

Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki

Yrd. Doç. Dr. Cengiz TUĞLU*

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ilk olarak çocukluk çağında kendini gösteren ve sıklıkla birden fazla alanda işlevsellikte bozulmaya yol açan bir rahatsızlıktır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısının çocukluk çağında (7 yaşından önce) konmuş olması tanısal bir zorunluluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Bu nedenle bu konuyu tartışırken bazen "DEHB ve bipolar bozukluk komorbiditesi" şeklinde ifade etmekte yanlış olmayacaktır. Bu bozukluğa sahip olan bireylerde belirtilerin seyri yıllar içerisinde farklı yönlerde ilerleyebilmektedir. Çocukluk çağında DEHB tanısı almış olan erişkinler üzerindeki araştırmalarda antisosyal kişilik bozukluğu ya da psikoaktif madde kullanımıyla ilgili sorunların sıklığına ilişkin bulgulara duygudurum bozuklukları ile ilgili tanılarda eklenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). DEHB ve davranım bozukluğu bir aradığında antisosyal kişilik bozukluğu gelişim riski artarken, DEHB tek başına olduğunda daha çok duygudurum bozukluğu gelişme riski artmaktadır (Pliszka 2000).

DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki ilişki açık olmamakla birlikte bipolar bozukluğu olanlar üzerinde yapılan çalışmalar DEHB oranlarını bekle-

nenden yüksek vermektedir. Yöntemsel farklılıklar nedeniyle bu oran %9 - %94 arasında değişmektedir (Sachs ve ark. 2000). Tüm bu farklılıklara rağmen bu konu yanıtlanmayı bekleyen bir çok soru nedeniyle ilgi çekicidir. Bu sorulardan bazıları şunlardır: 1. Komorbidite var mıdır? Belki de bu iki tanı homojen olmayan aynı hastalığın farklı semptom kümelerini yansıtmaktadırlar. 2. Komorbidite vardır, ancak bu rastlantısal olabilir mi? 3. İki farklı bozukluğun aynı anda varlığı tanıda ve tedavide ne tür karışıklıklara yol açar? 4. Biri diğerinin öncülü mü? Bu sorular da göz önüne alınarak artan bilgi birikimi gözden geçirilecektir.

BİPOLAR BOZUKLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ

Çocukluk ve ergenlik

Son zamanlarda yapılan araştırmalar maninin çocuklarda görülmediği ya da nadir olduğu şeklindeki sonuçlarla uyumlu değildir. Bir pediatrik psikofarmakoloji kliniğine başvuran ergenlik öncesi grubun %15'inde mani tanısı konmuştur. Bu mani tanıları, aşırı ve dirençli irritabilite, patlayıcı öfke atakları ve disforik maninin kronik gidişi ile belirlidir (Wozniak ve ark. 1995). Benzer şekilde Bowring ve Kovacs (1992), çocukluk çağında başlayan manide sinirlilik, kavgacılık ve psikomotor ajitasyon halinin aşırı neşelilikten daha belirgin olduğunu belirtmişler ve (mani tanısında da gerekli olan) dikkat dağınıklığı ve aşırı hareketliliğin var-

* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, EDİRNE

lığında DEHB ile ayırt edilebilmesinin güçlüğüne işaret etmişlerdir.

Geniş sayılabilecek bir örneklem grubunda (140 DEHB'li çocuk, 120 normal kontrol) yapılan bir çalışmada, yaş ortalaması 11 olan DEHB'li grupta, bipolar bozukluk %11, dört yıllık izlem sonunda ise %12 olarak saptandı. Kontrol grubunda ise oranlar belirgin olarak düşüktü (başlangıçta %0 ve dört yıllık izlem sonunda %1.8). Dört yıllık izlem sürecinde bipolar bozukluk geliştiren DEHB'li çocuklar, bipolar bozukluk geliştirmeyen DEHB'li çocuklara göre, daha fazla komorbidite oranlarına, daha fazla DEHB semptomlarına ve ailesel bakımdan daha fazla depresyon öyküsüne sahiptiler. Bu bulgular önceki sonuçlarla birleştirildiğinde ortaya çıkan DEHB'li çocukların bipolar bozukluk geliştirmek için yüksek risk altında olduklarıdır (Biederman ve ark. 1996).

Bipolar hastalarda DEHB görülme oranlarını değerlendiren çalışmalar belirgin olarak beklenenden yüksek oranlar bildirmektedirler (Sachs ve ark. 2000). Wozniak ve arkadaşları (1995), 262 çocuk üzerinde yaptıkları araştırmalarında çocukların %94'ünde mani ve DEHB ölçütlerinin (her iki bozukluk içinde) karşılandığını saptamışlardır.

Papalos ve arkadaşları (1996), araştırmalarında örneklem grubunun sınırlılığına rağmen DEHB ve seperasyon anksiyetesinin bipolar bozukluğun sendromal bir öncülü olduğu sonucuna varmışlardır. West ve arkadaşları (1995), bipolar ergen hastalar (n=14) üzerinde yaptıkları çalışmada %57 (n=8) hastada DEHB ölçütlerinin karşılandığını saptamışlardır. DEHB'li ve mevsimsel duygulanım bozukluğu olan hastalarda bipolar spektrum bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (Winokur ve ark. 1993).

Bipolar bozukluk çocuklarda ve ergenlerde sanıldığından daha fazla gözlenmektedir. DEHB'ye sahip olma bipolar bozukluk geliştirme bakımından risk oluşturmaktadır.

Erişkinlik

Önceleri yalnızca çocukluk ve ergenlik çağlarında görülen bir bozukluk olarak düşünülen DEHB konusunda son yapılan çalışmalar, DEHB olan hastaların erişkinlik döneminde de %60'a varan morbidite gösterdiğine işaret etmektedir (Reiss 1985, Spencer ve ark. 1995).

Dikkat dağınıklığı, impulsivite ve artmış motor etkinlik çocukluk çağı DEHB için ana semptomlardır, DEHB olan erişkinler ise psikiyatrik yardım aramanın bir nedeni olarak duygudurum semptomlarının başlangıcını bildirmektedirler (Biederman ve ark. 1993).

Tuğlu ve Abay (1997), DEHB tanısı alan çocukların babaları üzerinde yaptıkları araştırmada, erişkin DEHB ölçütlerini karşılayan bireylerin (n=12) %25'inde (n=3) mani saptamışlardır.

Erken-Geç Başlangıçlı Olma Özelliği, Başlangıç Yaşı ve Cinsiyet

Geller ve Luby (1997), ergenlik öncesi gelişen bipolar bozukluğun kronik gidişli, hızlı döngülü ve DEHB'nin eşlik edebileceği bir bozukluk olduğuna değinmektedir. Sachs ve arkadaşları (2000), çocukluk çağı DEHB öyküsü ve bipolar bozukluğu olan erişkin hastalar üzerinde yaptıkları araştırmalarında (n=56) affektif hastalık ortalama başlangıç yaşını kontrol grubuna (bipolar bozukluğu olan ancak çocukluk çağı DEHB öyküsü olmayanlara) göre daha düşük buldular. Örneklem grubundaki erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan tüm hastalar çocukluk çağı DEHB öyküsüne sahipti. Buna karşın geç başlangıçlı bipolar bozukluğu olan hastaların hiçbirinde çocukluk çağı DEHB öyküsüne rastlanmamıştır. Çocukluk çağı DEHB öyküsüne sahip, erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan hastaların çocuklarında DEHB'nin görülmesi çocuklar için artmış bipolar bozukluk geliştirme riskine işaret edebilir (Sachs ve ark. 2000).

Velo-kardio-fasiyal sendrom (Shprintzen sendromu) çok sayıda anomalinin (kardiyak anomali, öğrenme bozuklukları, karakteristik yüz görünümü vb) saptandığı, göreceli olarak yaygın (belki Down sendromu kadar) görülen bir sendromdur. Papalos ve arkadaşları (1996), Velo-kardio-fasiyal sendromu olan 25 hastanın 16'sında (%64) bipolar spektrum bozuklukları (bipolar I, bipolar II, siklotimi ve şizoaffektif (manik bozukluk) saptadılar. Aynı örneklem grubu çocuk ve ergenlerde gözden geçirilmiş tanısız görüşme ölçeği (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised) ile değerlendirildiğinde yaklaşık yarısının (n=12, 25 hastanın %48'i) yüksek oranda DEHB semptomlarına sahip olduğu saptandı. Araştırmada değerlendirilen hastalıklar ve ortalama başlangıç yaşları: DEHB ve dikkat eksik-

liği bozukluğu (hiperaktivitesiz), 13.3 ± 3.6 ; bipolar II, 15.9 ± 4.5 ; bipolar I, 24.4 ± 6.9 idi. Sendromal olarak bipolar bozukluk ortalama başlangıç yaşı 12 ± 3 olarak saptanırken, siklotimiye ilişkin geriye dönük değerlendirmeler sonucunda bu bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 9 yaşına kadar inmekteydi. Buradan çıkan sonuçlar; Bipolar II bozukluğunun, bipolar I bozukluğundan daha erken yaşlarda başladığı, DEHB'nin ise her ikisinden de daha erken yaşlarda başladığına işaret etmektedir. Bu çalışmada ayrıca DEHB ile erken başlangıçlı bipolar bozukluk arasında yakın ancak birebir olmayan bir ilişki saptandı.

Genel populasyon gruplarında yapılan araştırmalarda bipolar bozukluk tanısı alan bir çok ergen ve çocuk DEHB açısından (şimdi ya da daha öncesinde) belirgin semptomlara sahipti. Erken başlangıçlı bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda vurgulanması gereken önemli bir özellik yaygın olarak çocukluk çağında DEHB tanısı almış olmalarıydı (Biederman ve ark. 1991).

Wozniak ve arkadaşları (1995), çocukluk manisini değerlendirdikleri çalışmalarında vakaların %84'ünün erkek olduğunu bildirmişlerdir. Bir meta-analiz çalışmasında ise ($n=2168$) erkeklerde bipolar bozukluk kızlardan üç kat sık bulunmuştur. Bu farklılık 12 yaş altında daha belirgindir (Faedda ve ark. 1995). DEHB olan çocuklarda cinsiyetin erkekten yana ağır bastığı ve erişkin bipolar bozukluğunda cinsler arası farklılığın belirgin olmadığı düşünüldüğünde çocukluk çağı bipolar bozukluğu bu bakımdan farklılık arz etmektedir.

DEHB olan erişkinlerde, bilgiler sınırlı olmakla birlikte, kadın cinsiyete sahip olmakla DEHB'nin impulsif alttipi ve mevsimsel duygudurum bozuklukları arasında bir ilişki bildirilmiştir (Levitan ve ark. 1999).

SEMPTOM ÖRTÜŞMESİ VE TANI KARIŞIKLIKLARI

Bowring ve Kovacs'a göre (1992), çocukluk çağı manisinin tanı zorlukları, görece az görülmesi, klinik görünümün değişkenliği, diğer tanılarla semptomatik örtüşmeler ve çocukluk-ergenlik çağlarına ait özgül sorunlara dayanmaktadır. Aşırı neşelilik, büyüklük sanrıları, disforik görünümünden akut psikotik tablolara geçişebilen klinik görünüm çeşitliliği vakaların ele alınma ve değerlendirilmesinde güçlükler yol açmaktadır. Çocuklarda

duygudurum dalgalanmaları ve aşırı neşelilik her zaman bir sorun olarak değerlendirilemeyebilir.

DEHB'li çocuklarda mani tanısının konmasını güçleştirenlerden biri de, duyguduruma öforiden çok şiddetli iritabilitenin hakim olmasıdır. Bazı araştırmalar erken çocukluk yaşlarında başlayan maninin sinsi ve kronik seyirli olma eğilimine dikkat çekmektedir (Spencer ve ark. 2000). Geller ve arkadaşları (1995), erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan 26 birey (9 çocuk, 17 ergen) üzerinde yaptıkları araştırmalarında çocuklarda ortalama 5 yaş ya da daha öncesinde manik semptomların gözlemlendiği ve çocukların %89'unun, ergenlerin de %29'unun hiperaktif olduğunu saptadılar.

Ergenlik öncesi bir diğer tanısız karışıklık nedeni DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki semptomatik örtüşmedir. Çelinebilirlik, impulsivite, hiperaktivite ve emosyonel labilite bipolar bozukluk ve DEHB'nin her ikisi içinde karakteristiktir (Reiss 1985).

Milberger ve arkadaşları (1995) semptom örtüşmesi sorununa yönelik olarak yaptıkları araştırmada bipolar bozukluğun olduğu klinik örneklem grubunda her iki bozukluk için örtüşen semptomlar çıkarıldığında bile DEHB tanısını koyabildiler. Ayrıca semptom sayısındaki oransal azalma dışında bipolar bozukluk tanısı da sürdürülebiliyordu. Bu nedenle bipolar bozukluk tanısı konya bile mevcut DEHB tanısının sürdürülmesi önerilmektedir (Milberger ve ark. 1995). Bu konuda klinik karmaşayı ortadan kaldırmaya yardımcı olabilecek ölçeklere (Connors DEHB ölçeği, UTAH DEHB Ölçeği, Mani Değerlendirme Ölçeği) başvurmak yararlı olabilir (Sachs ve ark. 2000).

Öner ve Kılıç (2000), çocukluk çağında ayırıcı tanıda yol gösterici olabilecek özellikleri: DEHB'nin sıklıkla okul öncesi, bipolar bozukluğun ise ergenlik öncesi dönemde başlaması; belirtilerin DEHB'de kronik seyirli, bipolar bozukluk da dönemsel ya da atak tarzında olması; aşırı hareketliliğin bipolar bozuklukta zararlı sonuçlara yol açabilecek zevkli etkinliklerle ilişkili, DEHB'de ise daha yaygın olabileceği; mani atağında (cinsel istismar öyküsü olmadan) cinsel konularla aşırı, yaşla uyumlu olmayan ilgi ve davranışların varlığı (ani başlangıçlı cinsel içerikli küfür etmeler, önceleri gizli sonraları açık mastürbasyonların ortaya çıkması, cinsel organını gösterme vb); benlik saygısında DEHB'de azalma varken, mani de dönemsel artışların varlığı;

bipolar bozukluklarda büyüklük sanrılarının ve psikotik özelliklerin izlenmesi şeklinde belirtmişlerdir.

Çelinebilirlik, impulsivite, hiperaktivite ve emosyonel labilitenin DEHB ve bipolar bozukluk için karakteristik oluşu her iki bozukluk arasındaki ilişkinin daha iyi aydınlatılması gerekliliğine işaret etmektedir.

AİLESEL RİSK

DEHB ve bipolar bozukluğu olanlar, yalnızca DEHB tanısı almış olanlara göre davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, major depresyon ve anksiyete bozuklukları ile daha fazla komorbidite gösterme eğilimindedir (Spencer ve ark. 2000).

Yapılan araştırmalardan çıkan sonuçlardan biri de, DEHB ve bipolar bozukluğu olanların akrabalarında bipolar bozukluk gelişme riskinin artmış olmasıdır. Bu risk tek başına DEHB olanların akrabalarında artmamıştır. Artan bilgi birikimi DEHB olan bipolar bozukluklu çocukların, tek başına DEHB olan çocuklardan ailesel olarak ayrı (ailesel alttip) olduğuna işaret etmektedir (Spencer ve ark. 2000).

Faraone ve arkadaşları (1997), DEHB olan çocuklar (n=140), kontrol grubu (n=120) ve onların birinci derece akrabaları (n=822) üzerinde yaptıkları araştırmada; DEHB ve bipolar bozukluk tanısına sahip olan çocukların akrabalarında bipolar bozukluk görülme riskinin beş kat arttığını ve ayrıca major depresyon riskinin de belirgin olarak arttığını bildirmişlerdir. DEHB ve bipolar bozukluk komorbiditesinin diğer DEHB olanlardan ailesel olarak farklı bir formu oluşturduğu sonucu giderek öne çıkmaktadır.

TEDAVİ

Genel anlamıyla psikiyatrik komorbidite varlığı, daha ciddi psikopatolojik sorunların gelişimine yol açma ve tedavi yaklaşımlarına farklı yanıtlar alınması gibi riskleri içermektedir.

Mani ve DEHB'nin bir arada varlığı tedaviyi ve hastalıkların seyrini karmaşıktırılmaktadır (Biederman ve ark. 1998). Manik semptomları olan DEHB'li çocuklarda trisiklik antidepressanlar (manik semptomların yineleme riski nedeniyle) dikkatli kullanılmalıdır (Biederman ve ark. 1999). Çocuklarda ve erişkinlerde desipramin ve metilfenidat kullanımını sonucunda bipolar spektrum bozukluğunun

indüklenebileceği akılda tutulmalıdır (Wilens ve ark. 1996). Bipolar I bozukluk ve DEHB tanısına sahip tedaviye dirençli bir ergenin aktarıldığı vaka sunumunda gabapentinin eklenmesi ile tedaviye olumlu yanıt alındığı bildirilmiştir (Soutullo ve ark. 1998).

Manik semptomların kontrolünde duygudurum stabilizatörleri kullanılabilir. Ancak lityumun terapotik indeksinin darlığı akılda tutulmalıdır (Werry 1997). Ayrıca, Strober ve arkadaşları (1998), DEHB öyküsü olan manik ergenlerin, DEHB öyküsü olmayan manik ergenlere oranla lityuma daha az yanıt verdiklerini saptamışlardır. Uyarıcılar ve antidepressanlar manik semptomları azaltmazlar. Ancak uyarıcılar ve trisiklik antidepressanlar duygudurum stabilizasyonu sağlandıktan sonra DEHB semptomlarını azaltır (Spencer ve ark. 2000). Bir atipik nöroleptik olan risperidon bipolar gençlerdeki manik semptomlara karşı etkindir ancak DEHB semptomlarına etkili değildir (Fraizer ve ark. 1999). Papolos ve arkadaşları (1996), çalışmalarında DEHB tanısı alan 3 hastalarının 2'sinde gelişen maninin metilfenidat uygulamasını izleyerek ortaya çıktığını saptamışlardır. Merkezi sinir sistemi uyarıcıları, ergenlik öncesi çocuklarda noradrenerjik ve dopaminerjik nörotransmitter sistemlerini etkileyerek maninin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Schmidt ve arkadaşları (1986), bu özelliğin, anılan yaş grubunda bir biyolojik belirleyici (marker) olarak yararlı olabileceğini belirtmişlerdir. Ancak bu tarz yaklaşım önemli riskleri de içermektedir.

SONUÇ

Erişkinde ve çocuklukta DEHB'nin ve komorbiditenin belirlenmesi tanı ve tedavinin yönünü belirleyecektir. Duygudurum bozukluklarının ve bunlar içerisinde de bipolar bozuklukların daha sık gözlenmesi hastalığın gidişine ait önceki bilgilerin değişmekte olduğunu göstermektedir. Araştırma sonuçlarından bipolar bozukluk ve DEHB komorbiditesinin beklenenden yüksek oranlarda olduğu anlaşılmaktadır. Çocukluk çağında DEHB tanısına sahip olma, ya da erişkin çağda DEHB öyküsünün varlığı bipolar bozukluk geliştirme bakımından bir risk oluşturmaktadır.

Semptom örtüşmesi ayırıcı tanıda ve tedavinin planlanmasında karışıklıklara yol açmaktadır. Bu nedenle tanı ölçütlerinin gözden geçirilmesi ve uygun tanısal ölçeklerin geliştirilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, 4. Baskı, (DSM-IV), Çev. Ed. E Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- Biederman J, Mick E, Prince J ve ark. (1999) Systematic chart review of the pharmacologic treatment of comorbid attention deficit hyperactivity disorder in youth with bipolar disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 9(4): 247-256.
- Biederman J, Russell R, Soriano J ve ark. (1998) Clinical features of children with both ADHD and mania: Does ascertainment source make a difference. *J Affect Disord*, 51(2): 101-112.
- Biederman J, Faraone SV, Mick E ve ark. (1996) Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: An overlooked comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 997-1008.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T ve ark. (1993) Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit disorder. *Am J Psychiatry*, 150: 1792-1798.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1991) Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 633-642.
- Bowring MA, Kovacs M (1992) Difficulties in diagnosing manic disorders among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31: 611-614.
- Faedda G, Baldessarini R, Suppes T ve ark. (1995) Pediatric onset bipolar disorder: A neglected clinical and public health problem. *Harv Rev Psychiatry*, 3: 171-195.
- Faraone SV, Biederman J, Mennin D ve ark. (1997) Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(10): 1378-1387.
- Fraizer JA, Meyer MC, Biederman J ve ark. (1999) Risperidone treatment for juvenile bipolar disorder: A case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 960-965.
- Geller B, Luby J (1997) Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(9):1168-1176.
- Geller B, Sun K, Zimmerman B ve ark. (1995) Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: A preliminary study. *J Affect Disord*, 34: 259-268.
- Levitan RD, Jain UR, Katzman MA (1999) Seasonal affective symptoms in adults with residual attention deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40(4): 261-267.
- Milberger S, Biederman J, Faraone SV ve ark. (1995) Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry*, 152(12): 1793-1799.
- Öner Ö, Kılıç EZ (2000) Çocuk ve ergenlerde bipolar afektif bozukluk ve hiperaktivite ayırıcı tanısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1): 58-63.
- Papoulos DF, Faedda GL, Veit S ve ark. (1996) Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: Does a hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder. *Am J Psychiatry* 153(12):1541-1547.
- Pliszka SR (2000) Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9(3): 525-540.
- Reiss AL (1985) Developmental manifestations in a boy with prepubertal bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 46(10): 441-443.
- Sachs GS, Baldasano Cf, Truman CJ ve ark. (2000) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early-and late-onset bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 157(3):466-468.
- Schmidt K, Delaney MA, Jensen M (1986) Methylphenidate challenge in a manic boy. *Biol Psychiatry*, 21: 1101-1109.
- Soutullo CA, Casuto LS, Keck PE (1998) Gabapentin in the treatment of adolescent mania: a case report. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 8(1):81-85.
- Spencer T, Biederman J, Wozniak J ve ark. (2000) Attention deficit hyperactivity disorder and affective disorders in childhood: continuum, comorbidity or confusion. *Curr Opin Psychiatry*, 13:73-79.
- Spencer T, Wilens T, Biederman J ve ark. (1995) A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 52:434-443.
- Strober M, DeAntonio M, Schmidt-Lackner S ve ark. (1998) Early childhood attention deficit hyperactivity disorder predicts poorer response to acute lithium therapy in adolescent mania. *J Affect Disord*, 51(2):145-151.
- Tuğlu C, Abay E (1997) Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu'nun öykü, tanı ve ruhsal durum bakımından gözden geçirilmesi. *3P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 5(1): 19-28.
- Weiss G (1985) Followup studies on outcome of hyperactive children. *Psychopharmacol Bull*, 21: 169-177.
- Werry JS (1997) Discussion of "Attention deficit-hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1388-1389.
- West SA, McElroy SL, Strakowski ve ark. (1995) Attention deficit-hyperactivity disorder in adolescent mania. *Am J Psychiatry*, 152(2): 271-273.
- Wilens TE, Biederman J, Prince J ve ark. (1996) Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 153(9):1147-1153.
- Winokur G, Coryell W, Endicott J (1993) Further distinctions between manic-depressive illness (bipolar disorder) and primary depressive disorder (unipolar depression). *Am J Psychiatry*, 150:1176-1181.
- Wozniak J, Biederman J, Kiely K ve ark. (1995) Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(7): 867-876.

Toplantı - Kongre

- 1-6 Haziran 2001, British Psychological Society 7th European Congress of Psychology London, England, United Kingdom.
Başvuru: Congress Secretariat, Seventh European Congress of Psychology, PO Box 864, Leicester LE1 7YP United Kingdom.
Tel: +44/116/252 9577, Faks: +44/116/255 7123, e-mail: eurocon@bps.org.uk.
- 18-21 Haziran 2001, III. Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi, Kapadokya.
Başvuru: Yard. Doç. Dr. Ertuğrul Eşel, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri.
Tel/Faks: 0352 437 57 02, e-mail: kongre2001@kaynet.net.tr
- 24-28 Haziran 2001, XVth World Congress of Sexology Paris, France.
Başvuru: Scientific Secretary: Parisexo, 17, rue de Seine, 92100 Boulogne, France.
Tel: +33-1-49100910, Faks: +33-1-49-100056, e-mail: parisexo@regimedia.fr
- 26-30 Haziran 2001, 10. Anadolu Psikiyatri Günleri, Abant Palas Otel, Abant, Bolu.
Başvuru: Dr. Adnan Özçetin, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Bolu.
Tel: 0374 541 41 06, Faks: 0374 541 41 05, e-mail: abnt@turknet.com
- 1-6 Temmuz 2001, 7th World Congress of Biological Psychiatry Berlin, Germany.
Başvuru: CPO Hanser Service GmbH, 7th World Congress of Biological Psychiatry, Schaumburgallee 12, D-14052 Berlin, Germany.
Tel: 49-30-300-669-0, Faks: 49-30-305-73-91, e-mail: berlin@cpo-hanser.de
- 17-21 Temmuz 2001, World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Canada.
Başvuru: Doç. Dr. Mehmet Z. Sungur, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Ankara.
Tel: 0312 362 30 30/6697, e-mail: mzsungur@superonline.com
- 11-15 Eylül 2001, 31st. European Congress of the European Association for Behavioral Cognitive Therapies (EABCT), İstanbul.
Başvuru: İnterium, Sıraselviler cad. Hrisovergi apt. No: 48 Kat: 3 Daire: 8, Taksim, İstanbul.
Tel: 0212 292 88 08, Faks: 0212 292 88 07, e-mail: interium@turk.net
- 21-23 Eylül 2001 3. İzmir Psikoanaliz ve Psikoterapi Günleri - Çocuk Gelişimi ve Erişkin Psikopatolojisi, İzmir.
Başvuru: Dr. Nur Engindeniz, Plevne Bulvarı 23/1 Alsancak 35220 İzmir.
Tel & Faks: 0232 4647603 0232 4212157, e-mail: nengindeniz@superonline.com
- 2-6 Ekim 2001, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul.
Başvuru: İnterium, Sıraselviler cad. Hrisovergi apt. No: 48 Kat: 3 Daire: 8, Taksim, İstanbul.
Tel: 0212 292 88 08, Faks: 0212 292 88 07, e-mail: interium@turk.net
- 13-17 Ekim 2001, 14th ECNP Congress, İstanbul.
Başvuru: Conrex Holland B. V.P.O. Box 3021000 AH Amsterdam, The Netherland.
Tel: +31 20 50 40 207, Faks: +31 20 50 40 225, e-mail: ecnp@congrex.nl
- 31 Ekim-2 Kasım 2001, Ulusal Cinsel İşlev Bozuklukları Kongresi, İstanbul.
Başvuru: İnterium, Sıraselviler cad. Hrisovergi apt. No: 48 Kat: 3 Daire: 8, Taksim, İstanbul.
Tel: 0212 292 88 08, Faks: 0212 292 88 07, e-mail: interium@turk.net

