

Bir Eğitim Hastanesinin Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran ve Hafif-Orta Şiddette Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Erişkin Kadın Hastalarda Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Belirtileri ve Tanısının Yaygınlığı: Öncül Bir Araştırma

Şükriye Boşgelmez¹,
Ali Evren Tufan²

¹Psikiyatrist, Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Derince, Kocaeli - Türkiye
²Yard. Doç. Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gököy, Bolu - Türkiye

ÖZET

Bir eğitim hastanesinin psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran ve hafif-orta şiddette majör depresif bozukluk tanısı alan erişkin kadın hastalarda dikkat eksikliği/hiperaktivite belirtileri ve tanısının yaygınlığı: Öncül bir araştırma

Amaç: Erşkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sıklıkla majör depresif bozuklukla (MDB) birlikte görülmektedir. Erşkinlikte DEHB tanısı konan bireyler psikiyatri polikliniklerine, çoğunlukla anksiyete ve depresyona bağılı şikayetler, özellikle de iritabilite yakınması ile başvurumaktadırlar. Bu araştırmada, polikliniğe ilk kez başvuran, MDB tanısı konan erişkin kadın hastalarda DEHB belirtileri ve tanısının yaygınlığı ve DEHB belirtileri ile MDB ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Haziran 2008 - Temmuz 2009 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran, Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ) ile depresif belirtilerinin şiddeti hafif-orta olarak belirlenen, eş tanısı olmayan MDB tanılı 61 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Hastalara Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ-17), Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erşkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği (E-DEHDÖ) uygulanmıştır. Analizlerde non-parametrik testler kullanılmış ve p değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada hastaların %31.1'inde WUDÖ puanları 36 ve üstünde saptanmıştır. Bu hastalar E-DEHDÖ ve DSM-IV-TR ölçütlerine göre değerlendirildiğinde ise dört kişi (tüm örneklemin %6.5'i, WUDÖ ile belirlenenlerin %11.1'i) tanı almıştır. WUDÖ puanları ≥36 olan grup ve geri kalanlar arasında ortalama eğitim süresi, HDÖ-17 puanları, epizot sayısı ve son epizotta tedavi için geçen süre karşılaştırılmış ve iki grup arasında fark saptanmamıştır. Diğer yandan WUDÖ ≥36 olanlar ve ek olarak E-DEHDÖ ve DSM-IV ölçütlerine göre erişkin DEHB tanısı alanların ortalama eğitim süresi, yaş, epizot sayısı, son epizod tedavi süresi ve ilk HDÖ-17 puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç: Örnekleminizde saptanan erişkin tip DEHB yaygınlığı ülkemizde, genel toplum için bildirilen yaygınlığın üzerindedir. DEHB tanısı ile MDB'ye ilişkin çalışmada değerlendirilen değişkenler arasında bağlantı bulunamaması örnekleminizin ayakta takip edilen, hafif-orta şiddette MDB hastalarını kapsamasıyla ilişkili olabilir. Bu noktaları ele alacak yeni çalışmalar MDB-DEHB birlikteliğine yönelik farklı bilgiler ortaya koyabilir.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, erişkin, eştanı, kadın, majör depresyon

ABSTRACT

The prevalence of symptoms and diagnosis of attention-deficit-hyperactivity disorder among adult female patients with mild / moderate major depressive disorder who were referred to the psychiatric outpatient department of a training hospital: a preliminary study

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and major depressive disorder (MDD) are frequently comorbid among adults. Also, people diagnosed with ADHD in adulthood frequently apply to psychiatry departments with complaints of anxiety and depression, especially irritability. In this study, it was aimed to determine the prevalence of ADHD symptoms and diagnosis among adult female patients, who were referred to the outpatient psychiatry clinic and diagnosed with MDD as well as to evaluate the relationship between symptoms of ADHD and MDD.

Method: Sixty-one female patients with MDD, who were evaluated for the first time in a training and research hospital between June 2008 and July 2009 were enrolled in the study. MDD severity was mild-moderate according to Clinical Global Impression Scale (CGIS) and none of the patients had Axis I comorbidity. Hamilton Depression Scale (HAM-D), Wender Utah Rating Scale (WURS) and Adult ADHD Rating Scales (A-ADHRS) were applied to the participants. Non-parametric methods were used for analyses and p value was set at 0.05.

Results: In the study, 31.1% of patients were found to have WURS scores 36 and above. Four patients (6.5% of the whole sample and 11.1% of those scoring at least 36 with WURS) had adult type ADHD, when they were evaluated with A-ADHRS and interviewed according to DSM-IV criteria. There were no significant differences between patients with WURS ≥36 and others in terms of their educational levels, HAM-D scores, number of depressive episodes, and duration for the remission of index episode. Similarly, there were no significant differences between patients with WURS ≥36 and patients diagnosed with adult ADHD according to A-ADHRS and DSM-IV criteria in terms of their age, educational levels, HAM-D scores, number of depressive episodes, and duration for the remission of index episode.

Conclusion: The prevalence of adult ADHD was higher than those reported for general community in our country. The lack of relationship between the evaluated variables of MDD and symptoms as well as diagnosis of ADHD in our sample may be due to our inclusion of female outpatients with mild/moderate MDD. Further studies evaluating those relationships may yield different data related to comorbidity of ADHD-MDD.

Key words: Attention-deficit hyperactivity disorder, adult, comorbidity, female, major depression



Bu çalışma 2012'de Bursa'da yapılan 48. Ulusal Psikiyatri Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Şükriye Boşgelmez,
Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Polikliniği, 41900 Derince,
Kocaeli - Türkiye

Telefon / Phone: +90-262-317-8000

Faks / Fax: +90-262-233-5540

Elektronik posta adresi / E-mail address:
bsukriye@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
29 Ocak 2013 / January 29, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:
3 Nisan 2013 / April 3, 2013

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağıının en sık görülen nöropsikiyatrik bozukluklarından biridir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, DEHB'nin çocukluk çağıyla sınırlı olmadığını, erişkin yaşamda da devam ettiğini göstermiştir. Çocuklukta tanı konan DEHB'nin erişkinlikte devam etme oranının yaklaşık %65 olduğu bildirilmektedir (1). Bu olguların %15'i tanı için belirtilen tüm ölçütleri, %50'si ise bir kısmını karşılamaktadır (1). Ülkemizde ayakta takip edilen psikiyatrik örneklerde erişkin DEHB yaygınlığının %1.6-15.9 arasında olduğu bildirilmektedir (2,3). Yakın tarihli bir epidemiyolojik çalışmada ise DEHB yaygınlığı %3.8 olarak bulunmuştur (4). Yazında bildirilmiş olan araştırmaların sonuçları, DEHB'nin, etkileri yaşam boyu süren, topluma tedavi dışında yan maliyetler de getiren ve etkilenen bireylerde ömür boyunca süren yeti yitimine neden olan, süregelen, nörogelişimsel bir hastalık olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir (5,6).

DEHB ve majör depresif bozukluk (MDB) birlikteliği, hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir (7,8). Kessler ve arkadaşlarının (8) yürüttüğü epidemiyolojik çalışmada, DEHB tanısı alan bireylerde MDB yaygınlığı %18.6 olarak bildirilirken, bu oran DEHB tanısı almayan bireylerde %7.8 olarak saptanmıştır. Klinik çalışmalarda erişkin DEHB'sinde yaşam boyu MDB yaygınlığı %63'e varan yüksek oranlarda bildirilmektedir (9). Ülkemizde poliklinik başvurusunda bulunan erişkin psikiyatri hastalarında DEHB yaygınlığını değerlendiren araştırmalarda da bu hastaların en çok iritabilitenin egemen olduğu depresif yakınmalar ile başvurdukları ve en sık eş tanının distimik bozukluk ve MDB olduğu saptanmıştır (2,3,10).

Çocukluk çağıında konmuş DEHB tanısı daha çok erkeklerde saptansa da (11), yakın zamanda elde edilen veriler, erişkin dönemde kadınlarda DEHB tanısının daha önce düşünüldüğünden daha yüksek oranlarda olduğunu ortaya koymaktadır (12). DEHB tanısı alan kadınlarda erkeklere göre daha fazla emosyonel belirti, uyku bozukluğu, anksiyete belirtisi ve depresif belirti saptanmıştır (13). DEHB tanısı, MDB için belirgin bir risk etkenidir. Bu risk kadın cinsiyette daha belirgin olabilir. DEHB tanılı kız çocukların ergenlik ve erişkinlik dönemine kadar

izlendiği beş yıllık bir izlem çalışmasında, bu hastalarda MDB riskinin 2.5 kat arttığı gösterilmiştir (14). Başka izlem çalışmaları da DEHB'de, genç erişkinlik döneminde MDB ve anksiyete bozuklukları eş tanılarının, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda olduğunu bildirmektedir. DEHB tanısı alan kadınlarda anksiyete bozukluklarının oranı 25 yaşından sonra belirgin bir değişiklik göstermeme eğilimindeyken, duygudurum bozukluğu oranları 25-30 yaş aralığında artmaya devam etmektedir (15). Depresif yakınmalarla başvuran DEHB tanılı kadınlarda genellikle bu tanı düşünülmemekte, bu durum hastaların yalnızca MDB'ye yönelik tedavi almasına yol açmaktadır (12). Kessler ve arkadaşlarının toplum örnekleminde yaptıkları çalışmada, DEHB tanısı alan ve son 12 ay içinde psikiyatrik tedavi arayışında bulunan erişkinlerin yalnızca dörtte birinin DEHB için tedavi gördüğünü bildirmektedirler (8). DEHB tanısı erişkin yaşamda düşük akademik başarı, boşanma, işsizlik, sık iş değişikliği, düşük sosyoekonomik düzeyle bağlantılıdır (16-18). DEHB-MDB eş tanısı, psikososyal bozulmayı daha da şiddetlendirmektedir (14,19).

Ülkemiz yazınında, depresif yakınmalarla psikiyatri polikliniğine başvurusu bulunan erişkin kadın hastalarda DEHB yaygınlığını değerlendiren bir araştırmaya rastlanmamıştır. DEHB tanılı kadınlarda MDB riskinin daha belirgin olduğu, bu kadınlarda depresif belirtilerin tanınıp buna yönelik tedavi başlandığı, DEHB tanısının ise gözden kaçabileceği bildirilmektedir (12,14). DEHB eş tanısı MDB'nin şiddeti ve gidişini de etkileyebilmektedir (14). Bu bilgiler ışığında, bu çalışmada, bir eğitim hastanesinin psikiyatri polikliniğine tedavi için ilk kez başvuran, eş tanısı olmayan ve DSM-IV-TR ölçütleri ve Klinik Global İzlenime göre hafif-orta şiddette MDB tanısı konan, ayakta takip edilen erişkin kadın hastalarda DEHB belirtileri ve tanısının yaygınlığını ve DEHB belirtileri ile MDB ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Haziran 2008-Temmuz 2009 tarihleri arasında Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine ilk kez başvuran, DSM-IV-TR ölçütlerine

göre MDB tanısı alan, Klinik Global İzlenim (KGİ) ile depresif belirtilerin şiddeti hafif-orta olarak belirlenen, ayakta takip edilen, 18 yaş ve üstü 61 kadın hasta çalışmaya alınmıştır. Klinik görüşmeyle DSM-IV-TR ölçütlerine göre MDB'un yanı sıra ek tanıları olan hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Polikliniğe ilk kez başvuran, başvuru nedeni olan şu andaki (indeks) depresif epizot için hali hazırda tedavi almayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddeden hasta olmamıştır. Bilişsel işlevleri bozabilecek kafa travması, epilepsi gibi organik beyin hastalığı öyküsü olanlar çalışmaya alınmamış, en az ilkokul mezunu olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Hastaların onamı alındıktan sonra, sosyodemografik bilgileri ve geçmiş tedavi öyküleri sorgulanmış, hastalara ilk olarak Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. Hastalar rutin poliklinik kontrollerine çağrılmıştır. Hastalıklarının alevli dönemlerinde yapılacak değerlendirmelerin yanıtları etkilemesi olasılığına karşı (20), hastalar remisyona girdiklerinde (HAM-D puanı ≤ 7) Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) uygulanmış, kesme puanı üstünde olan hastalara Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği (E-DEHDÖ) ve DEHB için, sayılan DSM-IV ölçütlerine göre yarı yapılandırılmış görüşme uygulanmıştır. Erişkin DEHB tanıları DSM-IV'e göre; belirtilerin en azından bir kısmının 7 yaşından önce başlaması, DEHB belirtilerinin çocukluktan erişkinliğe kadar duygu durum dönemleri haricinde bulunması ve DEHB belirtilerinin işlevsellikte bozulmaya sebep olması gibi ölçütlerin varlığına dikkat edilerek değerlendirilmiştir. Hastaların kendileriyle görüşülerek tanı konulmuştur.

Ölçekler

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Williams tarafından geliştirilmiş (21), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (21) tarafından yapılmış, klinisyen tarafından uygulanan, depresyon düzeyini ve şiddet değişimini değerlendiren bir ölçektir.

Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ): Ward ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öncü ve

arkadaşları (20) tarafından yapılmış, çocukluk çağı DEHB belirtilerinin varlığını ve şiddetini sorgulayan, 5'li Likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek puanları 0-100 arasında değişmekte, kesme puanı Türkçe çevirisini yapan yazarlar tarafından 36 olarak önerilmektedir.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği (E-DEHDÖ): Turgay (23) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik, güvenilirliği Günay ve arkadaşları (24) tarafından yapılmış, 5'li Likert tipi, 30 soruluk bir ölçektir. Ölçek dikkat eksikliği bölümü, aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümü ve DEHB ile ilişkili olabilecek duygusal ve davranışsal belirtileri sorgulayan sorun bölümü olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin yüksek duyarlılığa ve özgüllüğe sahip, genel toplum ve klinik uygulamalarda erişkin DEHB'nin tanı, tedavi ve araştırmalarında kullanılabilir faydalı bir ölçek olduğu ortaya konmuştur.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Niceliksel veriler ortalama ve standart sapma olarak belirtilmiştir.

Sürekli değişkenler için iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında nonparametrik test, Mann-Whitney U testi; ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman bağıntı testi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık değeri, $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların çoğunluğu evli (%59, $n=36$) ve ev hanımıydı (%49.3, $n=30$). Hastaların medeni durumları değerlendirildiğinde, %32.5'inin ($n=20$) bekar, %5'inin ($n=3$) dul, %3.3'ünün ($n=2$) boşanmış olduğu görülmüştür. Ev hanımları dışındaki hastaların sadece %18'i ($n=11$) ücretli olarak çalışmaktayken, %14.7'si ($n=9$) öğrenci, %8.2'i ($n=5$) işsizdi. Yaş ortalaması 30.72 ± 6.73 (18-44), ortalama eğitim süresi 8.90 ± 3.75 (5-15) yıldır. Hastaların %59'unda ($n=36$) ilk epizot depresyon saptanmıştır (epizot sayısı için aralık, 1-4).

Tablo 1: WUDÖ kesme puanı üstünde alan ve almayan MDB tanısı almış kadın hastaların eğitim süresi ve hastalıkla ilişkili değişkenlere göre karşılaştırılması

	WUDÖ≥36 (n=19)	WUDÖ<36 (n=42)	Z	p
Eğitim süresi (yıl)	9.58±4.08	8.57±3.60	-1.07	0.28
Epizot sayısı	1.47±0.77	1.33±0.68	-0.71	0.47
Son epizot tedavi süresi (hafta)	6.86±2.90	6.30±2.29	-0.47	0.63
İlk HAM-D puanı	19.07±3.81	18.80±3.34	-0.15	0.87
WUDÖ puanı	50.16±13.24	16.48±9.21	-6.21	0.00

WUDÖ: Wender- Utah Derecelendirme Ölçeği, MDB: Major depresif bozukluğu, Z: Mann-Whitney U test

Tablo 2: E-DEHDÖ ile erişkin DEHB belirtileri olan ve olmayan, WUDÖ puanı 36 ve üstü olan hastaların eğitim süresi ve hastalıkla ilişkili değişkenlere göre karşılaştırılması

	WUDÖ≥36		Z	p
	E-DEHDÖ+ (n=4)	E-DEHDÖ- (n=15)		
Eğitim süresi (yıl)	11.75±4.27	9.00±3.98	-1.34	0.85
Epizot sayısı	1.75±0.95	1.40±0.73	-0.85	0.53
Son epizot tedavi süresi (hafta)	7.33±4.16	6.73±2.72	-0.16	0.88
İlk HAM-D puanı	21.33±5.50	18.45±3.29	-0.86	0.45
WUDÖ puanı	54.75±16.00	48.93±12.77	-0.50	0.61

E-DEHDÖ: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Değerlendirme Ölçeği, WUDÖ: Wender- Utah Derecelendirme Ölçeği, Z: Mann-Whitney U test

WUDÖ puanlarının araştırma grubunun %31.1'inde (n=19) 36 ve üstünde olduğu saptandı. Bu kişiler E-DEHDÖ ve DSM-IV ölçütlerine göre yapılandırılmış görüşme ile değerlendirildiklerinde, 4 kişi (%6.5) tanı ölçütlerini karşılamıştır. Üç hastada bileşik tip, bir hastada ise dikkat eksikliği önde gelen tip DEHB saptanmıştır. WUDÖ'den kesme puanının üstünde alanların ve diğer hastaların ortalama eğitim süresi, epizot sayısı, son epizodun tedavi süresi, başlangıç HAM-D puanları karşılaştırıldığında aralarında fark saptanmamıştır (Tablo 1). WUDÖ'den kesme puanının üstünde alan, ancak erişkin DEHB tanısı almayanlarla, E-DEHDÖ ve DSM-IV ölçütleri ile erişkin DEHB tanı ölçütlerini karşılayanların ortalama eğitim süresi, yaş, epizot sayısı, son tedavi için geçen süre, WUDÖ puanları ve ilk HAM-D puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür (Tablo 2).

WUDÖ'den kesme puanının üstünde alanlarda ortalama eğitim süresi, yaş, epizot sayısı, son tedavi için geçen süre, WUDÖ puanları ve ilk HAM-D puanları arasındaki korelasyona bakıldığında, anlamlı bir sonuç saptanmamıştır (p>0.05).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, bir eğitim hastanesinin psikiyatri polikliniğine tedavi için ilk kez başvuran, eş tanısı olmayan ve DSM-IV-TR ölçütlerine göre MDB tanısı konan erişkin kadın hastalarda DEHB semptomları ve tanısının yaygınlığı ile semptomlarla ilişkili faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızda, MDB'li kadınlarda WUDÖ ile saptanan çocukluk çağı DEHB belirtileri oranı %31.1, DSM-IV ölçütleri ve E-DEHDÖ ile tanı ölçütlerini karşılayan erişkin DEHB oranı ise %6.5 olarak saptanmıştır. Duran (2), erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda WUDÖ ile saptanan çocukluk çağı DEHB oranını %30.5 olarak bildirmektedir. Tamam ve arkadaşları (25), bipolar hastalarla yaptıkları çalışmada çocukluk çağı DEHB oranını %27, erişkin DEHB oranını %16 olarak bildirmektedirler. Yurt dışında, MDB tanısı alan erişkin hastalarda yapılan başka bir çalışmada, hastaların %16'sının tam ya da eşik altı çocukluk çağı DEHB ölçütlerini karşıladığı, hastaların %12'sinde DEHB belirtilerinin halen devam ettiği bulunmuştur

(26). Dolayısıyla, sonuçlarımızın ülkemizde erişkin psikiyatri hastaları için bildirilen oranlarla uyumlu olduğu söylenebilir. Her ne kadar örneklemimiz küçük olsa da, sonuçlarımız MDB'li kadınlarda DEHB tanısının akılda tutulması gerektiğini düşündürmektedir. Çocukluk çağındaki DEHB'de aşırı hareketlilik, yıkıcı davranışlar erkek çocuklarında daha belirgin olduğundan, bu çocuklar daha kolay fark edilerek, ebeveynler ya da öğretmenler tarafından tedaviye yönlendirilmekte, bu durum da pediatrik klinik örneklemede erkek yaygınlığının yaklaşık on kat fazla olmasıyla sonuçlanmaktadır (27,28). Erişkin çağda kadınların kendilerine yardım arayışının artmasıyla bu durum değişmekte, erişkin klinik örneklemede cinsiyet dağılımı daha dengeli hale gelmektedir (28).

DEHB-MDB birlikteliğini açıklamaya yönelik çalışmalar, bu iki hastalık arasında ailesel bağlantı olduğunu iddia etmektedir. Evlat edinme çalışmaları ve yüksek riskli ailelerden elde edilen veriler sonucunda, DEHB ve MDB'nin ortak bir etiyolojinin (genotip) farklı ifadeleri (fenotipler) olabileceği öne sürülmüştür (29). Psikososyal çalışmalar, annedeki depresyon, ebeveynler arası çatışma, ebeveynin davranış yönetimi, kontrol odağı gibi etkenlerin DEHB-MDB birlikteliği için risk faktörleri olabileceğini düşündürmektedir (30,31).

DEHB ve MDB arasındaki ailesel bağlantıda cinsiyetin etkisinin olduğu belirtilmektedir. DEHB tanısı alan erkeklerin aile üyelerinin DEHB ve MDB'nin ailesel risk etkenlerini paylaştığı, ancak ailesel olmayan risk etkenlerinin DEHB ve MDB'nin başlangıcında aracılık ettiği öne sürülmektedir. DEHB tanısı alan kadınların ailelerinde DEHB ve MDB eş tanısının, DEHB'nin etiyolojik olarak farklı bir ailesel alt tipi olduğu düşünülmektedir (32). Sosyokültürel ve genetik etkenlerin göz önüne alındığı yeni izlem çalışmaları, bu alanda yeni bilgiler sunabilir.

Araştırma örnekleminizde, erişkinlikte DEHB tanısını karşılayanların en çok bileşik tip DEHB alt tipinde olduğu saptanmıştır. Klinik örneklemede bileşik tip DEHB yaygınlığının daha sık olduğu bildirilmektedir

(33). Ülkemizde erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yürütülmüş olan araştırmaların birinde dikkat eksikliğinin baskın olduğu, diğerinde ise bileşik tip DEHB tanısının yaygın olduğu saptanmıştır (2,3). Eldeki veriler değerlendirildiğinde, erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ve bu hastaların aldıkları tanı tiplerine göre DEHB alt tiplerinin farklılık gösterip göstermediği konusunda bilgilerimizin yetersiz olduğu ve yapılacak ek araştırmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

DEHB eş tanısının MDB üzerine etkileri ortaya konmuştur. Biederman ve arkadaşları (14), DEHB'li kadınlarda MDB'nin daha erken başladığını, daha uzun sürdüğünü, daha şiddetli olduğunu, özkiyim girişimleri ve hastaneye yatışla bağlantılı olduğunu bildirmektedir. Çalışmamızda bu tür bir fark saptanamamış olması, örneklem grubunun ayakta takip edilen hafif-orta şiddette MDB hastalarından oluşmasıyla ilişkili olabilir. Örneklemin küçük oluşu da bu durumda etkili olmuş olabilir.

Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı, kesitsel olması, depresif epizodu hafif-orta şiddette olan hastalara odaklanılması, eş tanıların yapılandırılmış görüşmelerle dışlanmaması, çocukluk çağı ve erişkin DEHB tanıları için hastaların aileleri, yakınları ve işverenlerinden bilgi alınmaması olarak sayılabilir. Verilerimiz ayakta takip edilen ve MDB tanısını karşılayan kadın hastaların değerlendirilmesine dayandığından, daha şiddetli yakınmaları veya eş tanıları olan, yatırılarak tedavi edilen kadın hastalara genelleme yapmak mümkün değildir. Bu noktaları ele alacak yeni çalışmalar, MDB-DEHB birlikteliğine yönelik farklı bilgiler ortaya koyabilir.

Bütün kısıtlılıklarına rağmen verilerimiz, depresif yakınmalarla erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-IV-TR ölçütlerine göre MDB tanısı alan kadınlarda DEHB tanısının nadir olmadığını düşündürmektedir. Bu hastalarda MDB-DEHB birlikteliğinin tanınması, farklı tedavi yaklaşımları gerektiren bu iki hastalığı olan hastaların daha uygun bir terapötik yaklaşımla ele alınmasını kolaylaştıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Faraone SV, Biderman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36:159-65.
2. Duran Ş. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve eş tanı durumları. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.
3. Özdemiroğlu F. Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğuna eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul, 2006.
4. Yapıcıoğlu B, Kavaklı Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:177-184.
5. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment. New York: Guilford Press, 2006.
6. Goldstein S, Teeter Ellison A. Clinicians' Guide To Adult ADHD: Assessment And Intervention. New York: Academic Press, 2002.
7. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004; 55:692-700.
8. Kessler RC, Adler R, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716-723.
9. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1621-1627.
10. Sevinç E, Şengül C, Çakaloz B, Herken H. Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eştanı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47:139-143.
11. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1036-1045.
12. Quinn PO. Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10:419-423.
13. Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone SV, Adler LA, West SA. Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:213-221.
14. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, Cote M, Faraone SV. New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:426-434.
15. Biederman J, Petty CR, Monuteaux MC, Fried R, Byrne D, Mirto T, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *Am J Psychiatry* 2010; 167:409-417.
16. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Alvardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:524-540.
17. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007; 32:631-642.
18. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Philipsen A, Schmalzried H, Hesslinger B, Waschkowski H, Rietschel M. Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry* 2008; 23:142-149.
19. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "True" depression or demoralization? *J Affect Disord* 1998; 47:113-122.
20. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:252-259.
21. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 45:742-747.
22. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İçcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4:251-259.
23. Turgay A. Turgay. (1995) Adult Hyperactivity Assessment Scale based on DSM IV (unpublished scale). Integrative Therapy Institute Toronto, Canada.

24. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlilik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8:98-107.
25. Tamam L, Karakuş G, Özpoyraz N. Comorbidity of adult attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258:385-393.
26. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res* 1996; 62:213-219.
27. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Wilens TE, Spencer T, Frazier E, Johnson MA. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatry clinic. *Am J Psychiatry* 2002; 59:36-42.
28. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 194:204-211.
29. Marks DJ, Newcorn JH, Halperin JM. Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann NY Acad Sci* 2001; 931:216-238.
30. Faraone SV, Biederman J. Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:533-541.
31. Ostrander R, Herman KC. Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:89-98.
32. Mick E, Biederman J, Santangelo S, Wypij D. The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191:699-705.
33. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2009; 70:1557-1562.