan 7 yaşından önce başlayan, en az 6 aydır olan, dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite kriterlerinin varlığı, bunların iş aile eğitim işlevlerini etkilemesi ve diğer psikopatoloji ve genel tıbbi durumla açıklanamaması göz önüne alınarak "DEHB; Hem dikkat eksikliğinin, hem de aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışın belirgin olduğu kombine tip" tanısı kondu, her iki hastada da herhangi eksen I ya da II bozukluk eş tanısı saptanmadı.

I. olguya kolay ulaşılabilirliği açısından (metilfenidata göre) imipramin 25 mg/gün başlanıp tedrici olarak 2 haftalık kontrollerle 4 haftada 3 mg/kg/gün dozuna (225 mg/gün) ulaşıldı. Hastanın ilk haftadan itibaren doz artımıyla ilişkili seyirde dikkatini odaklaması, okuduğunu anlaması arttı,

1 haftada 1 kitap okudu, takip sıklığı ayda bir olacak şekilde ayarlandı, hasta tedavinin 2. ayında başlangıca göre iyi olmakla birlikte dikkat sorunları ve dürtüsel davranışları (hızlı araba kullanmak, çabuk kızmak, çabuk ve düşünmeden kararlar vermek gibi) dikkate alınarak risperidon 1 mg/gün tedaviye eklendi.

Hasta halen takibimizde olup, dil konusunda daha başarılı, arkadaş ilişkileri daha kararlı seyretmektedir.

II. olguya yeni çalışmalarda etkin bulunan ve metilfenidata göre daha kolay elde edilebilen, imipramine göre özellikle sedasyon yan etkisi daha az ve tolerabilitesi daha yüksek olan venlafaksin 37.5 mg/gün başlandı. Haftada bir kontrole alınan hastanın ilaç dozu 75 mg/güne çıkarıldı. Hasta doz artımıyla ilişkili gözle görülür şekilde ders çalışma süresinde artma, deneme sınavında sonuna kadar kalabilme gibi gelişmelerden, uzun paragraflı sorulara dikkatini daha iyi verebildiğinden söz etti. Hasta halen takibimizde olup iki hafta da bir görülmektedir.

Her iki hastada da farmakoterapi ile eş zamanlı öfke kontrolü, problem çözme becerilerini artırma, zamanı kullanma konularında çalışıldı ve çalışılmaktadır.

TARTIŞMA

DEHB hastalarına tanı genellikle çocuğun okula başlaması ile konulmakta, tedavi ve takip yıllarca sürmektedir. Hasta erişkin olduktan sonra genelde çocuk psikiyatristleri tarafından takibi sona ermektedir. Hastaların bir kısmı psikiyatri takibi dışında kalırken önemli bir kısmı da erişkin psikiyatristlere dikkatsizlik, unutkanlık, dürtüsellik gibi özgül olmayan yakınmalarla başvurmaktadır. Bu hastalarda kolaylıkla, dikkatini verememesi depresyon vb eksen I, dürtüsellliği antisosyal ya da borderline kişilik organizasyonu gibi eksen II olarak değerlendirilip, yalnız bu açıdan ele alınmakta ve DEHB tanısı atlanabilmektedir. İkinci önemli bir durum ise vakalarımızda olduğu gibi DEHB tanısının erken erişkinliğe ve erişkinliğe kadar konulamaması durumudur. Böylelikle hastalar çocukken DEHB tanısı almadığı için tamamen bir eksen I veya II tanısı almakta ve bu şekilde tedavi görmektedirler. Çocukluk dönemime ait bir teşhis ve tedavi öyküsü olmadığında ya da çocukluk öyküsü göz ardı edildiğinde DEHB tanısı

gözden kaçabilmektedir. Oysa ki; bu konuyu akılda tutmak bu yönde öyküyü derinleştirmek ve daha sonra yapılan testlerle “erişkin DEHB” tanısı konulabilmekte ve bu kritik durum için daha uygun tedavi yaklaşımlarında bulunulabilmektedir.

Spencer ve arkadaşları 1969 ile 1993 yılları arası yapılmış 56 çalışmayı incelemişler ve 1700 çocuğun 663 tanesinde erişkinlikte de DEHB semptomlarının devam ettiğini bildirmişlerdir. Buradan yola çıkarak erişkin DEHB'nin geçerli bir tanı olduğunu söylemişlerdir (Spencer ve ark. 1998).

Önemli bir diğer konu da erişkin DEHB ile eş tanı olarak görülen diğer eksen I ve II bozukluklarıdır. Bu da erişkin DEHB tanısını koymayı güçleştiren bir başka etkidir. Erişkin DEHB hastalarında görülen eş tanı durumları çocuktakine benzer olmakla birlikte daha yaygındır. Erişkin DEHB tedavisinde bu eş durumların tanısını koyabilmek tedavi açısından çok kritik bir öneme sahiptir (Hornig 1998). Yapılan bir çalışmada da erişkin DEHB'de psikiyatrik eş tanı oranı kontrole göre 2-2.5 kat yüksek bulunmuştur. Antisosyal kişilik bozukluğu 10 kat, alkol madde kötüye kullanımı 4 kat, duygudurum bozuklukları 2-6 kat, anksiyete bozuklukları 2-4 kat, iletişim bozuklukları 2 kat fazla görülmektedir (Trollor 1999). Biederman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada erişkin DEHB'de madde ve alkol kullanımı %52 kontrol grubunda ise %27 olarak bulunmuştur (Biederman ve ark. 1995). Nikotin bağımlılığı da DEHB popülasyonunda daha yüksek bulunmuştur. Nikotinin etkinliği özellikle kaudat nukleus gibi bölgelerde D₁ resöptörlerince düzenlenen impulsive davranışların kontrolüyle ilişkilendirilmektedir (Kiba ve Jayaraman 1994). Bizim hastalarımızdan ilki 14 yaşından, ikincisi 15 yaşından bu yana yaklaşık günde 1 paket sigara içmekteydi. İlk olgumuzun haftada birkaç bira, diğerinin ise ayda üç-dört bira şeklinde alkol alımı mevcuttu. Shekim ve arkadaşları erişkin DEHB hastalarının %32'sinin yaygın anksiyete bozukluğu, %15'inin panik bozukluk, %13'ünün OKB, %8'inin basit fobi kriterlerini karşıladığını saptamışlardır (Shekim ve ark. 1990). Millstein ve arkadaşları yaptıkları çalışmada erişkin DEHB'de %11 panik bozukluk, %12 özgül fobi, %21 genelleşmiş anksiyete bozukluğu, %7 OKB bulmuşlardır (Millstein ve ark. 1997). Shekim ve arkadaşları (1990) erişkin DEHB hastalarında %10 major depresyon, %4 hipomani, %25 distimi, %25 siklotimi bulmuştur. Bir çalışmada da 18 yaşında

bipolar bozukluk gösterenlerin %65'inde DEHB saptanmış iken, 18 yaşından sonra bipolar bozukluğu başlayanlarda DEHB saptanmamıştır (Shekim ve ark. 1990). Wilens ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada erişkin DEHB ve komorbid bipolar bozukluğu olanların %88'i Bipolar bozukluk tip II olarak bulunmuştur (Wilens ve ark. 2003). Milstein ve arkadaşları (1997) yaptıkları çalışmada erişkin DEHB'de %63 major depresyon, %23 distimi, %17 bipolar bozukluk saptamıştır. Rucklidge ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucu erişkin DEHB hastalarının %70'inde depresyon öyküsü, %33'ünde çalışma sırasında major depresyon, %62'sinde geçirilmiş anksiyete öyküsü bildirmişlerdir (Rucklidge ve Kaplan 1997).

Erişkin DEHB'de kişilik bozuklukları eş tanısı da oldukça sıktır. Bir çalışmada anti-sosyal kişilik bozukluğu %22, pasif-agresif kişilik bozukluğu %19, borderline kişilik bozukluğu %14, histrionik kişilik bozukluğu %11, çekingen kişilik bozukluğu %11 oranında tespit edilmiştir (Barkley 1998).

Değirmeye çalıştığımız gibi eş tanı durumların çok yaygın görülmesi ve bu durumun tanı koymayı güçleştirmesiyle birlikte bu erişkin DEHB bozukluğu için bir kural değildir. Bizim vakalarımızda olduğu gibi hastaların yaklaşık %50'sinde eş tanılı bir psikiyatrik bozukluk görülmez. Erişkin DEHB hastalarının yaklaşık %23-40'ında ise herhangi bir eş psikiyatrik bozukluk görülmez (Spencer ve ark. 1998).

DEHB tedavisinde ilk adım eğitim ve bilgilendirmedir. Farmakoterapötik yaklaşım olarak da stimülanlar ve nonstimülanların özellikle de antidepressanların kullanımı yaygındır (Leanard ve ark. 2002). Çocuk DEHB'de ilk seçenek olarak

kullanılan psikostümülanların (Metilfenidat ve dextroanfetamin) erişkinde kullanımına ilişkin çift-kör plasebo kontrollü 6 çalışmada yanıt oranı %25-78 bildirilmiştir (Wilens ve ark. 1995a). Wilens ve arkadaşlarıncı gerçekleştirilen iki çalışma sonucunda da desipramin, imipramin, nortriptilin 2. seçenek olarak belirtilmiştir (Wilens ve ark. 1995a, b). Yeni antidepressanlardan venlafaksin, bupropion umut vaat etmektedir. Komorbid depresyon, anksiyete ve impulsivite durumlarında SSRI tercih edilebilir (Trollor ve ark. 1999). Atomoxetine gibi yeni ilaçların geliştirilmiş olması ve bu ilaçların erişkinlerde de etkinliğinin gösterilmesi de ayrıca önemlidir (Michealson ve ark. 2003). Bilişsel davranışçı yaklaşımla zaman kullanımı, stratejileri organize etme, öfke kontrolü, problem çözme konularına da tedavi sürecinde yer verilmelidir (Barkley ve ark. 2002). Bu bütüncül tedavi yaklaşımları ile erişkinlerin daha uzun süreli ve başarılı tedavileri mümkün olmakta, bu sayede hastalığın doğal seyrine bağlı olarak yaşanan konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık ve impulsivite gibi semptomlardan dolayı olan iş kayıpları, ilişki problemleri daha az yaşanmaktadır.

Sonuç olarak biz erişkin psikiyatristlerinin erişkin DEHB konusunda daha dikkatli olmaları, özellikle poliklinikte unutkanlık, konsantrasyon problemleri, impulsivite gibi sık görülen semptomları olan hastalarda diğer eksen I ve II bozuklukları yanında erişkin DEHB bozukluğunun da düşünülmesi gerektiğini önermekteyiz.

Yazışma adresi: Dr. Ceyhan Balcı Şengül, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Psikiyatri Kliniği, Ankara, acemsen@hotmail.com

KAYNAKLAR

Barkley RA, Fischer M, Smallish L ve ark. (2002) The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*, 111:279-289.

Barkley RA (1998) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for Diagnosis and Treatment. 2. Baskı, New York, NY, Guilford Press.

Biedermann J, Wilens T, Micik E ve ark. (1995) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*, 152:1652-1658.

Hornig M (1998) Addressing Comorbidity in Adults with attention deficit /hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 7):69-76.

Kiba H, Jayaraman A (1994) Nicotine induced c-fos expression in the striatum is mediated mostly by dopamine D1 receptor and is dependent on NMDA stimulation. *Brain Res Mol Brain Res*, 23:1-13.

Leanard A, Adler MD, Hong C (2002) Managment of ADHD in Adults. *J Clin Psychiatry*, 63(Suppl 12):29-35.

Michealson D, Adler L, Spencer T ve ark. (2003) Atomoxetine

in adults with ADHD: two randomized, placebo-controlled studies. *Biol Psychiatry*, 53:112-120.

Milstein RB, Wilens TE, Biederman J ve ark. (1997) Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults. *J Atten Disord*, 2:159-166.

Rucklidge JJ, Kaplan BJ (1997) Psychological functioning of women identified in adulthood with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord*, 2:167-176.

Shekim WO, Asarnow RF, Hess E ve ark. (1990) A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder residual state. *Compr Psychiatry*, 31:416-442.

Spencer T, Biederman J Wilens TE ve ark. (1998) Adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 7):59-68.

Trollor N (1999) Attention deficit hyperactivity disorder in adults; conceptual and clinical issues. *Med J Aust*, 171:421-425.

Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The wender

utah rating scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150:885-890.

Wender PH, Wolf LE, Wassertein J (2001) Adults with ADHD: an overview. *Ann NY Acad Sci*, 931:1-19.

Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ ve ark. (1995a) Pharmacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder: a review. *J Clin Psychopharmacol*, 270-279.

Wilens TE, Biederman J, Mick E ve ark. (1995b) A systematic assesment of tricyclic antidepressants in the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder. *J Nerv Ment Dis*, 183:48-50.

Wilens TE, Biederman J, Wozniak J ve ark. (2003) Can Adults with ADHD be distinguished from those with comorbid bipolar disorder. Findings from a sample of clinically referred adults. *Biol Psychiatry*, 54:1-8.

Wood DR, Reimherr FW, Wender PH (1976) Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults. *Arch Gen Psychiatry*, 33:1456-1460.

40. Ulusal Psikiyatri Kongresi

28 Eylül - 3 Ekim 2004

Hotel Sürmeli Efes - Kuşadası

Kongre Sekreterliği:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, Bornova - İZMİR
Tel: 0232 388 10 28 Faks: 0232 388 10 28
e-mail: kongre2004@med.ege.edu.tr

Organizasyon:

Flap Tour
Cinnah Cad. No:42 06690 Çankaya - ANKARA
Tel: 0312 442 07 00 Faks: 0312 440 77 99
e-mail: flaptour@flaptour.com.tr- www.flaptour.com.tr

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ