

Madde Kötüye Kullanım Öyküsü Olan Bireylerde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Yaygınlığı

Prevalence of Adult Attention and Hyperactivity Disorders Symptoms among Those Have History of Substance Abuse

Uğur Çakır, Eda Kavur İnan, Esin Temeloğlu Şen, Ümit Karabulut, Ayşegül Sinem Tekeş, Ayla Tanrıverdi

Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli

Özet

Amaç: Bu çalışmada denetimli serbestlik uygulamasına devam etmekte olan madde kötüye kullanım öyküsüne sahip bireylerde erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) belirtilerinin yaygınlığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya denetimli serbestlik kapsamında kliniğimize başvuran 2'si kadın, 105'i erkek toplam 107 kişi katılmıştır. Madde kullanım bozukluğunun (MKB) değerlendirilmesinde DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I), erişkin DEHB belirtilerinin belirlenmesinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 73'ü (%68,2) MKB'nin (madde kötüye kullanımı, madde bağımlılığı) en az biri için DSM-IV tanı kriterlerini karşılamaktayken, kalan 34 (%31,8) katılımcı MKB açısından tanı almıyordu. Katılımcıların 31'i(%28,9) hafif, 60'i(%56,1) orta, 16'sı(%15) yüksek düzey dikkat eksikliği belirtileri göstermekteydi, 32'si (%29,9) hafif, 58'i(%54,2) orta, 17'si(%15,9) yüksek düzey aşırı hareketlilik belirtileri göstermekteydi. Sorun alanı için bulgular, 34(%31,8) kişi hafif, 64(%59,8) kişi orta, 9(%8,4) kişi yüksek düzey belirti düzeyine sahip şekildeydi. DEHB genel toplamına bakıldığında, tüm katılımcıların 30'u(%28) hafif, 70'i(%65,5) orta, 7'si(%6,5) yüksek düzey DEHB belirtilerine sahipti.

Sonuç: Madde kullanım bozuklukları için kurulmuş rehabilitasyon merkezlerinde veya bu hastalar için oluşturulan tedavi planlarında, eşlik eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun taranması ve tedavi edilmesi önemli gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde kötüye kullanımı, dikkat, prevalans .

Abstract

Objective: In this study it has been aimed to determine the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms among those have history of substance abuse.

Method: 2 women and 105 men; totally 107 individual who applied our psychiatry clinic for probation service had participated the study. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis 1 disorders (SCID-1) is applied to assess Substance use disorder and Adult ADD/ADHD DSM-IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale to Access Attention deficit Hyperactivity Disorder.

Results: 73 participants (68.2%) met the DSM-IV criteria at least one of substance use disorders (Substance abuse or substance Addiction) while the other 34 participants (31.8%) did not. 31 participants (28.9%) showed low, 60 participants (56.1%) showed moderate, 16 participants (15%) showed high levels of attention deficiency. 32 participants (29.9%) showed low, 58 participants (54.2) showed moderate, 17 participants (15.9%) showed high level of hyperactivity symptoms. Within problem domain, 34 participants (31.8%) had low, 64 participants (59.8%) had moderate, 9 participants (8.4%) had high points. According to total ADHD scores 30 patients (28%) had low, 70 patients (65.5%) had moderate and 7 participants (6.5%) had high levels of ADHD symptoms.

Conclusion: It seems to be important to investigate and treat Attention Deficit Hyperactivity Disorder in rehabilitation centers for substance use disorders and consider while setting up treatment plans.

Keywords: Substance abuse, attention, prevalence.

Giriş

Okul çağı çocukları arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaygınlığı %6 ile %9 arasında değişmektedir (1). DEHB erişkinlik döneminde de devam edebilmektedir ve erişkinlerdeki yaygınlığı ile ilgili bilgiler sınırlı olmakla beraber yaklaşık olarak %5 gibi bir yaygınlık oranı bildirilmiştir (2). Madde kullanım bozuklukları (ilaç veya madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı) erişkin nüfusun üçte birine yakınına etkileyebilmektedir (3).

Ergenler ve erişkinler üzerinde yapılmış çalışmalar DEHB'si mevcut bireylerin kontrollere göre daha yüksek oranda madde kötüye kullanımına sahip olduklarını ortaya koymuştur (4-5). Yaşam boyu madde kötüye kullanım öyküsü olan bireylerde DEHB yaygınlığının %15 ile %25 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (5). Madde kullanımı rehabilitasyon merkezine devam eden 201 hasta üzerinde yürütülen bir çalışmada bireylerin %24'ünde erişkin DEHB tespit edilmiştir (6).

İletişim Bilgisi / Correspondence

Uzm. Dr. Uğur Çakır, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Kocaeli - Türkiye

E-mail: ugur_cakir@yahoo.com Tel: 02623178000

Geliş tarihi / Received: 27.07.2013

Kabul tarihi / Accepted: 05.09.2013

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None

Ülkemizde madde kötüye kullanım öyküsü olan bireylerin tedavisi ve eğitimi için Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı işbirliğiyle yürütülen denetimli serbestlik uygulaması mevcuttur (7). Denetimli serbestlik uygulaması uyuşturucu, uyarıcı ve uçucu maddeler ile alkol kullanım sorunları nedeniyle denetimli serbestlik tedbiri uyarınca hastaneye yönlendirilen madde kullanım sorunu olanların madde kullanımını sonlandırmak için yapabileceklerine ilişkin bilgilendirilmesi amacıyla yürütülmektedir (7).

Erişkin DEHB'nin eşlik ettiği madde kötüye kullanım öyküsü olan bireylerin uzun dönemde daha kötü gidişe sahip olduğu bilinmektedir (8). Bu bilgiler çerçevesinde, bu çalışmada denetimli serbestlik uygulamasına devam etmekte olan madde kötüye kullanım öyküsüne (MKÖ) sahip bireylerde erişkin DEHB belirtilerinin yaygınlığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Bu çalışmanın örneklemini denetimli serbestlik uygulaması kapsamında bir eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniğinde takip edilen bireyler oluşturmaktadır. Uygulamaya başvuran tüm bireylere çalışma anlatılmış ve gönüllülük ilkesince katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. Yoksunluk belirtileri göstermek veya madde etkisinde olmak, 18 yaş altında ve 65 yaş üstünde olmak dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir.

Sosyodemografik verilerin toplanmasında çalışmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik form kullanılmıştır. Bu form aracılığıyla katılımcıların psikiyatrik öyküsü, intihar öyküsü ve alkol madde kullanım öyküsü bilgileri sorgulanmıştır. Madde kullanım bozukluğunun (madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı) saptanmasında DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) kullanılmıştır. SCID-I First tarafından, DSM-IV Eksen I tanılarının konulması için geliştirilen yapılandırılmış klinik görüşme formudur (9). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçoğlu tarafından yapılmıştır (10).

Erişkin DEHB belirtilerinin değerlendirilmesinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik

çalışması Günay tarafından yapılmıştır (11). Ölçek dikkat Eksikliği, aşırı hareketlilik ve sorun olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği bölümünde 3'ten düşük puan alanlar dikkat eksikliği belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde dikkat eksikliği belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise dikkat eksikliği belirtileri yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Aşırı hareketlilik bölümünde de; 3'ten düşük puan alanlar aşırı hareketlilik belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde aşırı hareketlilik belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise aşırı hareketlilik belirtileri yüksek düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Sorun bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta düzeyde, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır. Genel toplamda ise 20 'nin altında alanların düşük düzeyde DEHB, 20 ile 59 arasında puan alanların orta derecede DEHB, 59'un üstünde puan alanların ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri gösterdikleri kabul edilmektedir (11).

SCID görüşmesi psikiyatri uzmanı tarafından gerçekleştirilmiş olup, sosyodemografik form ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği katılımcılar tarafından kendilerine ayrılmış sessiz ve sakin bir ortamda doldurulmuştur. Çalışma için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya toplam 107 kişi katılmıştır. Katılımcıların 105'i erkek 2'si kadın, yaş ortalaması 32,1±9,6 idi. 42'si (%39,3) evli iken 65'i (%60,7) evli değildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri tablo 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların 73'ü (%68,2) madde kullanım bozukluklarının (MKB) en az biri için DSM-IV tanı ölçütlerini karşılamaktayken, kalan 34 (%31,8) katılımcı madde kullanım bozukluğu açısından tanı almıyordu. Katılımcıların 31'i(%28,9) hafif, 60'ı(%56,1) orta, 16'sı(%15) yüksek düzey dikkat eksikliği belirtileri göstermekteyken, 32'si (%29,9) hafif, 58'i(%54,2) orta, 17'si(%15,9) yüksek düzey aşırı hareketlilik belirtileri göstermekteydi. Sorun alanı için bulgular, 34(%31,8) kişi hafif, 64(%59,8) kişi orta, 9(%8,4) kişi yüksek düzey belirti düzeyine sahipti. DEHB genel top-



lamına bakıldığında, tüm katılımcıların 30'u(%28) hafif, 70'i(%65,5) orta, 7'si(%6,5) yüksek düzey DEHB belirtilerine sahipti (Tablo2).

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	105	98,1
Kadın	2	1,9
Medeni Durumu		
	42	39,3
Evli	65	60,7
Değil		
Eğitim Durumu		
8 yıl ve altı	52	48,6
8 yıl üstü	55	51,4
İş durumu		
Çalışıyor	75	70,1
Çalışmıyor	32	29,9

Tablo 2. MKB ve DEHB oranları

	Sayı	Yüzde (%)
MKB		
Var	73	68,2
Yok	34	31,8
Dikkat eksikliği		
Hafif	31	28,9
Orta	60	56,1
Yüksek	16	15,0
Aşırı Hareketlilik		
Hafif	32	29,9
Orta	58	54,2
Yüksek	17	15,9
Sorun		
Hafif	34	31,8
Orta	64	59,8
Yüksek	9	8,4
Genel Toplam		
Hafif	30	28
Orta	70	65,5
Yüksek	7	6,5

MKB'si olan bireyler ile olmayan bireylerin dikkat eksikliği açısından karşılaştırıldıkları ki kare testinde gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (x²:3,835, df:2, p>0,05) (Tablo 3).

Tablo 3. MKB'si olan ve olmayan bireylerin DEHB belirtileri açısından karşılaştırılması

	MKB Var	MKB Yok	Toplam	p
Dikkat eksikliği				
Hafif	17 (%50)	14 (%50)	31 (%28,9)	>0,05
Orta	45 (%54,8)	15 (%45,2)	60 (%56,1)	
Yüksek	11 (%68,8)	5 (%31,2)	16 (%15)	
Aşırı Hareketlilik				
Hafif	16 (%50)	16 (%50)	32 (%29,9)	<0,05
Orta	44 (%75,9)	14 (%42,1)	58 (%54,2)	
Yüksek	13 (%76,5)	4 (%23,5)	17 (%15,9)	
Sorun				
Hafif	20 (%58,8)	14 (%41,2)	34 (%31,8)	>0,05
Orta	45 (%70,3)	19 (%56,8)	64 (%59,8)	
Yüksek	8 (%88,9)	1 (%11,1)	9 (%8,4)	
Genel Toplam				
Hafif	16 (%53,3)	14 (%46,7)	30 (%28)	<0,05
Orta	50 (%71,4)	20 (%62,9)	70 (%65,4)	
Yüksek	7 (%100)	0 (%0)	7 (%6,6)	

MKB'si olan bireyler ile olmayan bireylerin aşırı hareketlilik belirtileri açısından karşılaştırıldıkları ki kare testinde MKB'si olan bireylerin daha yüksek oranda aşırı hareketlilik belirtileri gösterdikleri saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistikî olarak anlamlı bulunmuştur(x²:6,996, df:2, p<0,05) (Tablo3).

MKB'si olan bireyler ile olmayan bireylerin sorun alanı belirtileri açısından karşılaştırıldıkları ki kare testinde gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (x²:3,288, df:2, p>0,05) (Tablo3).

MKB'si olan bireyler ile olmayan bireylerin DEHB genel toplam belirtileri açısından karşılaştırıldıkları



ları ki kare testinde MKB'si olan bireylerin daha yüksek oranda DEHB belirtileri gösterdikleri saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistikî olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2:6,660$, $df:2$, $p<0,05$) (Tablo3).

Tartışma

Bu çalışmada madde kötüye kullanım öyküsü olan bireylerde erişkin DEHB belirtilerinin yaygınlığının taranması amaçlanmıştır. Toplum genelinde yapılan çalışmalarda erişkin DEHB yaygınlığı %5 civarında tespit edilmiştir (2,12). Almanya'da yürütülen bir çalışmada MKB'si olan bireylerin %65,5'inde erişkin DEHB belirtilerinin devam ettiği gösterilmiştir (13). Bu çalışmada da benzer şekilde MKKÖ olan bireylerin %65,5'i orta, %6,5'i ileri düzey erişkin DEHB belirtilerine sahipti.

DEHB belirtilerinin eşlik ettiği MKB'si olan bireylerle DEHB'nin eşlik etmediği MKB'si olan bireyler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır (14). Ergenler üzerinde yapılan bir izlem çalışmasında DEHB'si olan ve olmayan bireyler MKKÖ açısından benzer bulunmuşlardır, bununla beraber ilerleyen dönemde DEHB'si olan bireylerde madde kötüye kullanımı ve MKB oranlarının arttığı gözlenmiştir (15).

Bir diğer çalışmada DEHB'nin eşlik ettiği MKB'si olan 120 hasta ile DEHB'nin eşlik etmediği MKB'si olan 268 hasta karşılaştırılmıştır (16). DEHB'nin eşlik ettiği bireylerde madde başlama yaşı 19 iken diğer grupta bu rakam 22 bulunmuş. Aynı çalışmada DEHB'si olan bireylerin %48'inde madde kötüye kullanımın erişkinlik döneminde arttığı bulunmuş. Aynı oran DEHB'nin eşlik etmediği bireyler için %30 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde DEHB belirtilerinin eşlik ettiği bireylerde MKB oranları DEHB'nin eşlik etmediği bireylere göre istatistikî olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

DEHB'si olan bireylerde madde kötüye kullanımının sık olduğu iyi bilinmesine rağmen bu durumun nedeni halen tam olarak bilinmemektedir. DEHB'nin çekirdek belirtileri olan hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat kusurları bu ilişkideki en olası nedenler arasında kabul edilmektedir ve çalışmalar bu alanda yoğunlaşmıştır (14). Dikkat kusuru ile bağımlılık arasındaki ilişkiyi araştıran

bir çalışmada sigaraya başlama ve sürdürmeyle dikkat kusurunun varlığı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (17). Tapert tarafından 66 kişi üzerinde yapılan izlem çalışmasında başlangıç noktasında dikkat kusurlarına sahip olmanın ileride ortaya çıkacak madde kötüye kullanımı açısından öngörücü olduğu bildirilmiştir (18).

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlarla, kokain gibi kötüye kullanım riski yüksek olan maddelerin benzer yapıya sahip olmaları, DEHB'li bireylerin bir anlamda kendi kendileri tedavi amaçlı madde kötüye kullanımına gittikleri literatürdeki başka bir tartışma konusudur. Yapılan bir çalışmada madde kullanımı olan DEHB'li ve DEHB'siz bireylerin benzer nedenlerle madde kullanımına başladıklarını fakat DEHB'si olan bireylerin duygudurumlarında olan düzelme nedeniyle madde kullanımına devam ettikleri bildirilmiştir (19).

Çalışmanın kesitsel olması, kontrol grubu olmaması, katılımcıların seçiminde randomizasyon olmaması, DEHB ölçümünde tanı koydurucu ölçek kullanılmamış olması çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Madde kullanım bozuklukları için kurulmuş rehabilitasyon merkezlerinde veya bu hastalar için oluşturulan tedavi planlarında eşlik eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun taranması ve tedavi edilmesi önemli gözükmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 7):4-16.
- 2-Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152:1652-1658.
- 3- Kandel D, Chen K, Warner LA, Kessler RC, Grant B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend* 1997;44:11-29.
- 4- Levin FR, Evans SM, Kleber HD. Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Serv* 1999;50:1001-1003.
- 5- Wilens T. ADHD and substance abuse. In: Spencer T, ed. *Adult ADHD*. Philadelphia, Pa: Psychiatric Clinics of North America.
- 6- Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, Schoener EP. Prevalence of attentiondefi-



- cit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry* 2000;61:244–251.
- 7- Ögel K, Karadağ F, Altıntoprak E, Coşkunol H. Denetimli Serbestlik Bağımlılık Programı. Türkiye Psikiyatri Derneği. 2010. Ankara
- 8- Tuglu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2:75-116.
- 9-First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C. American Psychiatric Press, Inc. 1996.
- 10- Çorapçıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSMIV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. *Hekimler Yayın Birliği*, 1999.
- 11-Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, Maner F, Turgay A, Yargıç İ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenilirlik ve norm çalışması. *Türkiye'dePsikiyatri* 2006; 8: 98-107.
- 12- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-23.
- 13- Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *AlcoholAlcohol* 2008;43:300-304.
- 14- Wilens, Timothy E. Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65:38-45.
- 15- Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, Thornell A, Pfister K, Jetton JG, Soriano J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-upstudy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:21–29.
- 16-Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J NervMentDis* 1997;185:475–482.
- 17-Tercyak KP, Lerman C, Audrain J. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *J AmAcad Child AdolescPsychiatry* 2002;49:799–805.
- 18- Tapert SF, Baratta MV, Abrantes AM, Brown SA. Attention dysfunction predicts substance involvement in community youths. *J AmAcad Child AdolescPsychiatry* 2002;41:680–686.
- 19- Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J AmAcad Child AdolescPsychiatry* 1997;36:30–36.

