

Yaşlı bireylerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Prevalans ve klinik özellikler

Attention deficit hyperactivity disorder in elderly individuals: Prevalence and clinical features

Şilan Şenbayram Güzelbaba¹, Lut Tamam², Mehmet Emin Demirkol³, Zeynep Namlı⁴, Mahmut Onur Karaytuğ⁴, Caner Yeşiloğlu⁵

¹Uzm. Dr., Ömer Halisdemir Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri AD, Niğde, <https://orcid.org/0000-0003-4196-0254>

²Prof. Dr., ³Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi, ⁴Dr. Öğr. Üyesi, ⁵Uz. Dr., Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Adana, <https://orcid.org/0000-0002-9750-7531>, <https://orcid.org/0000-0003-3965-7360>, <https://orcid.org/0000-0001-8954-5901>, <https://orcid.org/0000-0002-6338-219>, <https://orcid.org/0000-0002-9997-351X>

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaşlılarda çocuk ve genç erişkinlerden farklı bulgularla karşımıza çıkmaktadır. İleri yaşlarda tanı atlanmakta ya da yanlış tanılar nedeniyle hastalar çoklu ilaç kullanımına maruz kalmaktadır. Bu durum işlevsellikte bozulmaya ve mali yüke neden olmaktadır. Çalışmamız yaşlılarda DEHB sıklığını ve klinik özelliklerini belirlemeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Çalışmanın örneklemini psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla başvuran 65 yaş ve üzeri 70 hasta (klinik örneklem) ve hastalar ile benzer sosyodemografik özellikler gösteren 70 sağlıklı kontrol oluşturmaktadır. DEHB tanısı klinik görüşme, aile görüşmesi ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin DEHB Özbildirim Ölçeği (ASRS) uygulamaları ile konuldu. Ek tanıların belirlenmesinde DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV), dürtüselliğin değerlendirilmesinde Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11) kullanıldı. **Bulgular:** Klinik örnekleme DEHB prevalansı çocukluk çağında %26, erişkin dönemde %11'dir. Kontrol grubunda çocukluk çağı DEHB (Ç-DEHB) prevalansı %4.2'dir ve erişkin dönemde DEHB (E-DEHB) tanısı saptanmadı. Klinik örnekleme E-DEHB tanısı olanların olmayanlara göre BDÖ-11-motor dürtüsellik alt ölçek puanı anlamlı derecede yüksekti ($p=0.04$). Klinik örnekleme BDÖ-11-toplam ve tüm alt ölçek puanları Ç-DEHB tanısı alanlarda olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$ her biri için). **Sonuç:** Bu çalışma daha önce psikiyatrik tanı alan yaşlı bireylerin sağlıklı popülasyona göre daha yüksek oranda DEHB tanısı olduğunu, DEHB'nin duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarına sıklıkla eşlik ettiğini göstermiştir. Bu veriler DEHB ve diğer ruhsal bozukluklar arasında neden-sonuç ilişkisinin ya da hastalıkların etiyopatogenezinde benzerlikler olabileceğini düşündürmektedir. 65 yaş üstü klinik örnekleme DEHB semptomlarının sorgulanması, doğru tanının ve uygun tedavinin belirlenmesine katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik, geriatri, prevalans

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:356-365)

DOI: 10.5505/kpd.2022.26042

SUMMARY

Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)'s clinical appearance of the older adults is different from that of children and young adults. The diagnosis is generally missed in older ages or patients are exposed to polypharmacy due to misdiagnoses. This situation causes deterioration in functionality and financial burden. Our study aims to determine the frequency and clinical features of ADHD in the elderly. **Method:** We included 70 individuals aged 65 and over, who admission in our outpatient clinic as the clinical sample, and 70 healthy volunteers as the control group who had similar sociodemographic characteristics with the clinical sample. We diagnosed ADHD with Wender Utah Rating Scale (WURS) and Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) scores, family interviews, and psychiatric interviews. We used DSM-5 Structured Clinical Interview-Clinical Version (SCID-5-CV) to identify additional diagnoses and Barratt Impulsivity Scale (BDI-11) to evaluate impulsivity. **Results:** The prevalence of childhood ADHD (C-ADHD) was 26%, and adult ADHD (A-ADHD) was 11% among the clinical sample. The prevalence of C-ADHD was %4.2, and there was no A-ADHD in the control group. The BIS-11-motor subscale score was significantly higher in those with A-ADHD than those without in the clinical sample ($p=0.04$). The BIS-11-total and all subscale scores were significantly higher with C-ADHD than those without C-ADHD in the clinical sample ($p<0.05$ for each). **Conclusion:** This study suggests that individuals with a previous psychiatric diagnosis have a higher rate of ADHD diagnosis compared to the healthy population, and ADHD often accompanies mood disorders and anxiety disorders. There may be a cause-effect relationship between ADHD and other mental disorders or similarities in the etiopathogenesis. Questioning ADHD symptoms in clinical samples over 65 years of age will contribute to determining the correct diagnosis and appropriate treatment.

Key Words: attention deficit hyperactivity disorder, geriatrics, impulsivity, prevalence

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) süreklilik gösteren, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden, akademik, zihinsel, sosyal gelişimi ve işlevselliği bozan bir sendromdur (1). Geçmiş yıllarda sadece çocukluk çağı hastalığı olarak düşünülen DEHB semptomlarından bazılarının yaş ilerlemesine rağmen sürmesi, hatta bir kısmının yaşlı bireylerde de görülmesi DEHB'nin aynı zamanda erişkin hastalığı olduğunu göstermiştir (2). Çocukluk çağında tanı alan DEHB olgularının %40'nın erişkinlikte de devam ettiği, yaş ilerledikçe DEHB sıklığı azalmakla birlikte %3-4 oranında yaşlılarda da görüldüğü bildirilmiştir (3).

Okul kayıtlarına ulaşmanın zorluğu, bilgi alınabilecek aile bireyleriyle iletişim kuramama gibi etkenler yaşlılarda DEHB tanısının atlanmasına neden olabilir (4). İleri yaş grubunda eşlik eden komorbid durumların fazlalığı da tanı ve tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (5). Yaşlılarda klinik görünümün çocuk ve genç erişkinlerden farklı olması ve DEHB tanısına spesifik bir test bulunmaması nedeniyle ileri yaşlarda tanı atlanmakta, koyulan yanlış tanımlar nedeniyle hastalar çok sayıda ilaç kullanmak zorunda kalmakta, bu durum da işlevsellikte bozulma ve ciddi bir mali yük olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlılarda DEHB tanısının ve eşlik eden ruhsal bozuklukların doğru saptanmasının uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesine, morbidite ve mortalitenin azalmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (5).

Yaşlı popülasyonun nüfus yoğunluğu giderek artmaktadır, 2030 yılına kadar genel nüfusun %20'sinin yaşlı bireylerden oluşacağı düşünülmektedir (6). Popülasyondaki bu artış geriatrik gruptaki hastalıklara olan ilgiyi de beraberinde getirmiştir. İleri yaştaki bireylerde DEHB ile ilişkili araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır ve çalışmaların çoğu hastalıkların prevalansı üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalarda ileri yaş DEHB prevalansı %1.4-3.6 arasında saptanmış, çocuklarda görülenin aksine cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (7,8).

Geriatrik popülasyonda psikiyatrik çalışma sayısı artsa da DEHB ile ilgili veriler oldukça sınırlıdır. Literatür taramasında Türkiye'de 65 yaş üzeri bireylerde, bu alanda yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma psikiyatrik tedavi

amacıyla poliklinik başvurusunda bulunan 65 yaş ve üzeri bireylerde DEHB prevalansını belirlemeyi ve erişkin dönem DEHB (E-DEHB) tanısı olan olgularda klinik belirtileri göstermeyi amaçlamıştır. Çalışmamızın ilk hipotezi, klinik örneklemede DEHB prevalansının sağlıklı popülasyondan daha yüksek olabileceğidir. İkinci hipotezimiz ise, klinik örneklemede E-DEHB tanısı bulunan olgularda E-DEHB tanısı bulunmayanlara göre daha yüksek oranda diğer ruhsal hastalıkların görüleceğidir. DEHB'nin toplumdaki yaygınlığı hakkında çalışmalar olmakla birlikte klinik örneklemede geriatrik DEHB yaygınlığı ya da klinik görünümü ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmamız 65 yaş üstü bireylerde ve klinik örneklemede yürütülmesi nedeniyle literatüre katkı sağlayabilecektir. Çalışmadan elde edilecek sonuçların E-DEHB'nin klinik örneklemede yeterince tanınmasında farkındalık yaratacağı ve olguların uygun tedavi seçenekleri ile yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Verilerin Toplanması

Çalışma 05.06.2020 tarih ve 32 sayılı Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındıktan sonra, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde 15.06.2020-15.09.2020 tarihleri arasında yürütüldü. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Türkiye'nin güneyinde Adana'da bulunan üçüncü basamak bir hastane olup çevre iller dahil 4 milyonluk bir nüfusa hizmet vermektedir. Çalışmanın yürütüldüğü dönemde polikliniğimize 4535 bireyin başvurduğu ve bu bireylerin 288'nin 65 yaş ve üzeri, ilk kez başvuru yapan veya polikliniğimizde herhangi bir ruhsal bozukluk tanısıyla takipli hastalar olduğu belirlendi. 65 yaş ve üzeri bireyler arasından başvuru sırasına göre 92 kişi ardışık olarak seçildi, ayrıca bu kişiler ile benzer sosyodemografik özellikler gösteren, hastane çalışanlarının yakınlarından oluşan 82 gönüllü çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılar ile Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5) Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV) uygulanarak, yaklaşık 50-75 dakika süren ilk görüşme yapıldı (9).

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar (klinik örneklem) arasından 2'si zeka geriliği, 1'i akut psikotik atak, 11'i demans tanısıyla, 8'i görüşmeye uyum sağlayamama nedeniyle, kontrol grubundaki katılımcıların 3'ü yaygın anksiyete bozukluğu, 1'i major depresif bozukluk tanısıyla, 5'i ölçekleri tamamlamadığından ve 3'ü görüşmeye uyum sağlayamadığından çalışmadan çıkarıldı. Çalışma öncesinde tüm katılımcılardan yazılı onam alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun yürütüldü.

Güç Analizi

Çalışmanın örneklem büyüklüğü (güç analizi) G Power 3.1 programı aracılığı ile hesaplandı. Orta etki büyüklüğü (Cohen's $d=0.50$), 0.80 güç ve 0.05 hata payı ($p=0.05$) ile minimum örneklem büyüklüğü hasta ve kontrol grubunun her biri için 64 olmak üzere toplam 128 olarak hesaplandı. Sonuç olarak her grupta 70 , toplam 140 katılımcıdan oluşan örneklem hasta ve kontrol grubu üzerinden yapılan analizler için yeterli güce ulaştığı düşünüldü.

DEHB Tanısı

Katılımcılar ile bir sonraki aşamada yüz yüze görüşme yapıldı, sosyodemografik veri formu ve ölçekler uygulandı. Görüşme sonrasında çocukluk çağı-DEHB (Ç-DEHB) tanısı düşünülen katılımcılarda tanıyı netleştirebilmek amacıyla hastaların ulaşılabilen 1.derece yakınları ile görüşülerek bilgi alındı, aile görüşmesi yapılamayanlarda ise katılımcının beyanı esas alındı. Ç-DEHB değerlendirmesinde kişinin beyanı, aile görüşmesi ile DEHB tanısı yönünde bilgi verenlerin veya Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)'nden 36 ve üzeri puan alan bireylerin Ç-DEHB tanısı olduğu kabul edildi (10).

E-DEHB tanısı için ulaşılabilen eş ya da kardeşlerden bilgi alındı, aile görüşmesi yapılamayan katılımcılarda ise en iyi bilgi veren kaynağın kişinin kendisi olduğu göz önünde bulundurularak katılımcının beyanı esas alındı (11). E-DEHB değerlendirmesinde kişinin beyanı, aile görüşmesi ile DEHB tanısı yönünde bilgi verenlerin veya Erişkin DEHB Özbildirim Ölçeği (ASRS)'nden taralı alanlarda 4 ve üzeri alan işaretleyen katılımcıların E-DEHB tanısı olduğu kabul edildi (12).

Sosyodemografik Veri Formu

Hazırladığımız bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleki durum, yaşanan yer gibi sosyodemografik özelliklerine ek olarak alışkanlıklar, bedensel veya ruhsal hastalık öyküsü, geçmişte özkıym girişiminde bulunma, trafik cezası, adli sorun yaşama öyküsü gibi konuları sorguladık. Kişinin ölmeyi amaçladığına dair açık kanıtlarla birlikte olan tüm eylemleri intihar girişimi olarak değerlendirildi (13). Ayrıca Türk Ceza Kanunu 5326 sayılı kaba-hatlar kanunu kapsamındaki ve hukuki yapılar tarafından sonucu ceza ya da güvenlik tedbirine bağlanan eylemler adli sorun olarak değerlendirilmiştir (14).

DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5-CV)

Bu yapılandırılmış görüşme 10 modül içermektedir, tanısal kategorileri detaylı tanı ölçütleri ve araştırmacı sorularıyla sorgulamaktadır. SCID-5'in içeriğinde ilk modül, duygudurum dönemleri; ikinci modül, psikoz belirtileri ve eşlik eden belirtiler; üçüncü modül, psikozla giden bozukluklar; dördüncü modül, yine duygudurum bozuklukları; beşinci modül, madde kullanım bozuklukları; altıncı modül, kaygı bozuklukları; yedinci modül, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk; sekizinci modül, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; dokuzuncu modül, diğer bozukluklar için tarama; onuncu modül ise, uyum bozukluğu olarak yer almaktadır. Bilgi kaynağı olarak, hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, tıbbi kayıtlar/belgeler ve sağlık ekibi kabul edilmektedir (9). Türkçe versiyonunun görüşmeciler arası güvenilirliğinde kappa katsayıları 0.65 ile 1.00 arasında saptanmıştır (15).

Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

DSM-IV-TR'deki DEHB semptomlarını içeren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek soruları DEHB semptomlarının son altı aydaki sıklığını belirlemeye yöneliktir. Sorular asla-çok sık ($0-4$) arasında puanlanmaktadır (6). Ölçeğin taralı alanlarında 4 ya da daha fazla alanın işaretli olması DEHB tanısı açısından anlamlı kabul edilmekte ve ileri inceleme önerilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ASRS'nin geneli için Cronbach alpha kat sayısı 0.88 , alt boyutlarına bakıldığında dikkat eksikliği için 0.82 ve hiperaktivite/dürtüsellik için 0.78 olarak bulunmuştur (16).

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

Çocukluk çağı DEHB belirtilerini erişkinlerde değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal versiyonu 61 maddeden oluşurken, daha sonra DEHB hastalarını sağlıklı kontrol grubundan ayırabilen 25 maddelik forma dönüştürülmüştür. Beşli Likert tipinde 0 ile 4 arasında puanlanan bir öz bildirim ölçeğidir [10]. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.93, madde toplam puan korelasyonları 0.31-0.75 arasında, test tekrar test korelasyonu (toplam puan) 0.81 saptanmıştır. Kesme noktası olarak 36 puan ve üzeri alındığında; özgülük % 90.8, duyarlılık % 82.5 saptanmıştır (17).

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

Otuz madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Alt ölçekler; dikkat (bilişsel düzensizlik ve dikkatsizlik), motor (sabırsızlık, motor dürtüsellik) ve plan yapmama (bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük, kontrolünü sağlayamama) üzerinedir. Toplam puan arttıkça dürtüsellik düzeyi artmaktadır (18). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı toplam puan için 0.82, dikkat dürtüselligi için 0.64, motor dürtüsellik için 0.70 ve plan yapmama alt ölçeği için 0.80 olarak belirlenmiştir (19).

Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Kognitif bozuklukların saptanmasında, seyri ve tedaviye yanıtının izlenmesinde kullanılan, klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. Hatırlama ve lisan, yönelim, kayıt hafızası, hesaplama ve dikkat olmak üzere beş temel başlık altında on bir madde yer almakta ve 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir [20]. Türkçe uyarlama çalışmasında, SMMT'nin toplam puanının kontrol grubu ve hafif demans arasında kesme puanı 23/24 kabul edildiğinde 0.91 duyarlılık, 0.95 özgülük; sırasıyla 0.90 pozitif yordayıcı, 0.95 negatif yordayıcı değer ve 0.86 kappa değeri gösterdiği bulunmuştur. SMMT'in Türk toplumundaki ideal eşik değerinin 23/24 olduğu ve hafif demans tanısında güvenilir ve geçerli olduğu saptanmıştır [21]. Bu değer eşik kabul edildiğinde yanlış pozitiflik oranı %10, yanlış negatiflik oranı %5, pozitif doğruluk oranı %90 saptanmış olup bu sonuçlar literatür ile uyum göstermektedir. Bu çalışmada 24 ve üzeri puan alanların bilişsel işlevlerinin yeterli olduğu kabul edildi.

Eğitimsizler için Mini Mental Test (SMMT-E)

SMMT'nin eğitimsizler için olan, klinisyen tarafından uygulanan versiyonudur. Yönelim, kayıt belleği, dikkat, geri çağırma, dil ve görsel-mekânsal yetenekler bölümlerinden oluşur. 0-30 puan arasında değerlendirilir. 23 ve daha düşük puanlar kognitif etkilenme göstergesi olarak kabul edilmektedir. SMMT-E toplam puan iç tutarlılık kat sayısı 0.70 olarak hesaplanmıştır (22).

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenlerde yüzde ve sayı olarak özetlendi. Grupların normal dağılım gösterip göstermediği çarpıklık ve basıklık değerleri ile kontrol edildi. Değerler -1.5 ile +1.5 arasında olduğu zaman grubun normal dağılımda olduğu kabul edildi (23). Sürekli değişkenler normal dağılım gösterdiği durumlarda ortalama \pm standart sapma, normal dağılım göstermediği durumlarda sıra ortalaması olarak verildi. Gruplara göre yapılan karşılaştırmalarda kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların değerlendirmesinde çaprazlık tablosundaki her hücrede beşten küçük değer bulunmadığı durumlarda Ki-kare testi, beşten küçük değer bulunduğu durumlarda Fisher's exact testi kullanıldı. Ki-kare testi uygulanan durumlarda dağılım süreklilik göstermediğinde Yates düzeltmesi yapıldı (24). İki bağımsız grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda Mann Whitney U testi, normal dağılım gösterdiği durumlarda bağımsız gruplar t testi uygulandı. Katılımcıların yaş, eğitim yılı ve ölçeklerden elde edilen sürekli değişkenlerin dağılımının normal olmadığı durumlarda Spearman Rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Sonuçlar odds oranı ile birlikte %95 Wald güven aralığı şeklinde verildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Polikliniğimize tedavi amacıyla başvuran hastalar (klinik örneklem) ile kontrol grubundaki katılımcılar yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim süresi ve çalışma durumu açısından benzerdi ($p > 0.05$, her biri için). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Klinik örneklemin 19'unun (%27.1) major depresif

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Klinik örneklem grubu	Kontrol grubu	
Cinsiyet n (%)			$\chi^2=0.459$
Kadın	39 (%55.7)	35 (%50)	
Erkek	31 (%44.3)	35 (%50)	$p=0.49$
Medeni durum n (%)			
Evli	60 (%85.7)	58 (%82.9)	$\chi^2=0.05$
Bekâr/dul/boşanmış/hiç evlenmemiş	10 (%14.3)	12(%17.1)	$p=0.82^*$
Yaşadıkları yer n (%)			
İl merkezi	54 (%77.1)	49 (%70)	$\chi^2=0.59$
İl merkezinden küçük	16 (%22.9)	21 (%30)	$p=0.44^*$
Çalışma Durumu n (%)			
Çalışıyor	2 (%2.9)	7 (%10)	$p=0.17^{**}$
Çalışmıyor/emekli	68 (%97.1)	63 (%90)	
Yaş ort±SS	67.29±3.56	68.09±4.17	$p=0.22$
Eğitim süresi ort±SS	6.39±4.38	7.30±4.86	$p=0.25$

*: Yates's düzeltmesi, **: Fisher's Exact test, ort±SS: ortalama standart sapma

bozukluk, 7'sinin (%10) bipolar bozukluk, 28'inin (%40) anksiyete bozukluğu, 1'inin (%1.4) obsesif kompulsif bozukluk, 15'inin (%21.5) diğer ruhsal hastalıklar ile takipli olduğu görülmüştür.

Klinik örneklemede 70 hastanın 18'ine (%26), kontrol grubunda 70 katılımcının 3'üne (%4.2) Ç-DEHB tanısı koyulmuştur. Klinik örneklemede %11 oranında E-DEHB tanısı belirlenmiştir. Ç-DEHB tanısı alan klinik örneklemedeki 18 kişiden 8'inin (%44) erişkin dönemde tanısının devam ettiği saptanmıştır. Kontrol grubundan 3 katılımcıya Ç-DEHB tanısı konmuş ancak hiçbirinde E-DEHB saptanmamıştır.

Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların genel klinik özellikleri karşılaştırıldığında, mevcut ruhsal hastalık tanısı açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.07$). Ç-DEHB tanısı olanların yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunma oranı ($p=0.03$), adli sorun yaşama oranı ($p=0.04$) ve geçmişte trafik cezası alma oranı ($p=0.03$) Ç-DEHB tanısı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Tablo-2).

Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanları karşılaştırıldığında, ASRS-a ve b, BDÖ-11-motor dürtüsellik, dikkatsizlik ve plan yapamama alt ölçek ortalama puanları ve BDÖ-11 toplam puan sıra ortalaması Ç-DEHB tanısı olanlarda olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0.05$ her biri için). (Tablo-3).

Tablo 2. Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı ve klinik özelliklerin ilişkisi

	Ç-DEHB tanısı alanlar (n=18)	Ç-DEHB tanısı olmayanlar (n=52)	
Mevcut psikiyatrik tanı n (%)			
Major depresif bozukluk	9 (%50)	10 (%19.2)	
Bipolar bozukluk	1 (%5.8)	6 (%11.5)	$\chi^2=7.06$
Anksiyete bozukluğu	4 (%22.2)	24 (%46.2)	$p=0.07$
Diğer	4 (%22.2)	12 (%23.1)	
Özkıyım/kendine zarar verici davranış n (%)			
Var	7 (%38.9)	6 (%11.5)	$p=0.03^*$
Yok	11 (%61.1)	46 (%88.5)	
Bugüne kadar yaşanmış adli sorun n (%)			
Var	7 (%38.9)	8 (%15.4)	$p=0.04^*$
Yok	11 (%61.1)	44 (%84.6)	
Trafik cezası n (%)			
Var	8 (%44.4)	9 (%17.3)	$p=0.05^*$
Yok	10 (%55.6)	43 (%82.7)	

*Fisher's Exact test, istatistiksel olarak anlamlı değerler koyu belirtilmiştir ($p<0.05$), Ç-DEHB: çocukluk çağı dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu

Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı olup erişkin dönemde DEHB (E-DEHB) tanısı alan ve almayan hastaların genel klinik özellikleri karşılaştırıldığında, mevcut ruhsal hastalık tanısı açısından aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.58$). E-DEHB tanısı olanlarla olmayanlar arasında yaşam boyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunma oranı ($p=0.63$), adli sorun yaşama oranı ($p=0.98$) ve geçmişte trafik cezası alma oranı ($p=0.99$) açısından anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Tablo-4).

Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı olup erişkin dönemde DEHB (E-DEHB) tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanları karşılaştırıldığında, E-

Tablo 3. Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı alan ve almayan hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Ç-DEHB tanısı alanlar	Ç-DEHB tanısı olmayanlar	
ASRS_a (ort.±SS)	10.78±5.24	6.73±3.78	$t=3.02$ $p=0.006$
ASRS_b (ort.±SS)	24.44±7.96	14.19±7.75	$t=4.81$ $p=0.001$
BDÖ-11-dikkat (ort.±SS)	19.33±4.14	15.13±4.51	$t=3.47$ $p=0.001$
BDÖ-11-motor (ort.±SS)	20.83±5.35	16.67±3.60	$t=3.07$ $p=0.006$
BDÖ-11-plan (ort.±SS)	27.94±6.00	23.08±5.34	$t=3.23$ $p=0.002$
BDÖ-11-toplam (sıra ort.)	51.67	29.90	$u=177$ $z=3.91$ $p=0.001$

ASRS_a ve b: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbebildirim Ölçeği_a ve b, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, Ç-DEHB: çocukluk çağı dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, istatistiksel olarak anlamlı değerler koyu belirtilmiştir ($p<0.05$), ort±SS: ortalama standart sapma, sıra ort.: sıra ortalaması.

Tablo 4. Klinik örneklemede E-DEHB tanısı ve klinik özelliklerin ilişkisi

	E-DEHB tanısı alanlar (n=8)	E-DEHB tanısı olmayanlar (n=10)	
Mevcut psikiyatrik tanın (%)			
Major depresif bozukluk	5 (%62.5)	4 (%40)	$\chi^2=1.10$
Anksiyete bozukluğu	1 (%12.5)	3 (%30)	$p=0.58$
Diğer	2 (%25)	3 (%30)	
Dünyam/kendime zarar verici davranışın (%)			
Var	4 (%50)	3 (%30)	$p=0.63$
Yok	4 (%50)	7 (%70)	
Bugüne kadar yaşanmış adli sorun n (%)			
Var	3 (%37.5)	4 (%40)	$p=0.98$
Yok	5 (%62.5)	6 (%60)	
Trafik cezasının (%)			
Var	4 (%50)	4 (%40)	$p=0.99$
Yok	4 (%50)	6 (%60)	

E-DEHB: Erişkin dönem Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB tanısı alan kişilerde olmayanlara göre BDÖ-11-motor dürtüsellik alt ölçeği ($p=0.04$) ve ASRS-a ölçeği ($p<0.001$) ortalama puanı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. BDÖ-11-toplam puanı, dikkatsizlik ve plan yapamama alt ölçek puanları sıra ortalaması ve ASRS-b ölçeği, WUDÖ ortalama puanı E-DEHB tanısı alanlarda daha yüksek olmakla birlikte sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir (her biri için $p>0.05$) (Tablo-5).

Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı olanların olmayanlara göre alkol kullanım oranı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (%16.7 & %1.9, $p=0.05$). E-DEHB tanılı hastalar arasında alkol kullanma oranı (%25), E-DEHB tanısı olmayanlara (%10) göre yüksek saptanmasına rağmen gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.56$). Sigara kullanımı açısından Ç-DEHB tanısı olanlar ve olmayanlar (%27.8 & %21.2, $p=0.54$) ile E-DEHB tanısı olanlar ve olmayanlar (%25 & %30, $p=1$) arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5. Klinik örneklemede E-DEHB tanısı alan ve olmayan hastaların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	E-DEHB tanısı alanlar	E-DEHB tanısı olmayanlar	
ASRS_a (ort.±SS)	15.12±3.68	7.30±3.33	$p<0.001$
ASRS_b (ort.±SS)	28.12±6.83	21.50±7.86	$p=0.07$
WUDÖ (ort.±SS)	49.50±8.70	46.10±12.58	$p=0.52$
BDÖ-11-motor (ort.±SS)	23.63±5.07	18.60±4.65	$t=2.19$ $p=0.04$ $u=30.5$
BDÖ-11-dikkat (sıra ort.)	10.69	8.55	$z=-0.85$ $p=0.41$ $u=24.5$
BDÖ-11-plan (sıra ort.)	11.44	7.95	$z=-1.39$ $p=0.17$ $u=24.5$
BDÖ-11-toplam (sıra ort.)	11.44	7.95	$z=-1.38$ $p=0.17$

ASRS_a ve b: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbildirim Ölçeği_a ve b, WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, BDÖ-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11. İstatistiksel olarak anlamlı değerler koyu belirtilmiştir ($p<0.05$), ort.±SS: ortalama standart sapma, sıra ort.: sıra ortalaması, E-DEHB: Erişkin dönem Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Klinik örneklemede Ç-DEHB tanısı alanlar ve olmayanlar (%61.1 & %38.5, $p=0.16$) ve E-DEHB tanısı alanlar ve olmayanlar (%62.5 & %60, $p=1$) cinsiyet açısından kıyaslandığında erkek hasta sayısı fazla olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.

TARTIŞMA

DEHB çocukluk çağına başlayıp erişkinlik hatta yaşlılık döneminde devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Önceki çalışmaların çocukluk ve ergenlik çağına yoğunlaştığı dikkat çekmektedir (2). Son yıllarda erişkin dönemle ilgili araştırmalar artsa da yaşlı popülasyonda bu konuyla ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (2). Çalışmamızda elde edilen en önemli sonuç 65 yaş üzeri klinik örneklemede DEHB prevalansının sağlıklı popülasyona göre yüksek bulunmasıdır. Bu sonuçlar diğer ruhsal bozukluk tanıları ile takip edilen bireylerde DEHB sorgulanması gerekliliğini göstermektedir.

65-80 yaş arası katılımcıların WUDÖ ile değerlendirildiği epidemiyolojik çalışmada, Guldberg ve ark. Ç-DEHB oranını %3.3 saptamıştır [25]. Nijmegen Sağlık Alanı Çalışması kapsamında 18-75 yaş arası katılımcıların incelendiği diğer bir çalışmada, Kooij ve ark. DSM-IV-TR tanı kriterlerinden altısı tanı için yeterli kabul edildiğinde prevalansı %1, dört kriterin yeterli kabul edilmesi durumunda ise %2.5 bulmuştur. Bu çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerde ayrıca Ç-DEHB prevalansı belirtilmemiştir [26]. Çalışmamızda Ç-DEHB prevalansı klinik örneklemede %26, kontrol grubunda %4.2 olarak belirlenmiştir. Örneklemin kontrol grubunda Ç-DEHB oranı literatürle uyumlu olup klinik örneklemede Ç-DEHB oranı geçmiş çalışmalardan yüksek saptanmıştır. Ç-DEHB olan bireylerin tanılarının atlanması, yakınmalarının diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileri ile örtüşüp farklı tanıları ile takip edilmesinin bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir.

Michielsen ve ark. 65-80 yaş arası katılımcılar ile yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, DSM-IV-TR kriterlerinden altı kriter ve üzerini karşılayanları sendromik düzeyde DEHB olarak değerlendirmiş, prevalansını %2.8 saptamıştır; dört kriter ve üzerinde karşılayanları semptomatik düzeyde DEHB olarak değerlendirmiş ve prevalansı %4.2

saptamışlardır [3]. Avustralya Kişi ve Toplum Sağlığı (PATH) kapsamında randomize seçilmiş 3443 gönüllü katılımcı ASRS ölçeği ile değerlendirilmiş orta yaşlı grupta (48-52 yaş) prevalans %6.2, ileri yaşlı grupta (68-74 yaş) prevalans %2.2 saptanmıştır (27). Çalışmamızda 65-85 yaş arası klinik örnekleme E-DEHB prevalansı %11'dir. E-DEHB prevalansının literatürdeki verilere göre yüksek olmasının katılımcıların klinik örneklemeden seçilmesine ve hastalık belirtilerinin geçmiş çalışmalarda ayrıca sorgulanmayıp çalışmamızda sorgulanmış olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

İleriye dönük çalışmalar, çocukluk çağında başlayan DEHB tanısının erişkinlikte devam etme oranını, metodolojik yönetime bağlı olarak değişmekle birlikte %5-66 aralığında saptamıştır (28-31). Faraone, DSM-IV tanı kriterlerinden en az 6'sının karşılandığı olguların DEHB kabul edildiği ve sağlıklı kontrol grubu bulunan çalışmaların dahil edildiği meta analizinde, Ç-DEHB'si olan yetişkinlerin % 15'inin hala DEHB için tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir[32]. DEHB tanılı kişilerde yaşlılıkta DEHB belirtilerinin devamı ile ilgili yapılan bir çalışmada, çocuklukta ve ileri yaşta DEHB belirtilerinin sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (33). Çalışmamızda klinik örnekleme Ç-DEHB tanısı alan kişilerin %44'ünde erişkin dönemde tanının devam ettiği saptanmıştır. Literatür ile oluşan bu farklılığa örneklemeimizdeki kişi sayısının kısıtlılığı neden olmuş olabilir ayrıca DEHB semptomlarının zamanla şiddetinin azalıp işlevselliği etkilemeyecek seviyeye gelmiş olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıkların oranları ve tanı dağılımlarında farklılıklar bildirilmiştir. Michielsen ve ark. 65 yaş üzeri örnekleme DEHB grubundaki yaşlıların %17'sinde depresif bozukluk, % 8'inde anksiyete bozukluğu ve % 26'sında hem anksiyete hem de depresif belirtilerin görüldüğünü bildirmiştir (34). Henry ve ark. çalışmalarında, DEHB tanısı olan 9 kadın katılımcının tamamında depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ya da bipolar bozukluk komorbiditesi saptamıştır (35). PATH çalışmasında, DEHB tanılı yaşlı yetişkinler (68-74 yaş) arasında depresif semptom oranı %8 olarak saptanmıştır (27). Lensing ve ark. DEHB tanılı 128 katılımcı ile yaptıkları çalışmada 49 katılımcıda (%

46.7) komorbid psikiyatrik bozukluk bildirmiştir. Bu tanıların % 36.7'sinin majör depresif bozukluk, % 26.5'nin anksiyete bozukluğu ve %24.5'inin bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır [36]. Solanto ve ark. DEHB tanılı 27 katılımcının %55'ine anksiyete bozukluğunun %32'sine duygudurum bozukluğunun eşlik ettiğini belirtmiştir (37). Kliniğimizde E-DEHB tanısı belirlenen hastaların %62.5'ine depresif bozukluk, %12.5'ine anksiyete bozukluğu, %12.5'ine obsesif kompulsif bozukluk, %12.5'ine bipolar bozukluk eşlik etmektedir. Çalışmamızda ve farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda DEHB'ye sıklıkla diğer psikopatolojilerin eşlik etmesi, DEHB ve diğer ruhsal bozuklukların benzer etiopatogeneze sahip olabileceklerini ya da bu hastalıklar arasında bir neden-sonuç ilişkisi kurulabileceğini düşündürmektedir. Bu konunun daha iyi anlaşılabilmesi için ileriye yönelik, hastalıkların kronolojik sıralarının net olarak bilindiği, geniş örneklemlerle çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Brod ve ark. DEHB tanılı ortalama yaşı 66 olan örneklemin dörtte birinin geçmişte alkol ve madde kullanım problemi olduğunu saptamıştır (38). Bijlenga ve ark. ortalama yaşı 63 olan DEHB tanılı hastaları ve sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve gruplar arasında alkol kullanım oranı açısından fark saptamamıştır. Aynı çalışmada sigara içme oranı DEHB tanılı bireylerde DEHB tanısı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (39). Çalışmamızda alkol kullanım oranının Ç-DEHB olan hastalarda anlamlı oranda yüksek olup E-DEHB tanısı alan ve almayan hastalar arasında anlamlı fark saptanmamasının, E-DEHB tanılı hastalarda kültürel değerler, dini inanç ve damgalanma endişesi nedenleriyle yapılan eksik/yetersiz bildirimle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızın yapıldığı klinikte alkol-madde kullanım bozukluğu tedavisi için özelleşmiş bir birimin olmaması da E-DEHB tanılı bireyler arasında oranın düşük kalmasıyla ilişkili olabilir. Bu durum Ç-DEHB öyküsü olanların ileri dönemde alkol kötüye kullanımı açısından takip edilmesi gerekliliğini de göstermektedir. DEHB'de alkol kullanımının genel popülasyona göre daha yüksek olması bu maddelerin ödül sistemini aktive etmesi, bilişsel işlevlerde iyileşme veya duygudurum belirtilerinde yatışma sağlaması ile açıklanabilir (40).

DEHB tanılı erişkinlerde özkıyım düşüncesi ve

girişimi oranlarının genel popülasyona göre yüksek olduğu bilinmektedir (41). Bu durum eşlik eden duygudurum bozukluklarıyla ilişkili olabileceği gibi komorbid psikiyatrik durumdan bağımsız da olabilmektedir (41,42). Park ve ark. E-DEHB tanılı bireylerde DEHB tanısı olmayanlara göre özkıyım düşüncesi, planı ve girişimi oranlarını yüksek saptamıştır (43). Bildiğimiz kadarıyla, ileri yaş DEHB hastaları ile yapılmış çalışmalarda DEHB ile özkıyım düşüncesi/girişimi arasındaki ilişkiye yer verilmemiştir. Çalışmamızda E-DEHB tanısı olanların özkıyım girişim oranı E-DEHB tanısı olmayanlarla benzer, Ç-DEHB tanısı alanların özkıyım girişimi oranı Ç-DEHB tanısı olmayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksektir. Çalışmamızda saptanan özkıyım düşünceleri ve girişim oranları 65 yaş altı erişkinler ile yapılan çalışmalar ile örtüşmektedir.

DEHB olgularında yer alan davranışsal disinhibisyon ve emosyonel disregülasyona bağlı olarak suça eğilimin ve dürtülerin kontrol altına alınmasında zorlanma nedeniyle trafikte riskli davranışların daha fazla olduğu dikkat çekmektedir (38,44). Türkiye’de suça sürüklenen çocuklarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %33’üne DEHB tanısı koyulmuştur (45). Knecht ve ark. Ç-DEHB tanılı çocukların takip çalışmalarında daha yüksek oranda suça karıştıklarını, tutuklanma ve hapis cezası alma oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir (46). Groom ve ark. 18-54 yaş arası E-DEHB tanılı katılımcıları DEHB tanısı olmayan gönüllüler ile karşılaştırdığı çalışmada DEHB olan bireylerin daha fazla trafik kazası yaptığını ve trafik cezası aldığını göstermiştir (47). Geçmiş çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda Ç-DEHB tanısı olanların adli sorun yaşama ve trafik kazası yapma oranı Ç-DEHB olmayanlara göre yüksektir. Çalışmamızda E-DEHB varlığı ile adli sorun yaşama ve trafik kazası arasında ilişki saptanamamasının E-DEHB tanısı belirlenen örneklemin küçük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

DEHB, çocuk ve ergenlerde erkeklerde daha yüksek oranda görülmesine rağmen yaş ilerledikçe cinsiyetler arası farkın azaldığı bilinmektedir (48). Çalışmamızla benzer şekilde Michielsen ve ark. E-DEHB için cinsiyet oranları açısından fark saptamamıştır (3). Thorell ve ark. ileri yaş DEHB tanılı katılımcılarda cinsiyet açısından fark olmadığını bildirmiştir (49). Kooij ve ark.’nın 18-75 yaş arasındaki katılımcılarla yaptıkları bir diğer

çalışmada da DEHB varlığında cinsiyet açısından farklılık bulunamamıştır (26). Çalışmamız, klinik örnekleme hem Ç-DEHB hem de E-DEHB’nin cinsiyetler arası farklılık göstermediğini saptamıştır.

Yaşlı popülasyonda DEHB ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Erişkin çağda DEHB’nin dürtüsellik birçok alanıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. 18-60 yaş arası DEHB tanılı olan ve olmayanların karşılaştırıldığı bir çalışmada DEHB tanısı olanların kontrol grubuna göre dürtüsellik puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (50). Lopez ve ark. benzer şekilde DEHB’li bireylerde daha fazla acelecilik, daha düşük tasarlama ve daha fazla sebatsızlık olduğunu saptamıştır. Özellikle tasarlama eksikliğinin DEHB ile güçlü ilişkisi olduğu dikkat çekmiştir (51). Ülkemizde obezite, DEHB ve dürtüsellik ilişkisini araştıran bir çalışmada Ç-DEHB tanısı olanlarda motor dürtüsellik, dikkat dürtüsellik ve plan yapamamanın şiddetlendiği belirtilmiştir (52). Çalışmamızda Ç-DEHB tanısı olanlarda literatürle benzer şekilde her üç alanda belirtilerin şiddetlendiği saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız DEHB tanılı kişilerin yaşları ilerlese de belli alanlarda dürtüsellik düzeylerinin yüksek olarak devam ettiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır. İstatistiksel olarak yeterli sayıda katılımcı olsa da elde edilen sonuçların genel topluma ve diğer hasta gruplarına genellenememesi, sadece ayaktan başvuran hastaların çalışmaya alınması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Katılımcıların damgalanmaya neden olabilecek bilgileri vermeye karşı isteksizliğinin de sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde yaşlı popülasyonda DEHB ile ilgili yapılmış ilk çalışma olması ve klinik örnekleme yürütülmesi çalışmanın güçlü taraflarıdır. Daha geniş örneklemlerli, çeşitli hastalık gruplarının da dahil edildiği ve her hastalığın klinik özellikleri ile DEHB semptomları arasındaki ilişkinin ayrı ayrı değerlendirildiği gelecek çalışmalar konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

SONUÇ

İleri yaştaki bireyler psikiyatri başvurularında dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellikle ilgili yakınmalarını bildirmemektedir. Zaman zaman

yakınmaları depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları gibi hastalıkların bulguları arasında değerlendirilmektedir. Yaşlılarda DEHB tanısı sıklıkla atlanmaktadır. Çalışmamız poliklinik başvurusunda bulunan 65 yaş üzeri bireylerde Ç-DEHB ve E-DEHB sıklığının sağlıklı popülasyondan yüksek olduğunu göstermiştir. Yaşlı bireylerde yaşam kalitesini, sosyal ve akademik başarıyı olumsuz etkileyen DEHB bulgularının fark edilmesi ve tedavi edilmesi kişilerin yaşam kalitesinin

iyileşmesine ve sosyal işlevselliğinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Lut Tamam , Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı 01330 Adana - Türkiye, ltamam@gmail.com

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- Çavuşoğlu Ç, Demirkol ME, Tamam L. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Elderly. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar* 2020; 12:182-194.
- Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JS. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2012; 201:298-305.
- Fischer BL, Gunter-Hunt G, Steinhafel CH, Howell T. The identification and assessment of late-life ADHD in memory clinics. *J Atten Disord* 2012; 16:333-338.
- Springer R, Springer RJ. ADHD: The Lifespan and Effects from Adolescence through Adulthood. Murray State University, Thesis. 2018.
- World Health Organization. WHO 2000. <https://www.who.int/> Erişim tarihi: 21 Aralık, 2021.
- Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Kessler RC. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017; 9:47-65.
- Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. New York, Guilford press, 2010.
- First MB. Structured clinical interview for the DSM (SCID). The encyclopedia of clinical psychology 2014: 1-6.
- Ward MF. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:885-890.
- Sandra Kooij J, Marije Boonstra A, Swinkels SHN, Bekker EM, De Noord I, Buitelaar JK. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. *J Atten Disord* 2008; 11:445-458.
- Seroczynski AD, Bergeman C, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res* 1999; 86:41-57.
- Sadock BJ, Sadock VA. Klinik Psikiyatri El Kitabı. Tamam L (Çeviri ed.) 6. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2020, 359-376.
- Bekar E. Kabahatler Kanunu'nun Genel Hükümlerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Istanbul University Law Faculty* 2011; 69:1033-1050.
- Elbir M, Topbaş A, Bayad Ö, Kocabaş S, Topak T, Çetin Oz. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019; 30:51-56.
- Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:77-87.
- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V, Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:252-259.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
- Güleç H, Tamam L, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18:251-258.
- Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The mini-mental state examination. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:812.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Reliability and validity of the standardized Mini Mental State Examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Turkish journal of psychiatry* 2002; 13:273-281.
- Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yasar R, Kilic G, Ozel S. The standardized mini mental state examination for illiterate Turkish elderly population. 2nd International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders 1999; 28-30.
- Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Boston, Pearson, 2007, pp. 481-498.
- Yates F. Contingency tables involving small numbers and the χ^2 test. Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society 1934; 1:217-235.
- Guldberg-Kjär T, Johansson B. Old people reporting childhood AD/HD symptoms: Retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65–80. *Nord J Psychiatry* 2009; 63:375-382.
- Kooij JS, Buitelaar JK, Oord EJCG, van den Furer JW, Rijnders CAT, Hodiament PPG. Internal and external validity

of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35:817-827.

27. Das D, Cherbuin N, Eastale S, Anstey KJ. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and cognitive abilities in the late-life cohort of the PATH through life study. *PLoS One* 2014; 9:e86552.

28. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998; 155:493-498.

29. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1424-1431.

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

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

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

33. Semeijn E, Comijs HC, De Vet HCW, Kooij JJS, Michielsen M, Beekman ATF. Lifetime stability of ADHD symptoms in older adults. *Atten Defic Hyperact Disord* 2016; 8:13-20.

34. Michielsen M, Comijs HC, Semeijn EJ, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JS. The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2013; 148:220-227.

35. Henry E, Hill Jones S. Experiences of older adult women diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Women Aging* 2011; 23:246-262.

36. Lensing MB, Zeiner P, Sandvik L, Opjordsmoen S. Quality of life in adults aged 50+ with ADHD. *J Atten Disord* 2015; 19:405-413.

37. Solanto MV, Surman CB, Alvir JMJ. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for older adults with ADHD: a randomized controlled trial. *Atten Defic Hyperact Disord* 2018; 10:223-235.

38. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:47.

39. Bijlenga D, Ulberstad F, Thorell LB, Christiansen H, Hirsch O, Kooij JS. Objective assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults compared with controls using the QbTest. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34:1526-1533.

40. Mukaddes NM. Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.

41. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. *Atten Defic Hyperact Disord* 2014; 6:153-158.

42. Stickley A, Koyanagi A, Ruchkin V, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicide ideation and attempts: Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *J Affect Disord* 2016; 189:321-328.

43. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS, Hong JP. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011; 186:378-383.

44. Richards TL, Deffenbacher JL, Rosén LA, Barkley RA, Rodricks T. Driving anger and driving behavior in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2006; 10:54-64.

45. Bilginer Ç, Karadeniz S, Hızarcı S, Yılmaz BC, Kandil S. Suça sürüklenen çocukların adli psikiyatrik değerlendirme ve rapor sonuçları: İki yıllık retrospektif dosya taraması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021; 24:217-227.

46. Knecht C, de Alvaro R, Martinez-Raga J, Balanza-Martinez V. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), substance use disorders, and criminality: a difficult problem with complex solutions. *Int J Adolesc Med Health* 2015; 27:163-175.

47. Groom MJ, Van Loon E, Daley D, Chapman P, Hollis C. Driving behaviour in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *BMC psychiatry* 2015; 15:175.

48. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clin Psychol Rev* 2015; 40:15-27.

49. Thorell LB, Holst Y, Sjöwall D. Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nord J Psychiatry* 2019; 73:409-416.

50. Malloy-Diniz L, Fuentes D, Leite WB, Correa H, Bechara A. Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *J Int Neuropsychol Soc* 2007; 13:693-698.

51. Lopez R, Dauvilliers Y, Jaussent I, Billieux J, Bayard S. A multidimensional approach of impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 2015; 227:290-295.

52. Kavakcı Ö, Demirel Y, Kuğu N, Nur N, Doğan O. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma. *Cumhuriyet Medical Journal* 2011; 33:413-420.