

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Psikiyatrik Eştanılar: Bir Klinik Örneklemde Cinsiyete Dayalı İçselleştirme ve Dışsallaştırma Bozuklukları Örüntüleri

Psychiatric Comorbidities in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Sex-Based Patterns of Internalizing and Externalizing Disorders in a Clinical Sample

 Pınar Kızılay Çankaya¹

¹Gazi Üniversitesi, Ankara

ÖZ

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erişkinlerin %2,5'ini etkilemekte olup, yüksek eştanı oranları (%70–80) ve cinsiyete özgü örüntüler göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, DEHB tanılı erişkin hastalarda psikiyatrik eştanıların yaygınlığını cinsiyetler arasındaki içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları örüntülerine odaklanarak incelemektir. **Yöntem:** Bu kesitsel gözlemsel çalışmada, Nisan 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında Kuru Ankara Hastanesi'ne başvuran hastalardan DEHB tanısı almış 70 erişkin hastanın verileri (18–60 yaş arası) incelenmiştir. Psikiyatrik eştanılar geriye dönük olarak elektronik hasta dosyalarından taranmıştır. Eştanılar dışsallaştırma (alkol/madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve kişilik bozuklukları) veya içselleştirme (anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, yeme bozuklukları ve obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar) olarak sınıflandırılarak cinsiyetler arasındaki eştanı örüntüleri karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** Hastaların %71,4'ünde en az bir psikiyatrik eştanı vardı (kadınlarda %69, erkeklerde %75). En yaygın eştanılar anksiyete bozuklukları (%34,3) ve major depresif bozukluk (%15,4), bipolar bozukluk (%2,9) ve distimi (%1,4) dahil olmak üzere duygudurum bozuklukları (%20) idi. Erkeklerde alkol/madde kullanım bozuklukları ve dışsallaştırma bozuklukları daha yüksek oranda görülürken, içselleştirme bozuklukları oranları cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık göstermedi. İçselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarının birlikte görüldüğü hastalar ise ağırlıklı olarak erkeklerden oluşmaktaydı. **Sonuç:** Erişkinlerde DEHB sıklıkla psikiyatrik eştanılarla birlikte görülmektedir. Çalışmamızda içselleştirme bozukluklarında cinsiyet farkı görülmezken, dışsallaştırma bozuklukları erkeklerde anlamlı düzeyde daha sık saptanmıştır. Bu bulgular, klinik uygulamada cinsiyete özgü eştanı taramalarının önemini ortaya koymaktadır. Gelecekteki çalışmaların, gelişimsel süreçleri daha iyi anlamak ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerini desteklemek amacıyla daha büyük örneklemle, çok merkezli ve uzunlamasına tasarımlarla yürütülmesi önerilmektedir. **Anahtar sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eştanı, içselleştirme bozuklukları, dışsallaştırma bozuklukları, cinsiyet farklılıkları

ABSTRACT

Objective: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) affects 2.5% of adults, with high comorbidity rates (70–80%) and sex-based patterns. This study aimed to examine the prevalence of psychiatric comorbidities in adult patients with ADHD, with a focus on internalizing and externalizing disorders across sexes. **Method:** This cross-sectional observational study examined data from 70 adult patients (aged 18–60 years) diagnosed with ADHD who sought treatment at Kuru Ankara Hospital between April 2022 and September 2023. Psychiatric comorbidities were retrospectively identified from electronic patient records. Comorbidities were categorized as externalizing (alcohol/substance use disorders, impulse control disorders, and personality disorders) or internalizing (anxiety disorders, depressive disorders, eating disorders, and obsessive-compulsive and related disorders), and comorbidity patterns between sexes were compared. **Results:** At least one psychiatric comorbidity was found in 71.4% of the patients (69% female, 75% male). The most common comorbidities were anxiety (34.3%) and mood disorders (20%), including major depressive disorder (15.4%), bipolar disorder (2.9%), and dysthymia (1.4%). Men had significantly higher rates of alcohol/substance use disorders and externalizing disorders, whereas internalizing disorders were not significantly different between the sexes. Patients with both internalizing and externalizing disorders were predominantly male. **Conclusion:** Psychiatric comorbidities are prevalent in adults with ADHD. While internalizing disorders showed no sex differences, externalizing disorders were significantly more common in men, highlighting the need for sex-specific comorbidity screening in clinical practice. Future studies should use larger, longitudinal, and multicenter designs to better understand developmental pathways and support personalized treatment strategies. **Keywords:** Attention deficit disorder with hyperactivity, comorbidity, internalizing disorders, externalizing disorders, sex differences

Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan ve bilişsel, davranışsal ve sosyal işlevselliği etkileyebilen nörogelişimsel bir bozuktur (Faraone ve ark. 2024). Bu bozukluk, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) tanımlandığı şekliyle dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri ile karakterizedir. DEHB çocuklukla sınırlı olmayıp belirtilerinin önemli bir kısmı erişkinlikte de devam eder (APA 2013). Epidemiyolojik çalışmalar, erişkin popülasyonda DEHB yaygınlığının yaklaşık %2,5 ile %4,4 arasında değiştiğini göstermiştir (Kessler ve ark. 2006, Fayyad ve ark. 2017).

Erişkinlikte DEHB'nin klinik görünümü çocukluk dönemine göre daha heterojendir (NICE 2018, Faraone ve ark. 2021). Hiperaktivite ve dışa dönük davranışlar yaşla birlikte azalırken, farklı belirtiler ön plana çıkar. Bunlar arasında dikkat dağınıklığı, içsel huzursuzluk, dürtü kontrolünde zorluk, zaman yönetimi sorunları ve duygu düzenleme güçlüğü yer almaktadır (Chang ve ark. 2013, Michelini ve ark. 2016, Hinshaw ve ark. 2022). Belirtilerdeki bu değişim, erişkin DEHB hastalarının tanınmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum genellikle altta yatan bozukluğun diğer psikiyatrik tanılarla karıştırılmasına yol açmaktadır (Katzman ve ark. 2017).

Erişkin DEHB hastalarının yalnızca %10'u tanı alırken çok daha azı tedaviye ulaşmaktadır (Larsson ve ark. 2011). Tanı ve tedavideki bu güçlüklerin temel nedenlerinden biri, DEHB'nin sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmesidir. Çalışmalar, DEHB tanılı erişkin bireylerin %70-80'inin yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik eştanıya sahip olduğunu bildirmektedir (Faraone ve ark. 2015, Ohnishi ve ark. 2019, Choi ve ark. 2022, Faraone ve ark. 2024). DEHB tanılı erişkinlerde üç veya daha fazla psikiyatrik eştanı görülme oranı toplum genelinden daha yüksektir (Kessler ve ark. 2014). En sık görülen eştanılar arasında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları yer almaktadır (Stibbe ve ark. 2020, Luderer ve ark. 2021, Babinski 2024). Psikiyatrik eştanı varlığı yalnızca tanı sürecini zorlaştırmakla kalmaz, aynı zamanda tedavi yanıtını azaltır ve prognozu olumsuz etkiler (Biederman 2004). Ayrıca, DEHB'de görülen eştanılar, daha kötü işlevsellik ve tedavi maliyetinde artış ile ilişkilendirilmiştir (Secnik ve ark. 2005).

Klinik araştırmalar, DEHB'deki psikiyatrik eştanıların, DEHB ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki ortak nörobiyolojik ve genetik temellere işaret ettiğini göstermektedir (Castellanos ve Proal 2012, Cortese ve ark. 2012). Yürütücü işlevlerle ilişkili beyin bölgelerindeki yapısal ve işlevsel farklılıklar, bu ortaklıkların nöropsikiyatrik düzeydeki izdüşümünü oluşturmaktadır. Bunlar arasında dopaminerjik ve noradrenerjik işlev bozuklukları ve orbitofrontal korteks ve ön singulat korteks anormallikleri yer almaktadır (Martel ve Nigg 2006, Sonuga-Barke ve ark. 2010). DEHB ve diğer bozukluklar arasındaki genetik korelasyonların fazlalığı, bu bozuklukların boyutsal bir spektrumun farklı ifadeleri olabileceğini düşündürmektedir (Martin ve ark. 2018).

Psikiyatride "eştanı (komorbidite)" kavramı hem terminolojik hem de kavramsal düzeyde tartışmalı olmaya devam etmektedir. Çünkü psikiyatrik tanılar arasındaki yüksek düzeydeki örtüşme mevcut kategorik sınıflandırma sistemlerinin açıklayıcı gücünü sınırlamaktadır (Lilienfeld 2003). Bu durum, mevcut tanı sistemlerinde ciddi sorunlara yol açmakta ve yeni kuramsal yaklaşımların geliştirilmesini teşvik etmektedir (Lilienfeld 2003).

Krueger (1999) tarafından geliştirilen içselleştirme-dışsallaştırma modeli, psikiyatrik bozukluklar arasındaki belirti örtüşmesini ve ortak etiyolojik faktörleri açıklayarak, geleneksel kategorik sınıflandırmaların ötesine geçen boyutsal bir yaklaşım sunmaktadır. Bu çerçevede, eştanıları yalnızca ayrı bozuklukların bir arada bulunması olarak görmek yerine, onları ortak psikopatolojik süreçlerin yansımaları olarak kavramsallaştırmaktadır (Krueger 1999, Cosgrove ve ark. 2011). İçselleştirme bozuklukları depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi içsel sıkıntı ile ilişkili durumları kapsar. Buna karşılık, dışsallaştırma bozuklukları ise davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanımı ve dürtü kontrol bozuklukları gibi dışa yönelen davranışlarla karakterizedir (Lahey ve ark. 2008, Beauchaine ve ark. 2010). Geleneksel kategorik sistemlerle karşılaştırıldığında, boyutsal yaklaşım, eştanı örüntülerini anlamada daha açıklayıcı bir çerçevede sunmaktadır (Krueger ve Markon 2006). Özellikle, DEHB'nin her iki boyutla da ilişkilendirilmesi, eştanılar açısından çift yönlü bir eğilime işaret etmekte ve psikiyatrik eştanıların karmaşıklığını vurgulamaktadır (Michelini ve ark. 2016).

Cinsiyet farklılıkları, bu çerçevede dikkate alınması gereken önemli bir değişkendir. DEHB'de gelişimsel dönemler boyunca gözlenen cinsiyet farklılıklarının nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır (Stibbe ve ark. 2020). Bazı çalışmalar, bu bozukluğun erişkinlikteki sürekliliğinin cinsiyete göre değiştiğini; kadınlarda %60, erkeklerde ise %35 olduğunu göstermektedir (Stibbe ve ark. 2020). Meta-analiz bulguları da DEHB'nin yaşa bağlı olarak azaldığını, ancak erişkinliğe kadar devam etme oranlarının alt gruplar arasında, özellikle de cinsiyete göre farklılık gösterdiğini desteklemektedir (Faraone ve ark. 2006). Çocuklukta DEHB'li kızlar, erkeklere kıyasla daha az saldırganlık ve yıkıcı davranış sergilerler (Rucklidge 2008). Ergenlikte ise, erkek DEHB olgularına kıyasla daha

fazla içselleştirilmiş depresyon ve anksiyete sorunları yaşarlar (Rucklidge 2008). Kız çocuklarının DEHB'ye bağlı işlev kaybı en az erkekler kadar yüksek olmasına rağmen, erkeklerdeki artmış dışsallaştırma belirtileri nedeniyle bu dönemde kliniklere daha sık yönlendirildikleri bildirilmektedir (Ginsberg ve ark. 2014). Erişkinlikte ise DEHB prevalansında erkek-kadın oranı yaklaşık 1,6:1'e düşmektedir (Willcutt 2012). Erişkin psikiyatri başvurularında kadınlarda DEHB tanısının artmış olması, çocukluk dönemindeki bu yönlendirme yanlılığı ile ilişkili olabilir (Ginsberg ve ark. 2014). Başka bir deyişle, çocuklukta kızlarda DEHB'nin yetersiz tanı alması, erişkinlikte kadınlarda daha yüksek tanı oranlarına yol açabilmektedir (Ginsberg ve ark. 2014). Daha ileri yaştaki erişkinler arasında DEHB'nin devamlılığı hakkında bilgiler sınırlıdır. Ancak mevcut kanıtlar, belirtilerin azalma eğiliminde olmasına rağmen DEHB'nin orta ve ileri yaşlı bireylerde de devam edebileceğini göstermektedir. Yaş ilerledikçe erkek-kadın oranının ve klinik başvuru sıklığının daha eşit hale gelebileceği ileri sürülmektedir (Bramham et al. 2012, Michielsen et al. 2012, Young et al. 2020).

Cinsiyetler arasında farklı belirti görünümüne ek olarak, farklı psikiyatrik eştanı örüntüleri de gözlenmiştir (Stibbe ve ark. 2020). Erkeklerde DEHB daha çok çocuklukta tanı almakta ve dışsallaştırma belirtileri ön planda olmaktadır (Ginsberg ve ark. 2014, Quinn ve Madhoo 2014). Kadınlarda ise DEHB genellikle erişkinlikte tanı almakta; içselleştirme belirtileri, dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü daha sık görülmektedir (Ginsberg ve ark. 2014, Quinn ve Madhoo 2014). Erişkinlikte erkeklerde madde ve alkol kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi dışsallaştırıcı bozuklukların görülme olasılığı daha yüksektir. Buna karşılık, kadınlarda anksiyete, depresyon, somatik belirtiler ve bulimia gibi içselleştirme bozuklukları daha yaygındır. Bu psikiyatrik eştanılar, özellikle kadınlarda erişkin DEHB'nin yanlış tanılanmasına yol açabilmektedir (Young ve ark. 2020, Babinski, 2024). Özellikle, DEHB belirtilerinin borderline kişilik bozukluğu ya da bipolar bozukluk ile karıştırılması klinik uygulamada sık rastlanan bir tanısal sorundur (Miller ve ark. 2008).

Erişkin DEHB hastaları çok boyutlu değerlendirme gerektiren özgün bir psikiyatrik tablo sunmaktadır. Yüksek psikiyatrik eştanı oranları, karmaşık nörobiyolojik altyapı ve cinsiyete dayalı değişkenlik bu tabloyu karakterize etmektedir. Bu bağlamda, psikiyatrik eştanı örüntülerinin ayrıntılı olarak incelenmesi, DEHB'nin tanı ve tedavisine katkı sağlayabilir. Bu çalışmanın amacı, erişkin DEHB hastalarında psikiyatrik eştanıların prevalansını, cinsiyetler arasında içselleştirme ve dışsallaştırma bozuklukları örüntülerine odaklanarak incelemektir.

Bu çalışma, Türkiye'deki klinik bir örneklemden elde edilen verileri sunarak, DEHB'li erişkinlerde cinsiyete özgü psikiyatrik eştanılar üzerine sınırlı sayıdaki ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlamaktadır. İçselleştirme-dışsallaştırma çerçevesinin benimsenmesi, geleneksel tanı kategorilerinin ötesinde eştanı örüntülerinin boyutsal olarak anlaşılmasına imkân tanımaktadır. Bu çalışma, içselleştirme bozukluklarının kadın hastalarda, dışsallaştırma bozukluklarının ise erkek hastalarda daha yaygın olacağı hipotezini ortaya koymuştur.

Yöntem

Örneklem

Bu kesitsel gözlemsel çalışma, Ankara'da bulunan özel bir üçüncü basamak sağlık merkezi olan Kuru Ankara Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülmüştür. Hastane, 2024 yılında Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiş olup, uluslararası sağlık hizmeti kalitesi ve hasta güvenliği standartlarına uyum göstermektedir. Tüm klinik veriler, doğrulanabilir ve kronolojik olarak düzenlenmiş kayıtlar sağlayan hastanenin merkezi elektronik sağlık kayıt sisteminden elde edilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme ve tanı, erişkin psikiyatrisi alanında en az 5 yıllık deneyime sahip ve psikiyatri polikliniğinde görev yapan psikiyatristler tarafından gerçekleştirilmiştir. Retrospektif dosya incelemesi ve verilerin elde edilmesi, çalışmanın yürütüldüğü dönemde poliklinikte görev yapan yazar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Nisan 2022 ile Eylül 2023 tarihleri arasında erişkin psikiyatri polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar geriye dönük olarak tarandı. Çalışma örneklemini, DSM-5 ölçütlerine göre DEHB tanısı almış bireyler oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18-60 yaş arasında olmak, standardize DEHB tarama ölçeklerini (Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği [ASRS-v1.1] ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği [WUDÖ-25]) tamamlamış olmak ve psikiyatrik değerlendirme, gelişimsel öykü ve aile öyküsünü içeren yeterli klinik kayıtların bulunmasıdır. Dışlama kriterleri arasında, DEHB tanısının kesinleşmemiş olması, takip sürecinde asıl tanının değişmiş olması, tıbbi kayıtların eksik veya tutarsız olması ve güvenilir klinik değerlendirmeyi engelleyen eştanılı zihinsel yetersizlik ya da nörolojik bir bozukluğun bulunması yer almaktadır. İlk taramada 102 hasta belirlenmiştir. Dışlama kriterleri uygulandıktan sonra, 13 hasta eksik veya tutarsız tanısal veriler, 8 hasta tanının kesinleşmemiş olması ya da takip sırasında değişmesi, 11 hasta ise klinik kayıtların yetersizliği nedeniyle olmak

üzere toplam 32 hasta çalışma dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak, 18-60 yaş aralığındaki 70 erişkin hasta son analize dahil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü öncelikle veri erişilebilirliği ile belirlenmiş olmakla birlikte, istatistiksel yeterliliği değerlendirmek için güç analizleri yapılmıştır. G*Power (sürüm 3.1.7) kullanılarak yapılan a priori güç analizi, orta düzeyde etki büyüklüğü (Cohen's $d = 0,5$) varsayımıyla, %95 güven düzeyinde %80 güç elde edebilmek için grup başına en az 27 olmak üzere en az 54 katılımcının gerekli olduğunu göstermiştir. Ayrıca, %70 eştanı prevalansını $\pm\%10$ hata payı ile tahmin edebilmek için yapılan tek örneklem oran kestirimi en az 81 katılımcı gerektirmiştir. Bu çalışmadaki örneklem büyüklüğü ($n = 70$) bu eşik değerin biraz altında olsa da, keşifsel analiz için kabul edilebilir bulunmuştur. Ek olarak, yapılan post hoc güç analizi, cinsiyet grupları arasında dışallaştırma bozukluklarının prevalansındaki orta düzey farkları saptamak için gücün 0,74 olduğunu doğrulamıştır.

Uygulama

Bu çalışma 13 Ekim 2023 tarihinde Kuru Ankara Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (onay numarası: 2413). Tüm DEHB tanıları, DSM-5 ölçütlerine uygun olarak, yapılandırılmış fakat rutin klinik işleyişine dayalı şekilde konulmuştur. Her hasta, deneyimli bir psikiyatrist tarafından gerçekleştirilen ayrıntılı bir psikiyatrik görüşmeye alınmıştır. Bu görüşmelerde hastaların klinik öyküsü, gelişimsel seyri, işlevsellik düzeyi ve belirtileri ayrıntılı biçimde değerlendirilmiştir. Tanı sürecinin bir parçası olarak, geçerli öz bildirim ölçekleri olan ASRS ve WUDÖ uygulanmıştır. ASRS her ne kadar başlangıçta DSM-IV ölçütlerine dayalı olarak geliştirilmiş olsa da, yüksek güvenilirliği ve klinik kullanışlılığı nedeniyle halen yaygın biçimde kullanılmaya devam etmektedir. Çocukluk dönemi belirtilerini geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlayan WUDÖ-25 ise, DSM-5'in başlangıç yaşına ilişkin ölçütüyle uyumu sağlamak üzere çalışmaya dahil edilmiştir. Öz bildirim verilerine ek olarak, gerektiğinde tanısız tutarlılığı desteklemek amacıyla mevcut aile görüşmesi, nörogelişimsel öykü ve nöropsikolojik test sonuçları da incelenmiştir. Tanının kesinleştirilmesi, bildirilen belirtiler ile klinik gözlemler arasındaki uyum ve çok kaynaklı verilerin bütüncül değerlendirmesi doğrultusunda psikiyatristin klinik yargısına dayandırılmıştır.

ICD tanı kodlarının sınırlayıcı olabileceği göz önünde bulundurularak, eştanılar klinisyenin klinik yargısı ve elektronik dosya incelemesine dayalı olarak belirlenmiştir. DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) veya Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MINI) gibi yapılandırılmış tanı araçları kullanılmamıştır. Bu yaklaşım, rutin klinik ortamlardaki gerçek yaşam tanı süreçlerini yansıtmakla birlikte, standart değerlendirme araçlarının kullanılmaması tanısız yanlışlıklar açısından potansiyel bir risk oluşturmaktadır. Bununla birlikte, tüm tanısız kararlar hastanenin elektronik sisteminde ayrıntılı biçimde kaydedilmiş olup, bu durum izlenebilirliği ve tanısız güvenilirliği sağlamıştır.

Ölçekler

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)

ASRS, erişkinlerde DEHB belirtilerini değerlendirmek amacıyla DSM ölçütlerine dayalı olarak geliştirilmiş, 18 maddeden oluşan ve yaygın biçimde kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek iki alt ölçekten oluşmaktadır: ASRS-A (1-6. maddeler) dikkatsizlik belirtilerini, ASRS-B (7-18. maddeler) ise hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini değerlendirmektedir. Her madde, son altı aydaki belirti sıklığına göre 0 (hiçbir zaman) ile 4 (çok sık) arasında değişen 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Toplam ASRS puanı, DEHB belirtilerinin genel şiddetini yansıtmaktadır. ASRS, hem orijinal geçerlik çalışmasında (Cronbach's $\alpha = 0,88$) (Kessler ve ark. 2005) hem de Türkçe uyarlama çalışmalarında (Doğan ve ark. 2009) yüksek iç tutarlılık göstermiştir.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ-25)

WUDÖ, çocukluk döneminde yaşanan DEHB belirtilerini değerlendirmek için kullanılan 25 maddelik, geriye dönük bir öz bildirim ölçeğidir. Tanı kriterlerini destekleyen geçmişe yönelik semptomatolojiyi ortaya koymak amacıyla erişkin DEHB değerlendirmelerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Maddeler, 0 (hiç ya da çok az) ile 4 (çok fazla) arasında değişen 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Daha yüksek puanlar, artmış belirti yükünü göstermektedir. Tarama amacıyla genellikle 46 kesme puanı kullanılmaktadır. WUDÖ-25, yüksek düzeyde güvenilirlik göstermiştir (Ward ve ark. 1993). Türkçe uyarlaması da güçlü bir iç tutarlılık ($\alpha = 0,84$) sağlamıştır (Öncü ve ark. 2005).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde, parametrik veya parametrik olmayan testler seçilmeden önce değişkenlerin normal

dağılıma uygunluğu hem görsel olarak (histogramlar ve olasılık grafikleri) hem de analitik olarak (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için, normal dağılıma uyan değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, uymayanlar için ise ortanca ve çeyrekler arası aralık kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak özetlenmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları dağılım özelliklerine göre bağımsız örneklem t testi veya Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, cinsiyete göre yaş, eğitim yılı, ilaç kullanımı, DEHB ölçek puanları ve psikiyatrik eş tanılar incelenmiştir. Sürekli değişkenlerde (örn. ASRS ve WUDÖ-25 puanları, yaş, eğitim yılı) veriler parametrik varsayımları sağladığında bağımsız örneklem t testi, sağlamadığında ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerde (örn. ilaç kullanımı, psikiyatrik eş tanıların varlığı ve alt türleri) varsayımlar karşılandığında Pearson ki-kare testi, karşılanmadığında ise Fisher kesin testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farkların büyüklüğünü değerlendirmek için etki büyüklükleri hesaplanmıştır. Sürekli değişkenler için Cohen's d katsayısı, kategorik değişkenler için ise Cramér's V katsayısı raporlanmıştır. Yorumlamada geleneksel eşik değerleri dikkate alınmıştır: Cohen's d için 0,2 (küçük), 0,5 (orta), 0,8 (büyük); Cramér's V için 0,1 (küçük), 0,3 (orta), 0,5 (büyük). Tüm testler çift yönlü olarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın keşifsel niteliği nedeniyle çoklu karşılaştırmalara düzeltme uygulanmamış, ancak yorumlamayı desteklemek üzere etki büyüklükleri raporlanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 70 hastanın %60'ı kadın (n=42) ve %40'ı erkekti (n=28). Ortanca yaş 27 ve yaş aralığı 18–60 idi. Hastaların %71,4'ü bekâr, %28,6'sı evliydi. Tüm hastalar lise mezunuydu ve eğitim süresinin ortanca değeri 15 yıldır (11–22 yıl). Tüm olguların %17,1'i işsiz, %47,1'i çalışan ve %35,7'si öğrenciydi. Katılımcıların %38,6'sı (n=27) sigara kullanıyordu. Katılımcıların %14,3'ü çocukluk döneminde DEHB tanısı almıştı.

İlaç tedavisine bakıldığında, hastaların %61,4'ü (n=43) tanı sırasında farmakolojik tedavi almıyordu. %8,6'sı (n=6) metilfenidat, %28,6'sı (n=20) antidepresan, %1,4'ü (n=1) ise antidepresan ve antipsikotik kombinasyonu kullanmaktaydı. ASRS-A puanı $16,86 \pm 0,396$; ASRS-B puanı $30,17 \pm 0,879$; ASRS toplam puanı $47,16 \pm 1,137$; WUDÖ puanı $48,54 \pm 1,939$ idi. Cinsiyetler arasında yaş, eğitim yılı, ilaç kullanımı veya DEHB öz bildirim ölçek puanları açısından anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyete göre sosyodemografik ve klinik değişkenler

	Erkek (n=28)	Kadın (n=42)	$\chi^2/z/t$	p değeri
Yaş (ortanca, IQR)	28,5 (20,0–34,5)	27,0 (21,8–32,2)	-0,042	0,966*
Eğitim yılı (ortanca, IQR)	15,0 (14,0–16,0)	15,0 (13,8–16,0)	-0,123	0,902*
İlaç tedavisi almayan (%)	64,3	59,5	5,040	0,144**
ASRS-A (ortalama $\pm$ SS)	$16,46 \pm 3,34$	$17,12 \pm 3,31$	-0,808	0,422***
ASRS-B (ortalama $\pm$ SS)	$29,50 \pm 8,78$	$30,62 \pm 6,31$	-0,621	0,537***
ASRS-Toplam (ortalama $\pm$ SS)	$45,96 \pm 10,26$	$47,95 \pm 9,01$	-0,855	0,395***
WUDÖ-25 (ortalama $\pm$ SS)	$49,61 \pm 18,42$	$47,83 \pm 14,77$	0,445	0,657***

ASRS: Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği, IQR = Çeyrekler arası aralık, SS = Standart sapma, WUDÖ-25: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (25 madde); *Mann-Whitney U testi kullanıldı. **Ki-kare testi kullanıldı. ***T-testi kullanıldı.

Hastaların %71,4'ünde (n=50) en az bir psikiyatrik eş tanı saptandı. Eş tanı sıklığı kadınlarda %69, erkeklerde ise %75'ti. Cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,589$). Hastaların %35,7'sinde (n=25) tek tanı, %27,1'inde (n=19) iki tanı, %7,1'inde (n=5) üç tanı ve %1,4'ünde (n=1) dört tanı vardı. Birden fazla eş tanısı olanlar hastaların %35,7'sini (n=25) oluşturmaktaydı. Anksiyete bozuklukları %34,3 (n=24), duygudurum bozuklukları %20 (n=14), obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar %12,9 (n=9), yeme bozuklukları %11,4 (n=8), alkol ve madde kullanım bozuklukları %11,4 (n=8), nörogelişimsel bozukluklar %11,4 (n=8), kişilik bozuklukları %7,1 (n=5) ve dürtü kontrol bozuklukları %4,3 (n=3) oranında saptandı. Eş tanı grupları alt tanı gruplarına ayrıldığında belirlenen sıklıklar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Kadın ve erkekler eş tanılar açısından karşılaştırıldığında, alkol/madde kullanım bozukluklarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha sık olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Tanı grupları içselleştirme bozuklukları (anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, yeme bozuklukları, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar) ve dışsallaştırma bozuklukları (alkol/madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, kişilik bozuklukları) olarak ayrıldıktan sonra, kadın ve erkek DEHB hastaları karşılaştırılmıştır. Dışsallaştırma bozuklukları erkeklerde anlamlı derecede daha yaygındır ($\chi^2=7,202$, $p=0,007$). İçselleştirme bozuklukları kadınlarda (%57,1) erkeklerden (%53,6) biraz daha yaygındır; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($\chi^2=0,087$, $p=0,768$). Hem içselleştirme hem de dışsallaştırma bozukluğu olan hastalar daha sıklıkla erkekti ($\chi^2=5,955$; $p=0,015$) (Tablo 3).

Tablo 2. DEHB tanılı hastalarda psikiyatrik eştanılar

Tanı	N	(%)
Anksiyete bozuklukları	24	35,6
Yaygın anksiyete bozukluğu	15	21,4
Sosyal anksiyete bozukluğu	8	11,4
Özgül fobi	1	1,4
Diğer anksiyete bozuklukları	1	1,4
Duygudurum bozuklukları	14	20,0
Bipolar bozukluk	2	2,9
Major depresyon	11	15,7
Distimi	1	1,4
Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar	9	12,9
Obsesif-kompulsif bozukluk	6	8,6
Trikotillomani	3	4,3
Yeme bozuklukları	8	11,4
Nörogelişimsel bozukluklar	8	11,4
Otizm spektrum bozukluğu	2	2,9
Özgül öğrenme bozukluğu	6	8,6
Alkol ve madde kullanım bozuklukları	8	11,4
Alkol kullanım bozukluğu	3	4,3
Madde kullanım bozukluğu	5	7,1
Kişilik bozuklukları	5	7,1
Antisosyal kişilik bozukluğu	2	2,9
Borderline kişilik bozukluğu	3	4,3
Dürtü kontrol bozuklukları	3	4,3
Dışsallaştırma bozuklukları (DB)	14	20,0
İçselleştirme bozuklukları (İB)	39	55,7
DB+ İB	10	14,3

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DB: Dışsallaştırma bozuklukları, İB: İçselleştirme bozuklukları.

Tablo 3. DEHB tanılı hastalarda cinsiyete göre psikiyatrik eştanılar

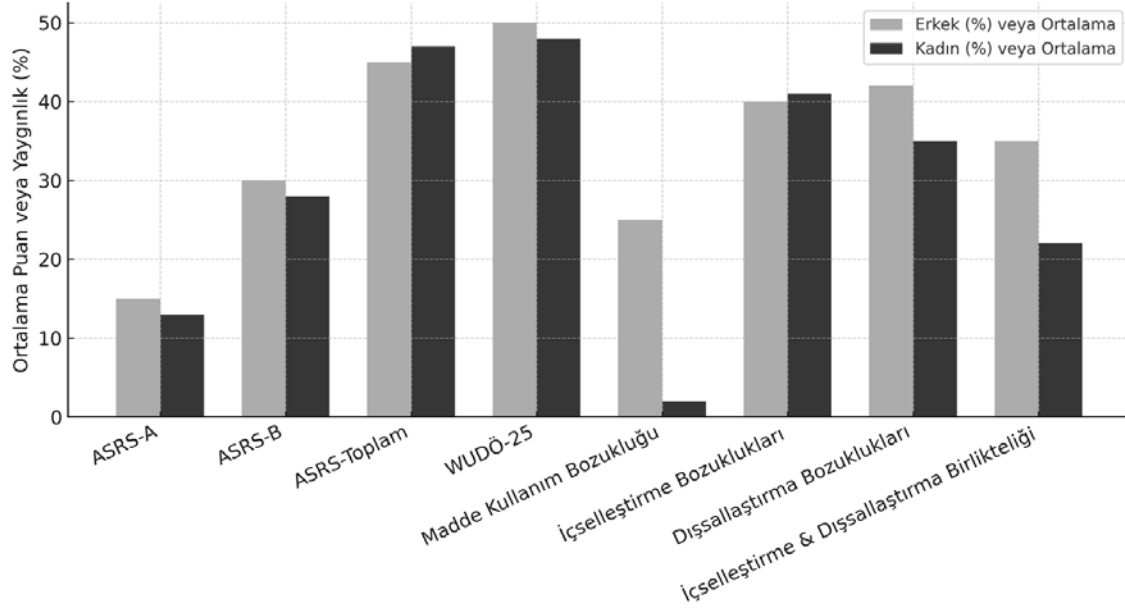
Tanı	Tüm hastalar (n= 70)	Erkek (n=28)	Kadın (n=42)	χ^2	p değeri
Anksiyete bozuklukları	24 (34,3%)	11 (39,3%)	13 (31,0%)	0,518	0,472
Duygudurum bozuklukları	14 (20,0%)	5 (17,9%)	9 (21,4%)	0,134	0,714
Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar	9 (12,9%)	4 (14,3%)	5 (11,9%)	0,000	1,000
Yeme bozuklukları	8 (11,4%)	1 (3,6%)	7 (16,7%)	1,699	0,192
Nörogelişimsel bozukluklar	8 (11,4%)	2 (7,1%)	6 (14,3%)	0,288	0,591
Alkol ve madde kullanım bozuklukları	8 (11,4%)	7 (25,0%)	1 (2,4%)	6,404	0,011
Kişilik bozuklukları	5 (7,1%)	4 (14,3%)	1 (2,4%)	2,019	0,155
Dürtü kontrol bozuklukları	3 (4,3%)	1 (3,6%)	2 (4,8%)	0,000	1,000
Dışsallaştırma bozuklukları (DB)	14 (20,0%)	10 (35,7%)	4 (9,5%)	7,202	0,007
İçselleştirme bozuklukları (İB)	39 (55,7%)	15 (53,6%)	24 (57,1%)	0,087	0,768
DB+ İB	10 (14,3%)	8 (28,6%)	2 (4,8%)	5,595	0,015

DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, DB: Dışsallaştırma bozuklukları, İB: İçselleştirme bozuklukları.

Şekil 1, DEHB ölçeklerindeki cinsiyete dayalı farklılıkları ve DEHB'li erişkinler arasında başlıca eştanı boyutlarının yaygınlığını göstermektedir.

İstatistiksel anlamlılığın ötesinde klinik anlamlılığı değerlendirmek amacıyla, temel karşılaştırmalar için etki büyüklükleri (Cohen's d, Cramer's V) hesaplanmıştır. Erkek ve kadın katılımcılar arasında ASRS-Toplam puanlarının karşılaştırılmasında gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bununla birlikte, etki büyüklüğü Cohen's d (d = 0,21) kullanılarak hesaplanmıştır ve bu da küçük bir etki büyüklüğüne işaret etmektedir. Bu durum, DEHB belirti şiddetinde cinsiyete dayalı minimal bir fark olduğunu gösterse de, daha büyük veya tabakalı örneklemelerde klinik bir önemi olabilir.

Alkol/madde kullanımı, dışsallaştırma bozuklukları ve içselleştirme/dışsallaştırma bozukluklarının kombinasyonunda gözlenen istatistiksel olarak anlamlı cinsiyet farklılıkları için etki büyüklükleri Cramér's V kullanılarak hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü tahminleri 0,28 ile 0,30 arasında değişmekte olup orta düzeyde bir ilişki gücüne işaret etmektedir.



Şekil 1. DEHB ölçekleri ve psikiyatrik eştanı boyutlarında cinsiyete dayalı farklılıklar

Tartışma

Bu çalışmada, DEHB tanılı erişkin hastaların %71,4'ünde en az bir psikiyatrik eştanı ve %35,7'sinde birden fazla psikiyatrik eştanı saptanmıştır. Bu oran, önceki çalışmalarda bildirilen yüksek eştanı oranlarıyla büyük ölçüde tutarlıdır. Bu bulgular DEHB'nin sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görüldüğüne işaret etmektedir (Kessler ve ark. 2006, Micheline ve ark. 2016). En yaygın psikiyatrik eştanılar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar, yeme bozuklukları, nörogelişimsel bozukluklar ve alkol-madde kullanım bozukluklarıdır. Bunlar arasında DEHB'ye eşlik eden en yaygın bozukluklar anksiyete (%35,6) ve duygudurum bozuklukları (%20,0) olup bu da önceki çalışmalarla tutarlıdır (Kessler ve ark. 2006, Mayes 2015).

Örnekleminizde DEHB tanısı alan kadın hastaların oranı erkeklerden daha yüksektir (kadın-erkek oranı: 1,5:1). Verilerimiz tanı yaşı veya zamanlaması hakkında bilgi içermemekle birlikte, önceki çalışmalarda kadınlarda DEHB'nin çocukluk döneminde atlanma ve erişkinlikte daha geç tanılanma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ginsberg ve ark. 2014, Attioe ve Climie 2023). Ancak, bu hipotez mevcut veri setiyle test edilememiştir ve gelecekteki çalışmalarda incelenmelidir.

DEHB ve psikiyatrik eştanıların belirtileri sıklıkla örtüşmektedir. Ortak belirtiler biyolojik düzeyde, özellikle de ortak genetik risk faktörleri açısından olası benzerliklere işaret etmektedir (Franke ve ark. 2012, Lee ve ark. 2013, Katzman ve ark. 2017). Çalışmamızda, DEHB'li erişkin hastaların yaklaşık üçte birinde (%35,6) eşlik eden anksiyete bozuklukları vardı. Bu oran ülkemizde ve uluslararası yazında bildirilen oranlarla uyumludur (Kessler ve ark. 2006, Van Ameringen ve ark. 2011, Süzer Gamli ve Tamam 2016, Fayyad ve ark. 2017). Anksiyete bozuklukları sıklıkla DEHB, özellikle de dikkatsiz alt tip DEHB ile ilişkilendirilmiş, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi tanılarla ön plana çıkmıştır (Kessler ve ark. 2006, Martel ve Nigg 2006). Bu durum dikkat sorunlarının neden olduğu sürekli başarısızlık hissi ve sosyal zorluklarla ilişkili olabileceği gibi, bu bozukluklar arasında güçlü bir genetik ilişki olduğu da düşünülmektedir (Faraone ve ark. 1997, Tuğlu ve Şahin 2010, Süzer Gamli ve Tamam 2016).

Erişkinlerde DEHB ile duygudurum bozukluklarının birlikte görülme sıklığı %38 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2006). Çalışmamızda duygudurum bozukluklarının yaygınlığı %20 idi. Bu oran major depresyon (%15,7), bipolar bozukluk (%2,9) ve distimiyi (%1,4) içermektedir. Bu oran, yaşam boyu yaygınlık üzerine yapılan çalışmalarda bildirilen oranlardan daha düşüktür (Kessler ve ark. 2006, Fayyad ve ark. 2017). Bu durum, çalışmamızda eştanıların kesitsel olarak değerlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çeşitli çalışmalar major depresyon ve DEHB arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Faraone ve ark. 1997, Sobanski 2006). Yirmi ülkede yürütülen büyük bir epidemiyolojik çalışmada, DEHB'li erişkinlerde 12 aylık major depresyon yaygınlığı %15 olarak bulunmuştur (Fayyad ve ark. 2017). Türkiye'deki klinik uygulamalarda, özellikle anksiyete ve duygudurum belirtileri olmak üzere içselleştirme bozukluklarıyla eştanılı durumlar, örtüşen belirti profilleri

nedeniyle önemli bir tanısal güçlük olarak bildirilmektedir (Koyuncu ve ark. 2022). Bu bulgu, DEHB'nin içselleştirme psikopatolojileriyle birlikte görüldüğü durumlarda boyutsal tanı yaklaşımlarına ve dikkatli bir ayırıcı tanı sürecine duyulan gereksinimi desteklemektedir. DEHB tanılı bireylerde depresyon yaygınlık oranlarının %18,6-53,3 aralığında olduğu bildirilmiştir (Katzman ve ark. 2017). Major depresif bozukluk, özellikle kadın hastalarda DEHB'ye eşlik edebilen önemli bir bozukluk olup duygudurum dalgalanmaları ile dikkat sorunları arasındaki örtüşme tanısal belirsizlikler yaratabilir (Castellanos ve Proal 2012, Martin ve ark. 2018).

Örnekleminizde, erişkin DEHB hastalarının %11,4'ünde alkol ya da madde kullanım bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Bu oran, yakın dönemde yapılan uluslararası çalışmalarda bildirilen oranlardan daha düşüktür (Kessler ve ark. 2006). Alkol ve madde kullanım bozuklukları, erişkin DEHB hastalarında en sık bildirilen eştanılardan biridir (Luderer ve ark. 2021). Çalışmamızda bu eştanının erkeklerde anlamlı derecede yüksek bulunması, dışsallaştırma eğilimleriyle uyumludur (Biederman 2004, Faraone ve ark. 2006, Luderer ve ark. 2021). Madde kullanımının hiperaktif-impulsif alt tipde daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu da bildirilmiştir (Ohnishi ve ark. 2019). Rohner ve ark. (2023) tarafından yapılan bir meta-analiz, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde DEHB yaygınlığının %21 olduğunu, en yüksek oranın alkol kullanıcılarında (%25), ardından kokain (%19) ve opioid kullanıcılarında (%18) görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu dikkate değer örtüşme, DEHB ve madde kullanım bozukluklarının, özdenetim yetersizliği ve ödül işleme süreçlerindeki değişiklikler gibi ortak yakınlık yollarını paylaşabileceğini düşündürmektedir. Bu görüşü destekler şekilde, Hartman ve ark. (2023), geniş bir toplum temelli kohort çalışmasında, çocukluk çağı DEHB belirtilerinin ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde artmış alkol kullanımını öngördüğünü ve bu ilişkinin davranışsal disinhibisyon ile dışsallaştırma davranışları aracılığıyla şekillendiğini göstermiştir.

Klinik örnekleminizdeki görece düşük yaygınlık oranı, hasta sevk örüntüleri, alkol/madde kullanımının yetersiz bildirimi ya da bağımlılık alanında uzmanlaşmamış genel psikiyatri polikliniği olmasıyla açıklanabilir. Bununla birlikte, önceki bulgularla tutarlı olarak, alkol/madde kullanım bozukluklarının erkek hastalarda daha sık görülmesi; DEHB, dışsallaştırma psikopatolojileri ve cinsiyete özgü risk ifadesi arasındaki iyi bilinen ilişkiyi güçlendirmektedir. Bu bulgular, erişkin DEHB örneklemlerimde özellikle erkeklerde madde kullanımının rutin olarak taranmasının önemini ve klinik değerlendirmelere boylamsal ve gelişimsel çerçevelerin dâhil edilmesinin değerini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, hastaların %8,6'sında obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve %4,3'ünde trikotillomani olmak üzere %12,9'unda obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar eştanısı vardı. OKB özellikle bilişsel esneklik zorlukları ve kontrolcü düşünce örüntüleri ile DEHB'ye eşlik edebilir (Mersin Kılıç ve ark. 2020). Bazı çalışmalar, DEHB ve OKB birlikteliğinde kompulsyonların dürtüsellik ile karıştırılabileceğini göstermiştir (Katzman ve ark. 2017). Bu durum tanısal zorluklara yol açabilmektedir. Ergenlikteki DEHB belirtilerinin gelecekteki OKB belirtileri için, OKB belirtilerinin ise DEHB belirtileri için bir belirteç olabileceği düşünülmektedir (de Mathis ve ark. 2013). Çocuklarda ve ergenlerde DEHB-OKB komorbiditesi üzerine erişkinlerden daha fazla yayın bulunmaktadır. Erişkin DEHB'ye eşlik eden OKB yaygınlığı %2,7 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark. 2006, Abramovitch ve ark. 2015). Çalışmalar trikotillomaninin genel topluma göre DEHB ile daha sık birlikte görüldüğünü göstermiştir (Süzer Gamalı ve Tamam 2016). Trikotillomani patofizyolojisindeki gösterilen serotonerjik ve dopaminerjik işlev bozukluğunun da ortak etiyolojiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Golubchik ve ark. 2011). DEHB'li hastalarda trikotillomani birlikteliği %1,2 oranında bildirilmiştir (Porteret ve ark. 2016).

Çalışmamızda yeme bozuklukları eştanısının görülme oranı %11,4'tür. DEHB varlığında yeme bozukluğu tanısının genel topluma göre artmış olduğu bildirilmiştir (Ptacek ve ark. 2016, Sobanski 2006). Erişkin DEHB grubunda, en sık tıknırcasına yeme bozukluğu olmak üzere yaklaşık %10 oranında yeme bozukluğu eştanısı bildirilmiştir (Mattos ve ark. 2004).

Erişkin psikiyatride sistematik nörogelişimsel değerlendirmelerin eksikliği nedeniyle, nörogelişimsel bozukluklar eştanısı düşük bildirilmektedir (Lahey ve ark. 2008). Çalışmamızda, özgül öğrenme güçlüğü (%8,6) ve otizm spektrum bozukluğu (%2,9) dahil olmak üzere hastaların %11,4'ünde nörogelişimsel bozukluklar vardı. Nörogelişimsel bozukluklar eştanısı Türkiye'de erişkin DEHB ile ilgili çalışmalarda nadiren vurgulanmakla birlikte, Ohnishi ve ark.'nın (2019) çalışmasında gelişimsel bozukluklar %24,7 ve öğrenme bozuklukları %1,57 oranında bildirilmiştir. DEHB'ye eşlik eden nörogelişimsel bozuklukların gözden kaçırılmaması için öğrenme güçlüğü, sosyal iletişim sorunları ve gelişimsel öyküye ilişkin ayrıntıların sistematik olarak değerlendirilmesi önemlidir (Katzman ve ark. 2017, Ohnishi ve ark. 2019). Bu çalışma, özellikle trikotillomani ve özgül öğrenme güçlüğü gibi gerçek yaşam klinik örnekleminde yeterince araştırılmayan eştanıları bildirerek, Türkiye'deki sınırlı erişkin DEHB literatürüne katkıda bulunmaktadır.

Çalışmamızda, kişilik bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları sırasıyla hastaların %7,1 ve %4,3'ünde gözlenmiştir. Erişkin DEHB hastalarında kişilik bozukluğu birlikteliği hastaların %10-75'inde saptanmıştır (Matthies ve Philipsen 2016). DEHB'nin bireyin kişilik bozukluğu geliştirmesine zemin hazırladığı ve bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceği öne sürülmüştür (Matthies ve Philipsen 2014). Özellikle, borderline ve antisosyal kişilik örüntüleri DEHB ile sıklıkla örtüşen belirtiler nedeniyle yanlış tanıya yol açabilir (Stibbe ve ark. 2020, Lilienfeld 2003). Bu nedenle, klinik değerlendirme sürecinde bu bozukluklara yönelik ayrıntılı bir inceleme gereklidir. Yapılan çalışmalar, DEHB'li kadınların borderline kişilik bozukluğu (BKB), erkeklerin ise antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanısı alma eğiliminde olduğunu göstermektedir (Weiner ve ark. 2019).

Çalışmamızda, dışsallaştırma bozuklukları erkeklerde daha yaygınken, içselleştirme bozuklukları her iki cinsiyette benzer oranlarda görülmüştür. İçselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarının birlikteliği ise erkeklerde daha sık bulunmuştur. Bu bulgular, dışsallaştırma bozukluklarının erkeklerde daha yaygın olduğunu gösteren önceki araştırmalarla tutarlıdır (Rucklidge 2010, Williamson ve Johnston 2015, Cortese ve ark. 2016, Solberg ve ark. 2018). Bazı çalışmalar kadınlar arasında daha yüksek içselleştirme bozukluğu oranları bildirmiş olsa da (Biederman 2004; Faraone ve ark. 2006, Quinn 2008), verilerimiz bu alanda daha dengeli bir dağılım olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, cinsiyete özgü değerlendirme stratejilerinin önemini vurgulamaktadır: erkek hastalarda madde kullanımı, dürtü kontrol sorunları ve antisosyal özellikler için daha kapsamlı bir değerlendirme gerekebilirken (Choi ve ark. 2022), kadın hastalarda depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları için dikkatli bir tarama, tanısall doğruluğu artırarak tedavi sonuçlarını iyileştirebilir (Stibbe ve ark. 2020, Choi ve ark. 2022).

Türkiye'de erişkin DEHB'de eştanılara ilişkin önceki araştırmalar az olsa da, çocuk ve genç örneklemelerinden elde edilen ulusal veriler yararlı bir bağlam sağlamaktadır. Türkiye'de çocuklar üzerinde yapılan bir çalışma, içselleştirme belirtilerini (özellikle anksiyete ve depresyon) yavaş bilişsel tempo ile birlikte olan DEHB görünümleriyle ilişkilendirmiştir (Uytun ve ark. 2023). Bununla birlikte, kadınların hem içselleştirme hem dışsallaştırma bozukluklarında daha yüksek oranlar gösterdiği gençlik örnekleminin aksine (Uygun ve ark. 2025), erişkin örneklemimiz içselleştirme bozukluklarında önemli bir cinsiyet farklılığı ortaya koymazken, dışsallaştırma bozuklukları erkeklerde daha sık görülmüştür. Bu farklılık, eştanı ifadesindeki gelişimsel değişimleri veya yaşam boyu yardım arama davranışı ve tanı uygulamalarındaki farklılıkları yansıtır olabilir. Ayrıca, Türkiye'deki klinik uygulamalarda DEHB belirtileriyle örtüşen travmayla ilişkili dışsallaştırma davranışlarına ilişkin daha önceki bulgular (Ünaldı ve ark. 2018), erkeklerin hem içselleştirme hem de dışsallaştırma eştanılarıyla daha sık başvurduğu gözlemimizle tutarlıdır. Tüm bulgular bir arada değerlendirildiğinde, erişkin DEHB'nin değerlendirilmesi ve tedavisinde, Türkiye'deki psikiyatrik uygulamalarda cinsiyete duyarlı, gelişimsel olarak temellendirilmiş ve boyutsal yaklaşımların gerekliliğini desteklemektedir.

Genel olarak, erişkin DEHB'de psikiyatrik eştanılar oldukça yaygındır. Hastaların yaklaşık %80'inin en az bir eştanısı olup, bunlar arasında en sık görülenler duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Choi ve ark. 2022). Güncel kanıtlar, bu eştanı örüntülerinin cinsiyete ve gelişimsel evrelere göre farklılık gösterdiğini ileri sürmektedir. Ülke çapında yürütülen bir kohort çalışmasında, Kao ve ark. (2025), çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB'nin erkeklerde daha yaygın olduğunu; erişkin kadınların ise anksiyete ve depresyon gibi içselleştirme bozukluklarıyla daha sık başvurduğunu, erkeklerde ise karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu ve madde kullanımı gibi dışsallaştırma bozukluklarının daha yüksek oranlar gösterdiğini bildirmiştir. Bu bulgular, çalışmamızın sonuçlarını desteklemekte ve erişkin DEHB değerlendirmelerinde cinsiyete duyarlı, boyutsal tanı yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır.

Bu bulgular klinik uygulamalar için cinsiyete özgü tarama stratejilerinin önemini desteklemektedir. Klinisyenler erkek hastalarda başta madde kullanımı olmak üzere dışsallaştırma bozukluklarını rutin olarak değerlendirirken, kadın hastalarda, özellikle de geç tanı almış DEHB hastalarında depresyon ve yeme bozuklukları gibi içselleştirme belirtilerine karşı daha dikkatli olmalıdır. Bu gözlemler, çalışmamızın bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde, gelişimsel evreler boyunca eştanılardaki cinsiyete bağlı farklılıkların, erişkin DEHB araştırmalarında gelecekte de önemli bir inceleme alanı olmaya devam edeceğini göstermektedir.

Örneklem büyüklüğünün nispeten küçük olması analizlerin gücünü azaltmış olsa da, çalışmamızın sonuçları DEHB'nin çok boyutlu bir klinik tablo sunduğunu bir kez daha göstermektedir. Bu tablo dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileriyle sınırlı değildir. Bununla birlikte, çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Retrospektif ve kesitsel tasarım göz önüne alındığında, çalışma nedensel çıkarımlar yapamamakta veya DEHB ile psikiyatrik eştanılar arasındaki zamansal ilişkileri belirleyememektedir (örneğin, depresyonun DEHB tanısından önce mi yoksa sonra mı geliştiği).

Bulgularımız DEHB'li erişkinlerin eştanı örüntüleri hakkında değerli bilgiler sağlarken, sınırlı örneklem büyüklüğü ve belirli tanı alt gruplarının düşük temsili sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Gelecekte

yeterince güçlendirilmiş alt grup analizleri ve daha kesin sonuçlar elde etmek için daha büyük, çok merkezli örneklemlemlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın bir başka kısıtlılığı, psikiyatrik tanılarının SCID-5 veya MINI gibi yapılandırılmış görüşmeler yerine klinik yargı ve tıbbi kayıtlara dayanmasıdır. Bu durum tanılarda güvenilirliği azaltabilir ve eştanıların değerlendirmesinde yanlışlık riski yaratabilir. Gelecekteki çalışmalarda daha nesnel ve kesin sonuçlar elde edebilmek için yapılandırılmış tanı araçları kullanılmalıdır. Bir başka sınırlılık da DEHB görünüşleri için alt türe özgü analizin olmamasıdır (dikkatsiz alt tip, hiperaktif-dürtüsel alt tip, bileşik tip). Araştırmalarda, dikkatsiz alt tipin çoğunlukla içselleştirme bozukluklarıyla, hiperaktif/dürtüsel tipin ise dışsallaştırma bozukluklarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Faraone ve ark. 2006, Martel ve Nigg 2006, Ohnishi ve ark. 2019). Alt tiplerle ilişkili psikopatolojik profiller; tanı, bireyselleştirilmiş tedavi planlaması ve prognoz açısından değerli bilgiler sunabilir (Sonuga-Barke ve ark. 2010). Ulusal veriler de bu ayrımı desteklemektedir: Türk pediatrik örneklemelerinde, bileşik tip DEHB en yüksek oranda dışsallaştırma bozuklukları eş tanılarıyla (%70,2) ilişkili bulunurken; dikkatsiz tip DEHB daha çok içselleştirme belirtileriyle ilişkilendirilmiştir (İnci ve ark. 2019, Uygun ve ark. 2025). Dolayısıyla, alt tiplere göre yapılacak alt grup analizleri, gelecekteki araştırmaların yorumlanabilirliğini ve klinik uygulanabilirliğini artırabilir.

Bu çalışmada çoklu karşılaştırmalar yapılmış olmasına rağmen, herhangi bir istatistiksel düzeltme (örn. Bonferroni düzeltmesi) uygulanmamıştır. Bu karar, çalışmanın tanımlayıcı ve keşifsel niteliğine dayanmaktadır. Tip I hata riskinin artmasını azaltmak amacıyla, p değerlerinin yanında etki büyüklükleri de raporlanmış ve sonuçlar dikkatli biçimde yorumlanmıştır. Ayrıca, örneklem büyüklüğü sınırlılıkları ve çalışma tasarımı nedeniyle regresyon analizi uygulanmamıştır; ancak gelecekteki çalışmalarda eştanı profillerinin bağımsız yordayıcılarını tanımlamak için çok değişkenli modelleme yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, içselleştirme-dışsallaştırma boyutları üzerinden ele alınan cinsiyete duyarlı yaklaşımların, erişkin DEHB’de eştanı örüntülerini anlamamıza katkı sağlayabileceğine dair ön bulgular sunmuştur. Ayrıca, Türkiye klinik örnekleminden elde edilen veriler aracılığıyla, ulusal ve kültürler arası sınırlı literatüre bir bakış açısı kazandırmış ve tanı ile tedavide ülke ve kültürel koşulların önemini vurgulamıştır. Gelecek araştırmaların, yaşam boyu eştanıların gelişimsel seyrini izleyebilecek daha geniş örneklemlemlerle yürütülen çok merkezli ve boylamsal tasarımlar ile zenginleştirilmesi yararlı olacaktır. Yapılandırılmış tanı araçlarının ve boyutsal belirti ölçümlerinin kullanılması, güvenilirliği artırabilir ve DEHB alt tiplerinin rolü de dâhil olmak üzere daha ayrıntılı analizlere olanak sağlayabilir. Biyolojik belirteçlerin, psikososyal ve kültürel etmenlerle bir araya getirilmesi, cinsiyet farklılıklarının mekanizmalarını açıklamaya ve DEHB’nin translasyonel modellerini zenginleştirmeye katkıda bulunabilir. Son olarak, gelecekteki çalışmaların farklı eş tanı profillerinin tedavi yanıtı, günlük işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini; cinsiyet ve kültüre özgü değiştirici etmenleri dikkate alarak incelemesi önemli olacaktır. Bu tür araştırmalardan elde edilecek bulgular, erişkin DEHB için daha kişiselleştirilmiş, eşitlikçi ve klinik açıdan anlamlı tedavi yaklaşımlarına rehberlik edebilir.

Kaynaklar

- Abramovitch A, Dar R, Mittelman A, Wilhelm S (2015) Comorbidity between attention deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder across the lifespan: a systematic and critical review. *Harv Rev Psychiatry*, 23:245-262.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Ed (DSM-5). Washington, DC, Amerikan Psychiatric Association.
- Attoe DE, Climie EA (2023) Miss. diagnosis: a systematic review of ADHD in adult women. *J Atten Disord*, 27:645-657.
- Babinski DE (2024) Sex differences in ADHD: review and priorities for future research. *Curr Psychiatry Rep*, 26:151-156.
- Beauchaine TP, Hinshaw SP, Pang KL (2010) Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clin Psychol Sci Pract*, 17:327-336.
- Biederman J (2004) Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl 3):3-7.
- Bramham J, Murphy DG, Xenitidis K, Asherson P, Hopkin G, Young S (2012) Adults with attention deficit hyperactivity disorder: an investigation of age-related differences in behavioural symptoms, neuropsychological function and comorbidity. *Psychol Med*, 42:2225-2234.
- Castellanos FX, Proal E (2012) Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model. *Trends Cogn Sci*, 16:17-26.
- Chang Z, Lichtenstein P, Asherson PJ, Larsson H (2013) Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA Psychiatry*, 70:311-318.
- Choi WS, Woo YS, Wang SM, Lim HK, Bahk WM (2022) The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: a systematic literature review. *PLoS One*, 17:e0277175.

- Cortese S, Faraone SV, Bernardi S, Wang S, Blanco C (2016) Gender differences in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 77:e421-428.
- Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP et al. (2012) Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry*, 169:1038-1055.
- Cosgrove VE, Rhee SH, Gelhorn HL, Boeldt D, Corley RC, Ehringer MA et al. (2011) Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*, 39:109-123.
- de Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrão Y et al. (2013) Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23:594-601.
- Dogan S, Oncu B, Varol-Saracoglu G, Kucukgoncu S (2009) Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:77-87.
- Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA et al. (2015) Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 1:15020.
- Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA et al. (2021) The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*, 128:789-818.
- Faraone SV, Bellgrove MA, Hollis C, Philipsen A, Cortese S, Newcorn JH et al. (2024) Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Prim*, 10:11.
- Faraone SV, Biederman J (1997) Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis*, 185:533-541.
- Faraone SV, Biederman J, Mick E (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol*, 36:159-165.
- Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A et al.; WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017) The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*, 9:47-65.
- Franke B, Faraone SV, Asherson P, Buitelaar J, Bau CH, Ramos-Quiroga JA et al. (2012) The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry*, 17:960-987.
- Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP (2014) Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16:PCC.13r01600.
- Golubchik P, Sever J, Weizman A, Zalsman G (2011) Methylphenidate treatment in pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid trichotillomania: a preliminary report. *Clin Neuropharmacol*, 34:108-110.
- Hartman CA, Larsson H, Vos M, Bellato A, Libutzki B, Solberg BS et al. (2023) Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: a substantive and methodological overview. *Neurosci Biobehav Rev*, 151:105209.
- Hinshaw SP, Nguyen PT, O'Grady SM, Rosenthal EA (2022) Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *J Child Psychol Psychiatry*, 63:484-496.
- Inci SB, Ipci M, Akyol Ardic U, Ercan ES (2019) Psychiatric comorbidity and demographic characteristics of 1,000 children and adolescents with ADHD in Turkey. *J Atten Disord*, 23:1356-1367.
- Kao PH, Ho CH, Huang CL (2025) Sex differences in psychiatric comorbidities of attention-deficit/hyperactivity disorder among children, adolescents, and adults: a nationwide population-based cohort study. *PLoS One*, 20:e0315587.
- Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A & Klassen LJ (2017) Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17:302.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E et al. (2005) The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*, 35:245-256.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:716-723.
- Kessler RC, Adler LA, Berglund P, Green JG, McLaughlin KA, Fayyad J et al. (2014) The effects of temporally secondary comorbid mental disorders on the associations of DSM-IV ADHD with adverse outcomes in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychol Med*, 44:1779-1792.
- Koyuncu A, Ayan T, Ince Guliyev E, Erbilgin S, Deveci (2022) ADHD and anxiety disorder comorbidity in children and adults: diagnostic and therapeutic challenges. *Curr Psychiatry Rep*, 24:129-140.
- Krueger RF (1999) The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56:921-926.
- Krueger RF, Markon KE (2006) Understanding psychopathology: melding behavior genetics, personality, and quantitative psychology to develop an empirically based model. *Curr Dir Psychol Sci*, 15:113-117.
- Lahey BB, Applegate B, Chronis AM, Jones HA, Williams SH, Loney J et al. (2008) Psychometric characteristics of a measure of emotional dispositions developed to test a developmental propensity model of conduct disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37:794-807.

- Larsson H, Dilshad R, Lichtenstein P, Barker ED (2011) Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic effects, family risk and associated psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 52:954-963.
- Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone SV, Purcell SM, Perlis RH et al. (2013) Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*, 45:984-994.
- Lilienfeld SO (2003) Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *J Abnorm Child Psychol*, 31:285-291.
- Ludner M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang James Y, Reif A (2021) Alcohol use disorders and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*, 128:648-660.
- Martel MM, Nigg JT (2006) Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:1175-1183.
- Martin J, Taylor MJ, Lichtenstein P (2018) Assessing the evidence for shared genetic risks across psychiatric disorders and traits. *Psychol Med*, 48:1759-1774.
- Matthies SD, Philipsen A (2014) Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 1:3.
- Matthies S, Philipsen A (2016) Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)-review of recent findings. *Curr Psychiatry Rep*, 18:33.
- Mattos P, Saboya E, Ayrão V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G (2004) Comorbid eating disorders in a Brazilian attention deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. *Rev Bras Psiquiatr*, 26:248-250.
- Mayes R (2015) The ADHD explosion: myths, medication, money, and today's push for performance. *J Health Polit Policy Law*, 40:619-625.
- Mersin Kilic S, Dondu A, Memis CO, Ozdemiroglu F, Sevincok L (2020) The clinical characteristics of ADHD and obsessive-compulsive disorder comorbidity. *J Atten Disord*, 24:1757-1763.
- Michelini G, Kitsune GL, Cheung CH, Brandeis D, Banaschewski T, Asherson P et al. (2016) Attention-deficit/hyperactivity disorder remission is linked to better neurophysiological error detection and attention-vigilance processes. *Biol Psychiatry*, 80:923-932.
- Michielsen M, Semeijn E, Comijs HC, van de Ven P, Beekman AT, Deeg DJ et al. (2012) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 201:298-305.
- Miller CJ, Flory JD, Miller SR, Harty SC, Newcorn JH, Halperin JM (2008) Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry*, 69:1477-1484.
- NICE (2018) Guideline NG87 attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London, UK, National Institute for Health and Care Excellence.
- Ohnishi T, Kobayashi H, Yajima T, Koyama T, Noguchi K (2019) Psychiatric comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and patterns in the routine clinical setting. *Innov Clin Neurosci*, 16:11-16.
- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V (2005) Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Turk Psikiyatri Derg*, 16:252-259.
- Porteret R, Bouchez J, Baylé FJ, Varescon I (2016) ADH/D and impulsiveness: prevalence of impulse control disorders and other comorbidities, in 81 adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADH/D). *Encephale*, 42:130-137.
- Ptacek R, Stefano GB, Weissenberger S, Akotia D, Raboch J, Papezova H et al. (2016) Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12:571-579.
- Quinn PO (2008) Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Curr Psychiatry Rep*, 10:419-423.
- Quinn PO, Madhoo M (2014) A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*, 16:PCC.13r01596.
- Rohner H, Gaspar N, Philipsen A, Schulze M (2023) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among substance use disorder (SUD) populations: meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 20:1275.
- Rucklidge JJ (2008) Gender differences in ADHD: implications for psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother*, 8:643-655.
- Rucklidge JJ (2010) Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 33:357-373.
- Secnik K, Swensen A, Lage MJ (2005) Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23:93-102.
- Sobanski E (2006) Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256 (Suppl 1):i26-31.
- Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsøyr K (2018) Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 137:176-186.
- Sonuga-Barke E, Bitsakou P, Thompson M (2010) Beyond the dual pathway model: evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49:345-355.

- Stibbe T, Huang J, Paucke M, Ulke C, Strauss M (2020) Gender differences in adult ADHD: cognitive function assessed by the test of attentional performance. *PLoS One*, 15:e0240810.
- Süzer Gamlı İ, Tamam L (2016) Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda eş tanı durumları. *Psikiyatride Güncel*, 6:296-309.
- Tuğlu C, Şahin ÖÖ (2010) Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2:75-116.
- Uygun SD, Toprak-Kosku Z, Temeltürk RD, Uytun MC, Yurumez E, Oztop DB et al. (2025) Retrospective analysis of potential sex differences in naturally emerging psychiatric comorbidities over time in Turkish children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Middle East Curr Psychiatry*, 32:49.
- Uytun MC, Yurumez E, Babayigit TM, Efendi GY, Kiliç BG & Oztop DB (2023) Sluggish cognitive tempo symptoms cooccurring with attention deficit hyperactivity disorder. *Middle East Curr Psychiatry*, 30:6.
- Ünalı N, Ayanak B (2018) Travma ile ilişkili Bozukluklar ve Dışsallaştırma Boyutu. In *Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*, 1.Baskı (Ed. Ayanak B):53-58. Ankara, Türkiye Klinikleri.
- Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W, Patterson B (2011) Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neurosci Ther*, 17:221-226.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW (1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150:885-890.
- Weiner L, Perroud N, Weibel S (2019) Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder in adults: a review of their links and risks. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15:3115-3129.
- Willcutt EG (2012) The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9:490-499.
- Williamson D, Johnston C (2015) Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a narrative review. *Clin Psychol Rev*, 40:15-27.
- Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, Branney P, Beckett M, Colley W et al. (2020) Females with ADHD: an expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20:404.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Not: Yazar, bu araştırmanın bir kısmını 27-30 Nisan 2025 tarihlerinde Antalya'da düzenlenen Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 3. Uluslararası ve 27. Ulusal Klinik Eğitim Sempozyumu'nda sunmuştur.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.

Acknowledgment: The author presented portions of this research at the 3rd International and 27th National Clinical Education Symposium of the Psychiatric Association of Turkey held in Antalya, Turkey on April 27-30, 2025.