

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşım

Primary Care Approach to Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Uzm. Dr. Demet Güleç ÖYEKÇİN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikiyatri

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı

Özet

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaşam boyu sürdüğü anlaşılan önemli bir nöropsikiyatrik bozukluktur. Hastalık yaygınlığı %2-4 arasında tahmin edilmektedir. DEHB olan yetişkinlerin en az 1/3'ünün DEHB olan çocuğu ve DEHB olan çocukların 1/3'ünün DEHB olan anne ya da babalarının olduğu gösterilmiştir. DSM-IV-TR ve ICD-10'a ek olarak Utah ölçütleri tanısal amaçlı kullanılmaktadır. Doğru tanı için ayrıntılı anamnez, detaylı ruhsal durum muayenesi ve dikkatli ayırıcı tanı yapmak gerekmektedir. Temel klinik belirtiler dikkat alanında sorunlar ve kendini kontrol etme ile ilişkili bozuklukları içermektedir. Erişkinler işlerinde sorunlar, ebeveyn rollerini sürdürmede güçlükler, aile veya arkadaş ilişkilerinde bozulmalar yaşarlar. Hastalarda sigara içme, madde kötüye kullanımı ve motorlu araç kazaları gibi riskli sağlık davranışlarına sık rastlanmaktadır. DEHB olan erişkinlerde psikiyatrik eş tanı oranları hayli yüksektir. DEHB'de stimülan tedavi temel tedavi şeklidir. Aile hekimleri, erken ve etkin tanı

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a major neuropsychiatric disorder that is understood to last lifelong. Prevalence is predicted to be around 2-4%. At least one third of adult ADHD patients were shown to have child with ADHD and one third of children with ADHD have parents who were ADHD patients. DSM-IV-TR and ICD-10 as well as Utah criterion are used for diagnostic purposes. Detailed history taking, comprehensive mental state examination and careful differential diagnosis are essential for correct diagnosis. The main clinical signs include problems of attention and self control. Adults experience occupational and parental difficulties and deteriorations in family or friend affairs. High risk health behaviors like smoking, drug abuse and motor vehicle accidents are common among patients. Psychiatric comorbidity is also high. Main treatment option is stimulant therapy. Family physicians could make a difference by early and efficient diagnosis, timely orientation to psychiatric treatment and

koyarak, doğru zamanda psikiyatrik tedaviye yönlendirilerek, hastalık riskleri ve yaşamın çeşitli alanlarına olan olumsuz etkileri konusunda danışmanlık vererek fark yaratabilirler.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, erişkin, aile hekimliği, birinci basamak sağlık bakımı.

counseling on risks and negative effects of the disease on various fields of the life.

Key words: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, adult, family practice, primary health care.

Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında gözlenen, davranış kontrolünde gecikmenin olduğu, klinik ve psikososyal alanda bozulmanın eşlik ettiği, son dönemde yapılan araştırmalarda yaşam boyu sürdüğü anlaşılan önemli bir nöropsikiyatrik bozukluktur.¹ Uzun süreli izlem çalışmalarında çocukluk çağında dikkat eksikliği belirtileri olan olguların %50'sinde erişkin dönemde de belirtilerinin devam ettiği saptanmıştır.² DEHB belirtileri zamanla azalmaktadır ve erişkinde değerlendirme yapmak güç olabilir. Bu bozukluk sıklıkla diğer psikopatolojilerle karışabilmektedir ya da onlarla birlikte görülmektedir. Yetişkin DEHB olguları ile yapılan beyin görüntüleme, farmakoloji, nörokognitif ve genetik çalışmalar çocukluk çağında görülen DEHB olgularında olan bulguları tekrarlamıştır.³

Yetişkin DEHB'li kişiler aile hekimlerine sıklıkla konsantrasyon güçlüğü ve dikkatsizlik yakınmaları ile başvurmaktadır.⁴ Bu hastalara öncesinde DEHB teşhisi konmamış ise ilk değerlendirmede bu tanıyı koyabilmek için hastanın ayrıntılı anamnezinin alınması, temel yakınmalarının ayrıntılı olarak sorgulanması, hasta yakınlarından ve kendisinden özgeçmişinin öğrenilmesi, detaylı bir ruhsal durum muayenesinde elde edilmiş tüm bilgilerin uygun biçimde bütünleştirilmesi gerekmektedir.

Bu gözden geçirme yazısında yetişkin DEHB hastalığının epidemiyolojik özellikleri, etiyojisi, klinik özellikleri, tanısal değerlendirmesi, ayırıcı tanı ve tedavisi hakkında temel bilgilerin sunulması amaçlanmıştır. Yetişkin DEHB hakkındaki çok sayıda kanıtın ışığında bu bozukluğun birinci basamak sağlık hekimlerince tanınmasının artması ve uygun tedavi düzenlenmesinin, hastalığa bağlı maliyetlerin ve hastalığın yarattığı yeti yitimini azaltacak olumlu katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Epidemiyoloji

Toplumda yaygınlığı 2003-2007 yılları arasında %7.8'den %9.5'e çıktığı belirlenen çocukluk çağının en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluklarından biri olan DEHB'nin⁵ yetişkinlerde uygun bir şekilde örneklenmesi zordur çünkü diğer bozukluklarla sıklıkla

karışır. Ancak son dönemlerde yapılan çalışmalarda hastalığın yaygınlığı %2-4 arasında tahmin edilmektedir.⁶

Etiyoloji

DEHB temel olarak genetik bir bozukluktur. Araştırmalar DEHB'nin çoklu genlerle ilişkili karmaşık bir davranışsal fenotipi olduğunu düşündürmektedir. Ancak son dönemde yapılan araştırmalarda genetik yatkınlığın orta derecede olduğu, DEHB'nin ortaya çıkmasında çevresel ve genetik faktörlerin etkileşiminin daha önemli olduğu gösterilmiştir.⁷ DEHB olan yetişkinlerin en az 1/3'ünün DEHB olan çocuğu ve DEHB olan çocukların 1/3'ünün DEHB olan anne ya da babalarının olduğu gösterilmiştir.³ Bu durumda aile hekimlerinin DEHB tanılı çocukları izlerken ebeveynlerinde olası erişkin DEHB varlığını akılda tutmaları, erişkin DEHB tanılı bireylerin çocuklarında hastalık varlığını taramaları önemlidir.

DEHB hastaları ile yapılan birçok işlevsel görüntüleme çalışmasında beyinde, striatal yapıların önemli olduğu gösterilmiştir. Prefrontal korteks glikoz kullanımında azalma ve striatal bölgelerde artmış dopamin taşıyıcısı (DAT) bağlanma yoğunluğu olduğu görülmüştür.⁸ Hastalığın tedavisinde sıklıkla kullanılan "metilfenidat"ın, striatumda DAT'ı bloke ederek klinik etkisini gerçekleştirdiği düşünülmektedir.⁹

DEHB etiyojisi ile ilişkili olduğu bulunan bazı çevresel risk etmenleri sırasıyla annenin gebelikte nikotin ve alkol kullanımı, 32 haftadan önce gerçekleşen doğum, serum kurşun seviyesinde artış, gebelikte toksinlere (özellikle civa) maruz kalma olarak belirtilmektedir.¹⁰ Bu bağlamda gebe izlemlerinde bu risk etmenlerini hatırlamak ve özellikle riskli popülasyonda (ailede DEHB varlığı gibi) hastaları tanımlanan çevresel etmenlerden korunma hakkında bilgilendirmek, birincil basamak sağlık bakımında önemli noktalardandır.

Çocukların %30-50'sinde DEHB remisyona giriyor gibi gözükse de DEHB yetişkinlikte devam etmektedir ancak bulguların sürmesine neden olan faktörler henüz tam olarak belli değildir. Çalışmalarda anne-babanın suça karışması, anne-babada mental retardasyon varlığı, ekonomik sorunlar, koruyucu

ailede yaşama ve çocuk kötüye kullanımı yetişkin DEHB'nin gidişini olumsuz etkileyen risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır. Yüksek zeka, ev ve okulda tutarlı yapı ise olumsuz gidişin riskini azaltıyor gibi görünmektedir.³

Tanı

DEHB tanısı DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre konmaktadır.¹¹ (Tablo 1) ICD-10'da (International Statistical Classification of Diseases - Hastalıkla-

rın Uluslararası Sınıflaması)¹² bu hastalık çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında ele alınmaktadır. ICD-10'da "Hiperkinetik bozukluk" olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir. ICD-10'da ek olarak sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir.¹² DSM-IV-TR erişkin tanısına izin vermektedir ancak yine de olguların çoğunda belirtilerin

Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre DEHB Tanı Ölçütleri¹¹

A. Aşağıdaki dikkatsizlik ya da hiperaktivite/dürtüsellik ölçütlerinin en az 6'sı veya daha fazlasının gelişim düzeyine göre uyumsuz bir şekilde en az 6 ay sürmesi gerekir.

Dikkatsizlik

- Sıklıkla detaylara dikkat etmekte güçlük çeker veya okul ödevi, iş veya diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar
- Verilen görevlerde veya oyun etkinliklerinde sıklıkla dikkatini sağlamada güçlük çeker
- Çoğu zaman yönergelere uyamaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini bitiremez (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değil).
- Kendisiyle doğrudan konuşulduğunda sıklıkla dinlemiyormuş gibi gözükür.
- Çoğu zaman, üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.
- Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır.

Hiperaktivite/dürtüsellik

- Çoğu zaman hareket halindedir ya da içinde kurulu bir motor varmış gibi davranır.
- Çoğu zaman sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- Sıklıkla uygunsuz olan durumlarda aşırı koşuşturur durur ya da tırmanır (bu durum ergenlerde ya da erişkinlerde özel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- Sıklıkla aşırı konuşur.
- Sıklıkla elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce yanıtını vermeye çalışır.
- Sıklıkla başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.
- Sıklıkla sırasını beklemekte güçlük çeker.

B. İşlevsellikte bozulmaya neden olan bazı dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 7 yaşından önce olması gereklidir.

C. Belirtilerin yol açtığı işlevsellik kaybı 2 veya daha fazla alanda gözlenmelidir (örn; evde ve okulda).

D. Sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte klinik olarak belirgin bozulma olmalıdır.

E. Belirtiler yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni, diğer psikotik bozukluklar esnasında ortaya çıkmamalıdır veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır (örn; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dissosiatif veya kişilik bozuklukları).

Tablo 2. Wender tarafından geliştirilen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçütleri³

- I. Geriye dönük Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı
- A. Dar ölçüt: Anne baba görüşmesinde DSM-IV tanı ölçütlerinin karşılanması*
- B. Geniş ölçüt: Hasta tarafından hem (1) hem de (2)'nin ve (3)-(6) arası en az bir ölçütün belirtilmesi**
1. Çocukluk hiperaktivitesi
 2. Çocukluk dikkat eksikliği
 3. Okulda davranış sorunları
 4. Dürtüsellik
 5. Aşırı uyarılmışlık
 6. Duygudurumda ani değişkenlikler
- II. Erişkin Özellikleri: Halen devam eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite güçlüklerini içeren ek 5 belirti
- A. Dikkatsizlik
 - B. Hiperaktivite
 - C. Duygudurum labilesi
 - D. İrritabilite ve sinirlilik
 - E. Düşük engellenme eşiği
 - F. Organize olamama
 - G. Dürtüsellik
- III. Dışlama ölçütü: Ağır depresyon, psikoz ya da ciddi kişilik bozukluğunda tanı konmaz

*Anne baba bildirim için 10 maddelik Anne Babanın Çocukluk Davranış Ölçeğinin yardımından yararlanılır.

**Hastanın çocukluk belirtilerine ilişkin geriye dönük bildirim Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ile desteklenir.

ergenlik ve genç erişkinlikte kaybolacağı belirtilmiştir. Bu ölçütler erişkinlikte süren ve işlevselliği bozan hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin yanı sıra, bazı ek belirtilerin de varlığını gerektirmektedir.¹¹ Ek olarak Wender Utah tarafından önerilen Utah ölçütleri ve bu ölçütlerin uyarlamaları tanısalla amaçlı kullanılmaktadır. (Tablo 2)¹³ Wender'in geliştirdiği Utah Ölçütleri, hasta ve hastanın çocukluk dönemi hakkında bilgisi olan diğer bir kişi ile görüşülerek geriye dönük bir tanı konmasını gerektirir.³ Bu ölçütler klinikte ve araştırmada sık olarak kullanılsa da güncel tanı sistemlerinden uzaklaşmalar, tanı için hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivitenin varlığını gerektirmeleri, diğer ciddi psikopatolojilerin varlığında tanı konmaması, aşırı kısıtlayıcı olmaları gibi nedenlerle eleştirilmiştir.¹⁴

Yetişkin DEHB tanısını koyabilmek sadece belirtilmiş ölçütleri sorgulamanın ötesinde; ayrıntılı anamnez almayı, hastanın bildirmiş olduğu temel yakınmalarla detaylı ruhsal durum muayenesini uygun biçimde bütünleştirmeyi ve dikkatli ayrıntı tanı yapmayı gerektirmektedir.

Klinik belirtiler

Erişkindeki temel klinik belirtiler; dikkat alanında sorunlar ve kendini kontrol etme ile ilişkili bozuklukları içermektedir. Dikkat süresinin kısalığı hastalığın en önemli belirtisidir. Bu kişiler daha az önemli işleri yaparken dikkatlerinin dağıldığını ve yapmaları gereken önemli işleri ise bir türlü tamamlamadıklarını ifade ederler. Birçok işi aynı anda yapmaları gerektiğinde hangi işi öncelikli yapmaları gerektiğine karar veremezler, karar verebildikleri durumda ise işi sürdürebilmeleri zordur.¹⁵

Çocukluk çağında dikkat, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik yaşayan bu kişiler erişkinlik döneminde işlerinde sorunlar, dürtüsellik, dikkatsizlik gibi var olan bulgular nedeniyle ebeveyn rollerini sürdürmede güçlükler, aile veya arkadaş ilişkilerinde bozulmalar yaşarlar.¹⁶ Bu hastalarda sigara içme, madde kötüye kullanımı ve motorlu araç kazaları gibi riskli sağlık davranışlarına sıklıkla rastlanmaktadır.¹⁵ Bu hastalarda motorlu araç kazalarının mortalitenin önde gelen nedenlerinden olduğu bilinmektedir.¹⁷

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına tanımladığımız bulgularla birçok genç ve yetişkin bireyin başvurduğu bilinmektedir. Bu hastaların daha ilk başvurularında tanınması ve erken dönemde tedaviye yönlendirilmesi hem mortalite ve morbiditenin önlenmesi, hem de yaşam kalitesinin artması açısından önemli yarar sağlayacaktır.

Tanısal Araştırma

Yetişkin DEHB tanısı için birçok nöropsikolojik testler, bilgisayarlı dikkat testleri ya da beyin görüntüleme çalışmaları hazırlanmıştır ancak bu testlerin kullanımını destekleyen yeterli kanıt bulunmamaktadır. Yetişkin DEHB tanılı hastalarda halen geçerli bir laboratuvar testi bulunmamaktadır.³ Ancak hastalığın taramasında kullanılabilir çeşitli ölçekler vardır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün **Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)** (Tablo 3) birçok dile çevrilmiş uluslararası epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmış bir tarama aracıdır. ASRS'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır.¹⁸ ASRS, DSM-IV'e dayalı 18 belirtiyi değerlendiren sorular içerir. Ölçeğin "dikkat eksikliği" ve "hiperaktivite/dürtüsellik" olmak üzere, her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Yanıtlar artan sıklıkla eşleşecek şekilde 0-4 arasında puanlanmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların "yüksek olasılıkla DEHB" olduğu, 0-16 puan alanların DEHB olmadığı bildirilmiştir.

Tablo.3 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)¹⁸

Lütfen kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Her soruda son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda aşağıdakilerden hangisinin sizi en iyi tanımladığını seçiniz.

Asla (0) Nadiren (1) Bazen (2) Sık (3) Çok sık (4)

A BÖLÜMÜ

1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?

B BÖLÜMÜ

7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları ne sıklıkla araya girip engellersiniz?

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği 1995 yılında Atilla Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek beşli Likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır.

1. Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM IV'deki Dikkat Eksikliği belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.

2. Bölüm: Aşırı Hareketlilik / Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV'deki aşırı hareketlilik belirtilerini içeren toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir. Yüksek puanlar daha büyük psikopatolojiyi göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliğine gösterilmiş olan¹⁹ ölçek klinik araştırmalarda kullanılmasının ötesinde hem tanı hem tarama amacıyla uygulanmaktadır.

Eş tanı

DEHB olan erişkinler kontrollerle karşılaştırıldığında belirgin olarak daha fazla eşlik eden psikopatoloji ve uyum işlevlerinde azalma yaşarlar. DEHB eş tanı oranları hayli yüksektir ve çeşitli çalışmalarda bu oran %65-89 olarak tanımlanmıştır.²⁰ Eş tanı durumları hakkındaki veriler DEHB'de çocukların uzun süre izlendiği çalışmalardan ve erişkin DEHB tanısı konanların geriye dönük değerlendirmesinden gelir. Çocuklarda daha çok davranış bozuklukları görülürken gençlerde anksiyete bozukluğu ve erişkinlerde hem anksiyete hem duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları önem kazanmaktadır.²¹ Hastalığı tedavi ederken var olan eş tanıların saptanması ve eşlik eden bozuklukların da beraberinde tedavi edilmesi önemlidir.

Tedavi

DEHB'nin ilaç tedavisinde psikostimülanlar ilk seçenek ilaçlardır. Uyarıcı olmayan ilaçlar arasında

DEHB tedavisinde kullanımı onaylanmış tek ilaç ise atomoksetindir. Uyarıcı ilaçlardan trisiklik antidepressanlar, alfa-adrenerjik agonistler, diğer antidepressanlar (bupropion, MAO inhibitörleri) ve antipsikotikler DEHB tedavisinde kullanılan diğer ilaçlardır.²²

DEHB'de stimülan tedavi halen temel tedavi olmaya devam etmektedir. Bu DEHB'nin temel semptomlarını tedavide etkinliğini gösteren uzun seyirli çalışmalara dayanmaktadır. Kısa ve uzun etkili formları olan metilfenidat kullanımı kırmızı reçete ile kontrol edilmektedir. Kısa etkili metilfenidat (Ritalin® 10 mg) günde 3-4 kez uygulanmaktadır. Uzun etkili metilfenidat (Conserta® 18, 27, 36, 54 mg) 10-12 saat süren yarılanma ömrü ile günde tek doz kullanılmaktadır. Atomoksetine (Strattera® 10, 18, 25, 40, 60 mg) uyarıcı olmayan grupta olup günde tek doz kullanılan bir ilaçtır.²³

Uyarıcıların DEHB tedavisinde etkinliği kanıtlanmıştır ancak yaşamın ilerleyen dönemlerinde uyarıcı kullanımı ile madde kötüye kullanımının gelişebileceği kaygısı oluşmaktadır. Madde kötüye kullanımı riski taşıyan kişilerde uyarıcı tedavi ile kötüye kullanım gelişebileceği gibi, bazı çalışmalar ise uyarıcı tedavinin madde kötüye kullanımını gelişme riskine karşı koruyucu etkisi olduğunu göstermektedir.²⁴

Özetle, DEHB çocukluk çağıında başlayan ancak son dönemde yapılan çalışmalarda erişkin dönemde farklı klinik bulgularla sürdüğü gösterilmiş olan, sıklıkla çeşitli psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülebilen, tanınmasının zaman zaman güç olabilen ancak erken ve doğru tedavi ile morbidite hatta mortalite üzerine olumlu etkiler elde edilebilen olan bir nöropsikiyatrik sorundur. Bu hastalık ile ilgili yeterli bilgiye sahip aile hekimleri, hastaları uygun biçimde ele alıp doğru zamanda psikiyatrik tedaviye yönlendirerek, hastaların yaşam boyu izlemine yapıp hastalık riskleri, yaşamın çeşitli alanlarına olan olumsuz etkileri konusunda danışmanlık vererek fark yaratabilirler.

Kaynaklar

1. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 67.
2. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, et al. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009; 65(1): 46-54.
3. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. "Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry" içinde. (Çev. Öner Ö, Aysev A.). (eds) Sadok BJ, Sadok VA. 8. baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007; 3183-3205.
4. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family Medicine. *Am Fam Physician* 2000; 62(9): 2077-2086.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children-United States, 2003 and 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59(44): 1439-1443.
6. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111(1): 179-185.
7. Haberstick BC, Timberlake D, Hopfer CJ, Lessem JM, Ehringer MA, Hewitt JK. Genetic and environmental contributions to retrospectively reported DSM-IV childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Med* 2008; 38(7): 1057-1066.
8. Krause J, Dresel SH, Krause KH, La Fougère C, Zill P, Ackenheil M. Striatal dopamine transporter availability and DAT-1 gene in adults with ADHD: No higher DAT availability in patients with homozygosity for the 10-repeat allele. *World J Biol Psychiatry* 2006; 7(3): 152-157.
9. Szobot CM, Shih MC, Schaefer T, Júnior N, Hoexter MQ, Fu YK, et al. Methylphenidate DAT binding in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder comorbid with Substance Use Disorder-a single photon emission computed tomography with [Tc(99m)]TRODAT-1 study. *Neuroimage*. 2008; 40(3): 1195-1201.
10. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* 2007; 96(9): 1269-1274.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği "DSM-IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı". (Çev. Köroğlu E.). 4. baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994.
12. World Health Organization. The international classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic research criteria (10th rev.). Geneva, World Health Organization, 1993.
13. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(4): 252-259.
14. Tufan AE, Yaluğ İ. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11: 351-359.
15. Tuğlu C, Öztürk Şahin Ö. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2(1): 75-116.
16. Young JL. Individualizing Treatment for Adult ADHD: An Evidence-Based Guideline CME. *Medscape Education Psychiatry & Mental Health*. Accessed from <http://www.medscape.org/viewarticle/734449> on 24/01/2011.
17. Malta LS, Blanchard EB, Freidenberg BM. Psychiatric and behavioral problems in aggressive drivers. *Behav Res Ther* 2005; 43(11): 1467-1484.
18. Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu GV, Küçüköncü S. Erişkin Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009; 10(2): 77-87.
19. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8: 98-107.
20. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256 Suppl 1: i26-31.
21. Sevinç E, Şengül C, Çakaloz H, Herken H. Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eştanı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 139-143.
22. Öç ÖY. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tedavisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10 (Ek 1): 16.
23. Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *J Clin Psychiatry* 2010; 71(6): 754-763.
24. Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(10): 1301-1313.