

Year (Yıl) : 2017
Volume (Cilt) : 4
Issue Number (Sayı) : 2
Doi : 10.5455/JNBS.1501967847

Received/Geliş 05.08.2017
Accepted/Kabul 14.08.2017

PANİK BOZUKLUĞU HASTALARINA EŞLİK EDEN ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

COMORBIDITY OF ADULT ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER WITH PANIC DISORDER

Pınar Gökçeimam¹, Hasan Mervan Aytaç^{2*}, Habib Erensoy³

Özet

Panik Bozukluğu (PB) olan hastalarda diğer psikiyatrik hastalıkların eş tanı oranı oldukça yüksektir. Bu çalışmada panik bozukluğu tanısı almış erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) varlığı ve bu durumla ilişkili özellikler araştırılmıştır. Çalışmamıza psikiyatri polikliniğine başvuran ve SCID-I ile DSM-IV 'e göre PB tanısı almış 65 kişi ile kontrol grubunu oluşturan 65 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Hasta grubunun hastalık şiddeti ve klinik durumlarının belirlenebilmesi amacıyla bu gruba Panik-Agorafobi Ölçeği uygulanmıştır. Klinik görüşmelere ek olarak her iki gruptan Sosyodemografik Veri Formu doldurulması istenmiş, WUDÖ ile Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmamızda PB tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunu kadın hastaların oluşturmaktadır. "İşsiz olma-çalışmama" durumunun sağlıklılara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla olduğu gözlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu arasında yaş ortalamaları, medeni durum ve eğitim durumlarının dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. PB tanısı alan hastalarda şu anki DEHB eş tanı oranı %15,4 olarak bulunmuştur. DEHB eş tanılı hastalarda DEHB alt tiplerinin grup içindeki dağılımları %60 'ı bileşik tip, %20' si "hiperaktivite ve dürtüsellik", %20' si "dikkat eksikliği" önde olan şeklinde saptanmıştır. Agorafobisi olan hastaların tamamında DEHB eş tanısı bulunmuştur. PB ile DEHB eş tanısı alan grupta panik bozukluğu olmadan DEHB tanısını alan gruba oranla daha düşük iş devamlılığı gözlenmiştir. DEHB tanılı hastalarda çalışma ve kontrol grubu arasında alkol kullanımı açısından istatistiksel bir farka rastlanmamıştır. 40 yaş üstü grupta DEHB hiç tespit edilmemiştir. Çalışmamızda PB ile DEHB eş tanı oranının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, agorafobisi olan PB olgularının tamamında DEHB eş tanısının bulunduğu görülmektedir.

Keywords: panik bozukluğu, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite, eş tanı

Abstract

The comorbidity of panic disorder with other psychiatric disorders is prevalent. This study aims to investigate the comorbid Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) with panic disorder (PD) in adults. In this study, 65 people with a diagnosis of panic disorder and 65 healthy volunteers who admitted to outpatient psychiatry clinic were included. In order to determine the disease severity and current clinical state Panic Agoraphobia Scale was used. Sociodemographic information form, Wender Utah Rating Scale (WURS) and Adult ADHD Diagnosis and Assessment Scale was used. Diagnosis of PD was significantly higher in women. Also it was observed that unemployment was statistically higher in PD group. There was no difference observed in between mean ages, marital status and education level. In patients diagnosed with panic disorder ADHD comorbidity rate was 15,4%. In comorbidity cases subgroups of ADHD was found as; 60% mixed, 20% hyperactivity and impulsivity, 20 % attention deficit dominant type showing statistical significance. In all cases with agoraphobia, it was associated with ADHD comorbidity. It was observed that PD comorbid with ADHD was associated with less work continuity than ADHD without PD comorbidity. There was no significant difference in alcohol use among ADHD diagnosed patients in both groups. ADHD diagnosis was not observed in individuals over 40 years of age. In our study, comorbidity of PD with ADHD was shown to be high. In all patients with Agoraphobia ADHD comorbidity was detected.

Keywords: panic disorder, adult attention deficit and hyperactivity, comorbidity

¹Erenköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi/Psikiyatri Kliniği/İstanbul

²Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

³Üsküdar Üniversitesi/Psikiyatri Birimi/İstanbul

*Corresponding Author: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. GSM:0543 668 90 38

Mail Adresi: mervan176@hotmail.com

1. Giriş

Panik bozukluğu, başlangıç yaşı çok değişken olmakla birlikte, genellikle geç ergenlikle otuzlu yaşların arasında başlayan (Burke et al., 1990), belirtilerde azalma ve artmalarla giden, genellikle kronik seyirli bir bozukluktur (Roy-Byrne & Cowley, 1995). Panik bozukluğuna eşlik eden ve zaman zaman ayırıcı tanı güçlükleri de oluşturabilen yüksek oranlarda tıbbi durum ya da psikiyatrik bozukluk eştanısı bulunmaktadır. Öyle ki, agorafobi de dâhil edildiğinde, tek başına panik bozukluğunun görülme olasılığının oldukça düşük olduğu söylenilebilir (Roy Byrne et al., 1999). Panik bozukluğu olan hastalarda hayatları boyunca depresyon (Breier et al., 1984) diğer anksiyete bozuklukları, örneğin sosyal fobi, genelleşmiş anksiyete, spesifik fobi (Pollack et al., 1990; Goldenberg et al., 1996) ve alkol madde kullanımı veya bağımlılığı da (Otto et al., 1992) dahil olmak üzere psikiyatrik hastalıklar sıklıkla eşlik etmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), temel özellikleri kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite, dürtüsellik olan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Gelişimsel davranışsal bir bozukluk olan bu rahatsızlığın temel öğeleri dikkat bozukluğu, hiperaktivite ve impulsivite olarak değerlendirilmektedir. Belirtilerin erken yaşta başlamış olması (yedi yaş öncesi), evde ve/veya okulda ciddi soruna yol açması, belirtilerin çocuğun gelişimini ve toplumsal çevre ile uyumunu (normallere oranla) bozacak sıklık ve şiddette olması gerekir (APA, 1994).

Çalışmalar, çoğunlukla çocukluk çağı DEHB'sinde eştanı üzerine yoğunlaşmış olup, erişkinde bu alanda yapılan çalışma oldukça azdır. DEHB varlığı ve bununla ilişkili özelliklerin araştırılması son yıllarda psikiyatri literatüründe artmış olmasına karşın, klinik olarak DEHB tanısının düşünülmesi erişkin psikiyatrisinde halen çok yetersizdir. DEHB, diğer psikiyatrik bozukluklara yüksek oranda eşlik ediyor gibi görünmekle birlikte literatürde anksiyete bozukluklarında DEHB eştanısı varlığına çok az değinilmiştir (Van Ameringen et al., 1992).

Hem DEHB (Faraone & Biederman, 1994) hem de panik bozukluğu dahil olmak üzere anksiyete bozuklukları (Weissman, 1993), benzer genetik etyolojiyi paylaştığı ileri sürülmektedir. Dahası, bazı ailesel-genetik çalışmalar iki hastalık arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Ailesinde anksiyete bozukluğu olan çocuklar kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda DEHB tanısı almaktadır (Sylvester et al., 1987; McClellan et al., 1990; Biederman et al., 1991). DEHB' nin ilk olarak görüldüğü aile üyelerinin diğer fertlerinde, normal kişiler ve onların akrabalarına göre, anksiyete bozukluğu riskinin daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Philipsen et al., 2008). Panik ve agorafobi, DEHB' nin ailede ilk görüldüğü kişilerde kontrollere kıyasla daha yaygın olarak bulunmuştur (Biederman et al., 1992). DEHB ve anksiyete bozuklukları pekçok risk faktörünü paylaşıyor gibi durmakla birlikte birbirinden bağımsız ailesel dağılımlar gösterdiğinden bahsedilmektedir (Perrin & Last, 1996).

Erişkinlerde DEHB eştanısı üzerine yapılmış bir çalışmada DEHB' li kişilerde eksen 1 ve 2 bozukluklarına, DEHB'

si olmayanlara göre daha yüksek oranda rastlanmış ve anksiyete bozukluklarının yüksek oranda eşlik ettiği, kadınlarda özellikle önceden geçirilmiş ya da halen var olan panik bozukluğu eştanısının daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır (Cumyn et al., 2009).

Çalışmamızda, DEHB'nin panik bozukluğundaki şu anki eştanı oranını bulmaya ayrıca bu birliktelikle ilişkili özellikleri ve sonuçları normal populasyonla karşılaştırmayı hedefledik.

2. Yöntem

Çalışmaya Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) ile DSM- IV' e göre panik bozukluğu tanısı alan 65 olgu ile kontrol grubunu oluşturan ve yine aynı yaş aralığındaki 65 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 130 kişi alınmıştır. Kontrol grubu herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan gönüllülerden oluşturulmuştur. Her iki gruba aydınlatılmış onam formu verilip yazılı onayları alınmıştır. Çalışmaya alınan olgulara bu çalışma için geliştirilen sosyodemografik soru formu uygulanarak; kişisel, ailevi bilgileriyle kliniğine ait bazı özellikler edinilmiştir.

Klinik görüşmeyle birlikte SCID I uygulanarak panik bozukluğu tanısı almış hastalara hastalıklarının şiddetinin ve klinik durumunun belirlenebilmesi amacıyla Panik-Agorafobi Ölçeği uygulanmıştır. Eşlik eden erişkin DEHB varlığının araştırılması amacıyla ise öykü ve klinik görüşmelerine WUDÖ ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu testi eklenmiştir. Kontrol grubunun da psikiyatrik muayenelerinin ardından aynı testleri uygulamaları istenmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmıştır.

Vaka gurubunun (Panik bozukluğu olanların) çalışmaya dahil edilme ölçütleri; DSM-IV-TR ölçütlerine göre panik bozukluğu tanısı alanlar, 18-60 yaş arasında olanlar, en az ilkökul mezunu ve klinik görüşme ve testler için entelektüel kapasitesi yeterli olanlar, klinik değerlendirmeye zeka yetersizliği (Sınır zeka ve üstü) düşünülmeyenler, nörolojik bir hastalığı olmayanlar, psikotik özellik taşımayanlar, panik ataklarına yol açacak herhangi bir genel tıbbi duruma bağlı bozukluğu olmayanlar, alkol, psikoaktif madde etkisinde bulunmaması, olgulardan çalışmaya katılmayı kabul edenler.

Vaka gurubunun çalışmaya dâhil edilmeme ölçütleri olarak yukarıdaki kriterleri yerine getirememeleri olarak değerlendirilmiştir.

Kontrol gurubunun çalışmaya dâhil edilme ölçütleri; DSM-IV-TR ölçütlerine göre şu anda ve geçmişte tanı koyulmuş bir psikiyatrik bozukluğu olmayanlar, 18-60 yaşları arasında olanlar, en az ilkökul mezunu ve klinik görüşme ve testler için entellektüel kapasitesi yeterli olanlar, klinik değerlendirmeye zekâ yetersizliği düşünülmeyenler, nörolojik bir hastalığı olmayanlar, çalışmaya katılmayı kabul edenler.

Kontrol gurubunun çalışmaya dâhil edilmeme ölçütleri olarak yukarıdaki kriterleri yerine getirememeleri olarak değerlendirilmiştir. Tüm dâhil ve red edilme kriterleri

uzman doktor kanaati ile yapılmıştır.

2.1. Veri toplama araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Olguların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sınıf tekrarı yapıp yapmadığı, okulda disiplin cezası alıp almadığı, çalışma durumu, sık işdeğişirmesinin olup olmadığı, medeni durumu, evlilik sayısı, gelir düzeyi, trafik cezası alıp almadığı, adli ceza alıp almadığı, hastalığın başlangıç yaşı, görmekte olduğu tedavi, ailede psikiyatrik öykü, sigara kullanımı, alkol-madde kullanımı, intihar girişimi öyküsü bu formda değerlendirilmiştir.

SCID-I: DSM-IV Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından, 1994 yılında DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış bir klinik görüşme ve majör DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Hem psikiyatri hem de genel tıp hastalarına uygulanabilir. Dil ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler için kullanımı uygundur. Altı modülden oluşmaktadır. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. (Özkürkçügil et al., 2009)

Panik Agorafobik Ölçeği: Panik bozukluğu tanısı almış olan hastada panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddetin derecelendirildiği ölçektir. Her bir alt bölüme ait puanlar panik bozukluğun bileşen puanlarını, bu puanların toplamı ise toplam şiddet puanını belirler.

DSM-III-R, DSM-IV ve ICD-10 gibi standart kabul edilen tanı araçlarıyla panik bozukluğu tanısı (agorafobi veya agorafobi olmadan) almış olan hastalara uygulanır. Ölçek özellikle ilaç veya psikolojik tedavilerin etkinliğinin araştırıldığı klinik çalışmaların haftalık değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ayrıca diğer psikiyatrik hasta gruplarında panik bozukluğu ve agorafobi belirti örüntüsünü araştırmak amacıyla kullanılabilir.

(Aydemir & Köroğlu, 2006).

Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Ölçeği: Ölçek 1995 yılında Dr. Atilla Turgay ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Turgay, 1995). Türkçe'ye çevrilmesi, uyarlanması, geçerlilik güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmıştır (Günay et al., 2006). Ölçeğin doldurulması ile ilgili gereken açıklama yapıldıktan sonra kişinin kendisinin uygulayabileceği bir ölçektir. Ölçekte üç bölüm bulunmaktadır.

Ölçeğin birinci; Dikkat Eksikliği ve ikinci; Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik bölümü DSM-IV tanı kriterlerindeki 18 belirti alınarak oluşturulmuştur. Üçüncü bölüm Dikkat Eksikliği Bozukluğu/DEHB ile ilişkili özellikler olarak belirtilmiştir. Bu bölüm ise Dr. Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş olup DSM-IV'e tanı kriteri olarak girmeyen ancak konu ile ilgili yapılan araştırmalara dayanarak çeşitli yayınlarda sözü edilen belirtiler alınmıştır.

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender Utah Rating Scale): Bu ölçek çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konulmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (Öncü

et al., 2005). Erişkinlerde DEHB tanısı konulabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek geliştirme çalışması sırasında oluşturulan ilk ölçek çocukluktaki DEHB belirtilerini sorgulayan 61 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Yapılan analizler sonucu DEHB olan erişkinleri sağlıklı kontrollerden en iyi ayırdığı saptanan 25 madde puanlanmaktadır. Bu maddelerden elde edilen 0-100 arası puanlar Wender Utah Derecelendirme Ölçeği puanını vermektedir. Kesim noktası olarak 46 puan alındığında DEHB olan hastaların %86'sını, sağlıklı kontrollerin %99'unu ve depresyonu olan hastaların %81'ini ayırt edebileceği bildirilmektedir (Shallice, 1988). Ölçeğin türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması Öncü ve ark. tarafından yapılmıştır (Ward & Wender, 1994).

2.2. İstatiksel Yöntem ve Analiz:

Bu çalışmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 19 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerini yanı sıra ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız t testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar ve ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, %95 güven aralığı anlamlılık $p < 0.05$ düzeyi için aldıkları olasılık değerlerine göre değerlendirilmiştir.

3. Sonuçlar

Yaş ortalamalarına bakıldığında panik bozukluğu olan hastaların yaş ortalaması 34,9, kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireylerin yaş ortalamalarının ise 35,4 olduğu saptanmıştır. İki gruba ait yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ($p=0,785$; $t=-0,272$).

Table 1: Sosyodemografik İstatistikler

Yaş	Çalışma Grubu 34,98 ± 10,89	Kontrol Grubu 35,49 ± 10,32	Test İstatistikleri $p=0,785$ $t=-0,272$
Cinsiyet	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
Kadın	41 %63,1	29 %44,6	$\chi^2=4,457$
Erkek	24 %36,9	36 %55,4	$p=0,035$
Eğitim Durum	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
İlkokul	21 %32,3	20 %30,8	$\chi^2=0,223$
Ortaokul	11 %16,9	13 %20,0	
Lise	16 %24,6	15 %23,1	$p=0,974$
Üniversite	17 %26,2	17 %26,2	
Medeni Durum	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
Evlili	41 %63,1	45 %69,2	$\chi^2=2,567$
Bekar	23 %35,4	19 %29,2	$p=0,463$
$p < 0.005$			

Cinsiyet dağılımlarına bakıldığında panik bozukluğu olan grup içerisinde yer alan hasta bireylerin %63,1'inin kadın ($n=41$), %36,9'nun erkek ($n=24$) olduğu; buna karşılık kontrol grubunda yer alan bireylerden %44,6'sının kadın ($n=29$), geriye kalan %55,4'ünün ise erkek ($n=36$) olduğu görülmektedir. Bu değerler istatistiki olarak karşılaştırıldığında ise ele alınan örnekleme yer alan bireylerin cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($\chi^2=4,457$; $p=0,035$).

Çalışma ve kontrol gruplarının medeni durumları karşılaştırıldığında çalışma grubunda yer alan panik

bozukluğu olan hastaların % 63,1'i evli (n=41), %35,4'ü bekar (n=23) ve sadece %1,5'inin (n=1) boşanmış yada eşini kaybetmiş olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda yer alan sağlıklı gönüllülerin ise; %69,2'si evli (n=45), %29,2'si bekâr (n=19) ve %1,5'inin (n=1) boşanmış ya da eşini kaybetmiş olduğu görülmüştür. Gruplar arasında medeni durum açısından bir fark olup olmadığı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2=2,567$; $p=0,463$).

Çalışma ve kontrol grubu arasında eğitim durumları açısından istatistiksel bir farka rastlanmamıştır ($p=0,974$; $\chi^2=0,223$).

Panik bozukluğu olan hastaların şu anki görüşmede %15,4'ünde DEHB eş tanısına rastlanmaktadır. DEHB eş tanısı taşıyan hastaların; %20'si dikkat eksikliği, %20'si hiperaktif dürtüsel ve geriye kalan %60'ı ise miks DEHB alt tip özelliği göstermektedir.

Çalışma grubuna ait DEHB tiplerinin dağılımlarına bakıldığında DEHB tiplerinin grup içinde dağılımı istatistiksel olarak miks tip açısından farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.0005$; $t=9,00$).

DEHB eş tanısına çalışma grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, iki grup arasında DEHB eş tanısı taşıma olasılığının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir.

($\chi^2=1,884$; $p=0,170$).

Table 2: DEHB Eş tanı Oranı ve Alt Tip Dağılımı

DEHB Eş Tanısı	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
DEHB Var	10 %15,4	5 %7,7	$\chi^2=1,884$
DEHB Yok	55 %84,6	60 %92,3	$p=0,170$

DEHB Alt Tipleri	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
Dikkat Eksikliği Tipi	2 %20,0	3 %60,0	$\chi^2=5,100$
Hiperaktif Dürtüsel Tip	2 %20,0	2 %40,0	$p=0,078$
Miks. Tip	6 %60,0	- %-	

p<0.005

DEHB alt tiplerinin dağılımları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak $\alpha=0,10$ ve $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde bakıldığında çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre DEHB alt tiplerinin dağılımı açısından çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($\chi^2=5,100$; $p=0,078$). Nitekim sonuçlarda da görüldüğü gibi kontrol grubu içinde miks tipte DEHB varlığına rastlanmamıştır.

Agorafobisi olan ve olmayan panik bozukluğu olan hastalardaki DEHB eş tanı oranı incelendiğinde agorafobisi bulunan hastaların tamamında DEHB eş tanısına rastlandığı görülmüştür.

DEHB eş tanısı gösteren bireyler arasında eğitim durumu açısından bir fark olup olmadığı incelendiğinde eş tanı gösteren çalışma grubu içerisinde yapılan analizde grup içinde eğitim yılı ortalamalarının farklılaştığı tespit edilmiştir ($p=0,000$; $t=9,00$). Ancak kontrol ve çalışma grubu arasında yapılan çalışmada gruplar arasında istatistiksel bir farka rastlanmamıştır ($\chi^2=2,850$; $p=0,415$).

DEHB tanısı almış hastaların alkol kullanım alışkanlıklarına

bakıldığında çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark gözlemlenmemiştir ($\chi^2=2,143$; $p=0,343$).

Table 3: Sosyodemografik İstatistikler

Eğitim Durumları	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
İlkokul	3 %30,0	3 %60,0	$\chi^2=2,850$
Ortaokul	2 %20,0	- %-	$p=0,415$
Lise	2 %20,0	- %-	
Üniversite	3 %30,0	2 %40,0	

Alkol Kullanımı	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
Hiç	5 %50,0	2 %40,0	$\chi^2=2,143$
Nadiren	5 %50,0	2 %40,0	$p=0,343$
Haftada Bir iki Kez	- %-	1 %20,0	

p<0.005

Sadece çalışma hayatına atılmış bireyler ele alındığında (Öğrenci ve Ev Hanımları bu grup dışında tutulmuştur) çalışma ve kontrol grubu içerisinde yer alan bireylerin iş değiştirme sıklıkları ekteki tabloda incelenmiştir. Bu sonuca göre; çalışma grubu ve kontrol grubu arasında olarak $\alpha=0,10$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark görülmektedir ($\chi^2=5,766$; $p=0,056$). Bu sonuç ışığında çalışma grubunda yer alan bireylerin kontrol grubundakilere oranla daha sık iş değiştirdiği söylenebilir.

Table 4: Çalışan Bireylerde İş Değiştirme Sıklıkları

İş Değiştirme Sıklığı	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistikleri
Hiç	16 %45,7	26 %44,8	$\chi^2=5,766$
Nadiren	13 %37,1	30 %51,7	$p=0,056$
Sık	6 %17,1	2 %3,4	

p<0.005

Çalışma grubunda yer alan DEHB' li olan ve olmayan hastaların ilk panik atak yaşlarına göre DEHB durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir tablo ortaya çıkmamaktadır ($\chi^2=5,116$; $p=0,163$). Ancak bu bulguya rağmen 40 yaş üstü grupta DEHB görülmemesi dikkat çekicidir.

Table 5: Panik Atak Geçirmiş Hastaların ilk panik atak yaşları ve DEHB ilişkisi

Yaş Grubu	DEHB Yok	DEHB Var	Test İstatistikleri
20 Yaş ve Altı	15 %27,3	3 %30,0	$\chi^2=5,166$
20-30 Yaş Grubu	16 %29,1	3 %30,0	$p=0,163$
30-40 Yaş Grubu	9 %16,4	4 %40,0	
40 Yaş ve Üstü	15 %27,3	- %-	

p<0.005

4. Tartışma

Panik bozukluğu olan hastalarda psikiyatrik eş tanı oranının yüksek olduğu bilinmektedir (Roy Byrne et al., 1999). Eş tanı sıklığı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerde de sık görülür ve bu durum kişinin yaşam kalitesi, işlevselliğini oldukça olumsuz yönde etkileme potansiyeli taşır. Çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri olan DEHB'nin erişkin dönemde de sıklıkla devam ettiğine dair kanıtlara ilk kez 1976 yılında dikkat çekilmiştir. Bununla birlikte çalışmaların son yıllarda artmasıyla hastalığın erişkin hayattaki devamı ve yansımalarına yapılan vurguya rağmen erişkin psikiyatristlerinin bu tanıya yönelik farkındalığı halen yetersizdir. Hatta bu tablonun erişkinde görüldüğünü tartışan, kabul etmeyen görüşler de vardır.

Tüm bunlarda erişkindeki belirtilerin çocuktakine göre çok daha fazla değişkenden etkilenmesi ve bu belirtilerin zamanla erişkin hayata adaptasyon çabalarıyla çok çeşitli şekilde farklılaşması, bu nedenle tanı kriterlerinin belirlenmesi ve tanı koyulmasındaki zorluk etkili olabilir. Pek çok psikiyatrist halen çocukta bu tanıyı kabul ederken, erişkin olma sürecindeki biyopsikososyal gelişimi göz önüne alarak, erişkinde böyle bir tanının net olarak söylenemeyeceği görüşündedir.

Çalışmamızda panik bozukluğu grubu ve kontrol grubunda Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivitesi eş tanı varlığı ve bunlarla ilişkili özellikler incelenmiştir. Bazı panik bozukluğu olan hastaların semptomları klasik gidiş ve ifade biçiminden farklı olduğunun gözlemi sonrasında, bu semptomların yalnızca panik bozuklukla ilişkili olmayabileceği, seyir ve şiddetini etkileyen başka bir zeminin de düşünülmesi gerektiği fikriyle bu araştırmaya başladık.

Panik atağı öyküsüyle polikliniğimize başvuran bazı hastalar, tekrarlayan panik ataklar sonrasında gelişen anksiyeteli bekleyişlerini her zamanki gerginlik / iç huzursuzluklarından daha farklı, ancak bu sefer sebebin tanımlayabildikleri bir gerginlik olarak aktarmaktaydı. Ancak zaten kendilerinde var olan huzursuzluk, kıpır kıpır olma, yerinde ya da belli mekânlarda fazla duramama şeklinde ifade ettikleri sıkıntılı hali ne zaman ve nerede başladığı, nasıl tam olarak geçtiği gibi sorulara net yanıt verememekteydi.

Tekrarlayan panik ataklarını deneyimleyen hastalar, agorafobi yaşantılarını tanımlarken ise, eskiden de belli ortamlarda uzun süre kalamayıp sıkıldıklarını ancak panik atak deneyiminden sonra ortamla ilgili tanımlayabildikleri bir korku duygusunun başladığını dile getirmekteydi. Bu süregelen sıkıntılı hali başka bir anksiyete bozukluğu gibi panik bozukluğuna sık eşlik eden bir psikiyatrik tabloya da uymamaktaydı.

Bazı hastalarımızda ise klinik görüşme sırasında sözün bitmesini beklemeden yanıt verme, sabırsızlık, ellerde bacaklarda, o sırada sıkıntılı olmadıklarını ifade etmelerine rağmen, hareketlilik hali vs. gibi özellikler dikkat çekiciydi.

Tüm bunlardan yola çıkarak bazı erişkin panik bozukluğu hastalarında süre giden, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesinin olma ihtimalini düşündük ve çalışmayı planladık. Ancak yukarıda da belirttiğimiz gibi DEHB tanısını araştırırken, erişkinde pek çok semptom ve özelliğin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ile karışabilme ihtimalini çok fazla göz önünde bulundurduk, ve tanısından kesinlikle emin olduğumuz DEHB vakalarını istatistiklerimize aldık. Eşik altı belirtilerinin olduğunu saptadığımız kişileri çalışmaya dâhil etmedik. Aynı şekilde panik- agorafobi spektrumunda tanımlanabilecek ve veya panik benzeri semptomları olan hastaları da panik bozukluk grubunda kabul etmedik.

DSM-IV TR' ye göre herhangi bir ikinci eksen tanısını tam olarak karşılayan vakaları da çalışma dışında bıraktık. İkinci eksene dair belirgin olan bazı özellikleri, biyopsikososyal gelişme sürecinde DEHB ile sebep-sonuç ilişkisi açısından değerlendirmeye aldık. Literatür ve klinik gözlemlerde "DEHB ile ilişkili özellik" şeklinde vurgulanıyor olanları bu tanıya özgü belirti olarak kabul

ettik. Bu verilerimizi istatistiksel sonuçlarımızda birebir kullanmasak da, tespitler DEHB tanımını ve bununla ilişkili her türlü örüntüyü desteklemeleri açısından önemliydi.

Cinsiyet dağılımlarının oranlarına bakıldığında çalışma grubu içerisinde yer alan hasta bireylerin %63,1'inin kadın, %36,9'nun erkek olduğu; buna karşılık kontrol grubunda yer alan bireylerden %44,6'sının kadın, geriye kalan %55,4'ünün ise erkek olduğu görülmektedir. Bu değerler istatistiki olarak karşılaştırıldığında ise ele alınan örneklemde yer alan bireylerin cinsiyetleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu bulgu, Ateşçi ve arkadaşlarının ülkemizde yaptıkları çalışmada buldukları, panik bozukluğu hastalarının % 63' ünün kadın olduğu bilgisiyle uyumluluk göstermektedir (Etik et al., 2007).

Panik bozukluk hastalarında çalışmada oranları normal popülasyona kıyasla daha fazlaydı. Bu oran hesaplanırken ev hanımları ve öğrenciler hariç bırakıldı. Bu bulgumuz daha önceki pek çok literatürle uyumluydu (Kessler et al. 1998; Skapinakis et al. 2011).

Panik bozukluğu olan hastalarda DEHB eş tanı oranını %15.4, sağlıklı gönüllülerde ise %7.7 olarak gözlemledik. Genel popülasyonda erişkin DEHB görülme ve veya tanı koyulma oranlarının %2.2 ile %16.1 gibi geniş bir aralıkta değiştiği pek çok literatürde vurgulanmaktadır (Faraone et al., 2003; Skounti et al., 2007). Bulduğumuz oran bu aralığa uymaktadır. Panik bozukluğu hastalarında tespit ettiğimiz DEHB oranı ise literatüre göre düşüktür (Bradley & Hood, 1993; Millstein et al., 1997). Bunun sebebinin yukarıda belirttiğimiz tanısız hassasiyetimizle ilgili olduğunu düşündük.

Agorafobisi olan ve olmayan panik bozukluklu hastalardaki DEHB eş tanı oranı incelendiğinde agorafobisi bulunan hastaların tamamında DEHB eş tanısına rastlandığı görülmüştür. Bu sonuç dikkat çekicidir. Yaptığımız literatür çalışmaları sonucunda agorafobi ve DEHB ilişkisine dair bilgiye rastlanmamıştır. Çalışmamızdan çıkan sonuca göre panik bozukluğu olan hastalarda DEHB eşlik ediyorsa, agorafobinin yüksek olasılıkla gelişeceği speküle edilebilir. DEHB'li bireylerin zaten belli durum ve mekânlarda uzun süreli kalabilmekle ilgili sıkıntı yaşamaları, agorafobi gelişimini kolaylaştırıyor olabilir.

İlk panik atak yaşının sıklıkla yirmili yaşlarda olduğu pek çok literatürde belirtilmiştir (Faravelli & Paionni, 1999). Çalışmamızda 40'lı yaş ve sonrasında vakaların oranlarının diğer yaş gruplarına benzer şekilde çıkması örneklem sayımızın az olmasıyla ilişkili gibi görünmektedir. Ancak yine de çalışmamızın kendi içinde ilk panik atak yaşlarına baktığımızda 40 yaş altındaki başvurularda DEHB' si olan ya da olmayan grupta anlamlı bir fark bulunmazken, 40 yaş üstü grupta DEHB görülmemesi dikkat çekicidir. Bu sonuca göre DEHB ve panik bozukluk birlikteliği söz konusu olarsa bu başlangıcın daha erken yaşlarda olacağı söylenilebilir.

Panik bozukluk hastalarında var olan DEHB'nin alt tiplerinin dağılımı, merak ettiğimiz bir başka özellikti. DEHB'si olan çocukların erişkinliğe dek izlendiği prospektif çalışmalar, dikkat eksikliği semptomları erişkin hayatta da devam ederken, hiperaktif ve impulsif semptomların giderek azaldığını ve bu azalmanın adolesan dönemde

belirgin olduğunu göstermiştir (Brown & Gammon, 1995; Fayyad et al., 2007). Biz panik bozuklukta eş tanı alan DEHB hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktif-impulsif grup oranını benzer (%20), bileşik tipi ise en yüksek (%60) olarak bulduk. DEHB semptomlarının gelişme zamanını inceleyen uzunlamasına çalışmalarda dikkatin etkilenmesinin erken çocukluk döneminde başlayan hiperaktif-impulsif davranış zorluklarına ikincil geliştiği kanıtlanmıştır (Loeber et al., 1992). Bu bilgi, bileşik tipin dikkat eksikliği semptomları eklenmesiyle birlikte hiperaktif-impulsif tipten gelişiyor olabileceğine işaret eder (Barkley & Murphy, 1998). Çalışmamızda erişkin DEHB popülasyonuna göre panik bozukluğa eşlik eden DEHB'li kişilerde bileşik tipin daha yüksek oranda bulunması ve hiperaktivitenin dikkat eksikliğine eşit yükseklikte tespit edilmesi, bileşik tipin hiperaktif-impulsif tipten doğduğu bilgisiyle birleştirilecek olursa, dikkat çekicidir. Bu sonuçla birlikte hiperaktif-impulsif belirtileri yüksek oranda olan çocukların erişkin dönemde daha fazla panik bozukluk geliştirebilecekleri söylenilebilir. Bununla birlikte bileşik alt tipi olan DEHB'li bireylerin psikiyatrik eş tanı oranlarının (davranım bozukluğu, yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi) yüksek olduğunu bulan bir çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluğu oranlarında bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (Millstein et al., 1997). DEHB alt tipleri üzerine yapılan çalışmaların tümü neredeyse çocuklarla ilgiliyken bu farklılıkların erişkin DEHB'sindeki yansımalarının çalışıldığı çalışma çok az sayıdadır (McGough et al., 2005, Murphy et al., 2002, Sprafkin et al., 2007). Erişkin yaşamdaki olası yansımaların, bunların genel ruh sağlığı ve bireylerin işlevselliğindeki önemi açısından, daha fazla çalışılmasına ihtiyaç olduğu açıktır.

Panik bozukluğu olup da DEHB eş tanısı almış bireylerin tamamı alkol kullanım anamnezlerinde "hiç" ya da "nadiren" olarak yanıt vermiştir. Kontrol grubunda ise DEHB tanısı almış olan bireylerin %80'i "hiç" ya da "nadiren" %20'si ise "haftada bir iki kez" yanıtını vermiştir. İkinci grupta "haftada bir-iki kez den daha çok" yanıtını veren olmamıştır. Alkol kullanımı olan bireylerden kötüye kullanımın varlığı açısından da anamnez alınmıştır. Buna göre her iki grupta da DSM-IV'e göre alkol kötüye kullanımı ya da alkol bağımlılığı kriterlerini dolduran hasta tespit edilmemiştir. Her iki grupta DEHB tanısı almış bireylerin alkol kullanım alışkanlıklarına bakıldığında çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark görülmemiştir. Bu tespit, DEHB'li bireylerde normal popülasyona göre madde kullanımının arttığının tespit edildiği önceki pek çok literatür bilgisine uymamaktadır (August et al., 2006; Molina & Pelham, 2003) Çalışmamızın çoğu kadın hastalardan oluşmaktadır. Bu sonuç, sosyokültürel bağlamda ülkemizde kadınlarda alkol madde kullanım oranının daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Bazı yazarlar; bipolar bozukluk ve DEHB tanıların farklı bozukluklar olmakla birlikte sıklıkla bir arada bulunabildiğini hatta duygudurum bozukluğu spektrumunun parçaları olabileceğini de belirtmektedirler; ayrıca ailesel bipolar bozukluk öyküsü bulunan hastaları DEHB-bipolar alt tip olarak sınıflandırılabilineceğini de ifade etmekte (Wilens et al., 2003; Masi et al., 2003; Dilsaver et al., 2003). DEHB ve siklotiminin özellikle dürtüsellik açısından benzerlikleri mevcuttur (Perugi et al., 2011). Hatta

siklotimik hastalarda zaman içinde bipolar bozukluk gelişip, hızlı döngülülük bile oluşabilir (Hantouche & Perugi, 2012). Hem bipolar hem siklotimi hem de DEHB da anksiyete bozukluğu ek tanı sıklığı artmaktadır.

Bipolar bozuklukta ve siklotimde (Perugi & Akiskal, 2002; Akiskal, 2006) anksiyete bozuklukları (DSM-5'e göre) ek tanısında panik bozukluğu (Gustavo et al., 2014) ve sosyal fobi ön plana çıkarken, gidişata da etki ettikleri çalışmalarda yer almıştır (Robert et al., 2007, Berkol et al., 2015). DEHB de panik bozukluğu ek tanısının erkeklerde daha sık izlendiği belirtilmektedir (Cumyn et al., 2009).

Bipolar bozukluğunun ve DEHB'nun anksiyete bozukluğu ek tanıları arasındaki benzer ilişki önemlidir. Bipolar bozukluk, siklotimi ve DEHB ilişkisi de düşünüldüğünde, tüm bu süreçlerin birlikteliğinin önemi artmaktadır.

Daha önce de değinildiği gibi literatürde anksiyete bozukluklarından biri olan panik bozukluk, agorafobi ve DEHB birlikteliği ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu alanda yapılan az sayıda çalışmadan biridir. Bununla birlikte çalışmamıza kabul edilen hasta sayısının toplumda sık görüldüğü bilinen ve araştırmamız için konu olan iki bozukluğun çalışılması için yetersiz olduğu açıktır. Üstelik hastanemize başvuruda bulunan hastaların sosyokültürel- sosyoekonomik durumları göz önüne alındığında çalışma sonuçları genel toplumu yansıtmayabilir.

Çalışmamızda hastalar, tanının netleştirilebilmesi amacıyla, panik semptomlarıyla başvurduğu aynı hafta içinde yeniden değerlendirilmeye alınmıştır. Oysaki araştırdığımız her iki bozukluk da süregelen seyirlidir. Kesitsel bir çalışma olması, uzunlamasına bir izlemeye dayanmaması nedeniyle, birlikteliklerinin doğasının araştırılmasında, bu çalışma yetersiz kalmaktadır.

Ayrıca iki grup arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunması, sonuçların değerlendirilmesinde yanlılık oluşturabilir.

Erişkin dönem için DEHB tanısının koyulması ile ilgili bahsedilen zorluklar nedeniyle tanılandırma aşamasında oldukça seçici davrandığımızdan (subklinik vakalar çalışma dışı bırakıldı), çalışmamızda eş tanı oranları gibi bazı değerler gerçekte olduğundan daha düşük tespit edilmiş olabilir. Bu sonuçta örneklem sayımızın yetersiz olmasının da etkisi olduğu düşünülmektedir. Yaptığımız çalışmada her ne kadar panik bozukluk ve kontrol grubu arasında DEHB eş tanısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamamış olsak da belirttiğimiz sebeplerden ötürü bu alanda yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Panik bozukluk gibi anksiyete bozukluklarıyla DEHB birlikteliğinin, muhtemel etiyolojik ortaklığın, bu iki bozukluk arasındaki sebep sonuç ilişkisinin, bu durumun yaşam kalitesi ve prognoz üzerine etkilerinin daha iyi aydınlatılması için bu konuyla ilgili yapılacak uzunlamasına, daha geniş örneklemli ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Sonuç olarak, çalışmamızda panik bozukluğunda dikkat eksikliği eş tanı oranını ve bu eştanıyı alma ile ilişkili klinik özellikleri araştırdık. Panik bozukluk grubunun çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Eş tanı durumuna baktığımızda çalışmamız, panik bozuklukta

DEHB birlikteliğinin yüksek ve istatistiksel olarak normal popülasyonda DEHB görülme sıklığına benzer oranda olduğunu göstermektedir. Agorafobisi olan hastaların tamamında DEHB eş tanısına rastlanmıştır. Panik bozukluğuna DEHB eşlik eden bireylerin büyük çoğunluğu "bileşik tip" özelliği göstermesi, ayrıca kontrol grubunda bileşik tipte DEHB varlığına rastlanmaması düşündürücüdür. Panik bozukluğu olan DEHB'li bireylerin iş değiştirme sıklığı, yalnızca DEHB kriterlerini karşılayan bireylere göre daha yüksek oranda görülmektedir. Panik bozukluk ve DEHB birlikteliğine genç ve genç erişkinlerde rastlanmıştır.

Literatürde panik bozukluk ve diğer psikiyatrik durumların birlikteliği ile ilgili çok fazla sayıda çalışma vardır. Fakat Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu eş tanısıyla ilgili araştırma sayısı kısıtlıdır. Çalışmamız bu alanda yapılan az sayıda çalışmadan biri olup, örneklem sayımızın az olması, örneklem grubumuzun sosyokültürel özelliklerinin toplumun genelini yansıtmıyor olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca çalışma planımızın kesitsel olması nedeniyle bu alanı etkileyebilecek her türlü değişkeni gözlemleyememiş olmamız, birlikteliğin gerçek doğasıyla ilgili fikir edinilmesinde önemli bir kısıtlılıktır. İlerde panik bozukluk ve diğer anksiyete bozuklukları ile erişkinde DEHB birlikteliğine çok yönlü yaklaşılabilmesi için bu konuyla ilgili yapılacak daha geniş örneklemli ve çok merkezli araştırmalara ihtiyaç vardır.

Yazarların Görevleri:

Pınar Gökçeimam: Olguların toplanması, literatür taranması, tüm makalenin yazımı

Hasan Mervan Aytaç: Tüm makalenin yazımı, literatür taranması, kaynakların düzenlenmesi

Habib Erensoy: Tüm makalenin yazımı, istatistiklerin hazırlanması

Kaynaklar:

- Akiskal, H.S., Akiskal, K., Perugi, G., Toni, C., Ruffolo, G., Tusini, G., 2006. Bipolar II and anxious reactive "comorbidity": toward better phenotypic characterization suitable for genotyping. *J. Affect. Disord.* 96, 239-247
- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) (DSM-IV), APA, Washington, DC
- August, G. J., Winters, K. C., Realmuto, G. M., Fahnhorst, T., Botzet, A., & Lee, S. (2006). Prospective study of adolescent drug use among community samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(7), 824-832.
- Aydemir Ö, Köroğlu E. (2006) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. HYB, Ankara.
- Barkley RA., Murphy KR. (1998) Attention-deficit hyperactivity disorder. In: A clinical workbook. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Berkol TD, Koyuncu A., Kırılı E., Alataş E., İslam S. (2015) Siklotimisi Olan Bireylerde Atipik Major Depresif Epizod ve Sosyal Fobi Birlikteliğinin Varlığı Manik ya da Hipomanik Kaymanın Öncüsü Olabilir mi? Yeni Symposium 53 (3), 51-56
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C et al. (1992) Further evidence for family-genetic risk

factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and Psychorelatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch. Gen. Psychiatry*; 49:728-738.

Biederman, J. (1991). Familial Association Between Attention Deficit Disorder. *Am J Psychiatry*, 148, 251-256.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., ... & Spencer, T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of general psychiatry*, 49(9), 728-738.

Bradley, S. J., & Hood, J. (1993). Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: Presenting symptoms, stressors, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 826-829.

Breier A, Charney DS, Heninger GR. (1984) Major depression in patients with agoraphobia and panik bozukluk. *Arch. Gen. Psychiatry*; 41:1129-1135.

Brown TE., Gammon GD. (1995) Differential diagnosis of ADD vs. ADHD in adults. In: Nadeau KG, editor. Comprehensive guide to attention deficit disorder in adults. New York: Brunner/Mazel.

Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of general psychiatry*, 47(6), 511-518.

Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683.

Dilsaver SC., Henderson-Fuller S., Akiskal HS. (2003) Occult mood disorders in 104 consecutively presenting children referred for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community mental health clinic. *J Clin Psychiatry.*; 64(10):1170-1176.

Etik Ç., Taner E., Aslan S., Işık E. (2007) Panik Bozukluğu: Solunumsal Alt Tipler, Yakın ve Geçmiş Yaşam olaylarının Rolü. *Yeni Symposium Journal*; 45:128-133

Faraone, S. V., & Biederman, J. (1994). Is attention deficit hyperactivity disorder familial?. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 271-287.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World psychiatry*, 2(2), 104-119.

Faravelli, C., & Paionni, A. (1999). Panic disorder: clinical course, etiology and prognosis. *Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms*, DJ Nutt, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz,

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... & Lépine, J. P. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409.

Goldenberg, I. M., White, K., Yonkers, K., Reich, J., Warshaw, M. G., Goisman, R. M., & Keller, M. B. (1996). The infrequency of "pure culture" diagnoses among the anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 57(11), 528-533.

Günay Ş., Savran C., Aksoy UM., Maner F., Turgay A., Yargıcı İ. (2006) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV based diagnostic screening and rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenirlik ve norm çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*; 8:98-107.

Hantouche E. & Perugi G. (2012) Should cyclothymia be considered as a specific and distinct bipolar disorder?, *Neuropsychiatry* 2(5), 407-414

Kessler RC., Stang P., Wittchen HU., Ustun TB., Roy-Byrne PP., Walters EE. (1998) Lifetime psnic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 55:801-808.

Loeber R., Green, S. M., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., & Frick, P. J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 1(1), 21-41.

Masi, G., Toni, C., Perugi, G., Traverso, M. C., Millepiedi, S., Mucci, M., & Akiskal, H. S. (2003). Externalizing disorders in consecutively referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 44(3), 184-189.

McClellan JM., Rupert MP., Reichler RJ., Sylvester CE. (1990). Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 29:534-539

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543-552.

Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2(3), 159-166.

Molina, B. S., & Pelham Jr, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 497-507.

Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(3), 147-157.

Perugi, G., Akiskal, H.S., (2002). The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr. Clin. North Am.* 25, 713-737.

Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K. (2011) Impulsivity in anxiety disorders patients: Is it related to comorbid cyclothymia? *J Affect Disord*; 133:600-06

Öncü, B., Ölmez, S., & Şentürk, V. (2005). Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 252-259.

Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., O'Neil, C. A., & Rosenbaum, J. F. (1992). Alcohol dependence in panic disorder patients. *Journal of psychiatric research*, 26(1), 29-38.

Özkürkçügil A., Aydemir Ö., Yıldız M., Esen Danacı A., Köroğlu E. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*;12:233-236

Perrin, S., & Last, C. G. (1996). Relationship between ADHD and anxiety in boys: results from a family study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 988-996.

Philipsen, A., Heßlinger, B., & van Elst, L. T. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: diagnosis, etiology and therapy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(17), 311 -317..

Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., Sachs, G. S., O'Neil, C., Asher, R. A. N. D. I., & Meltzer-Brody, S. (1990). Longitudinal course of panic disorder: findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *The Journal of clinical psychiatry*; 51(12):12-16.

Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (1994). Course and outcome in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1(4), 151-160.

Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., ... & Sherbourne, C. D. (1999). Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *The Journal of clinical psychiatry* ; 60:492-499..

Shallice, T. (1988). *From neuropsychology to mental structure*. Cambridge University Press.

Skapinakis, P., Lewis, G., Davies, S., Brugha, T., Prince, M., & Singleton, N. (2011). Panic disorder and subthreshold panic in the

UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation. *European Psychiatry*, 26(6), 354-362.

Skounti, M., Philalithis, A., & Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*, 166(2), 117-123.

Sprafkin J, Gadgow KD, Weiss MD, Schneider J, Nolan EE. (2007) Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community controls. *J Attent Disord*;11(2):114-124.

Sylvester, C. E., Hyde, T. S., & Reichler, R. J. (1987). The Diagnostic Interview for Children and Personality Inventory for Children in studies of children at risk for anxiety disorders or depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 668-675.

Turgay A. (1995) Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale (unpublished scale). Integrative Therapy Institute, Canada.

Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., & Patterson, B. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS neuroscience & therapeutics*, 17(4), 221-226.

Vázquez, G. H., Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2014). CO-OCCURRENCE OF ANXIETY AND BIPOLAR DISORDERS: CLINICAL AND THERAPEUTIC OVERVIEW. *Depression and anxiety*, 31(3), 196-206.

Weissman, M. M. (1993). Family genetic studies of panic disorder. *Journal of psychiatric research*, 27, 69-78.

Wilens, T. E., Biederman, J., Wozniak, J., Gunawardene, S., Wong, J., & Monuteaux, M. (2003). Can adults with attention-deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biological Psychiatry*, 54(1), 1-8.