

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN BİPOLAR TİP 1
BOZUKLUK İLE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HASTALARININ
SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Sevdener CANSIZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Nihat ALPAY
Uz. Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL

İSTANBUL - 2016

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN BİPOLAR TİP 1
BOZUKLUK İLE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HASTALARININ
SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Sevdener CANSIZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uz. Dr. Nihat ALPAY
Uz. Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL

İSTANBUL - 2016

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. SEVDENUR CANSIZ

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN BİPOLAR TİP 1 BOZUKLUK İLE
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HASTALARININ SAĞLIKLI
KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

1-Sayfa Sayısı:	: 90
2-Tablo Sayısı	: 7
3-Şekil Sayısı:	: 0
4-İstatistik Sayısı:	: 9
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 286, BAŞARILI
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: BAŞARILI

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye

Üye

Uz.Dr. Nihat ALPAY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 17504

Doç. Dr. Pınar ÇETİNAY AYDIN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Başasistanı
Sicil No: 87866

Üye

Doç. Dr. Hüseyin GÜLEÇ
İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Erenköy Ruh ve Sinir Hast. Eğt ve Arş.Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 43137

ONAY
...2016
Doç. Dr. Erhan KURT
Hastane Yöneticisi/ Başhekim



I. ÖNSÖZ

Öncelikle bizlere bu yolu açan Ord. Prof. Mazhar Osman Uzman'ı rahmetle anıyorum.

Uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini aktararak kendilerinden çok şey öğrendiğim klinik şefim Uz. Dr. Nihat ALPAY'a,

Başta Başhekimimiz Doç.Dr. Erhan KURT olmak üzere, Uz. Dr. Nesrin Buket TOMRUK, Uz. Dr. Nezih ERADAMLAR, Uz. Dr.Şahap ERKOÇ, Doç.Dr. Cüneyt EVREN, Uzm.Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç.Dr.Ejder Akgün YILDIRIM, Doç.Dr.H.Dilek ATAĞLI, DoçDr.Gül KARAÇETİN ve hastanemizin tüm değerli eğitim sorumlularına,

Asistanlık eğitimimin ilk yıllarında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma şansına sahip olduğum Doç. Dr. Çağatay KARŞIDAĞ ve Doç. Dr. Umut Mert AKSOY'a,

Tez sürecimde gösterdiği yardım ve desteği için tez danışmanım Uzm. Dr. Hüseyin YUMRUKÇAL'a,

Velinimetimiz olan hastalarımıza,

1. ve 14. Psikiyatrinin tüm uzman doktorları, asistan doktorları, hemşire ve personellerine,

Bu yola beraber başladığımız, hem eğlenip hem öğrendiğimiz değerli eşkıdemlerim, E.Eda KAYAPINAR, ErsinUYGUN, Refik CİHNİOĞLU, Murat AKTEPE, Merve GÜNER, Şengül İLKAY'a,

Sevgili dostlarım Tuba COŞKUN ALDAN, Merve YÜKSEL, Begüm BILDIRCIN, Duygu ALTINTAŞ, Merve BABALIOĞLU ve Filiz DERE YILMAZ'a,

Bugünlere gelmemde en büyük emeğe sahip canım annem ve babama, birbirinden kıymetli sevgili kardeşlerim Betül, Salim Ensar ve Yusuf Kerem'e,

Sabrı desteği ve sevgisiyle hep yanımda olan, kendisinden çok şey öğrendiğim, kıymetli eşim Alparslan'a,

En derin duygularla ve içtenlikle teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Sevdener CANSIZ

İstanbul, 2016

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT.....	V
V. KISALTMALAR.....	VI
VI. TABLO LİSTESİ.....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	5
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	7
2.1.3. Etyoloji	7
2.1.3.1. Genetik Etmenler	8
2.1.3.2. Nörobiyoloji.....	8
2.1.3.3. Nörogelişimsel Etmenler	10
2.1.3.4. Psikososyal Etmenler	10
2.1.4. DEHB Tanısı.....	11
2.1.5. Sınıflandırma Sistemlerindeki Yeri.....	12
2.1.6. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Ruhsal Hastalıklar	16
2.1.7. DEHB’de Stresörler ve Başa Çıkma Tutumları	17
2.1.8. Ayırıcı Tanı.....	17
2.1.9. Sağaltım	19
2.1.10. Gidiş.....	19
2.2. BİPOLAR BOZUKLUK.....	21
2.2.1. Tarihçe	21
2.2.2. Epidemiyoloji.....	23
2.2.3. Etyoloji	24
2.2.3.1. Genetik Faktörler	24
2.2.3.2. Nörobiyolojik Faktörler	24

2.2.4. Bipolar Bozuklukta Stresörler Ve Başa Çıkma Tutumları	25
2.2.5. Tanı	26
2.2.6. Sağaltım	29
2.3. STRES VE BAŞA ÇIKMA	30
2.3.1. Stres	30
2.3.2. Başa Çıkma	32
2.3.3. Stresör ve Başa Çıkma	35
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	37
3.1. ÖRNEKLEM	37
3.2. ARAŞTIRMAYA ALINMA ÖLÇÜTLERİ	37
3.3. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ	38
3.4. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI	38
3.5. İŞLEM	40
3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇLAR	66
7. KAYNAKLAR	67
8. EKLER	91
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	91
EK 2 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	92
EK 3 - ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİ	93
EK 4 - WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	95
EK 5 – COPE ÖLÇEĞİ	96

III. ÖZET

BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN BİPOLAR TİP 1 BOZUKLUK İLE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HASTALARININ SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Sevdenur CANSIZ

Amaç: Klinik örneklemelerde stresle başa çıkma tutumlarının bilinmesi bireye özgü tedavi yaklaşımı geliştirmek açısından önemlidir. Bu çalışmada, Bipolar tip 1 bozukluk hastaları ile erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan hastaların başa çıkma tutumlarının araştırılması ve ilişkili klinik özelliklerin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Tanı Ölçütleri (DSM)-IV'e göre tanı almış 49 bipolar tip 1 bozukluk ve 46 erişkin DEHB hastası ile 40 sağlıklı birey dâhil edilmiştir. Çalışmaya tüm katılanlardan aydınlatılmış onam alındıktan sonra klinisyen tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış sosyodemografik ve klinik form ile başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği uygulandı. Ek olarak erişkin DEHB hastalarına Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (TURGAY) uygulandı. DEHB grubu da bir yıllık aralıksız stimulan tedavi alan ve almayan hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grup da başa çıkma tutumları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamız sonucunda, bipolar bozukluk hastalarının işlevsel başa çıkma tutumlarından olan aktif başa çıkma tutumlarını erişkin DEHB hastalarından daha sık kullandığı ortaya çıkmıştır. Bipolar bozukluk hastalarında erişkin DEHB hastalarına göre pozitif yeniden yorumlama, dini başa çıkma ve kabullenme tutumları daha sık izlenmektedir. Maladaptif başa çıkma tutumları açısından hem bipolar hem de erişkin DEHB hastaları kontrol grubuna göre daha yüksek puan almışlardır. Stimulan tedavi alan erişkin DEHB hastalarının tedavi alamayan hastalara göre aktif başa çıkma tutumunu daha sık kullandığını çalışmamızın bir diğer sonucudur.

Sonuçlar: Bu çalışma ile bipolar bozukluk ve erişkin DEHB hastalarının başa çıkma tutumları açısından farklılık ve benzerlikleri ortaya konulmuştur. Hastaların daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağını düşündüğümüz bulgular, ileri araştırmalar ile klinik değerlendirme ve tedavi süreçlerine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Başa çıkma

İletişim Adresi: sevdenurkahraman@gmail.com

IV. ABSTRACT

COMPARISON OF BIPOLAR TYPE 1 AND ADULT ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER PATIENTS TO HEALTHY CONTROLS IN TERMS OF COPING STYLES

Dr. Sevdenur CANSIZ

Objective: Knowledge of coping behaviors with stress in clinical samples are important to develop individualized treatment approaches. In this study, we aimed to investigate coping attitudes and associated clinical features of patients with bipolar disorder type 1 and adult attention deficit hyperactivity disorder.

Method: 49 patients with type 1 bipolar disorder and 46 patients with adult attention deficit hyperactivity disorder, all diagnosed according to DSM-IV-TR diagnostic criteria and 40 healthy controls were included in our study. Informed consent was obtained from all participants. All subjects were assessed using a semi-structured sociodemographic form for the study. COPE, Wender Utah Rating Scale and Hyperactivity Scale (TURGAY) was used for evaluation. ADHD group is divided two groups as patients receiving and non-receiving a one-year continuous stimulant treatment. These two groups were compared in terms of the attitude of coping.

Findings: Patients with bipolar disorder more frequently use active coping attitudes than attention deficit hyperactivity disorder patients. Patients with bipolar disorder also employ positive reinterpretation, religious coping and acceptance more frequently. In terms of maladaptive attitudes, both bipolar and ADHD patients had higher scores than the control group. ADHD stimulant treatment in adult ADHD is associated with active coping attitudes.

Conclusion: With this study, bipolar disorder and adult ADHD patients has been demonstrated the differences and similarities in terms of coping attitudes. We believe that the findings will contribute to a better understanding of the patients and further research with findings may contribute to the clinical assessment and treatment process.

Keywords: Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Bipolar Disorder, Coping Styles

Contact address: sevdenurkahraman@gmail.com

V. KISALTMALAR

COPE	: Başı Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
ICD	: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
DSM	: Diagnostics and Statistical Manual for Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanı ve İstatistik El Kitabı)
DA	: Dopamin
NE	: Norepinefrin
5-HT	: Serotonin
TURGAY	: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 2: ADHD ve Bipolar Bozukluk Hastalarının İntihar Girişimine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3: ADHD ve Bipolar Bozukluk Hastalarının Klinik Verilerinin Karşılaştırılması...	46
Tablo 4: Çalışmaya Katılanların Madde Kullanım Özelliklerinin Dağılımı.....	47
Tablo 5: DEHB Hastalarına Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Dağılımı.....	48
Tablo 6: DEHB, Bipolar Bozukluk ve Kontrol Gruplarının Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 7: Çalışmaya Katılan DEHB Hastalarının Tedavi Sürelerine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	53

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Başa çıkma tutumları, strese yol açan etkenler veya olayların olumsuz etkilerini azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak ve bu etkenlerle mücadele etmek için kullanılan bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır. Başa çıkma tutumları; stres yaratıcı durumların adaptasyonunda, kişinin çevresel, biyolojik ve bilişsel etkenler karşısında korunmasında ve işlevselliğin devamında önemli bir yere sahiptir.

Literatürde baş etme tutumları ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. En basit sınıflandırma, işlevsel olan ve işlevsel olmayan baş etme tutumları olarak incelenebilir. Stresli durumun göz ardı edilmesi ve soruna çözüm aranmaması işlevsel stratejiler değildir. İşlevsel baş etme stratejileri ise somut çözüm elde etmeye yönelik davranışlarda bulunmak, destek aramak ve muhtemel çözümleri araştırmaktır (1).

İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının kullanılması ise stres oluşturan etkenle ve zorlayıcı yaşam olayları ile psikopatolojik belirtilerin oluşması ve belirtilerin devamında önemli rol oynamaktadır (2). Bu bağlamda, birçok psikiyatrik bozuklukta başa çıkma tutumları incelenmiştir.

Bu psikiyatrik bozuklukların başında bipolar bozukluk gelmektedir. Bipolar bozukluk, önemli derecede hastalanma ve ölüme neden olan, yineleme ve iyileşmelerle seyreden ciddi, süregelen ve hayat boyu kişinin yaşamını etkileyen bir hastalıktır. Yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında sekizinci sırada olduğu Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilen bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0,45 - 5,5 arasında, 12 aylık yaygınlığı ise %0,37 - 1,3 arasında değişmektedir (3,4).

Son yıllarda yapılan çalışmalar stresli yaşam olaylarının; hem depresif ve manik atakların başlangıçlarıyla hem de yinelemelerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Stres-diatez yaklaşımını içeren modellemeler, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin birbirleriyle

etkileşim halinde olduğunu ve bu etkileşim içinde bireyin erken belirtileri yorumlama ve onlarla başa çıkma becerisinin klinik sonuçları etkilediği görüşünü savunmaktadır.

Yapılan araştırmalar bipolar bozukluğu bulunan bireylerin çoğunun bir prodrom dönemi geçirdiğini, bu prodromun zamanla kişiye özgü bir örüntü sergilediğini ve uygun başa çıkma stratejileri kullanıldığında hem sosyal işlevselliğin arttığı hem de ataklar arasındaki aranın uzadığına dair veriler sunmaktadır (5). Fletcher ve arkadaşları bipolar bozukluk hastalarında başa çıkma tutumlarını incelemiş ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğini (COPE) uygulamışlardır. 379 katılımcının olduğu çalışmada, 86 bipolar tip 1 bozukluğu olan hasta, 107 bipolar tip 2 bozukluğu olan hasta, 96 yineleyen unipolar depresyonu olan hasta ve 90 sağlıklı gönüllüden oluşan kontrol grubu alınmıştır. Dini başa çıkma tutumu haricinde tüm alt gruplarda hasta ve sağlıklılar istatistiksel anlamlılık göstermişlerdir (6). Lam ve Wong'un çalışmasında bipolar bozukluğu olan bireylerin, depresyonun prodromal belirtileri ile başa çıkmak için daha fazla görev alma, dışarı çıkma, para harcama gibi dikkatte çelinme (distraksiyon) ve risk alma şeklinde davranışlar sergileyebildikleri saptanmıştır (5). Thomas ve arkadaşları mani, depresyon, remisyonunda bipolar bozukluğu olan bireyler ve sağlıklı kontroller üzerinde yaptıkları çalışmalarında risk alma ve problem çözme ve dikkatte çelinmeyi içeren başa çıkma puanlarının mani grubunda diğer tüm gruplardan yüksek olduğunu tespit etmiş ve maninin, olumsuz duygu durumu düzenlemek için kullanılan işlev bozucu stratejilerle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (7).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağında başlayan konsantrasyon, dürtü kontrol ve aşırı hareketlilik sorunları ile karakterize sık görülen bir bozukluktur (8). İlk olarak çocukluk çağı bozukluğu olarak tanımlanmasına rağmen erişkin yaşamında da sürdüğü ile ilgili kanıt sayısı artmaktadır (9). Otuz yıllık bir izlem çalışmasında, 10 yaşında DEHB tanısı alan çocukların erişkinlik dönemlerinde eğitim, ekonomik durum, kişiler arası ilişkiler, suç ve sağlık gibi alanlarda olumsuz sonuçlarla karşılaştığı bildirilmiştir (10). DEHB günümüzde erişkinlikte toplumsal işlevsellik açısından ciddi yansımaları olan bir nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (11).

Erişkin DEHB yaygınlığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar yetersiz olmakla beraber, bir çalışmada genç erişkinlerde %0,5-1 oranında, diğer bir çalışmada

ise tüm yaş grubunda %2-3 arasında erişkin DEHB olduğu ifade edilmiştir (12,13). Çocukluk çağında DEHB olan bireylerin ise dörtte bir kadarının genç erişkinlikte tanı ölçütlerini karşılamayı sürdürdüğü, üçte ikisinde ise 25 yaşında bozukluğa ait en az bir belirtinin sürdüğü bilinmektedir (14,16).

Hem klinik özellikler hem de eşlik eden problemler açısından erişkin DEHB'li bireylerde başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi DEHB'in klinik yönetiminde fayda sağlayacağı düşünülebilir (20). Klinik örneklerde anksiyete, madde kullanımı, depresyon zayıf başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları ile de ilişkili olabileceği bilinmektedir (17,18,19). DEHB tedavisinde kullanılan ajanların belirtileri azaltmayı sağlamakla birlikte kişilerin genel yaşam kalitesinde artma sağladığı bilinmektedir. Bu iyileşmenin belirtilerin azalmasına ek olarak hangi süreçler ile sağlandığı bilinmemektedir (21). Stimulan tedavi ile başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin saptanması altta yatan süreçlere katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Güncel veriler bipolar bozukluk ve DEHB' nin epidemiyolojik, ailesel, genetik ve nörogörünteleme açısından yakın ilişki içinde olduğunu göstermektedir (22,23). Bu ilişkinin anlaşılabilmesi için literatürde bipolar bozukluk ile erişkin DEHB hastalarını karşılaştıran birçok araştırma bulunmaktadır. Her iki hastalığın eştanı varlığının yüksek oluşu klinisyenleri aile çalışmalarına yönlendirmiştir. Aile çalışmalarından elde edilen veriler ise bu iki hastalığın ortak ailevi yatkınlıklar içerdiğini ve eştanı olmaktan öte bir birliktelik gösterdiğini ifade etmektedir (24). Aday genleri belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar ise duygudurum bozuklukları ile ilişkili genetik bölgelerin DEHB ile de ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur (25,26). Her iki hastalığı değerlendiren görüntüleme çalışmaları ile de başta orbitofrontal ve anteriorsingulat korteks olmak üzere işlev bozulması izlenen ortak bölgeler gösterilmiştir (27). Genetik ve görüntüleme çalışmalarının yanısıra her iki hastalığa ait klinik özellikleri karşılaştıran araştırmalar da yapılmıştır. Bu iki hasta grubunun bilişsel işlevleri, mizaç eğilimleri, dürtüsellikleri, ailesel işlevsellikleri şu ana kadar literatürde karşılaştırılmış başlıca klinik özellikleridir (28–32). Bununla beraber her iki hasta grubunun klinik özelliklerine dair daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırmamız, bipolar tip 1 bozukluğu olan bireyler, erişkin DEHB bulunan bireyler, sağlıklı kontroller arasında başa çıkma tutumları açısından farklılıkların değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu çalışmamız ile DEHB

ve bipolar bozukluğun daha önce araştırılan klinik görünümündeki benzerliklerine ve farklılıklarına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Hem bipolar tip 1 bozukluğu bulunan bireyler hem de erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bulunan bireyler başa çıkma tutumları açısından sağlıklı kontrollere göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını daha fazla sergiliyor olabilirler. Aynı zamanda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bulunan bireyler, bipolar tip 1 bozukluğu olan bireylere göre daha fazla işlevsel başa çıkma tutumları kullanıyor olabilirler. Ek olarak düzenli stimulan tedavi alan DEHB hastaları işlevsel başa çıkma tutumları daha fazla sergiliyor olabilir. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumları, hem bipolar tip 1 bozukluk hem de erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun şiddetinin artmasına, prognozunun kötüleşmesine ve dolayısıyla işlevselliklerinin bozulmasına yol açmaktadır. Bu bakımdan, her iki bozuklukta da başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi, yapılacak ileri klinik çalışmalar ile tedavi süreçlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile kendini gösteren, erken çocukluk döneminde başlayıp, önemli oranda ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB, davranışsal, sosyal, akademik alanlarda sorunlara yol açabilmektedir (33).

Literatürde bu klinik durumdan çeşitli terimlerle bahsedilmektedir. DEHB ile ilgili ilk tanımlamalara 18. yy’ da “kötü çocuklar” (bad children), 19. yy ’da ise “çılgın aptallar” (mad idiots), “fevri delilik” (impulsive insanity), “yetersiz inhibisyon” (defective inhibition) ifadeleri ile rastlanmaktadır (34,35). DEHB’nin tipik bulguları ilk kez 1846 yılında, Frankfurt’taki ilk akıl hastanesini kuran Heinrich Hoffmann tarafından basılan bir pediatri kitabında tanımlanmıştır (36). Klinik bir sendrom olarak ilk kez 1902 yılında George Still tarafından “Ahlaki Kontrolde Kusurlar” (Defects in Moral Control) olarak bahsedilmiştir (37). Aşırı hareketlilik, öğrenme güçlükleri, konuya yoğunlaşmada zorlanma ve davranım bozukluklarını içeren bir davranışsal problem kümesi olarak tanımlamıştır. Birinci dünya savaşını izleyen yıllarda ortaya çıkan influenza pandemisi sonrasında hayatta kalan çocuklarda sıklıkla sekel olarak ensefalitis leterjika gelişmiştir. Bu klinik durumda Still’in tanımladığına benzeyen belirtiler gözlemlendiği ve bu belirtilerle beyin zedelenmesi arasında ilişki olduğu vurgulanmış ve “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” terimi kullanılmaya başlanmıştır (38,39). 1960’lı yıllarda Clements ve Peters tarafından hiperaktif çocukların sadece küçük bir kısmında beyin hasarı olduğu ortaya konmuş ve bu terim “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak değiştirilmiştir (40).

Still “Ahlaki Kontrolde Kusurlar” olarak tanımladığı çocukluk olgularının erişkin dönemde benzer bulgulara sahip olabileceğinden söz ederek ilk kez erişkin DEHB olasılığına işaret etmiştir. 1968 yılında Harticollis ergen ve genç erişkin dönemdeki olguların nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerini yayınladığı makalesinde ilk kez DEHB’nin erişkin dönemde sürdüğünü bildirmiştir. Bu olguların nörofizyolojik değerlendirmesi minimal beyin disfonksiyonunu gösteriyordu(41). Bu makalede belirli çocuk yetiştirme örüntüsüne sahip, mükemmeliyetçilik beklentisi içindeki ebeveynlerin yetiştirdiği, doğuştan gelen bilişsel kusurlar sergileyen çocuklarda minimal beyin disfonksiyonunun oluştuğu ileri sürülmüştür. 1970’li yıllarda yapılan iki ayrı çalışmada Cantwell ve Morison ise hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğunu ve erişkin dönemde sosyopatı, histeri ve alkolizm sorunları olduğunu gösteren araştırmalarını yayınladılar (39).

Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü’nün, International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması), [ICD]’nin 9. düzenlemesi ve 1968’de Diagnostics and Statistical Manual for Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanı ve İstatistik El Kitabı) [DSM]’nin 2. düzenlemesinde, bu bozukluğu “Çocukluk Çağı Hiperkinetik Sendromu” olarak belirlemesiyle başlamıştır (42). DSM-III’te (1980), hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği tip olarak iki alt tipe ayrılmıştır (43). DSM-III-R’de (1987) “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” başlığı altında 14 belirtiden söz edilmektedir. DSM-III-R’nin tanı kriterleri, bu 14 belirtiden 8 tanesinin olması, belirtilerin 7 yaşından önce başlaması ve en az 6 ay sürmesi olarak tanımlanmıştır. Bu 14 belirtinin 5’i dikkatsizlik, 5’i dürtüsellik, 4’ü hiperaktivite belirtileridir (12). DSM-IV’te (1994) “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında yer alıp, dikkatsizliğin önde geldiği tip, hiperaktivite-dürtüsellğin önde geldiği tip, birleşik tip olmak üzere üç alt tipi bulunmaktadır (44). ICD-9’da “Hiperkinetik Sendrom”, ICD-10’da “Hiperkinetik Bozukluk” olarak isimlendirilmektedir. ICD-9 ve ICD-10’da temel belirtiler arasında impulsiviteye yer verilmeyip başlangıç yaşının 6 yaşın altında olması şartı mevcuttur (45). ICD-10’da ek olarak sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir. DSM-V’de “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında yer verilmiş olması önemli bir yeniliktir. DSM-5’teki bu sınıflandırma, bozukluğun etiyojisine vurgu yaptığı gibi değerlendirme ve araştırmalara yön vermesi açısından önemlidir.

DSM-5'te "Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm", "Aşırı hareketliliğin/ Dürtüselliğin baskın olduğu görünüm" ve "Bileşik görünüm" olmak üzere üç farklı görünüm tanımlanmış olup, tanı koyarken derecesini belirtmek şartı da konulmuştur. Bu dereceler, bulgu ve bu bulguların hayatı ne kadar zorlaştırdığına bakılarak, "ağır olmayan", "orta derecede", ve "ağır" olmak üzere üçe ayrılmıştır. Ayrıca 12 yaşından önce başlaması şartı konulmuştur (46).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB yaygınlığının çocuk yaş grubunda %2 ile %11,2 arasında değişmekte olduğu ifade edilmektedir (8,9). Amerika Birleşik Devletleri'nde okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığının %3-7 arasında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise ilkökul çocuklarında DEHB'nin yaygınlık oranı %5 olarak belirtilmiştir (10). DEHB'nin çocuklardaki erkek/kız oranı 3/1 olduğu, dikkatsizliğin önde geldiği görünümün kızlarda, hareketliliğin önde geldiği görünümün ise erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (11,12).

Erişkin DEHB yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada ABD'de erişkin DEHB yaygınlık oranı %4,4 olarak bulunmuştur(11). Farklı ülkelerde yapılan yaygınlık çalışmalarının ortalaması incelendiğinde erişkinde DEHB yaygınlığının %2-5 arasında değiştiği ve ortalama %3,4 oranında tespit edildiği belirtilmektedir(14). Türk toplumunda Sivas'ta 901 olgu üzerinde yapılan bir araştırmada erişkin DEHB oranı literatüre benzer bir şekilde %3,8 olarak bulunmuştur(47). Farklı ülkelerde yapılan bu çalışmalar DEHB tanısının kültürel ve sosyal bir yapı olmasının ötesinde evrensel bir rahatsızlık olduğunu ortaya koymaktadır. Erişkinlerde erkek/kadın oranı yaklaşık olarak 1.5/1.0 olup, birleşik görünümün sıklıkla erişkin yaşamda da sürmesinden dolayı iki cinsiyette de en sık görülen alt tiptir (15,16).

Yapılan araştırmalarda DEHB' nin %50–80 oranında ergenlikte ve erişkinlikte devam ettiği gösterilmiştir (17,18).

2.1.3. Etyoloji

DEHB etiyolojisini açıklamaya yönelik araştırmalar genetik, beyin görüntüleme, nörokimyasal değişiklikler ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik olarak

sürdürülmektedir. Her olguda diğerlerinden farklı bir neden etkili olabileceği gibi, aynı olguda farklı etkenler bir arada da olabilir. Sonuç olarak DEHB'nin çok etkenli olma olasılığı yüksektir. Genel olarak kabul edilen görüş DEHB'nin farklı patolojilerin ortak belirtisi olduğu yönündedir (48).

2.1.3.1. Genetik Etmenler

DEHB genetik özelliği olan ailesel bir bozukluktur. Anne babadan birisinin DEHB olması halinde çocuğun DEHB olma olasılığı %50 olarak bildirilmektedir (49). DEHB'li olguların anne babalarında DEHB görülme riskinin babalarında 1,9- 8 kat, annelerinde 2,1- 7,6 kat artmış olduğu ifade edilmektedir (50).

Tek yumurta ikizinde DEHB bulunanlarda bozukluğun görülme riski %80, çift yumurta ikizlerinde ise bu oran %30–40 olarak bulunmuştur (51). Şizofrenide monozigot ikizlerde %31-78, aynı cinsten heterozigot ikizlerde %12-28 arasında bildirilmekte, bipolar bozuklukta monozigot ikizlerde konkordans %45-75 oranında bildirilmektedir.

Bu bulgular genetik çalışmaların DEHB'yi konu alabileceğini göstermektedir. Bu kalıtım oranları ile DEHB, bipolar bozukluk ve şizofreniden daha yüksek oranda kalıtsaldır.

Aday gen çalışmalarında DRD4, DRD5, SLC6A3, SNAP-25 ve HTR1B'yi kodlayan genlerin etiyolojideki rolleri belirlenmiştir (52). Türkiye'de yapılan aday gen çalışmalarında ise DRD47R allel ve SCL6A4 uzun allel genleri ilişkili bulunurken, Katekolamin-O-Metil Transferaz (COMT) ve Dopamin Beta Hidroksilaz (DBH) genleri ilişkisiz bulunmuştur (53,54). DEHB ile ilgili genleri araştıran çalışmalarda farklılıklar, bozukluğun heterojenliğine ve istatistiksel sınırlılıklara bağlı olabilir.

2.1.3.2. Nörobiyoloji

DEHB etiyolojisinde üzerinde en çok durulan nörotransmitterler Dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen norepinefrin (NE)'dir. DEHB'de patofizyolojisinde dopamin ve norepinefrin düzeylerinde azalma ve disregülasyon olduğu; serebral korteksin bilişsel işlevleri kontrol eden alanlarında dopamin ve/veya norepinefrin

disfonksiyonu olabileceği ifade edilmektedir (55). Dopamin ve norepinefrin isteklendirme, ilgi ve öğrenme gibi hem uyarılmayı, hem de odaklanmayı gerektiren bilişsel işlevlerde de rol alırlar. Prefrontal noradrenerjik yollar bunlarla birlikte enerji, yorgunluk, motivasyon ve ilgi süreçlerine de etkin rol oynar.

DEHB’de ortaya atılan hipotezlerden biri DA eksikliğidir. Mezolimbik ve kortikal dopamin eksikliği dikkati sürdürme, uyarıların yok sayma, güdülenme sorunlarına, mezokortikal DA eksikliği ise bilgi işlemede, bellek işlevlerinde ve dikkatte problemlere neden olabilmektedir (56).

DEHB patofizyolojisinde önemli olan nöral ağların, dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve ventrolateral prefrontal kortekse olan kortikal projeksiyonlar ile korteksten subkortikal bölgeye olan karşılıklı projeksiyonlar olduğu ifade edilmektedir. Norepinefrin gelen uyarıların almak üzere korteks arka dikkat sistemini etkin olarak uyarır. Noradrenerjik uyarıdaki dengesizlik lokus seruleus nöronlarının inhibisyonunda bozulmaya yol açar ve bu durum dikkatsizlik, uykusuzluk ve bazı bilişsel bozukluklar gibi belirtilere neden olur (57,58).

Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerine aracılık eden yolların dikkatsizliğe aracılık eden dopaminerjik ve noradrenerjik yollardan farklı olduğu söylenmektedir. Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden nigrostriatal dopamin yolağının sorumlu olduğu düşünülmektedir. Motor etkinlik bu yolak tarafından kontrol edilir. Klinik deneyimler gözden geçirildiğinde, dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin birlikte bulunduğu olguların uyarıcılarla tedavisinde, düşük dozların korteksi tercih ettikleri saptanmıştır. Böylece, uyarıcıların dikkat üzerindeki etkileri, motor davranışlar üzerindeki etkilerinden daha önce görülmektedir. Bu durum, mezokortikal dopamin uçlarının nigrostriatal dopamin uçlarına göre uyarıcıların etkilerine daha duyarlı olmasıyla açıklanmaktadır (55,57-61).

Serotonin, glisin ve GABA, DEHB’de etkili olabilecek diğer nörotransmitterlerdir. DEHB’de trombosit serotonin (5-HT) düzeyi görece düşük saptanmıştır (62). Yapılan çalışmalarda 5-HT metabolitinin (5- Hidroksi indol asetik asit) düzeyinin azalması ile dürtüsel aktivitede artışın olması arasında ilişki gösterilmiştir (63).

DEHB olan bireylerin nikotin kullanımı göz önüne alındığında, kolinerjik ve katekolaminerjik dopaminerjik sistemler arasında bir etkileşim olabileceği düşünülmüştür. Nikotin kognisyonu geliştirir ve dikkati artırır. Laboratuvar çalışmalarında nikotinin dopaminerjik nörotransmisyonu arttırdığı ve nikotinik reseptör antagonizmasının dopamin salınımını azalttığı bildirilmiştir (64).

2.1.3.3. Nörogelişimsel Etmenler

Son yıllarda DEHB etiolojisinde nörogelişimsel süreçlerin etkili olduğuna dair görüşler artmaktadır. Prematür doğan çocuklarda DEHB'nin daha sık izlendiği bilinmektedir. Gebeliği sırasında enfeksiyon geçiren annelerin çocuklarında da DEHB toplumdan sık saptanmaktadır. Erken gelişim sırasında perinatal beyni etkileyen enfeksiyon, inflamatuvar süreç ve travma gibi olaylar bazı kişilerde DEHB semptomlarının ortaya çıkmasına katkı sağlayabilir. DEHB'li çocuklar genel topluma göre daha yüksek oranda silik nörolojik belirtiler göstermektedirler. Epidemiyolojik çalışmalar DEHB'li çocukların doğum ayının Eylül ayında yoğunlaştığına işaret etmektedir. İlk trimesterde kış enfeksiyonlarına maruziyet bazı kişilerde DEHB'nin gelişimini kolaylaştırıyor gözükmektedir (261).

DEHB hastalarının 3 yaşında bilişsel testlerden düşük puan alıyor olması nörogelişimsel süreçler lehine değerlendirilmiştir (262). Son dönemde yapılan genetik çalışmalarda DEHB semptomlarının gelişiminde nörogelişimsel süreçlerin katkısını ortaya koymaktadır (263). DEHB hastalarında yapılan aday gen çalışmalarında saptanan CDH13 geni; hücre göçü ve beyin gelişiminde önemli bir yere sahiptir (264). Yine, DEHB hastalarında yapılan genom boyu bağlantı analizi temelli yolak çalışmalarında, nörogelişimde önemli olduğu bilinen ubiquitin-proteasom, immün ve inflamatuvar yolaklarda anomaliler sıklıkla izlenmektedir (265).

2.1.3.4. Psikososyal Etmenler

DEHB etiolojisinde psikososyal etkenlerin, daha çok altta yatan biyolojik yatkınlığı arttırıcı ve ortaya çıkışı hızlandırıcı rolünden bahsedilmektedir. Böylelikle çevresel faktörler bozukluğun kalıcılığını, komorbid bozuklukların gelişimini, hastalık seyrini etkileyebilir (65).

DEHB' de çevresel etkenlerin araştırıldığı çalışmalarda fetüsün anne karnında alkol ve benzodiazepinin etkisinde kalması, annenin sigara içmesi, hamilelikteki stresli yaşam olayları DEHB gelişimi ile ilişkili bulunmuştur(66-69). Bir meta-analiz çalışmasında 1976- 2001 yılları arasında yayınlanan 51 makale gözden geçirilmiş ve DEHB olan çocukların, prenatal ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları bildirilmiştir (70). Ayrıca doğum anındaki travmalar ve düşük doğum ağırlığı da belirtilen diğer risk etkenleridir (71-73).

Birçok psikososyal ve çevresel etkenler DEHB'nin gelişme riskini arttırmaktadır ancak erişkinlikte devam etmesinde hangi etkenlerin rol oynadığı tam olarak aydınlatılamamıştır. Evlat edinilme, çocukluk çağında istismara maruz kalma, babada ruhsal bozukluk bulunması, ekonomik sorunlardan dolayı meydana gelen stres, DEHB'nin erişkin dönemde de devam etmesinde etkili olabilecek risk etkenleri olarak değerlendirilmiştir (74).

Yüksek zekâ ev ve okulda çocuğa tutarlı davranılmasının ise riski azalttığı düşünülmüştür. Erişkinlikte DEHB'ye özgül risk etkenleri bulundukça önleme ve uzun dönemli gidişte düzelme için yöntemler geliştirilebileceği öngörülmektedir (75).

2.1.4. DEHB Tanısı

DEHB genellikle çocukluk döneminde başlayan ve %60 oranında erişkinlikte devam eden bir bozukluktur (76). Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellekle karakterizedir. DEHB' de temel özellik sürekli olan dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli olan hiperaktivite-dürtüselliğin bulunmasıdır (77). Tedavi edilmeyen DEHB olgularında ciddi tıbbi, akademik ve sosyal sorunlar görülebilmektedir (49).

Erişkin DEHB'de çocukluk dönemindeki bazı belirtilerin devam edebileceği ancak bireyin yaşam tarzı ve beklentilerini bu duruma göre düzenleyip, telafi edici yöntemler geliştirebileceği ve bozukluğun olumsuz etkilerini azaltabileceği vurgulanmıştır. Bu da erişkinlikte DEHB' nin çocukluk dönemindeki kadar fark edilir olmamasına neden olabilir (78).

Erişkin DEHB'nin klinik görünümü; konsantrasyon güçlüğü, yerinde duramama, uzun süre oturmakta güçlük, dürtüsellik, dağınıklık, projeleri tamamlamakta zorlanma,

dikkatsizlik, düşük okul ya da iş performansı, zaman kontrolünde güçlük, öfke kontrolünde zorlanma, bilişsel yetersizlik, anksiyete ya da depresyon, aşırı odaklanma, madde kötüye kullanımı, hostilite, emosyonel labilite varlığı ve özgüven düşüklüğüdür (79).

Dikkatsizliğin önde geldiği tip DEHB’de, erişkinler çoğu zaman görüşmelerde ya da okurken dikkatini sürdürmekte güçlük yaşarlar, işleri ertelerler, yavaş, dağınık, verimsiz ve zaman yönetimi konusunda yetersizdirler (55).

Aşırı hareketliliğin önde geldiği DEHB’de erişkinler çoğu zaman içsel bir huzursuzluk yaşarlar ve fazla çalışırlar. Onların sürekli hareketliliği ve konuşmaya ve dinlememeye olan eğilimleri, aile içi anlaşmazlıklara neden olabilir (55).

Dürtüselliğin önde geldiği DEHB tipinde erişkinler işlerinde ya da ilişkilerinde verdikleri ani kararlar ya da araç kullanımının agresif olması nedeniyle ciddi sorunlar yaşayabilmektedir (55).

Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik alanlarındaki problemlerin erişkinlerdeki belirtileri farklı olduğundan klinisyenin erişkinleri değerlendirirken çocukluk çağı DEHB ölçütlerini uygun terimlerle tercüme etmesi gerekmektedir (55).

Yapılan çalışmalarda erişkin DEHB olanların olmayanlara göre eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu ve işsizlik oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (80).

2.1.5. Sınıflandırma Sistemlerindeki Yeri

Erişkinlerde DEHB tanısı çocuklarda olduğu gibi klinik bir tanıdır. Tanı koyduracak herhangi bir test ya da görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Birçok hastada tanı için birden fazla değerlendirme görüşmesine ihtiyaç vardır. DSM-5 de erişkinler için özgül tanı ölçütleri mevcuttur.

Tanı için gelişimsel hikâyenin iyi sorgulanmasının çok önemli olduğu ifade edilmiştir. Birçok erişkin psikiyatristi çocuklarla çalışan meslektaşlarından farklı olarak gelişimsel perspektife sahip değildir ve hastanın hali hazırdaki yaşamına odaklanmak, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanlarındaki güçlüklerin gözden kaçmasına yola açabilir (81).

DSM-5' e göre DEHB Tanı ölçütleri; (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ ya da (2) ile belirli; işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler;

yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, yazılar gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanır (örn. sıradan günlük işlerini yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).

2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/ işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler yalnızca karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.

e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya

da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).

1. Bileşik görünüm

2. Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm

3. Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm

2.1.6. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Ruhsal Hastalıklar

DEHB olan erişkinlerde, DEHB olmayan erişkinlerle karşılaştırıldığında psikiyatrik komorbidite önemli oranda daha fazladır. DEHB'li erişkinlerin %44'ünde en az bir psikiyatrik komorbidite saptanmıştır (82). Duygu durum bozuklukları literatürde bildirilen en sık komorbiditedir ve kontrollerle karşılaştırıldığında yüksek oranlardadır (83,84). %35-50 oranında distimik bozukluk ya da majör depresyon eş tanısı, %40-50 anksiyete bozukluğu, %40-50 madde bağımlılığı bildirilmektedir. 2005'te yapılan bir çalışmada erişkin DEHB olanlarda bipolar bozukluk eş tanısı %9,5 oranında saptanmıştır (85). Ayrıca %27-46 oranında alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı olan hastalarda DEHB'nin daha fazla görüldüğü, %50 oranında nikotin bağımlılığı bildirilmiştir (86-89). DEHB olan erkeklerde kadınlara göre daha fazla alkol kötüye kullanımı saptanmıştır(90). Alkol ve karışık madde kullananlara göre, kokain kullananlarda DEHB daha sık görülmektedir. Bir çalışmada en çok kötüye kullanılan maddenin %67 ile esrar olduğu, bunu %23 kokain ve %18 uyarıcıların izlediği saptanmıştır. DEHB'de madde kullanımı açısından risk grupları dürtüsellik belirtileri, kötü akran gruplarının seçimi, eşlik eden davranım bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu, farmakolojik tedaviye geç başlanmış olması, paylaşılmış genetik riskler ve kendi kendine tedavi arayışıdır (86,87,88,91,92). Ayrıca DEHB sadece madde kullanımına başlama için bir risk değil, daha uzun süre kullanım ve daha zor tedavi olma açısından bir belirleyici olarak kabul edilmektedir (93).

Anksiyete bozuklukları da duygu durum bozuklukları gibi DEHB ile birlikte sık görülür. Erişkin DEHB olgularında anksiyete bozukluğu görülme oranı %27,2 bulunurken, panik bozukluğu %11, yaygın anksiyete bozukluğu %12, obsesif kompulsif bozukluk %7 oranlarında bulunmuştur (94,95).

DEHB kişilik bozukluklarıyla da sık birliktelik göstermektedir. DEHB olanlarda ASKB (%12–27) başta olmak üzere, pasif agresif kişilik bozukluğu (%18), histriyonik kişilik bozukluğu (%11) ve çekingen kişilik bozukluğu (%11) eş tanıları sık görülen kişilik bozukluklarıdır. Ayrıca sınırda kişilik bozukluğunun da artmış olduğu ve sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin bir alt grubunda eş tanı olarak DEHB'nin olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (86,96).

DEHB olan erişkinlerde diğer sık görülen psikiyatrik bozukluklar, enürezis, kekemelik, konuşma, dil bozuklukları ve tiklerdir (82,90).

2.1.7. DEHB’de Stresörler ve Başa Çıkma Tutumları

DEHB ile stres arasındaki ilişkiyi irdelleyen çalışmalar; hastalığın temel belirtilerinin hastaların psikososyal zorlanmalarına yol açtığını göstermektedir(97). Hastaların özellikle akademik, mesleki, kişilerarası ilişki alanlarında sorun yaşadığı bilinmektedir(98,99). Bunun sonucunda hastalar gündelik hayatlarında sürekli stres oluşturan durumlarla karşılaşmaktadır(100). Güncel bir çalışmada belirtilerin şiddetinde artışın hastalarda algılanan strese artma ile ilişkili olduğu bulunmuştur(101).

Gündelik stresörlerin yanı sıra DEHB hastalarında çocukluk çağı travmaları gibi erken stresörlerinde sık olduğu ve hastaların psikososyal iyilik hali ilişkili olduğu gösterilmiştir(102). Aynı zamanda olumsuz yaşam olaylarının DEHB hastalarında yaşam boyu depresyon riskini artırdığı ve kişilerin işlevselliğinde anlamlı bir bozulmaya yol açtığı bildirilmiştir(103).

Literatürdeki bu veriler, DEHB’li bireylerin tedavi süreçlerinde hem erken hem de güncel stres kaynaklarının fark edilmesi ve hastaların strese yönelik çabalarının değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Buradan hareketle, DEHB’li hastalarda stresle başa çıkma tutumları araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Literatürdeki az sayıdaki veri erişkin DEHB hastalarının sağlıklı bireylere kıyasla daha işlevsiz başa çıkma tutumları sergilediğini göstermektedir. Özellikle hastaların kaçınma, boş verme, hayal kurma, inkâr ve madde kullanımı davranışlarını sık tercih ettiği ve bunun yanı sıra probleme yönelik aktif başa çıkma tutumu sergilemedikleri çalışmalardan elde edilen sonuçlardır(20,104,105).

2.1.8. Ayırıcı Tanı

DEHB’li erişkin bireylerde anamnez detaylı alınmalı ve fizik muayeneleri mutlaka yapılmalıdır.

Hastalarda DEHB belirtilerinin akut başlangıçlı olması, klinisyende tıbbi tanıyı akla getirmelidir. DEHB’ye benzer semptomlarla seyreden hastalıklardan en sık olanları, tiroit hastalıkları (hipo/hipertiroidi), epilepsi (petit-mal veya parsiyel

kompleks), ilaç etkileşimleri, karaciğer hastalıkları, kurşun toksisitesi, vitamin B12 eksikliği, ağır metal zehirlenmesi, obstruktif uyku apne sendromu, geçmiş kafa travması veya işitme azlığıdır (106).

DEHB, öz değerlilikte azalma ve depresyon birbiriyle iç içe geçmiş kavramlar olduğundan DEHB ve depresyon ayırıcı tanısı son derece önemlidir. Odaklanma güçlüğü, dikkat azlığı, bellek problemleri, motor huzursuzluk gibi bazı semptomlar DEHB ve depresyonda ortak olarak görülebilir, ancak majör depresyon nörovejetatif semptomlarla karakterizedir ve bilişsel semptomlar duygu durum semptomları gerilediğinde düzelme eğilimindedir (107). DEHB ve depresyonun ortak belirtisi gibi gözüken ‘durgunluk, uyuşukluk hali’ de ayırıcı tanıda önemlidir. DEHB deki durgunluk, ‘amotivasyon’ olarak adlandırılabilir. DEHB olan bireylerde sık görülen sadece canı istediği konuda dikkati verebilme ve hareketli olma durumu depresyonda görülen psikomotor reterdasyondan oldukça farklıdır (49).

Bipolar bozukluk ve DEHB; hiperaktivite, dikkat eksikliği ve duygu durum oynaklığı gibi benzer semptomları gösterebilirler(106). Ancak, DEHB de tüm bu özellikler manik döneme göre daha hafif seyreder, eskiden beri var olan belirtilerin devamıdır ve dönemsellik göstermez. Aşırı para harcama, psikotik semptomlar, grandiyözite, düşüncelerin hızlanması ve uyku ihtiyacında azalma gibi belirtiler, mani veya hipomaninin DEHB’den ayrılmasında yardımcıdır. DEHB de benlik saygısında düşmeye sıklıkla rastlanırken, manide bu gözlenmez (75).

Borderline kişilik bozukluğu, DEHB gibi impulsivite, duygulanım labilitesi ve hostilete ile karakterizedir ancak DEHB’li bireylerde bu semptomlar, aralıklı, daha kısa ve daha az ciddidir (108). Ayrıca DEHB’de, borderline kişilik bozukluğunda olduğu gibi dikotomik düşünce, ayrılık korkuları ve self mütulatif davranışlar gözlenmez (108). Antisosyal kişilik bozukluğu, DEHB ile impulsivite ve afektif labilite semptomlarını paylaşır. Tutuklanma öyküsü, eş duyum yoksunluğu ve vicdan azabı hissetmeme gibi antisosyal kişilik bozukluğunda görülen davranışlar, iki bozukluğu ayırmada yardımcı olabilir(106,109).

Anksiyete bozukluklarında da, DEHB’deki gibi dikkat ve konsantrasyon azlığı belirtileri görülebilir fakat DEHB’den farklı olarak aşırı endişe ve somatik yakınmalar belirgindir (10,107).

2.1.9. Sağaltım

Çocuklarda DEHB'nin tedavisinde kullanılan Merkezi Sinir Sistemi psikostimölanları erişkin DEHB belirtilerini de düzeltmektedir. Bu konuda yapılan ilk çalışmalar yetişkinlerde psikostimölanların çocuklardaki kadar etkili olmadığını düşündürmüş, ancak daha sonra tedavide kullanılan dozlar artırıldığında (metilfenidat için en fazla 2 mg/kg/gün, amfetaminler için 1,5 mg/kg/gün) yetişkinlerde de etkili olduğu bildirilmiştir. Yetişkinlerde yüksek doz kullanılması gerekmele birlikte, artan doz nedeniyle yan etkilerde de artış gözleendiğı belirtilmiştir (276). En sık görölen yan etkileri uykusuzluk, iştah azalması, karın ağrısı, iritabilite, kilo kaybı ve baş ağrısıdır. Bu yan etkiler doza bağıdır ve ilaç kesildiğinde kaybolurlar (277). Ülkemizde, uyarıcı ilaçlardan kısa etkili metilfenidat (Ritalin) 10 mg'lık tablet ve uzun etkili metilfenidat (Concerta) kapsül şeklinde bulunmakta ve kırmızı reçete ile satılmaktadır.

Erişkin DEHB'de psikostimölan tedaviler ilk tercih olmakla birlikte çeşitli nedenlerle psikostimölan olmayan tedavi seçenekleri de kullanılmaktadır. Bunlar arasında desipramin, imipramin, fluoksetin, bupropiyon, venlafaksin, klonidin, guanfasin, klorpromazin, risperidon gibi ilaçlar tedavide yer almaktadır (278). Ancak Erişkin DEHB'de kullanımı Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan tek psikostimölan olmayan ilaç atomoksetindir (279). İlaç tedavisi yanında çeşitli psikososyal müdahale yöntemleri de yararlı olmaktadır (279).

2.1.10. Gidiş

DEHB tanılı çocukların DEHB tanısı olmayan yaşlılarına göre ergenlikte davranım bozukluğu ve erişkinlikte kişilik bozukluğu geliştirme olasılığı daha yüksektir. Bu durum da madde kullanım bozukluğu ve tutuklanma olasılığını arttırır (46). DEHB'si olan bireylerin, DEHB'si olmayanlara göre daha erken yaşta madde kötüye kullandıkları gözlenmiştir(110,111). DEHB'li erişkinlerin DEHB'li olmayan yaşlılarına göre, daha az remisyon oranları ve daha uzun madde kötüye kullanımı dönemleri vardır (111).

Bu kişilerin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu, daha az profesyonel eğitim aldıkları, liseyi bitirememeleri oranının 3-10 kat fazla olduğu, üniversite derecelerinin daha düşük olduğu ve bunların sonucunda iş performanslarının daha düşük ve işsizlik oranlarının daha fazla olduğu (üç kat daha fazla), iş yaşamında daha alt düzeyde

işlevsellik gösterdikleri, daha az nitelikli işlerde çalıştıkları ve sosyoekonomik durumlarının daha kötü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (87-89, 112,113).

DEHB olan erişkinlerde kendine güven azlığı ve kişilerarası ilişkilerde başarısızlık daha fazla görülür. Boşanma oranlarının iki kata kadar daha yüksek olduğu ve daha az kalıcı ilişkiler kurdukları gösterilmiştir (87, 113, 114). DEHB olan kadınlar daha çok boşanma eğilimindedir (115). DEHB'li bireylerle ilgili olarak sık bildirilen şikayetler; başkalarını dinlememe ya da diğerleri iş yaparken aralarına girme, diğer kişilerin duygusal ihtiyaçlarına dikkat etmeme, ev ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmede organizasyon güçlükleri, zayıf iletişim kurma ve problem çözmede yetersizliktir (116).

Elde edilen veriler, DEHB çocukluk döneminde tanınmadığında erişkin dönemde de sıklıkla tanı konulamadığını göstermektedir. Tanı alamayan bu olguların tanı ve tedavi alanlara kıyasla daha yüksek komorbidite oranları olduğu, işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, depresyon, alkol kullanım bozukluklarının daha fazla olduğu, eğitimlerinin daha düşük olduğu duygusal ve kişilerarası ilişkilerde daha çok sorun yaşadıkları gösterilmiştir (117).

DEHB olan bireylerin, ayaktan ve yatarak tedavilerinin, reçete ve tüm sağlık giderlerinin maliyetinin DEHB olmayan bireylere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (118).

Trafik kurallarını çiğnemek, hızlı araba kullanmaktan dolayı cezalar açısından daha yüksek risk altındadırlar, trafik kazalarına daha sık karıştıkları ve daha çok yaralandıkları gösterilmiştir. DEHB'si olan ergenler, DEHB'si olmayan yaşlıtlarına göre 4 kat fazla motorlu taşıt kazası geçirme riski taşırlar. Ayrıca DEHB'li ergenler, daha sık yasal yaş sınırından önce otomobil kullanmaya başlarlar, yetişkinlikte ehliyetleri daha fazla ellerinden alınır ve daha fazla trafik cezası alırlar (özellikle hız yapma nedeniyle) (119).

DEHB'de gidiş üzerinde olumlu etkisi olan faktörler; psikiyatrik komorbidite yokluğu, entelektüel kapasitenin iyi olması, öğrenme güçlüklerinin az olması, geçmiş başarı hikâyesi, kadın cinsiyet, dikkat eksikliğinin önde olduğu tip olması, impulsivitenin daha az bulunması ve destekleyici çevrenin olmasıdır. Ağır duygu durum değişiklikleri, aşırı impulsivite, madde kötüye kullanımı, psikiyatrik komorbidite olması,

tekrarlayıcı başarısızlık ve bilişsel yeteneklerin sınırlı olması DEHB’de prognoz üzerinde olumsuz etkenlerdir. DEHB görüldüğü üzere morbiditesi yüksek olan bir hastalıktır. DEHB’li erişkinlerin %60’ının belirtileri yaşamaya devam ederek hafif-orta dereceli mesleki, akademik ve sosyal problemler yaşayabildikleri saptanmıştır(65,120). Erişkin DEHB hastalarının bazıları ise işlev kaybını en aza indirecek şekilde yaşam ortamlarını uyarlamayı başarmaktadır. Bireyler kendilerine uygun işler bulurlar, yalnız yaşayabilir ya da uygun uzun süreli ilişkiler geliştirebilirler ve DEHB ile ilişkili güçlükleri kapatacak şekilde diğer konularda başarılı olabilirler (96,121).

2.2. BİPOLAR BOZUKLUK

2.2.1. Tarihçe

Duygu durum bozukluklarına ilişkin gözlemler çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve mani geçiren kişiler tanınabilmektedir. Melankoli terimini ilk olarak Hipokrat (M.Ö. 460-377) kullanmıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen melankoli terimiyle, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır (122). Daha sonraları Galenos da etkisini on sekizinci yüzyıla dek sürdürmüş olan “beden sıvıları kuramını ortaya atmıştır. Kurama göre insan bedeni kan, balgam, sarı ve kara safra olmak üzere dört beden sıvısından oluşmuştur. Sıvıların herhangi birinin miktarındaki artma sıvı dengesizliğine yol açarak hastalığa yol açacaktır. Örneğin, depresyon ve melankoli kara safranın aşırılığına bağlıdır (123). 1840 yılında Esquirol, depresyon ve maninin kronik akıl hastalıklarından farklı olduğunu ortaya koymuştur (122). Jules Falret 1854 yılında, bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiğini, hastalığın periyodik olarak tekrarladığını gözlemiş ve bu hastalıklara “Folie Circulaire” adını vermiştir.

Aynı yıllarda Baillarger aynı durumu tanımlamak için “iki şekilli delilik” terimini kullanmıştır. Kraepelin 1895 yılında duygu durum bozukluklarını manik depresif delilik başlığı altında toplamış ve manik-depresif hastalığı ilk tanımlayan kişi olmuştur (124,125). Bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak, depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel tonus, daha önceki işlevsellığe geri dönebilme, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan birçok atak yaşaması özelliklerini dile getirmiştir.(124)

Bleuler; 1930’larda depresif ve manik dönemlerle giden bu hastalığı “afektif bozukluk” olarak tanımlamıştır.

Leonard 1957 yılında; ilk kez bipolar ve unipolar hastalık kavramını literatüre kazandırmıştır. Sadece depresif veya manik dönemle seyreden tabloyu unipolar hastalık, manik ve depresif dönemlerle seyreden tabloyu ise bipolar hastalık olarak tanımlamıştır (126).

1980 yılında DSM-III sınıflama sisteminin kullanıma girmesiyle “afektif bozukluklar” tanımı kabul edilmiş ve majör depresif bozukluğun (MDB) ve BB’nin ayrı iki hastalık olduğu ilk kez resmi sınıflandırma kapsamına alınmıştır(127). İlerleyen yıllarda ise Dunner ve ark.’nın önerisiyle BB kendi içinde BB-I ve BB-II olarak iki alt tipe ayrılmıştır (128). DSM-III-R (1987) sınıflandırmasında “duygu durumu bozuklukları” terimi tercih edilmiştir. 1994’te DSM-IV sınıflandırmasında dört tip bipolar bozukluk; bipolar tip I, bipolar tip II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk yer almıştır. 2000 yılında kullanıma giren DSM-IV-TR sınıflandırmasında bu tanıma genel tıbbi duruma ve madde kullanımına bağlı duygu durum bozukluğu alt tipleri de eklenmiştir (124).

DSM-V’te ise DSM-IV-TR’deki “Duygu durum Bozuklukları (Mood Disorders)” bölümü kaldırılarak onun yerine “İki uçlu ve İlgili Bozukluklar (Bipolar and Related Disorders)” ve “Depresif Bozukluklar (Depressive Disorders)” biçiminde iki ayrı bölüm konulmuştur. Bu organizasyonel değişiklikle iki uçlu bozukluklarla depresif bozukluklar birbirlerinden bölüm olarak ayrılmıştır. DSM-IV-TR’de “Duygu durum Bozuklukları” bölümünün başında “Majör Depresif Atak (Majör Depressive Episode)”, “Manik Atak (Manic Episode)”, “Mikst Atak (Mixed Episode)” ve “Hipomanik Atak (Hypomanic Episode)” ayrı ayrı açıklanmış sonra bozukluklar bunlara referans verilerek ele alınmıştır. DSM-V’te ise bu anlatım biçiminden vazgeçilmiş, ataklar bozuklukların içerisinde belirtilmiştir. DSM-IV-TR’de manik ve hipomanik atakların A grubu tanı ölçütlerinde yalnızca kabarmış bir duygu durumdan söz edilmekteydi. DSM-V’te bunların A tanı ölçütlerinin karşılanması için kabarmış duygu durumun yanı sıra etkinlik ve enerjide de artışın bulunması gerekmektedir. Bilindiği gibi DSM-IV-TR’de “Manik”, “Hipomanik”, “Majör Depresif”, ve “Mikst” biçiminde dört atak tanımlanmış durumdadır. DSM-V’te ise “Mikst” atak kaldırılmış bunun yerine Bipolar tip 1 ve Bipolar tip 2 bozuklukları için “Mikst Belirleyicisi

(Mixed Feature)” getirilmiştir. Ancak buradaki mikst belirleyicisi için DSM-IV-TR’deki gibi tam bir “Majör Depresif Atakın” özelliklerinin sağlanması gerekmemektedir. “Mikst” özellik için bazı majör depresif belirtilerin yer aldığı ayrı bir tanı ölçüt kümesi oluşturulmuştur (46).

2.2.2. Epidemiyoloji

Bipolar Bozukluğun genel yaşam boyu prevalansı çeşitli çalışmalarda %0,7–1,6 arasında değişmektedir. Son yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar bipolar spektrum bozukluklarının toplumun %5’inden daha fazlasını etkilediğini göstermektedir (129).

Bipolar Bozukluk genellikle 20’li yaşlarda başlar, Bipolar tip 1 bozukluğunun başlangıç yaşı ortalaması 18 ve Bipolar tip 2 bozukluğunun başlangıç yaşı ortalaması 22’dir (130). İlk belirtiler hastaların % 20-30’unda 21 yaşından önce, % 10’unda 50 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (131). Olguların yaklaşık üçte birinde erken başlangıç (18 yaş öncesi) görülmektedir (130).

Bipolar tip 1 bozukluk kadınlar ve erkeklerde eşit görülmekle birlikte, bipolar tip 2 bozukluk kadınlarda daha sık görülmektedir.(133) Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkek arasında farklılık göstermemekle birlikte hastalığın dönemsel özellikleri ve gidişinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınlarda karma dönem ve hızlı döngülülük daha sıktır (124).

Bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında hem bipolar bozukluk, hem de diğer duygu durum bozuklukları insidansı artmıştır (134). Bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının çocuklarında bipolar bozukluk riski %13, unipolar depresyon riski %15 ve şizoafektif bozukluk riski %1 olarak bulunmuştur (135). Hastalanma oranları monozigot ikizlerde %40- 70, dizigot ikizlerde %10–20, birinci derece akrabalarda ise %5- 10 olarak tespit edilmiştir (136).

2.2.3. Etyoloji

2.2.3.1. Genetik Faktörler

Bipolar bozuklukta genetik geçişin önemi çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur. Bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk riski %3-8 olup, %1'lik genel popülasyona göre ortalama 6 kat artmış görünmekte ve hastalığın ailesel olduğunu düşündürmektedir. Monozigot ikizlerden birisi hasta ise, diğerinde de hastalığın görülme riski %79,5 aynı durum dizigotlarda %23'tür. Monozigot ikizlerdeki konkordansın %100 olmaması, genetik faktörlerden başka çevresel faktörlerin de duygu durum bozukluklarının gelişmesinde önemli olduğunu düşündürür (137).

Bipolar bozukluk olasılıkla birden çok mutasyona uğramış gen ve bu genlerin çevresel etkenlerle etkileşimi sonucu oluşmaktadır. Hastalık geni bulunan ancak fenotipik olarak hastalık belirtileri olmayan kişiler de vardır. Yapılan araştırmalar, bipolar bozukluğun klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini, poligenik, multifaktöryel, heterojen bir hastalık olduğunu göstermektedir (138).

2.2.3.2. Nörobiyolojik Faktörler

Biyokimyasal çalışmalar, daha çok biyogenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin ve serotoninden daha çok bahsedilmiştir (139). Mani oluşumunda noradrenerjik aktivasyondan ve "Noradrenerjik-kolinerjik" sistemler arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten söz edilmektedir (140). Sağaltım ve korumada Lityum nörotransmitter salınımını azaltır ve geri alınımını (reuptake) artırır. Serotonin öncüsü olan L-triptofan, yüksek dozlarda verildiğinde mani benzeri tablo oluşturmaktadır (141). Manide dopaminerjik sistem aktivitesinde uyarılma vardır (143). Beta adrenerjik reseptörlerin down regülasyonu ile klinik antidepresan yanıt arasındaki korelasyonun olasılıkla depresyonda noradrenerjik sistemin doğrudan rolüne işaret ettiği öne sürülmüştür (139). Serotoninin azalması, depresyonu tetikleyebileceği ve öz kısıma ilişkin impulsları olan bazı hastalarda düşük BOS serotonin metabolitleri ve düşük trombosit serotonin geri alım bölgeleri konsantrasyonu saptandığı bildirilmiştir (139).

Depresyon patofizyolojisine en sık eşlik eden biyogenik aminler norepinefrin ve serotonin olsa da dopaminin de rol aldığı kuramsal olarak kabul edilmistir. Veriler, depresyonda dopamin aktivitesinin azaldığını, manide ise arttığını düşündürmektedir (139). Dopamin ve depresyon hakkında iki yeni kuramda depresyonda mezolimbik dopamin yolağının disfonksiyonel olabileceği ve dopamin D1 reseptörünün depresyonda hipoaktif olabileceği bildirilmiştir (139).

Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, bipolar bozuklukta serebral ventrikül hacminde genişleme, amigdala hacminde artış, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması izlendiği bildirilmiştir (124,139,141).

2.2.4. Bipolar Bozuklukta Stresörler Ve Başa Çıkma Tutumları

Stresli yaşam olayları ile bipolar bozukluk arasındaki ilişki uzun yıllardan beri bilinmektedir(142). Olumsuz yaşam olayları depresyonun görülme olasılığı artırırken aynı zamanda hem olumlu hem de olumsuz olaylar kişide hipomanik dönemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir(143). Aynı zamanda stresli yaşam olayları hastalık dönemlerinin en kuvvetli öngördürücülerindendir(144). Alevlenme dönemlerinin ortaya çıkması ile ilişkisi gösterilen yaşam olaylarının hastalığın uzun dönem seyrine de olumsuz yönde etkisi olduğu yazarlar tarafından bildirilmektedir(145).

Bipolar bozukluk ve stres arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için birçok model ortaya konulmuştur. Bu modellemelerden kindling modeli; ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası meydana gelmesi, ancak daha sonraki dönemler için böyle bir olayın eşlik etmesinin azalması gözlemine dayanır(146). İlk manik ya da depresif atak stresli yaşam olaylarıyla tetiklenir ve sonraki ataklarda kişinin beyinde birtakım biyokimyasal değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler hastalarda duyarlılığı artırarak diğer stres etmenlerine yatkınlığı artırır. Bu duyarlaşma süreci, bir dış stresör olmadan da hastalık ataklarının kendiliğinden oluşmasına kadar devam eder. Bu durum hastalığın ilerlemesine paralel olarak ataklardaki sıklığın da artmasına sebep olur(147).

Stres-diatez yaklaşımı diğer hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da stresin hastalığın ortaya çıkışı ve seyri üzerine etkisini açıklamak için

kullanılmaktadır(148). Hastalığın ortaya çıkması için kişide var olan yatkınlığın ancak stresör faktörlerin katkısı ile fenotipe yansıtacağı bu model ile ifade edilmektedir(149).

Her iki yaklaşım bağlamında, hastalarda stress oluşturan yaşam olaylarının dikkate alınması ve hastaların bu olaylara karşı yanıtlarının bilinmesi BP klinik seyrine katkı sağlayacağı açıktır(150). Bipolar bozukluk hastalarının stresli olaylar karşısında tutumlarının değerlendirilmesi ve bu tutumlarının hastalığın seyrine olan etkisini değerlendirmek için birçok araştırma yapılmıştır.

Bu çalışmalar bipolar bozukluk hastalarının sağlıklı gönüllere kıyasla stres karşısında daha işlevsel olmayan bir tutum sergilediğini ortaya koymaktadır(255). Ötimik dönemde sergilenen işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarına ek olarak hastaların farklı dönemlerde farklı başa çıkma tutumları sergilediği saptanmıştır. Mani döneminde hastaların dikkatte çelinmeyi netice veren ve risk alıcı davranışları içeren tutumları daha ziyade kullandığı ifade edilmiştir (7). Çalışmaların bir diğer sonucu da hastaların depresyonun prodromal döneminde iken kullandıkları işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının mani döneminde kullanılan başa çıkma tutumlarına benzerlik gösterebileceğidir(5). Bu verilerden yola çıkarak hastalarda mani döneminin gelişmesine olumsuz duyguları düzenlemede kullanılan işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının da katkı sağlayabileceğini ifade edilmiştir(7).

2.2.5. Tanı

DSM-V'e Göre Manik Dönemin Tanı Ölçütleri; (Amerikan Psikiyatri Birliği,2013)

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygu durumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygu durum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (çabuk kızan bir duygu durum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

- (1) Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri
- (2) Uyku gereksiniminde azalma (örn. Sadece 3 saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak hisseder).
- (3) Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
- (4) Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı
- (5) Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
- (6) Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikomotor ajitasyon(bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
- (7) Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. Aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma).

Duygu durum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özelliikle vardır.

Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. İlaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavini fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla iki uçlu I bozukluğun tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. İki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir

DSM-V'e G6re Maj6r Depresif D6nemin Tanı 6lç6tleri; (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)

A. Ayn iki haftalık d6nemi boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve 6nceki işlevsellik d6zeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) depresif duygu durum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamamadır

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

(1) Depresif duygu durum, neredeyse her g6n, g6n6n b6y6k bir b6l6m6nde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (6rn. 6z6nt6l6d6r, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca g6zlenir (6rn. ağlamaklı g6r6n6r).(Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir).

(2) B6t6n ya da nerdeyse b6t6n etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her g6n, g6n6n b6y6k bir b6l6m6nde bulunur(6znel anlatıma g6re ya da g6zlemle belirlenir).

(3) Kilo vermeye çalışmıyorken(diyet yapmıyorken) ok kilo verme ya da kilo alma (6rn. Bir ay içinde ağırlığının %5 inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her g6n, yeme işteğinde azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama g6z 6n6nde bulundurulmalıdır).

(4) Neredeyse her g6n, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

(5) Neredeyse her g6n, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da g6zleniyor olması gerekir).

(6)Neredeyse her g6n, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7)Neredeyse her g6n, değersizlik ya da aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan d6zeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan 6t6r6 kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi bunu söyler ya da başkaları gözlemiştir).

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

2.2.6. Sağaltım

Tedavide amaçlanan, epizotların sıklığını, şiddetini ve psikososyal sonuçlarını azaltmak ve epizodlar arasındaki psikososyal işlevselliği artırmaktır. Sağaltıma başlamadan önce bireysel risk yaratan durumlar, hastanın durumuna ilişkin iç görüşü, hasta hekim ilişkisindeki güven, aile desteğinin varlığı, hastanın sağaltım konusundaki seçimi, önceki dönemlerde hangi sağaltıma yanıt verdiği ve sağaltıma yanıt verme süresi, hastanın yaşına özgü durumlar, genel tıbbi durumu ve hastanın tedaviye ulaşım koşulları dikkate alınmalıdır (151).

Bipolar bozuklukta tedavi, akut dönem ve sürdürüm dönemi olmak üzere ikiye ayrılır. BPB tedavisindeki ana ilaçlar duygu durum dengeleyicilerdir. Akut dönemde, benzodiazepinler ve antipsikotikler de tedaviye belirli bir süre eklenebilir. İlaç seçilirken hastanın öforik ya da karma manisinin olması dikkate alınmalıdır. Ayrıca, psikotik belirtiler, hızlı döngü, belirti şiddeti, birlikte bulunan organik ve psikiyatrik bozukluklar, daha önceki tedavi ve bu tedaviye yanıt açıklığı kavuşturulmalıdır. Genel olarak lityum, klasik belirtileri (öforik mani) olan ve hafif şiddetteki olgularda ilk seçenektir. Karma manide, psikotik manide ve daha ağır mani formlarında sodyum valproat, lityuma tercih edilebilir. Hızlı döngülü olgularda sodyum valproat veya lamotrijin tercih edilmelidir. Özellikle hızlı kontrolün gerektiği şiddetli ajitasyonu olan hastalarda antipsikotikler ve benzodiazepinler sağaltıma eklenebilir. Dirençli durumlarda ve gebelikte elektrokonvülsif tedavi önerilir.

Bipolar depresyonun iyileşmesi hedeflenirken, manik kayma, döngü hızlanması gibi süreçlere karşı da dikkatli olunmalıdır. Duygu durum dengeleyicilerin sağaltımda yer alması, özellikle manik kayma ve döngü hızlanmasına karşı çok önemlidir. Birçok sağaltım kılavuzunda eğer doz en yüksek dozun altındaysa kullanılan duygu durum dengeleyicisinin dozunun arttırılması ilk adım olarak önerilmektedir. Ancak bu

yaklaşımına ilişkin çok fazla kanıt bulunmamaktadır. Klasik olgularda ilk seçenek lityumdur. Yanıt alınamayan ve şiddetli durumlarda sağaltıma antidepresanlar ve / veya lamotrijin eklenir. Antidepresanların düşük dozda başlanması, etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan sağaltımının uzun sürdürülmemesi önerilir. Daha çok SSRI'lar tercih edilir. Ağır, katatonik ya da psikotik özellikli depresyonda ve gebelerde elektrokonvülsif tedavi uygulanır.

Bipolar bozuklukta akut dönem sağaltımından sonra idame sağaltıma geçilir. Hastaların çoğunda koruyucu sağaltıma akut dönemde etkili olan ilaçla devam edilir. Akut dönemin manik olduğu durumda duygu durum dengeleyicisinin dozunun azaltılması düşünülmelidir. Lityum ve sodyum valproat için maninin kontrolünde gereken dozun % 25 kadar azaltılmasını destekleyen veriler bulunmaktadır (152). Koruyucu sağaltıma genellikle hasta ikinci duygu durum dönemini geçirdikten sonra başlanır. Ailede bipolar hastalık öyküsü varsa ya da ilk dönem çok ağır geçtiyse koruyucu sağaltıma hemen başlanabilir.

2.3. STRES VE BAŞA ÇIKMA

2.3.1. Stres

Stres (stress) sözcüğü Latince “estrectia” fiilinden türetilmiştir. Sözlüklerde fiil olarak, baskı yapmak, bastırmak, germek, önem vermek, yüklemek ve zorlamak; isim olarak, baskı, basınç, gerilim, güç, kuvvet, önem, şiddet, vurgu, yük, zarar ve zor karşılığında kullanılmaktadır (153). Stresin Türkçe sözcük karşılığı, yüklenme ve zorlanmadır (153,154).

Değişik şekillerde tanımlanmış olan stres uzun süre felaket, bela anlamlarında kullanılmış olup, 18. yüzyıldan itibaren tıp/psikoloji terimi olarak bedene ve ruhsal duruma yönelik tehdit oluşturan baskı, zorlanma anlamlarında kullanılmaya başlanmıştır. Stres, tıp alanında ilk kez 19. yüzyılın ikinci yarısında ünlü Fransız fizyoloğu Claude Bernard tarafından kullanılmıştır. Bernard stresi, “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlanmıştır (153). 20. yüzyılda stresle ilgili yapılan çalışmalar daha sistematik ve kuramsal bir hal almıştır. Walter B. Cannon, 1930'lu yıllarda gerçekleştirdiği çalışmalarda canlı vücudunun “kaç ya da savaş (fight or flight)” tepkisini ele alıp açıklayan ilk bilim insanıdır ve literatüre “homeostatis”

terimini kazandırmıştır. Stresi biyolojik uyumu sağlamaya yönelik tepki olarak tanımlamıştır (154).

Stresi günümüzdeki şekliyle bilim dünyasına kazandıran Macar asıllı Kanadalı bilim adamı Hans Selye'dir. Selye 1930'lu yıllardan itibaren yapmış olduğu uzun soluklu bir dizi bilimsel çalışmalarda; hayvanlar üzerinde uygulanan çeşitli uyarıcıların (sıcak, soğuk, travma) aynı tip belirtilere neden olduğunu saptamıştır. Ortaya çıkan belirtilere, uyarana bağlı olmayan stres belirtileri adını vermiştir (155). Stresi, organizmayı etkileyen her türlü duruma karşı organizmanın gösterdiği genel tepki olarak tanımlamıştır. Öncesinde stres, organizmada fizyolojik ve fizyopatolojik değişiklikler yapan uyarıcı olarak görülmekteyken Selye, stresi uyarıcılara karşı organizmanın verdiği cevap olarak tanımlamış ve bireyde stres oluşturan etmenleri "stresörler" olarak adlandırmıştır (157,158). Selye'ye göre organizma bir tehditle karşılaştığında Cannon'un da belirttiği gibi varlığını yani canlılığını devam ettirmek ister (156). Bireyin karşılaştığı tehdit, dengeyi bozar ve derhal dengenin yeniden sağlanması için genel uyum sendromunu başlatır. Selye, bedenin stresli durumlarda verdiği tepkinin alarm, direnç ve tükenme olmak üzere üç aşamalı olduğunu söyleyerek bunu "Genel Uyum Sendromu" olarak tanımlamıştır. Her stres etmeninin benzer etkileri olduğu halde, meydana gelen tepki her bireyde aynı değildir. Bunda genetik eğilim, yaş, cinsiyet gibi içsel, diyet, iklim, yorgunluk gibi dışsal faktörler ve motivasyon, geçmiş deneyimler gibi psikik faktörler rol oynamaktadır (157,158).

Stresin fizyolojisini ve nedenlerini açıklayan kuramların belki en önemli eksik tarafı olayın kişisel özelliklerinin ihmal edilmesidir. Bu kapsamda Lazarus bakış açısının değiştirilmesi gerektiğini savunmuştur (159). Lazarus'a göre stres, uyarıcı, yanıt ya da herhangi bir müdahil süreç değil, bu çalışma alanı için kolektif bir terimdir. Stresin sağlıklı bireyde olumlu duygular da yaratabilen bir kavram olduğundan söz etmiştir (160). Eustress kişiyi motive eder, enerjinin hedefe odaklanmasını sağlar, kısa sürelidir, başa çıkma yetileriyle yönetilebilir, heyecan yaratır ve performansı artırır. 1950'li yıllarda Lazarus'un öncülük yaptığı bir grup bilim adamı stres ve stres reaksiyonunun oluşumu sürecinde bilişsel özellikler, bireysel farklılıklar ve motivasyon gibi unsurların da dikkate alınması gerektiğini savunmuştur (161). Stresi bireyle çevresi arasındaki bir etkileşim olarak gören Lazarus ve Folkman; bireyin meydana gelen stres olaylarını kendi açısından önemli olup olmadığını değerlendirdiğini daha sonra da

mevcut kaynaklarını hesaplayarak başa çıkma stratejilerini belirlediğini iddia etmiştir (154).

Kişinin bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle oluşan stres, kişinin baş etme yeteneğini aşan ya da zorlayan bir durum algılandığında oluşmaktadır (154). Stresli bir durum, tehlikeyi fark edemeyecek ya da durumla başa çıkmak için yeterli beceri ve deneyime sahip bir kişi için tehdit edici olarak algılanmaz. Sarason'a göre stres durumun kendi özelliği değil, organizmanın çevreyle etkileşiminde oluşan bir kavramdır (162).

Bireylerin diğer insanlarla ilişkilerini ve davranışlarını etkileyen bir durum olan stresin oluşabilmesi için insanın içinde bulunduğu ortam ve çevrede meydana gelen değişimlerden etkilenmesi gerekmektedir. Kişilerin strese neden olan değişimlerden etkilenme hızı ve verdiği tepkiler farklı olabilmektedir.

2.3.2. Başa Çıkma

Stres sürecinde yer alan bireye ilişkin önemli kişisel özelliklerden biri de başa çıkmadır. 1970'lerde, stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek bir ara değişken aranmış ve Freud'un "savunma mekanizmaları" yeniden gözden geçirilerek, "başa çıkma" kavramı ortaya atılmıştır. Başa çıkma (coping) kavramı, insanların yaşamlarına devam ederlerken karşılaştıkları sorunlarla mücadele etme biçimleri olarak ifade edilebilir. Lazarus ve Folkman başa çıkmanın dinamik bir süreç olduğunu ve kişi ile çevresi arasındaki stresli etkileşimler sırasında oluştuğunu belirtmişlerdir.(154) Ayrıca, başa çıkma kavramını, stresli yaşantıların içsel ve dışsal gereklilikleriyle mücadele edebilmek için kişinin bilişsel ve davranışsal çabaları olduğunu ifade etmişlerdir.

Tarihsel olarak bakıldığında stresle başa çıkma mekanizmalarının beş farklı açıdan ele alındığı görülmektedir (163). Bunlar;

1.Freud'un psikoanalitik yaklaşımında önerdiği bilinçdışı savunma mekanizmaları.

2.Erikson'un "yaşam dönemleri" yaklaşımında bahsettiği, özgüven, öz yeterlilik, ya da içsel kontrol gibi bireysel kaynaklar.

3.Evrım teorisi ve davranışçı yaklaşımdaki problem çözme çabaları.

4.Canon, Selye gibi bilim insanların iddia ettiği, hem insanların hem de hayvanların stres karşısında gösterdiği, genetik olarak önceden programlanmış bir reaksiyon.

5.Canlının, kendi fizyo-psikolojik kaynaklarının, azalıp bitmesi durumunda göstermiş olduğu adaptasyona yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalardır.

Baş etme tutumları ile ilgili araştırma ve yayınlar son dönemde artış göstermektedir. Çok sayıda insanı etkileyen savaş, deprem, terör gibi zorlayıcı yaşam olaylarına insanların farklı tepkiler verdiğini gözlemleyen araştırmacılar bu farklı tepkilerin nedenlerini aramaya yönelmişlerdir. Başa çıkma ile ilgili “stres oluşturan durumlar karşısında bireyin iç ve dış taleplerini yönetmek için kullandığı düşünce ve davranışlar” yaygın kabul gören tanımdır (164). Algılanan tehdidi veya problemi hafifletme amacı taşıyan baş etme davranışı bir süreçtir. Dört aşamadan bahsedilebilir.

1.Stres kaynağı olarak tanımlanan içsel ya da dışsal bir ajan,

2.Stres oluşturan durumun zihin ya da fizyolojik sistem tarafından değerlendirilmesi,

3.Stresli taleplerle ilgili olarak zihin tarafından oluşturulan başa çıkma süreçleri,

4.Sıklıkla stres tepkisi olarak tanımlanan zihinsel ve bedensel etkilerin karmaşık yapı göstermesi.

Stres oluşturan olayların etkilerini en aza indirmek ya da ortadan kaldırma amacı ile kullanılan baş etme tutumları evrensel bir kavramdır. Cinsiyet, yaş, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenler sebebi ile baş etme tutumları değişebilir. Diğer bir ifade ile baş etme tutumları bireye özgü bir nitelik taşır (165).

Literatürde baş etme tutumları ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur. En basit sınıflama ile baş etme tutumları işlevsel olan ve olmayan tutumlar şeklinde ayrılarak incelenebilir. Stresli durumun görmezden gelinmesi ve soruna çözüm

aranmaması işlevsel stratejiler değildir. İşlevsel baş etme stratejileri ise somut çözüm elde edebilmeye yönelik davranışlarda bulunmak, destek aramak ve olası çözümleri araştırmaktır (1). COPE ile bu tutumların daha ayrıntılı sınıflandırılması yapılmıştır. “Duygusal odaklı” ve “sorun odaklı” baş etme stratejilerine “işlevsel olmayan” stratejiler ilave edilmiştir. Sorun odaklı yöntemler şunlardır; stres oluşturan durumun etkisini azaltmak veya ortadan kaldırmak için harekete geçme-aktif başa çıkma, stresör ile baş etme konusunda düşünme-planlama, başkalarından bilgi, destek ya da tavsiye alma-yararlı sosyal destek kullanımı, başka meşguliyetleri geri plana itme-diğer meşguliyetleri bastırma, çabaları uygun bir zamana dek durdurma, pasif bir baş etme stratejisi-geri durma.

Başka insanlardan sempati beklemek ya da duygusal destek arayışı-duygusal sosyal destek kullanımı, artmış dini uğraşlar-dini başa çıkma, sorunun olumlu yönlerini bulabilme ve en iyi sonuçları elde etme çabası-pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, sorunun gerçekliğini reddetmeme-kabullenme, sorunla ilgili mizaha başvurma-şaka yapma da duygu odaklı stratejilerin alt başlıklarıdır.

Daha önceki yaklaşıma ek olarak işlevsel olmayan stratejiler saptanmış ve geliştirilen ölçeğin kapsamına dâhil edilmişlerdir. Bu stratejiler; duygusal sıkıntısını fark etme ve bu duyguları dışa vurma-soruna odaklanma ve duygu dışa vurumu, sorunun gerçekliğini reddetme-inkar, sorunla ilgili düşüncelerden uzaklaşmak için dikkat dağıtıcı yöntemler kullanma-zihinsel boş verme, sorunu çözmeye yönelik çabalarını azaltma ya da çabalamaktan vazgeçme-davranışsal boş verme, alkol ya da madde kullanarak sorundan uzak durmaya çabalama-alkol/madde kullanımıdır (1,166).

Genel olarak sorun odaklı başa çıkmanın, duygu odaklı başa çıkmaya göre ruh sağlığı ile olumlu ilişkisinin daha güçlü olduğu çeşitli araştırmalarda desteklense de bazı araştırmalarda tersi sonuçlara rastlanmaktadır. Özetle, hiçbir başa çıkma örüntüsü özünde iyi ya da kötü değildir, ancak durumun gerektirdiği başa çıkma ile kişinin kullandığı başa çıkmanın uygunluğuna bağlı olarak, iyi ya da kötü sonuçlara neden olmaktadır. En uygun başa çıkma dağılımı, hem duygu hem sorun odaklı başa çıkma örüntülerinin birleşiminden oluşmaktadır. Ancak birey karşılaştığı durumda duygusal dengesini yeniden sağlamak için duygu odaklı başa çıkma tutumlarını kullanır ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmazsa ortaya olumsuz sonuçlar çıkacaktır (167,168).

Başka bir sınıflandırmada ise başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar diye ikiye ayrılmıştır. Sorunlu durumun değiştirilmesini veya ortadan kaldırılmasını amaçlayan davranışsal ya da psikolojik stratejiler aktif tutumlardır. Pasif tutumlar ise sorunlu durumdan uzaklaşmaya neden olurlar. Uyuma yönelik olan ve olmayan tutumlar ayrımı da baş etme tutumlarını bir başka sınıflandırma biçimidir. Psikiyatrik hastalıklar ile stres oluşturan durumlar arasındaki ilişkinin merkezinde uyuma yönelik olmayan (maladaptif) baş etme tutumlarının olduğu vurgulanmaktadır. Duygusal gerilimi azaltmaya yönelik stratejilerin uyuma yönelik ya da aktif başa çıkma tutumlarından çok kullanılması psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir etkidir. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere kişinin sorunlu bir durum karşısında kullandığı baş etme tutumu, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve tedavinin etkinliğinin takip edilmesinde yol göstericidir (1).

Araştırmalar farklı başa çıkma yollarının aynı stresli durumda bir arada kullanılabildiğini göstermektedir (169-171). Bireyler tek stresöre karşı çok çeşitli başa çıkma stratejileri kullanmaktadır. Folkman ve Lazarus'un, 1980 yılında yaptığı çalışmada problem ve duygu odaklı başa çıkmanın stresli durumların %98'inde bir arada kullanıldığı saptanmıştır (172).

2.3.3. Stresör ve Başa Çıkma

Stres teriminin evrimi esnasında “stresör” kelimesi tetikleyici faktörü tanımlamak amacıyla kullanıma girmiştir. Lazarus ve Cohen üç tip stresör tanımlamıştır (173). Birinci grup stresör sel gibi doğal felaketler ve insan eliyle oluşturulan savaş gibi büyük yıkımlardır. İkinci grup bir yakının kaybı, boşanma, iş kaybı ve önemli fiziksel hastalıkları içeren kişisel stresörlerdir. Üçüncü grupsa iş ortamındaki sorunlar gibi kişinin hayatında süregelen olarak devam eden günlük sıkıntılar olup arka plan stresörleri olarak değerlendirilirler. Daha sonra yine Lazarus ve ark. tarafından stresörler ele alınmış ve yeni değerlendirmede kayıplar, tehdit ediciler ve günlük zorluklar olarak belirtilmiştir(280). Bu sınıflandırma üzerinden başa çıkma tutumları ve stressör ilişkisini inceleyen araştırmacılar; başa çıkma tutumlarının kişinin maruz kaldığı etkene bağlı olarak değişebileceğini göstermişlerdir. Kişilerin kayıplar esnasında daha çok dini başa çıkma ve duyguları açığa vurma tutumları kullanırken, tehdit edici bir uyarı karşısında ise pozitif yeniden yorumlamayı sık kullandıkları gösterilmiştir(281).

Billings ve Moos ise stresli yaşam olaylarını altı başlıkta toplamıştır. Bu altı etken hastalıklar, ölüm, ekonomik sebepler, aile üyeleri ile ilgili sorunlar, aile üyeleri dışındaki kişilerarası sorunlar ve diğer insandışı etkenlerdir. Başa çıkma tutumları ile ilişkisini araştıran araştırmacılar problem çözmenin en sık hastalık karşısında kullanılırken en az ölüm karşısında kullanıldığını ifade etmişlerdir. Duygu odaklı başa çıkma tutumlarının ise diğer insan dışı etkenler karşısında kullanıldığını belirtmişlerdir(282).

Dohrenwend ise stressörlerin kaynağına göre değil özelliklerine göre değerlendirilmesini önermiştir. Bu bağlamda birçok boyut öneren yazar stresörün kontrol edilebilir/edilemez, akut/ kronik, öngörülebilir/öngörülemez, erken, çocukluk çağı kaynaklı/geç başlangıçlı ve bireysel/toplumsal özelliklerini vurgulamıştır(283).

Dohrenwend tarafından belirtilen çocukluk çağı kaynaklı stresörlerin erişkin yaşta psikopatoloji gelişiminde rolü olduğu bilinmektedir(284). Çocukluk çağı travmaları ve majör depresyon bu açıdan en sık çalışılan alanlardandır. Son yıllarda yapılan bir çalışma bu ilişkide başa çıkma tutumlarının mediatör olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları yaşamış kişilerde kullanılan maladaptif başa çıkma tutumlarının depresyonu gelişimini kolaylaştırdığı ve klinik değerlendirmede göz önünde bulundurulması gerekliliği ifade edilmiştir(285).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ÖRNEKLEM

Bu araştırma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 03.02.2015 tarih ve 444 protokol no ile onay alınmıştır (Ek 1). Araştırmaya Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran en az iki psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirildikten sonra DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar tip 1 bozukluk tanısı alan ve ötimik olan 49 hasta, DEHB polikliniğinde takip edilen 46 erişkin DEHB hastası ile Bakırköy Dr. Sadi Kouk Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık personeli arasından uygulanan DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme(SCID-I) ile herhangi bir tanı ölçütünü karşılamayan 18-65 yaş arası 40 sağlıklı kontrol çalışmaya alınmıştır. Toplam 156 katılımcı ile görüşülmüş olup ölçütleri karşılamayan 21 katılımcı çalışmadan çıkarılmıştır. 21 hastanın 13'ü bipolar bozukluk ve 8'i DEHB idi. Bipolar bozukluk grubundan 8 hasta testleri güvenilir şekilde dolduramayacak kadar konfüze, ajite olması ve 5 hasta da son 6 ay içinde klinik tablosunda ilaç değişikliğine sebebiyet verecek düzeyde bozulma olması nedeniyle görüşme esnasında çalışmanın dışında bırakılmıştır. DEHB grubunda ise 3 hastanın yoğun alkol kullanımı olması ve 2 hastanın ailesinde bipolar bozukluk olması nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Görüşme esnasında çalışmadan çıkmak istediğini ifade eden 3 DEHB hastasının verileri dâhil edilmemiştir. Katılımcılardan çalışmaya alınmadan önce bilgilendirilmiş ve yazılı onayları alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMAYA ALINMA ÖLÇÜTLERİ

- 1.DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bipolar tip 1 bozukluğu tanısı almış olmak
- 2.DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre erişkin DEHB tanısı almış olmak
- 3.Bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermek

3.3. ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ

1.18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak

2.Zekâ geriliği, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, demans ve diğer organik mental bozukluklar gibi araştırma bataryasının etkin bir biçimde doldurulmasına engel olabilecek bir hastalığa sahip olmak, alkol veya madde kötüye kullanımı, bipolar bozukluk ve DEHB birlikteliği,

3.Ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olan, yineleyici depresyonu olan, mevsimsel duygu durum özellikleri gösteren ve siklotimik mizaca sahip bulunan kişiler dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alsalar bile, çalışmalar bu özelliklere sahip bireylerde bipolar tip 1 bozukluk gelişebileceğini gösterdiğinden çalışmaya alınmayacaklardır.

4.Young Mani Derecelendirme Ölçeğinde 5'ten büyük puan almak

5.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinde 7' den büyük puan almak

3.4. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

1.SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

Çalışmanın özellikleri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik-klinik özellikleri içeren formdur. Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, beraber yaşanan kişiler, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş, hastalığın başlangıç yaşı, uygulanan tedaviler gibi klinik özellikler, sistemik hastalık özellikleri, çocukluk dönemine yönelik psikiyatrik özellikler bulunmaktadır (Ek 2).

2.BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (COPE):

İnsanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini ortaya koymak, başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da geliştirilmiş bir öz-bildirim tarama aracıdır (1). Geçerliliği ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmış Türkçe çevirisi kullanılmıştır (166). Ölçek 60 soru ve 3 ana bölümden oluşmaktadır. Bu üç ana bölüm sorun odaklı başa çıkma tutumları,

duygusal odaklı başa çıkma tutumları ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarıdır. Her bölümün altında 5 alt ölçek olacak şekilde toplam 15 alt ölçek bulunmaktadır. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma. (Ek 5)

3. WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

DEHB ile ilişkili erişkinlerin çocukluk çağındaki belirti ve bulguları değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir. İlk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır (157). Herbir maddesinin '0' ile '4' arasında derecelendirildiği (0=hiç, 4=aşırı) beşli Likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. DEHB tanısı için kesme puanı 46 ve üstü gerekmektedir. WUDÖ'nun hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (158). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 saptanmıştır (159). Psikiyatrik bozukluğu olan bireyler kadar sağlıklı toplumda da dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu araştırmak amacıyla da kullanılabilir (Ek 4).

4. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİ (TURGAY):

1995 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi, uyarlanması, geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (160). Öz-bildirim ölçeğidir. Erişkin DEB/DEHB ölçeği geliştirilirken DSM IV tanı ölçütlerindeki 18 belirti alınarak ölçeğin birinci;

Dikkat Eksikliği (DE) ve ikinci Aşırı Hareketlilik (AH) bölümü oluşturulmuştur. Üçüncü bölüm hazırlanırken DSM-IV'e girmeyen ama konu ile ilgili yapılan ve çeşitli yayınlarda sözü edilen belirtiler alınarak oluşturulmuştur. Ölçeğin üç alt bölümü şunlardır: 1. Bölüm: Dikkat Eksikliği Bölümü (DE) : DSM-IV' teki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş toplam 9 soru vardır. 2. Bölüm: Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde DSM IV'teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınarak oluşturulmuş toplam 9 soru vardır. 3.Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler (Sorun) bölümü; klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Puanlamada birinci bölümdeki toplam 9 sorudan en az altı tanesine 2 veya 3 cevabı alınmışsa bu kişide Dikkat Eksikliği (DE) vardır denilmektedir. İkinci bölümde de toplam 9 sorudan en az altısına 2 veya 3 cevabı alınmışsa bu kişide aşırı hareketlilik/dürtüsellik (AH) vardır denilmektedir. Üçüncü bölümdeki sorulara verilen cevaplar toplanarak DEB/DEHB ile ilişkili özellikler puanı bulunmaktadır (Ek 5).

3.5. İŞLEM

Her üç katılımcı grubuyla da bireysel görüşme yapıldı. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği(COPE) uygulandı. DEHB grubuna ise ek olarak Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği(TURGAY) uygulandı. Ayrıca DEHB hastalarının kayıtlarından bilgi edilerek son 1 yıldır düzenli stimulan ilaç kullanımı olan ve olmayan hastalar tespit edildi. Hastaların başa çıkma tutumundaki değişiklikler inceleneceği için kullanılan ilaçların uzun dönem etkilerinin gözlenmiş olması gerekmektedir. Literatürde stimulan ilaçların uzun dönem etkinliklerini değerlendiren çalışmalardan yola çıkarak hastaların tedavi sürelerinde son 1 yıllık süre gözönünde bulunduruldu(286). Son 1 yıl içerisinde aralıksız tedavi alan 21 hasta ile son 1 yıl içerisinde herhangi bir nedenden ötürü tedavi almamış 25 hasta başa çıkma tutumları açısından değerlendirildi.

3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 16 for Windows kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) kullanıldı.

Parametrik varsayımların karşılanmadığı iki grup arası karşılaştırmalarda Mann Whitney U test kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testi kullanıldı.

İkiden fazla grubun niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Parametrik varsayımların karşılandığında tek yönlü ANOVA ve Post-Hoc Bonferroni, parametrik varsayımları karşılamayan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı.

Çalışmada nitel ve nicel ilişkilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Sperarman's rho kullanılmıştır.

Tüm analizlerin sonuçları anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamız 05.03.2015 – 13.11.2015 tarihleri arasında Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran 49 Bipolar tip 1 bozukluğu ve 46 DEHB’li birey ile sağlıklı kontrol olan 40 kişi olmak üzere toplam 135 olgu ile gerçekleştirilmiştir.

135 katılımcıya ait yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı, eğitim durumları, medeni halleri, yaşama biçimleri, şimdiki çalışma durumları, ayrılık/göç yaşantısı, aile içi şiddet öyküsü, beraber yaşadığı ve çevredeki kişilerden algılanan destek tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		Kontrol (n:40)	ADHD (n:46)	Bipolar (n:49)	χ^2	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
⁺ Yaş		31.20±8.23 (31)	23.23±6.30 (21)	36.10±11.77 (36)	39.398	0.001**
		N(%)	N(%)	N(%)		
⁺⁺ Cinsiyet	Kadın	21(52.5)	24(52.2)	23(46.9)	0.363	0.834
	Erkek	19(47.5)	22(47.8)	26(53.1)		
⁺⁺⁺ Medeni durum	Bekâr	14(35.0)	42(91.3)	19(38.8)	40.627	0.001**
	Evli/Birlikte Y.	24(60)	3(6.5)	26(53.1)		
	Boşanmış/Ayrı	2(5.0)	1(2.2)	4(8.2)		
⁺⁺ Eğitim	İlkokul	11(27.5)	2(4.3)	17(34.7)	20.271	0.002**
	Ortaokul	5(12.5)	4(8.7)	8(16.3)		
	Lise	14(35.0)	26(56.5)	20(40.8)		
	Y.Okul/Üni.	10(25.0)	14(30.4)	4(8.2)		
⁺⁺ Yaşama Biçimi	Yalnız	2(5.0)	3(6.5)	2(4.1)	13.018	0.030*
	Aile	30(75.0)	32(69.6)	38(77.6)		
	Anne-baba	0(0.0)	7(15.2)	7(14.3)		
	Arkadaş/Diğer	8(20.0)	4(8.7)	2(4.1)		
⁺⁺ Şimdiki Çalışma Durumu	İşsiz	4(10.0)	9(19.6)	7(14.3)	41.714	0.001**
	Kendi işinde(esnaf- zanaatkar)	2(5.0)	3(6.5)	6(12.2)		
	Memur	4(10.0)	2(4.3)	2(4.1)		
	İşçi	19(47.5)	7(15.2)	17(34.7)		
	Öğrenci	4(10.0)	20(43.5)	1(2.0)		
	Diğer	7(17.5)	5(10.9)	16(32.7)		
⁺⁺ Ayrılık/ Göç	Hayır	33(82.5)	35(76.1)	32(65.3)	3.537	0.171
	Evet	7(17.5)	11(23.9)	17(34.7)		
⁺⁺ Aile İçi Şiddet	Hayır	37(92.5)	37(80.4)	33(67.3)	8.534	0.014*
	Evet	3(7.5)	9(19.6)	16(32.7)		
⁺⁺ Beraber Yaşadığı Kişilerin Desteği	Yok	2(5.0)	14(30.4)	8(16.3)	9.580	0.008**
	Var	38(95.0)	32(69.6)	41(83.7)		
⁺⁺ Çevrenin Desteği	Yok	10(25.0)	14(30.4)	24(49.0)	6.325	0.042*
	Var	30(75.0)	32(69.6)	25(51.0)		

⁺Kruskal- Wallis, ⁺⁺Ki Kare, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Kontrol, ADHD ve bipolar bozukluk hastalarında yaş değişkeni normal dağılım göstermemektedir. Buna uygun olarak yapılan Kruskal Wallis analizine göre yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ikili karşılaştırmalar yapılmış, bu nedenle tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm

karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. ADHD grubunun yaşı hem kontrol grubundan ($z=-4.816$, $p<0.001$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-5.667$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Kontrol ve bipolar bozukluk gruplarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-1.882$, $p=0.060$). 8.6).

Kontrol, ADHD ve bipolar bozukluk hastaları grupları arasında medeni durum değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). ADHD grubunun medeni durumu kontrol grubu ($\chi^2=30.395$, $p<0.001$) ve bipolar gruptan ($\chi^2=28.647$, $p<0.001$) farklıdır. Kontrol ve bipolar gruplarının medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=0.600$, $p=0.741$). ADHD grubunda bekar olanların oranı diğer iki gruba göre yüksek, evlilerin oranı düşüktür denilebilir.

Eğitim değişkeni açısından gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.002$). ADHD grubunun eğitim durumu kontrol grubu ($\chi^2=10.240$, $p=0.015$) ve bipolar gruptan ($\chi^2=19.438$, $p<0.001$) farklıdır. Kontrol ve bipolar gruplarının eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($\chi^2=4.747$, $p=0.191$) ADHD grubunun eğitim durumu diğer iki gruptan daha yüksektir denilebilir.

Beraber yaşanan kişiler değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Kontrol grubundakilerin beraber yaşadığı kişilerin ADHD grubundan ($\chi^2=8.219$, $p=0.042$) ve bipolar grubundan ($\chi^2=10.741$, $p=0.0013$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır. Kontrol grubunda arkadaşları/diğerleri ile yaşayanların oranının diğer iki gruba göre daha yüksek, anne-babası ile yaşayanların oranının daha düşük olduğu görülmektedir.

Şimdiki çalışma durumu değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). ADHD grubundakilerin çalışma biçimleri kontrol ($\chi^2=19.002$, $p=0.002$) ve bipolar grubundan ($\chi^2=28.303$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır. ADHD grubunda diğer iki gruptakinden farklı olarak öğrenci olanların daha yüksek olduğu söylenebilir.

Aile içi şiddet değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$) Kontrol grubunda aile içi şiddet olanların oranı bipolar bozukluk grubundan düşüktür ($\chi^2=8.298$, $p=0.004$).

Beraber yaşadığı kişilerin desteği değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Kontrol grubunda desteği olduğunu bildirenlerin oranı ADHD grubundan yüksektir ($\chi^2=9.140$, $p=0.003$).

Çevre desteği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Çevre desteği olan bipolar hastaların oranı kontrol grubundan düşüktür ($\chi^2=5.364$, $p=0.021$). Bu karşılaştırmalara ilişkin bulgular tablo 1’de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: ADHD ve Bipolar Bozukluk Hastalarının İntihar Girişimine İlişkin Verilerinin Karşılaştırılması

		ADHD (n:46)	Bipolar (n:49)		
		N(%)	N(%)	χ^2	p
⁺ İntihar	Hayır	42(91.3)	34(69.4)	7.123	0.008**
	Evet	4(8.7)	15(30.6)		
		ADHD (n:4) Ort±SS (Medyan)	Bipolar (n:15) Ort±SS (Medyan)	Z	p
İntihar Sayısı		1.25±0.50(1)	1.33±0.61(1)	-0.130	0.961

Mann-Whitney U, ⁺Ki Kare, ⁺⁺Fischer Exact Ki Kare, ** $p<0.01$

ADHD ve bipolar bozukluk hastalarının tüm grup için intihar girişiminde bulunanların oranları açısından, bipolar bozukluk lehine, istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.01$). İntihar sayısı değişkeni parametrik varsayımları karşılamadığından grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplarda intihar girişiminde bulunan 19 katılımcının girişim sayıları karşılaştırıldığında gruplar arasında açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmalara ilişkin verilerinin dağılımı tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 3: ADHD ve Bipolar Bozukluk Hastalarının Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

		ADHD (n:46)	Bipolar (n:49)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Z	p
Hastalık Süresi		4.18±4.70(1)	9.32±8.91(6)	-4.041	0.001**
Düzenli Tedavi Süresi		2.75±3.17(1)	7.28±7.81(5)	-4.481	0.001**
		N(%)	N(%)	χ²	p
⁺⁺Düzenli Tedavi	Yok	2(4.3)	0(0.0)	2.716	0.232
	Var	44(95.7)	49(100.0)		
⁺Hastalık Bilgilendirme	Hayır	2(4.5)	13(26.5)	8.283	0.004**
	Evet	42(95.5)	36(73.5)		
⁺Psikoterapi-Psikososyal	Hayır	37(84.1)	38(77.6)	0.635	0.425
	Evet	7(15.9)	11(22.4)		

Mann-Whitney U, ⁺Ki Kare, ⁺⁺Fischer Exact Ki Kare, **p<0.01

Bipolar hastaların hastalık süreleri ve düzenli tedavi süresi parametric varsayımları karşılamadığından Mann-Whitney U analizi kullanılmıştır. Buna göre hastalık süresi ve düzenli tedavi süresi ADHD grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Psikoterapi-psikososyal destek değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0.05). Bu karşılaştırmalara ilişkin verilerinin dağılımı tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 4: Çalışmaya Katılanların Madde Kullanım Özelliklerinin Dağılımı

		Kontrol (n:40)	ADHD (n:46)	Bipolar (n:49)	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
⁺ Sigara	Kullanmıyor	28(70.0)	25(54.3)	22(44.9)	5.661	0.059
	Kullanıyor	12(30.0)	21(45.7)	27(55.1)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Sigara kullanım süresi –ay		10.33±6.94(8)	7.28±5.93(5)	45.29±78.3(20)	16.216	0.001**
Günlük sigara miktarı		1.00±1.00(1)	1.00±1.00(1)	1.11±0.32(1)	3.795	0.150
		N(%)	N(%)	N(%)	χ^2	p
⁺⁺ Alkol	Kullanmıyor	39(97.5)	42(91.3)	47(95.9)	1.630	0.500
	Kullanıyor	1(2.5)	4(8.7)	2(4.1)		
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
Alkol kullanım süresi		5.00±0.00(5)	7.50±2.38(8)	7.50±3.53(8)	1.103	0.576

Kruskal Wallis, ⁺Ki Kare, ⁺⁺Fischer Exact Ki Kare, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Kontrol, ADHD ve bipolar bozukluk hastalarında sigara kullanım süresi(ay) ($p<0.01$), sigara kullananların kullanım süresi(ay)($p<0.01$) ve sigara miktarı ($p<0.05$) parametrik varsayımları karşılamadığından Kruskal Wallis ile analizler yapılmıştır. Bu değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ikili karşılaştırmalar yapılmış, bu nedenle tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir.

Bipolar bozukluk hastalarının sigara kullanma süresi kontrol grubundan uzundur ($z=-2.960$, $p=0.003$). Sadece sigara kullananlar arasında, bipolar bozukluk grubunun sigara kullanım süresi hem kontrol ($z=-2.423$, $p=0.014$), hem de ADHD grubundan ($z=-3.741$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede uzundur. Bipolar bozukluk ve ADHD, kontrol ve ADHD grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Günlük sigara kullanım miktarı açısından, bipolar bozukluk grubunun kullanım miktarı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($z=-2.503$, $p=0.012$). Bipolar bozukluk ve ADHD, kontrol ve ADHD grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmalara ilişkin bulgular tablo 4’de gösterildiği gibidir.

DEHB hastalarına uygulanan ölçeklerden elde edilen verilerin dağılımı tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5: DEHB Hastalarına Uygulanan Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Dağılımı

N:	Min-Max	Ort+Ss (Medyan)
Wender-Utah	24-93	50,76±16,93(50)
Turgay Erişkin DEHB Ölçeği		
Dikkat Eksikliği	3-27	17,47±5,93(18)
Dürtüsellik	0-27	13,47±6,65(14)
DEHB	15-76	43,36±14,50(45)
Toplam	25-120	74,32±23,30(77)

DEHB hastalarının Wender Utah ölçeğinden aldıkları puanlar 24 ve 93 arasında değişmekte olup ortalama 50,76±16,93’tür. Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ölçeği toplam puanı 25 ile 120 arasında değişmekte olup ortalama 74,32±23,30’tür.

DEHB, bipolar bozukluk ve kontrol gruplarının COPE puanlarının karşılaştırılması tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: DEHB, Bipolar Bozukluk ve Kontrol Gruplarının Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

N:135	Kontrol (n:40)	DEHB (n:46)	Bipolar (n:49)		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	χ^2	p
SORUN ODAKLI					
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.22±2.96 (11)	11.13±3.03 (12)	11.81±2.99 (11)	0.962	0.618
Aktif başa çıkma	13.37±2.14 (14)	10.30±2.64 (10)	12.46±2.32 (13)	30.809	0.001**
Geri durma	8.92±1.91 (9)	9.67±2.08 (10)	9.85±2.59 (9)	3.306	0.191
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.02±2.08 (10)	9.63±2.16 (10)	10.57±2.62 (10)	2.319	0.314
Plan yapma	12.22±1.94 (13)	11.78±2.47 (12)	12.12±2.57 (13)	0.699	0.699
TOPLAM	55.77±6.83 (56)	52.52±8.60 (54)	56.83±8.72 (58)	6.659	0.705
DUYGUSAL ODAKLI					
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	13.80±1.50 (14)	12.30±2.47 (13)	13.63±1.66 (14)	10.739	0.005**
Dini olarak başa çıkma	17.20±2.09 (18)	13.73±3.98 (14)	17.93±2.58 (19)	35.736	0.001**
Şakaya vurma	6.07±2.10(6)	9.28±3.33(9)	7.34±2.94(7)	22.812	0.001**
Duygusal sosyal destek kullanımı	10.92±2.37 (11)	10.73±2.90 (11)	11.73±2.46 (12)	3.70	0.157
Kabullenme	8.55±2.82 (9)	9.43±2.66 (10)	11.38±2.65 (12)	21.603	0.001**
TOPLAM	56.55±5.47 (56)	55.50±8.99 (55)	62.04±6.59 (62)	19.903	0.001**
İŞLEVSEL OLMAYAN					
Zihinsel boş verme	8.25±1.94 (9)	9.89±2.20 (10)	10.10±2.59 (10)	12.882	0.002**
⁺ Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10.62±2.00 (11)	11.63±2.19 (11)	11.83±2.60 (12)	3.372 ^F	0.037*
İnkâr	6.42±2.52 (6)	6.97±2.49 (7)	7.16±2.90 (7)	2.055	0.358
Davranışsal olarak boş verme	5.40±1.91 (4)	7.54±2.95 (7)	7.51±2.96 (7)	18.017	0.001**
Madde kullanımı	4.42±1.08 (4)	6.15±3.40 (4)	4.83±2.02 (4)	8.979	0.011*
⁺ TOPLAM	35.12±5.40 (35)	42.19±7.44 (42)	41.44±7.58 (40)	13.128 ^F	0.001**

Kruskal Wallis, ⁺Tek Yönlü ANOVA, ^FF değeri, *p<0.05, **p<0.01

Kontrol, DEHB hastaları ve bipolar bozukluk hastalarının COPE puanları karşılaştırılmıştır. COPE aktif başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal odaklı başa çıkma tutumu toplam, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme, madde kullanımı ve işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Parametrik istatistik koşullarını karşılayan değişkenlerde farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti post-hoc Bonferonni analizi ile tespit edilirken parametrik varsayımların karşılanmadığı değişkenlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu nedenle tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferonni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir.

Aktif başa çıkma puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferonni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. DEHB grubu hem kontrol grubundan ($z=-5.151$, $p<0.001$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-4.025$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Kontrol ve bipolar bozukluk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-1.935$, $p=0.053$).

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferonni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. DEHB grubu hem kontrol grubundan ($z=-2.912$, $p=0.004$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-2.721$, $p=0.007$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Kontrol ve bipolar bozukluk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-0.294$, $p=0.769$).

Dini olarak başa çıkma puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferonni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. DEHB grubu hem kontrol grubundan ($z=-4.192$, $p<0.001$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-5.467$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Kontrol ve bipolar bozukluk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte anlamlılığa oldukça yakındır ($z=-2.401$, $p=0.016$).

Şakaya vurma puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. DEHB grubu hem kontrol grubundan ($z=-4.679$ $p<0.001$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-2.914$, $p=0.004$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Kontrol ve bipolar bozukluk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-2.069$, $p=0.039$).

Kabullenme puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Bipolar grubu hem kontrol grubundan ($z=-4.326$ $p<0.001$), hem de DEHB grubundan ($z=-3.385$, $p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Kontrol ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-1.352$, $p=0.176$).

Duygusal odaklı başa çıkma toplam puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Bipolar grubu hem kontrol grubundan ($z=-4.102$ $p<0.001$), hem de DEHB grubundan ($z=-3.557$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Kontrol ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-0.559$ $p=0.576$).

Zihinsel boş verme puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferronni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Kontrol grubu hem DEHB grubundan ($z=-3.067$ $p=0.002$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-3.201$, $p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Bipolar bozukluk ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-0.440$ $p=0.660$).

Sorunlara odaklanma ve duyguları açığa vurma değişkeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Parametrik varsayımların karşılanması sebebiyle tek yönlü anova ile analiz edilen bu değişkende post-hoc bonferroni uygulanmıştır. Bipolar bozukluk grubunun puanı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0.05$). Bipolar bozukluk ve DEHB ile DEHB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Davranışsal boş verme puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Kontrol grubu hem DEHB grubundan ($z=-3.840$, $p<0.001$), hem de bipolar bozukluk grubundan ($z=-3.607$, $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Bipolar bozukluk ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($z=-0.086$, $p=0.931$).

Madde kullanımı puanları açısından tip I hatayı azaltmak amacıyla Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, tüm karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p<0.016$ olarak kabul edilmiştir. Kontrol grubu DEHB grubundan $z=-2.699$, $p=0.007$ istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Bipolar bozukluk ve DEHB ($z=2.163$, $p=0.031$) ile bipolar bozukluk ve DEHB ($z=-0.733$, $p=0.463$) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

İşlevsel olmayan başa çıkma toplam puan açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.01$). Parametrik varsayımların karşılanması sebebiyle tek yönlü anova ile analiz edilen bu değişkende post-hoc bonferroni uygulanmıştır. Buna göre kontrol grubu hem bipolar bozukluk grubundan hem de DEHB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır ($p<0.001$). Bipolar bozukluk ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Bu karşılaştırmalara ilişkin bulgular tablo 9'da gösterildiği gibidir.

Tablo 7: Çalışmaya Katılan DEHB Hastalarının Tedavi Sürelerine Göre Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

N:46	1Yıldan Az (n:25)	1 Yıldan Uzun (n:21)		
Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Z	p
SORUN ODAKLI				
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.04±3.27 (12)	11.23±32.79 (12)	-0.156	0.876
Aktif başa çıkma	9.52±2.66 (9)	11.23±2.34 (12)	-2.142	0.032*
Geri durma	9.84±2.40 (10)	9.47±2.76 (9)	-0.570	0.569
Diğer meşguliyetleri bastırma	9.40±2.58 (10)	9.90±1.54 (10)	-0.592	0.554
Plan yapma	11.20±2.67 (12)	12.47±2.06 (12)	-1.724	0.085
TOPLAM	51.00±9.79 (53)	54.33±6.71 (54)	-0.983	0.326
DUYGUSAL ODAKLI				
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11.40±2.56 (12)	13.38±1.90 (13)	-2.603	0.009**
Dini olarak başa çıkma	13.12±4.11 (14)	14.47±3.78 (15)	-1.063	0.288
Şakaya vurma	9.20±3.52 (8)	9.38±3.16 (9)	-0.200	0.841
Duygusal sosyal destek kullanımı	11.04±3.50 (12)	10.38±2.01 (11)	-1.203	0.229
Kabullenme	9.48±2.56 (9)	9.38±2.83 (10)	-0.156	0.876
TOPLAM	54.24±10.22 (54)	57.00±7.21 (55)	-0.884	0.377
İŞLEVSEL OLMAYAN				
Zihinsel boş verme	9.64±2.17 (10)	10.19±2.24 (10)	-0.647	0.518
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	12.12±2.26 (12)	11.04±2.01 (11)	-1.766	0.077
İnkâr	6.76±1.94 (7)	7.23±3.06 (6)	-0.245	0.807
Davranışsal olarak boş verme	8.36±2.95 (8)	6.57±2.71 (5)	-2.167	0.030*
Madde kullanımı	6.12±3.24 (4)	6.19±3.66 (4)	-0.389	0.698
TOPLAM	43.00±6.91 (42)	41.23±8.09 (40)	-0.840	0.401

Mann Whitney U testi, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Tedavi süresi 1 yıldan uzun olan DEHB hastalarının COPE aktif başa çıkma ($p<0.05$) ve pozitif yeniden yorumlama puanları tedavi süresi 1 yıldan kısa olan DEHB hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tedavi süresi 1 yıldan kısa olan DEHB hastalarının davranışsal olarak boş verme puanları, tedavi süresi 1 yıldan uzun olan DEHB hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular tablo 10'da verildiği gibidir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB ve bipolar bozukluk tanısı alan erişkinlerin başa çıkma tutumları incelenmiş, kendi aralarında ve normal kontrollere göre farkı olup olmadığına bakılmıştır.

Çalışmamızdaki bulguları sırasıyla inceleyecek olursak;

Çalışmamızda DEHB grubunun yaş ortalaması diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Diğer iki gruptaki olgular arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. DEHB erişkin yaşamda da görülen bir bozukluk olmasına rağmen klinik başvuru oranları oldukça düşüktür. Orta yaş ve yaşlılarda DEHB varlığı son dönemlerde araştırılmaya başlanmış, çocuk ve ergenlerdekinin aksine DEHB ile ilgili çok az çalışmada 45 yaş üstü hasta grubuyla çalışılmıştır (160,161,162).

Bu nedenle orta yaş ve yaşlılarda DEHB sıklığı ile ilgili bilgilerimiz sınırlıdır. Bazı çalışmalarda bu yaş grubunda DEHB sıklığı %3,3 oranında bulunmuş, ancak bu yaş grubunda çalışmaların az olması, hekimlerin ve hastaların hastalık hakkında bilgilerinin az olması nedeniyle tanı oranları düşük olabilir (163). Ayrıca eğitim ve iş yaşamında değişikliklerin olduğu dönemlerde daha önemli olan yürütücü işlevler, ileri yaşlarda nispeten daha stabil yaşam koşulları nedeniyle daha az sorun oluşturabileceği için başvuru oranlarının oldukça düşük olmasına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda DEHB'nin her beş yılda bir %50 azaldığı düşünülmektedir. Bu tahminle çocuklarda %4 olan prevalans, 20 yaşında %0,8, 40 yaşında %0 gibi öngörülmektedir. Çalışmamızda yaş ortalamasının genç olması, DEHB'nin yaş ilerledikçe kendiliğinden remisyona girdiği ve yetişkinler arasında daha çok genç kesimde yaygın olduğu literatür bilgisiyle uyumludur (155). Bununla beraber ileri yaştaki hastaların polikliniğimize başvurmaması sonucunda DEHB grubunun yaş ortalaması düşük çıkmış olabilir.

Çalışmamızda DEHB grubunda evli olanların oranının diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde DEHB’li kişilerin sağlıklı bireylere göre iletişim kurma becerilerinin göreceli olarak daha zayıf olduğunu ayrıca sosyal ilişkileri sürdürmede zorlandıkları belirtilmiştir (69, 91, 156-170). Psikososyal işlevsellikteki bozulma ev yaşamını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilir (170,171). DEHB’li kişilerin daha fazla evlilik uyumsuzluğu yaşadıklarını, evliliklerinin daha sık ayrı yaşama veya boşanma ile sonuçlandığını bildiren çalışmalar vardır (69,162). Dolayısıyla örneklemimizdeki düşük evlilik oranları bu konudaki veriler ile uyumludur. Ancak DEHB’li olguların evlilik ve ilişkilerine yönelik yapılacak yeni psikososyal çalışmalar bizlere daha ayrıntılı bilgi sunabilecektir. Aynı zamanda çalışmamızdaki DEHB’li katılımcıların yaş ortalamasının kontrol ve bipolar gruba göre düşük olması da, evlilik oranındaki düşüklüğü açıklamaktadır.

Çocuklukta aile içi şiddet öyküsünün, yetişkin dönemde psikopatoloji gelişimi açısından risk teşkil ettiği bilinmektedir (164). Bizim araştırmamızda da aile içi şiddet açısından güncel yazın ile uyumlu bulgulara ulaşıldı. Bipolar bozukluğu olan hastalarda yapılmış çalışmalar çocukluk çağı travmalarının kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğunu göstermektedir (165). DEHB’li bireylerde yapılan çalışmalarda ise nispeten çelişkili veriler göze çarpmaktadır. Aile içi travma deneyiminin kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu belirten çok sayıda yayının yanı sıra gruplar arası fark olmadığını ifade eden yazarlar da bulunmaktadır (166,167).Bizim çalışmamızda da DEHB’li bireyler aile içi şiddet açısından kontrol grubu ile fark göstermemektedir. Wozniak ve ark yaptığı 4 yıllık izlem çalışmasında, DEHB olan ve olmayan çocukların çocukluk çağı travmaları açısından istatistiksel bir fark göstermediği saptanmıştır. Ayrıca, yazarlar çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantıların DEHB’den ziyade mani ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (167). Bizim çalışmamızla da uyumlu olan bu verilerin ışığında bipolar bozukluk ve DEHB’li bireylerde yapılacak olan çocukluk çağı travmasını değerlendiren çalışmalar psikopatoloji gelişimini anlamaya katkı sağlayacaktır.

Sosyal destek sistemleri açısından bakıldığında kontrol grubuna kıyasla DEHB’li bireyler beraber yaşadığı, bipolar bozukluk hastaları ise aynı çevreyi paylaştığı kişilerden yeterli desteği göremediğini ifade etmiştir. Çalışmamızda her iki grubun da kontrol grubuna göre daha fazla anne-babası ile yaşadığı saptanmıştır. Bu bulgular

birçok yazar tarafından da ifade edilmektedir. DEHB’li bireylerin yaşadığı sosyal uyum problemlerinin çocukluk çağından başlayıp erişkinliğe değin sürdüğü sıkça tekrarlanmaktadır (14,169). Sosyal destekte azalmanın erişkin döneme yansıması olarak, DEHB’li bireylerde yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre daha sık ayrılma ve boşanma gözlenmiştir (170). DEHB’li bireylerde sosyal işlevselliğin bozulduğunun bilinmesine rağmen nedenlerine dair fazla araştırmaya rastlanılmamaktadır. Novoti’nin ‘yanlış atıf’ önermesine göre, DEHB’li bireylerin birçok davranışı yakınları tarafından bencillik, düşüncesizlik, ilgisizlik ve ahmaklık olarak değerlendirilmekte ve bu atıflar DEHB’li bireylerin sosyal dışlanması zeminini oluşturmaktadır (171). Örneğin, dikkat eksikliğinin yansıması olan ‘yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme’, hasta yakınları tarafından ilgisizlik ve bencillik olarak değerlendirilmekte böylece kişinin sosyal izolasyonu artmaktadır. Birçok yazarın ifadesine ek olarak, bulgularımız DEHB de hastanın beraber yaşadığı bireylerin de tedavi planına katılması gerekliliğini ortaya koymaktadır (172). Bunun yanı sıra DEHB’li bireylerde aile desteğinin az olması bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda algılanan sosyal destekte azalma ve yetersiz sosyal desteğin klinik seyrinde kötüleşme ile ilişkisi olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (183,184,185). Cohen ve ark tarafından yapılan bir çalışmada, çevrelerinden az destek aldıklarını ifade eden bireylerde bir yıllık süreç içerisinde özellikle depresif epizot nüksünde artış saptanmıştır. Bu çalışmada destek sistemleri üçe ayrılmış ve hastalardan algıladıkları desteği arkadaş, anne-baba ve partner olarak ayrı ayrı belirtmeleri istenmiştir. Uzun süreli hastalık öyküsü olan hastalar anne-babalarından daha fazla destek aldıklarını belirtirken, daha geç başlangıç öyküsü olan hastalar partnerlerinden daha fazla destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Arkadaşlarından daha fazla destek aldığını belirten hastaların, hastalığın başında hastaneye sık yattığı izlenmiştir (187). Bizim çalışmamızda hastaların ailelerinden daha fazla destek gördüklerini ifade etmeleri, çalışmaya alınan hastaların ortalama 10 yıl gibi uzun sayılabilecek bir süredir hasta olmaları ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda değerlendirilen bir diğer klinik bulgu da intihar girişimi idi. Bipolar bozukluk grubunda intihar girişimi oranları daha fazla iken, intihar girişimi sayısı açısından gruplara ilişkin fark saptanmamıştır. Bipolar bozukluk birçok psikiyatrik hastalık içerisinde intihar ile en fazla ilişkilendirilmiş tanı grubudur. Ilgen ve

ark tarafından 2010 yılında yayınlanan 7 yıllık izlem çalışmasında, 7684 tamamlanmış intihar olgusunun 683'ünde (%9) bipolar bozukluk bulunduğu belirtilmiştir. Çalışmada değerlendirilen alkol/madde bağımlılığı, majör depresyon, şizofreni, post travmatik stres bozukluğu tabloları içerisinde intihar ile en fazla ilişkili tablonun bipolar bozukluk olduğu ifade edilmiştir (188).

Çalışmamızda her ne kadar DEHB grubunda intihar girişiminde bulunma oranı bipolar bozukluk grubundan istatistiksel olarak düşük saptansa da %8,7 gibi yüksek bir oran bulunmuştur. Literatürde DEHB'de artmış intihar girişimi riski birçok çalışmada vurgulanmaktadır. Galera ve ark. yaptıkları bir çalışmada 900 DEHB olgusunda yaşam boyu intihar planı ve girişimi %13 bulunurken yaşam boyu intihar girişimi riskinin 3,25 kat artırdığını saptamışlardır. Weiss ve Hectman DEHB hastalarında intihar girişimini %10 olarak bildirirken, hastaların %5'inin kaza veya yaralanma sonucu öldüğünü ifade etmişlerdir (65). DEHB ile intihar ilişkisini Kore popülasyonunda değerlendiren bir çalışmada intihar girişimi %13 saptanırken intihar planı ise %7,2 de kalmıştır (189). Bu veriler DEHB'de intihar girişim sıklığının yüksek olduğunu ve tedavi sürecinde göz önünde bulundurulması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Park ve ark yaptıkları çalışmanın sonuçları da ele alındığında DEHB'li hastalarda intihar planı olmaksızın girişim gerçekleşebileceği görülmektedir (189). Sık izlenen belirtilerden olan dürtüsellik ve agresyon DEHB'li hastaların intihar süreçlerini etkileyebilmektedir (190). Bu alanda yapılacak olan araştırmalar DEHB ve intihar ilişkisinin aydınlatılmasına ve DEHB'li hastaların intihardan korunmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarının sigara kullanma süresi kontrol grubundan uzun bulunmuştur. Sadece sigara kullananlar arasında, bipolar bozukluk grubunun sigara kullanım süresi hem kontrol, hem de DEHB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede uzundur. Bu veri, çalışmamıza katılan bipolar bozukluk hastalarının hastalık sürelerinin DEHB grubundan daha uzun olması ve DEHB grubunun yaş ortalamasının bipolar bozukluk grubundan daha genç olmasıyla açıklanabilir.

Aynı zamanda günlük sigara kullanım miktarı açısından, bipolar bozukluk grubunun kullanım miktarı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bipolar bozukluk ve DEHB, kontrol ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak alkol kullanımı ve madde kullanımı

arasındaki fark anlamlı değildir. Alkol/madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı çalışmamızın dışlama ölçütü olduğundan bu tanıları alan DEHB ve bipolar hastaları çalışmaya alınmamıştır ve çalışmamızın sonuçları sadece alkol ve madde kullanım öyküsünü kapsamaktadır. Klinik örneklerin kullanıldığı araştırmalar, DEHB'li bireylerin genel nüfusu oluşturan bireylerden hem yetişkinler (DEHB ve DEHB-harici için, sırasıyla %41-%42 ve %26) hem ergenler (DEHB ve DEHB-harici için, sırasıyla %19,0-%46 ve %10-%24) arasında tanı konulmamış kontrollerden belirgin şekilde daha yüksek oranlarda sigara içtiklerini göstermektedir (191-194). Normal toplum ile karşılaştırıldığında, DEHB tanısı alanlarda sigara bağımlılığı (%42) daha yüksek bulunmuştur (192). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç literatür ile uyumsuzdur. Bu çelişkinin örneklem özelliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Türk toplumunda daha geniş örneklerde bu ilişkinin araştırılmaya ihtiyacı olduğu açıktır.

Çalışmamızdaki hem DEHB hem de bipolar bozukluk grubundaki hastaların – aktif başa çıkma hariç- sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kontrol grubundaki sağlıklı bireyler kadar kullandıklarını göstermektedir. Aktif başa çıkma puanları açısından ise DEHB grubu hem kontrol grubundan hem de bipolar bozukluk grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Bipolar bozukluk hastalarında aktif başa çıkma tutumlarını araştıran çalışmaların çoğu hastaların kontrol grubuna göre daha maladaptif bir tutum sergilediğini ortaya koymaktadır (4,197). Bununla birlikte bir çalışmada bipolar bozukluk tip 1 tanılı hastaların bipolar bozukluk tip 2 tanılı hastalara göre yararlı sosyal destek kullanımını daha fazla sergiledikleri gösterilmiştir. Bazı araştırmacılar, geçirilen manik epizodların kişileri profesyonel destek alımına yönlittiğini belirtmişlerdir (198). Bizim çalışmamıza katılan bipolar bozukluk hastalarının sorun odaklı başa çıkma tutumları açısından kontrol grubu ile fark göstermemeleri de süregelen hastalık, yıkıcı epizodlar ve çoklu yatışların hastaları daha adaptif başa çıkma tutumlarına yönlittiğini düşündürmektedir. Literatürdeki çelişkili verilerin ve ilişkili klinik özelliklerin daha geniş çalışmalarda araştırılması gereklidir.

Bipolar bozukluk grubunun aksine DEHB hastaları aktif başa çıkma tutumu açısından kontrol grubundan daha düşük puan almışlardır. Literatürde DEHB hastalarında başa çıkma tutumlarını inceleyen çalışmalar, hastalarda adaptif başa çıkma tutumlarının azaldığını ifade etmektedir (18,199,200,201). Erişkin DEHB lerde yapılmış tek çalışma olan Young ve arkadaşlarının 44 erişkin DEHB hastasının dâhil edildiği

çalışmasında, kontrol grubuna göre planlayarak problem çözme tutumlarının hasta grubunda daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızdaki verilerin de bahsi geçen sonuçlarla uyumlu olduğu gözlenmektedir. Bununla birlikte sorun odaklı başa çıkma tutumlarından olan planlama, aynı çalışmanın aksine bizim hasta grubumuzda kontrol grubu ile fark göstermemiştir. DEHB grubunun planlama puanlarının kontrol grubundan fark göstermemesi, çalışmadaki bireylerin aktif düşünme (planlama) tutumunu yerine getirebildikleri fakat harekete geçmek ve eyleme dökmek (aktif başa çıkma) noktasında yetersiz kaldıklarını düşündürmektedir. Aynı zamanda DEHB görünümleri arasında da sorun odaklı başa çıkma tutumları açısından fark saptamadık. Literatür ile bizim verilerimiz arasındaki uyumsuzluk örnekleme ait DEHB görünümü dışındaki özelliklerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızdaki diğer bir önemli bulgu da tedavi alan hastaların almayan hastalara göre aktif başa çıkma puanlarının yüksek olduğudur. Psikoterapötik yaklaşımlarla DEHB olan hastalarda daha sık adaptif başa çıkma tutumları izlendiği bilinmekle birlikte, psikostimulan tedavi alanlarda da aktif başa çıkma tutumlarının arttığı gösterilmiştir(202,203,204). Erişkin DEHB tedavisi, belirtilerin ötesinde kişinin aktif başa çıkma tutumlarına katkı sağlayarak sosyal işlevselliğin artmasını sağlar.

Duygu odaklı başa çıkma tutumları açısından DEHB hastaları bipolar bozukluk hastalarından ve kontrol grubundan “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme” ile “dini olarak başa çıkma” puanlarında daha düşük; “şakaya vurma” açısından ise daha yüksek puan aldığı gözlenmektedir. Ek olarak “kabullenme” puanları bipolar bozukluk hastalarında daha yüksek saptanmıştır.

Pozitif yeniden yorumlama ve gelişmenin stresli bir yaşam olayını pozitif terimlerle ve bakış açısıyla yapılandırarak, kişinin sorunla aktif, problem odaklı başa çıkmaya devam etmesinde yardımcı olabileceği belirtilmektedir (205,206,207). Bu tutumun kaygıyı, umutsuzluğu ve intihar düşüncelerini azaltan bir etki oluşturduğu gösterilmiştir (207,208). Yeniden yorumlama, klinik ve klinik dışı grupları karşılaştıran çalışmalarda iki grup arasındaki en belirleyici tutumlardan olduğu ifade edilmektedir (209). Bizim çalışmamızda yeniden yorumlama ve gelişme puanları her ne kadar DEHB hastalarında bipolar ve kontrollerden düşük saptanmış olsa da DEHB hastalarının kendi içinde farklılık göstermektedir. Bir yıldan az sürekli tedavi alan bireylerde yeniden yorumlama açısından daha az adaptif bir davranış örüntüsü mevcuttur. DEHB

hastalarında pozitif yeniden yorumlama tutumunun değerlendirildiği Young ve arkadaşlarının çalışmasında bizim verilerimizin aksine hastaların sağlıklı kontroller kadar adaptif bir tutum sergilediği gösterilmiştir. Kırk dört erişkin DEHB hastası ile 34 sağlıklı gönüllünün karşılaştırıldığı bu çalışmada; hastaların daha maladaptif bir başa çıkma profili sergiledikleri, adaptif başa çıkma tutumlarından yalnızca yeniden yorumlama tutumunu sağlıklı bireylerden daha sık kullandığı bulunmuştur. Yazarlar bu veriyi DEHB’de görülen girişimcilik ve yaratıcılığa hastaların yeniden yorumlama tutumlarının da katkı sağlayabileceği şeklinde değerlendirmişlerdir(20). Her iki veri eşzamanlı değerlendirildiğinde hastalarda yeniden yorumlama ve gelişmenin örneklemin özelliklerine göre değişkenlik gösterebileceği, özellikle sürekli stimulan tedavi almayan bireylerde başta intihar olmak üzere stres kaynakları karşısında emosyonel yanıtların dikkatli izlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda bipolar bozukluk grubunun yeniden yorumlama ve gelişme açısından kontrol grubu kadar adaptif bir tutum sergilediği ortaya konmuştur. Yeniden yorumlama davranışının affektif tablolara ait psikopatolojideki yeri göz önüne alındığında bipolar bozukluk grubunda azalması beklenir (210). Bununla birlikte yazında verilerimizin aksini ifade eden çalışmalar bulunmasına rağmen birçok çalışmada kontrol grubu ile fark gösterilememiştir (211-214). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yeniden yorumlama ve gelişmenin, bipolar bozukluk hastalarının sık kullandığı başa çıkma tutumlarından biri olduğu vurgulanmaktadır (214). Aynı zamanda bireylerin öznel duygulanım değişikliklerin karşın yeniden yorumlama ve distraksiyonu sıklıkla kullandığı bir meta analizde ifade edilmiştir (215). Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda beklenenin aksine yeniden yorumlama tutumunun bipolar bozukluğu olan kişilerde yüksek gözlenmesi, hastaların gün içerisinde yaşadıkları affektif dalgalanmalara karşı geliştirdikleri bir yanıt olduğu şeklinde düşünülebilir.

Dini olarak başa çıkma puanları açısından DEHB grubu hem kontrol grubundan, hem de bipolar bozukluk grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan almıştır. Kontrol ve bipolar bozukluk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte anlamlılığa oldukça yakındır. Dini başa çıkma tutumları, kişinin dini inançlar ve tatbikler ile stresli olaylar karşısında oluşan olumsuz duygudan kurtulmak veya olumsuz duyguyu azaltmak çabası olarak tanımlanmaktadır (216). Dini inançlar ile ruh sağlığı arasındaki ilişki uzun yıllar boyunca tartışıla gelmiştir. Bu konudaki

ilk ifadeler dini inançların kişide nörotik savunmaları ve akıl dışı düşünceleri desteklediği şeklinde olmuştur (217,218). Daha sonraki araştırmacılar dini inançların karmaşık sistemler olduğunu ve kişinin ruhsal sağlığı üzerine hem olumlu hem de olumsuz yansımaları olabileceğini ortaya koymuşlardır (219,220). Bu bağlamda dini başa çıkma tutumlarının olumlu ve olumsuz şeklinde iki başlık halinde değerlendirilmesi önerilmiştir (221). Olumlu dini başa çıkma tutumlarının; yetersizliklerin telafisi, iyilik algısında ve hayat kalitesinde artış ile ilişkili olduğu bilinmektedir (222,223,224). Olumsuz başa çıkma tutumlarının gösterildiği çalışmalarda ise kişinin stresli olaylar karşısında anksiyetede artış, özgüvende azalma ve depresif duygulanım yaşadığı vurgulanmaktadır (221,225). Son dönemde yapılan bir meta analiz de dini başa çıkma tutumlarının olumlu-olumsuz ayrımını ve sonuçlarındaki farklılıkları desteklemektedir (226).

Kronik hastalığa sahip olan kişilerin dini başa çıkma tutumlarına sıklıkla başvurduğu bilinmektedir (227). Ruhsal hastalıklar açısından ise çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (198,211,228). Özellikle ülkemizde yapılan çalışmalar kronik seyre sahip psikiyatrik tablolarda dini başa çıkma tutumlarının sıklıkla kullandığını göstermektedir (214,229). Çuhadar ve ark yaptıkları çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin en sık kullandığı başa çıkma tutumlarından biri olarak dini başa çıkma tutumları gösterilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırılmamış olması hastalar ile sağlık bireyler arasındaki dini başa çıkma tutumu kullanımı ilişkisini ortaya koymamaktadır (214). Bu verilere ek olarak bizim çalışmamızda da bipolar bozukluk hastalarının sağlıklı bireylerden istatistiksel anlamlılık sınırında olmak üzere daha sık dini başa çıkma tutumlarını kullandığını göstermektedir. Ülkemize ait bu özellik kullandığımız ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında da vurgulanmıştır (166).

DEHB hastalarında ise dini başa çıkma tutumları her iki gruptan da düşük çıkmıştır. Toplumumuzda yapılmış bu ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. DEHB hastalarında dini tutumları değerlendiren bir çalışmada kontrol grubu ile herhangi bir fark bulunmadığı ifade edilmiştir (230). Bu alanda yapılmış çalışma azlığı göz önüne alındığında bizim verilerimizin örneklem özellikleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Küresel ölçekli bir araştırma kuruluşunun 2015 yılında düzenlediği Türkiye raporunda, ülkemizdeki genç nüfusun daha az dini eğilimler sahibi olduğu belirtilmiştir (244). Dini başa çıkma tutumlarının araştırılmamış olması ruhsal hastalıkları olan bireylerde iyilik halinin sağlanmasına engel teşkil edebilir (232).

Ülkemizdeki farklı yaş gruplarının süregelenlik gösteren ruhsal hastalıklarda dini başa çıkma tutumlarının araştırılması, kişiye ait sağaltım süreçlerine katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Çalışmamızda bir diğer duygu odaklı başa çıkma tutumu olan kabullenme puanları açısından bipolar bozukluk grubu hem kontrol grubundan, hem de DEHB grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Kontrol ve DEHB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Kabullenme kişinin maruz kaldığı stres kaynağına ve içinde bulunduğu duruma uygun davranması olarak tanımlanmaktadır (236).Bipolar bozukluk grubunda ki verilerimiz daha önce belirttiğimiz Fletcher ve ark nın yaptığı araştırma ile aynı doğrultudadır (6). Yine Parikt ve ark yaptıkları çalışmada bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2 ‘yi kıyaslamışlar ve bipolar tip 2 grubunda kabullenme tutumunun daha az olduğunu göstermişlerdir. Yazarlar geçirilen manik epizodların kişinin stres kaynağını ve hastalık süreçlerini kabullenmesinde önemli olduğunu belirtmişlerdir (198). Bu bakımdan araştırmamıza katılan hastalarının bipolar bozukluk tip 1 olmaları ve uzun süreli hastalık öyküsü kabullenme puanlarında etkili olduğunu düşünmekteyiz. Tedavi uyumu ile yakın ilişkisi olduğu bilinen kabullenme tutumları bipolar bozukluk hastalarında öncelikli olarak ele alınmalıdır (237).

DEHB’li çocuklarda yapılan çalışmalar, çevrelerindeki kişilerin kanaatlerinin aksine, sorunları daha küçük ve sorunlarla başetme de kendilerini daha yeterli değerlendirdiklerini bildirmektedir (238). Bu tutumun olumlu yansımaları olabileceği de belirtilmesine rağmen genel kanaat tedavi işbirliği açısından uyum bozucu olduğudur (239,240,241). DEHB’ li kişilerde hastalığın kabullenilmeyişi de sık gözlenmektedir. Murphy, kişinin DEHB tanısı aldıktan sonra yaşadığı süreci 6 evrede incelemiştir. Önemsememe, kabul etmeme, öfke ve direnme, ümitsizlik, harekete geçme ve uzlaşma-uyum. Bu modele göre DEHB tanısı alan bireyler sorunların ve hastalığın kabul edilmediği bir dönemi sıklıkla yaşamaktadırlar (242).Hastalığın kabul evresinin geçilememesi kişinin tedavisinde aksamalar meydana getirmektedir (243). Öte yandan hastalığın kabullenilmesi hem kişilerde hem de yakın çevresinde yaşadığı sorunların ve sergilediği davranışların anlamlandırılmasına da katkı sağlamaktadır (244).

DEHB hastalarında kabul tutumunun; öz-saygı, sosyal uyum ve tedaviye katılım açısından önemli olduğu dikkati çekmektedir. Çalışma grubunda kabullenme puanları

hastalık görünümünden ve tedavi alıyor olmaktan etkilenmediği gözlenmektedir. Bu açıdan tedavi sürecinde DEHB' li bireylerde stresli yaşam olaylarının ve hastalık algısının değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Çalışmamızda işlevsel olmayan başa çıkma tutumları açısından hem bipolar bozukluk grubu hem de DEHB grubu kontrol grubundan yüksek puan almıştır. Aynı zamanda tüm DEHB görünümünde belirtilerin şiddetlenmesi ile işlevsel olmayan tutumların arttığı gözlenmektedir. Tedavi alan ve almayan DEHB hastaları karşılaştırıldığında ise gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır.

Bipolar bozuklukta başa çıkma tutumlarını değerlendiren çalışmalar hastaların sağlıklı kontrollere göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarında artış olduğunu ifade etmektedirler (197,201,202,245,246). Maladaptif başa çıkma tutumlarının artması, hastalık seyrinde kötüleşme, epizod öncesi belirtilerin fark edilememesi, tedaviye uyumsuzluk, dürtüsel ve madde kullanımı gibi haza yönelik davranışlarda artış ile aile ve sosyal işlevselliğin bozulmasına zemin hazırladığı gösterilmiştir. Ruminasyon, kendini suçlama, sosyal destek arayışında azalma gibi maladaptif başa çıkma tutumlarının depresyonun tetikleyicisi olduğu bilinmektedir (247,248). Hastalarda maladaptif başa çıkma tutumlarının yerine daha işlevsel başa çıkma tutumlarının kazandırılması bilişsel davranışçı tedavilerin ana hedeflerindendir (211). Günlük yaşamın planlanması ve düzenlenmesi, dürtüsel davranışların önlenmesi, olumsuz duygular ve yaşantılarla başa çıkma, sosyal destek arayışı, erken belirtilerin tanınması hedefler arasında sayılabilir (249). Öte yandan bu müdahalelerin kişileri depresif epizoddan daha fazla koruduğu gösterilmiştir (249). Bu açıdan bipolar bozukluk hastalarında maladaptif tutumların kişi özelinde değerlendirilmesi tedavi sürecinin belirlenmesi adına önem taşımaktadır (208).

Çalışmamız DEHB hastalarının da sağlıklı kontrollere göre daha sık maladaptif başa çıkma tutumlarına başvurduğunu göstermektedir. Bu alanda yapılan bir çok araştırma verilerimizle ortak noktaya vurgu yapmaktadır (20,249,251). Maladaptif başa çıkma tutumları geçiçi olarak kaygı ve psikolojik sıkıntıyı azaltmakla birlikte çok klinik durumun ortaya çıkmasında risk teşkil etmektedir (252). Depresyon, post-travmatik stres bozukluğu, sigara ve madde bağımlılığı literatürde adı geçen tablolardır (253,254,255,256). Eşlik eden psikopatolojilerin yanı sıra maladaptif başa çıkma tutumları DEHB'li hastalarda belirtilerin şiddetlenmesine, akademik performansın

bozulmasına ve sosyal işlevselliğin kötüleşmesine neden olmaktadır (252, 255,258).Bu alanda yapılan çalışmalar, eşlik eden davranım bozukluğu olan ve erkek DEHB hastalarında maladaptif başa çıkma tutumlarının daha sık izlendiğini ortaya koymaktadır (259,201). Komorbid tabloların dışlanma ölçütü olarak belirlenmesi ve görece küçük bir örneklemin çalışmaya dâhil edilmesi, literatürdeki sonuçlardan farklı sonuçlar bulmamıza neden olmuş olabilir. Ek olarak maladaptif başa çıkma tutumlarının DEHB görünümüleri ve medikal tedavi ile ilişkisine dair literatürde herhangi bir veriye rastlamadık. Bizim çalışmamızdaki sonuçların daha büyük örneklemelerde test edilmesi, alt görünüm ve tedavi hakkında klinisyenlere daha sağlıklı bilgiler verecektir. Psikostimulan tedaviye ek olarak, DEHB’li bireylere uygulanacak psikososyal tedavi yöntemlerinin maladaptif tutumlara yönelik müdahaleler içermesi gerekmektedir (260).

Çalışmamızın başa çıkma stratejilerini retrospektif olarak incelemesi, çalışmamızın sınırlılığıdır. Retrospektif olarak değerlendirilen başa çıkma stratejilerinin eksik veya fazla bildirimi olabileceğinden elde edilen bilgilerin güvenilirliği ve geçerliliği tartışmalıdır.

Bir diğer kısıtlama, bipolar bozukluk ve DEHB hastalarının sosyal destek, kişilik özellikleri, dayanıklılık, özyeterlilik gibi baş etme tutumlarını etkileyebilen ek değişkenleri kontrol etmemiş olmasıdır.

Bu çalışmanın kesitsel olarak yapılması, epidemiyolojik bir araştırma çalışması için her iki grupta da az sayılabilecek bir örneklem sayımızın olması, çalışmamızda kullandığımız ölçekleri katılımcıların kendilerinin doldurması ve sosyal kabul görecektir şekilde yanıtlamış olma ihtimalleri çalışmamızı ve sonuçlarımızı sınırlayan unsurlar olmuştur.

Yaş bakımından DEHB grubunun bipolar bozukluk grubundan daha genç olması araştırmamızın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Literatürde başa çıkma ile ilgili çok çeşitli kuramsal yaklaşımlar, kavramlaştırmalar, sınıflandırmalar ve ölçüm araçları mevcuttur. Bu sebeple literatürde sık sık birbiri ile çelişen, tutarsız bulgular bildirilmektedir. Dolayısıyla bu durum bizim bulgularımızı diğer araştırma bulguları ile kıyaslamamızı zorlaştırmıştır. Tutarsız bulguların önüne geçmek için mevcut başa çıkma tutumlarını ayrıntılı ve özgül olarak değerlendiren araçların tasarlanmasına ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada bipolar bozukluk ve erişkin DEHB hastaları kontrol grubu ile sosyodemografik özellikler ve başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılmıştır. DEHB hastaları da bir yıllık aralıksız psikostimulan tedavi ile başa çıkma tutumları açısından karşılaştırılmıştır.

Bu iki hastalığı başa çıkma tutumları açısından değerlendirerek, hem psikopatolojilerin anlaşılmasına katkı sağlamayı hedefledik.

Bu çalışmanın sonucunda,

1)Erişkin DEHB hastalarının işlevsel başa çıkma tutumlarından olan aktif başa çıkma tutumlarını bipolar bozukluk hastalarından daha az kullandığı ortaya çıkmıştır.

2)İşlevsel başa çıkma tutumlarından kabul edilen pozitif yeniden yorumlama, dini başa çıkma ve kabullenme tutumları erişkin DEHB hastalarında bipolar bozukluk hastalarına göre daha az izlenmektedir.

3)Her iki hastalık grubunda da maladaptif başa çıkma tutumlarına beklendiği üzere kontrol grubuna göre daha sık başvurulduğu ortaya konulmuştur.

4)Bir yıl aralıksız stimulan tedavi alan erişkin DEHB hastalarının tedavi almayan hastalara göre aktif başa çıkma ve yeniden yorumlama tutumunu daha sık kullandığını çalışmamızın bir diğer sonucudur.

5)Çalışmamız sonucunda hem bipolar bozukluk hem de erişkin DEHB hastaları kontrol grubundan daha uyum bozucu başa çıkma stratejileri izlemiştir.

Bu çalışmamızın sonucunda nörobiyolojik açıdan ortak zemini olabileceği tartışılan ve klinik görünüşleri benzer olan iki hastalığın başa çıkma tutumları açısından benzerlikleri ve farklılıkları ortaya konulmuştur. Çalışmamıza ait sonuçların daha büyük örneklemelerde uzunlamasına araştırılması her iki hastalarının kavramsal çerçevesinin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56: 267–283.
2. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 499-511.
3. Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR ve ark. Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*, 2003; 53(11):1028-42.
4. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord* 2005;7(4):326-37.
5. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med* 1997; 27: 1091-100
6. Fletcher K, Parker GB, Manicavasagar V. Coping profiles in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54(8):1177-1184
7. Thomas J, Knowles R, Tai S, Bentall RP. Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *J Affect Disord*. 2007;100(1-3):249-52
8. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65-94
9. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1996;153(9):1143-1146.
10. Brassett-Grundy A, Butler N. Prevalence and adult outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Bedford Group for Lifecourse and Statistical Studies, Institute of Education, University of London 2004.
11. Young S, Gudjonsson GH. ADHD symptomatology and its relationship with emotional, social and delinquency problems. *Psychol Crime Law* 2006; 12(5): 463-471.
12. Toone BK, van der Linden GJ Attention deficit hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder in adults. *Br J Psychiatry* 1997; 170(6): 489-491.

13. Steinhausen HC. Attention - deficit hyperactivity disorder in a life perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107(5): 321-322.
14. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996; 35(9): 1213-1226.
15. Weiss G, Hechtman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1985; 24(2): 211-220.
16. Young S, Toone B, Tyson C. Comorbidity and psychosocial profile of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35(4): 743-755.
17. Vollrath M, Torgersen S. Personality types and coping. *Personality and Individual Differences* 2000; 29(2): 367-378.
18. Wills TA, Hirky AE. Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence 1996.
19. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Maiuro RD, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59(3): 582.
20. Young S. Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(4): 809-816.
21. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS drugs* 2010; 24(10): 843-866.
22. Skirrow C, Hosang GM, Farmer AE, Asherson P. An update on the debated association between ADHD and bipolar disorder across the lifespan. *J Affect Disord* . 2012 Dec 10 ;141(2-3):143–59
23. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* . 2008 Oct ;258(7):385–93
24. Faraone S V, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Oct ;36(10):1378–87; discussion 1387–90

25. Li J, Wang Y, Zhou R, Zhang H, Yang L, Wang B, et al. Association between polymorphisms in serotonin transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder in Chinese Han subjects. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2007 Jan 5 ;144B(1):14–9
26. Xu X, Brookes K, Chen C-K, Huang Y-S, Wu Y-Y, Asherson P. Association study between the monoamine oxidase A gene and attention deficit hyperactivity disorder in Taiwanese samples. *BMC Psychiatry.* 2007 Jan;7:10
27. Hegarty CE, Foland-Ross LC, Narr KL, Sugar CA, McGough JJ, Thompson PM, et al. ADHD comorbidity can matter when assessing cortical thickness abnormalities in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2012 Dec ;14(8):843–55.
28. Ekinci S, Ozdel K, Oncü B, Colak B, Kandemir H, Canat S. Temperamental characteristics in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a comparison with bipolar disorder and healthy control groups. *Psychiatry Investig.* 2013;10(2):137–42
29. Ekinci S, Ozdel K, Oncü B, Colak B, Kandemir H, Canat S. Temperamental characteristics in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a comparison with bipolar disorder and healthy control groups. *Psychiatry Investig.* 2013;10(2):137–42
30. Nandagopal JJ, Fleck DE, Adler CM, Mills NP, Strakowski SM, DelBello MP. Impulsivity in adolescents with bipolar disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder and healthy controls as measured by the Barratt Impulsiveness Scale. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2011;21(5):465–8.
31. Young ME, Galvan T, Reidy BL, Pescosolido MF, Kim KL, Seymour K, et al. Family functioning Deficits in bipolar disorder and ADHD in youth. *J Affect Disord.* 2013;150(3):1096–102
32. Levent N, Tümkaya S, Ateşçi F, Tüysüzoğlu H, Varma G, Oğuzhanoğlu N. Bipolar Bozukluk ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojik Açıdan Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013 25(1).
33. Goldstein S. Understanding and managing children’s classroom behaviour, (14) 511 pp. New York: Wiley, 1995.
34. Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: historical development of the concept. In: Taylor EA (ed). *The Overactive Child*. Spastics International Medical Publications, 1986;19-41.
35. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 16-24.

36. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry*. 2004;19(5):303-306.
37. Still GF. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet* 1902; 1: 1008-1012, 1077-1082, 1163-68.
38. Mekkaddes NM. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tarihçesi ve epidemiyolojik incelemeler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1998; 3: 393-9.
39. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says. 1st Ed. New York, The Guilford Press; 2008.
40. Clements SD. Minimal brain dysfunction in children; Terminology and Identification. Phase I of a Three-Phase Project. NINDB Monograph. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office, 1966.
41. Hartocollis P. The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bull Menninger Clin* 1968; 32: 102-14.
42. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1453-60.
43. Laurence L, Greenhill MD. Attention-deficit hyperactivity disorder in children. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, editors. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescent*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1990; 183-93.
44. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatri hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (DSM-IV-TR). Çeviren: Köroğlu E, 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001; 55-58.
45. World Health Organization website. New York: ICD-10.
46. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci baskı (DSM-V). Washington DC, Amerikan Psikiyatri Birliği 2013'ten çeviren Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
47. Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011;12(3):177-84
48. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorders. In: HI Kaplan, BJ Sadock, Baltimore editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6. Baskı, Williams and Wilkins. s. 2295-2310, 1995.

49. Ercan ES. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İstanbul: Dönence Yayınevi, 2010.
50. Faraone SV, Biederman J. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1994; 3: 285-99.
51. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 1998; 44: 951–958.
52. Faraone SV, Mick E. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(1):159-180.
53. Tahir E, Yazgan Y, Cirakoglu B, Ozbay F, Waldman I, Asherson PJ. Association and linkage of DRD4 and DRD5 with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a sample of Turkish children. *Mol Psychiatry*. 2000;5(4):396-404.
54. Ozbay F, Wigg KG, Turanli ET, Asherson P, Yazgan Y, Sandor P, Barr CL. Analysis of the dopamine beta hydroxylase gene in Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006 5;141B(6): 673-677.
55. Doyle BB. Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. 1st Ed. Washington, London, American Psychiatric Publishing; 2006: 1-313.
56. Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. M Lewis (Ed). *Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook* (2nd edition). Baltimore: Williams & Wilk.
57. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Çev: Taneli B, Taneli Y. 2. Baskı., Ankara: Yelkovan Yayıncılık, 2003; 59-467.
58. Cabral P. Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *Eur J Paediatr Neurol* 2006; 10: 66-77.ins, s. 544–563, 1996.
59. Öner Ö, Arsev AS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Editörler: Arsev AS, Taner YI. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Golden Print; 2007: 397-421.
60. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. Editörler: Aydın H, Bozkurt A. Kaplan & Sadock"s *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2007; 3183-205.

61. Schneider M, Retz W, Coogan A, Thome J, Rösler M. Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)-A neurological view. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 32-4.
62. Rappaport J, Quinn P, Scribanu N, Murphy DL. Platelet serotonin of hyperactive school age boys. *Br J Psychiatry* 1974; 125: 138-40.
63. Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimón R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci* 1983; 33: 2609-14.
64. Wilens, T. E., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal*
65. Goldstein, S., & Ellison, A. T.. *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. Boston:Academic Press., 2002.
66. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002 ;41 (4): 378–385.
67. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry* 1996; 153 (9): 1138–1142.
68. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A ve ark. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (6): 1028–1040.
69. Van den Bergh BR, Mennes M, Oosterlaan J, Stevens V, Stiers P, Marcoen A ve ark. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development* 2004; 75 (4): 1085–1097. 96- Hartsough CS ve Lambert NM.
70. Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 542-8.
71. Hartsough CS ve Lambert NM. Medical factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental, and health history Findings. *Am J Orthopsychiatry* 1985; 55 (2): 190–201.
72. Sykes DH, Hoy EA, Bill JM, McClure BG, Halliday HL, Reid MM ve ark. Behavioural adjustment in school of very low birthweight children. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38 (3): 315–325.

73. Breslau N, Chilcoat H, DelDotto J, Andreski P, Brown G. Low birth weight and neurocognitive status at six years of age. *Biol Psychiatry* 1996; 40 (5): 389–397.
74. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th ed. Philadelphia: Lipincott: Williams &Wilkins 2005; 2: 3183–3204.
75. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2: 75-116.
76. Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A guide for the primary care physician. *South Med J* 2002; 95: 736–742.
77. Doğangün B, Yavuz M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türk Ped ArG. Özel Sayı* 2011; 25-8.
78. Weiss G ve Hechtman LT. Hyperactive Children Grow Up. ADHD Children, Adolescents and Adults. (2nd edition) . New York, Guilford Press. 1993.
79. Moss, S.B., Rajasree, N., Vallarino, A., Wang, S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Prim Care Clin Office Pract* 34; 445-473.
80. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord* 2005; 9: 384–391.
81. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2004; 27: 187-201.
82. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:1792–1798.
83. Rostain AL, Ramsay JR. A combined treatment approach for adults with ADHDdresults of an open study of 43 patients. *J Atten Disord* 2006;10(2):150–9.
84. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005;162: 1261–7.
85. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: Data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57 (11): 1467–1473.

86. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 26–31.
87. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 11:712-718.
88. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B. Subtype differences in adults with attentiondeficit/ hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 142-149.
89. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *Am J Psychiatry* 2005;162:1621–1627.
90. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994;53:13–29.
91. Wilson JJ. ADHD and Substance use disorders: Developmental aspects and the impact of stimulant treatment. *Am J Addict* 2007; 16:5–13.
92. Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spencer T, Biederman J. Substance useamong ADHD adults: Implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am JAddict* 2007; 16:24-34.
93. Biederman, J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65 (Supplement 3), 3–7.
94. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A ve ark. Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2007; 257 (6): 309–317.
95. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically refered adults with ADHD. *J Atten disord*, 1997; 2 (3):159–166.
96. Weiss M, Hetchman LT, Weis G. ADHD in Adults. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment. 1st Ed. Maryland, John Hopkins University Pres. 1999;1-345.

97. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148: 564–577.
98. Weyandt LL, DuPaul G. ADHD in college students. *J Atten disord*, 2006; 10: 9-19.
99. Paulson JF, Buermeyer C, Nelson-Gray RO. Social rejection and ADHD in young adults: An analogue experiment. *J Atten disord*, 2005; 8: 127-135.
100. Jackson B, Farrugia D. Diagnosis and treatment of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *J Couns Dev*, 1997; 75: 312-319
101. Miklósi M, Máté O, Somogyi K, Szabó M. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Perceived Stress, and Well-Being: The Role of Early Maladaptive Schemata. *J Nerv Ment Dis* (2016).
102. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten disord*, 2006; 9(4): 631-641.
103. Daviss, W. B., Diler, R. S., & Birmaher, B. (2009). Associations of lifetime depression with trauma exposure, other environmental adversities, and impairment in adolescents with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 37(6), 857-871.
104. Young S, Chadwick O, Heptinstall E, Taylor E, Sonuga-Barke EJS The adolescent outcome of hyperactive girls: Self-reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 245-253
105. Overbey GA, Snell WE, Callis KE. Subclinical ADHD, stress, and coping in romantic relationships of university students. *J Atten Disord*. 2011;15(1):67-78
106. Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med* 2004;164(11):1221–1226.
107. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *J Clin Psychol* 2005; 61: 535–547.
108. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 761–774.
109. Searight HR, Burke JM. Adult attention deficit hyperactivity disorder. Waltham, MA: UpToDate; 2006.

110. Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995;152(11):1652–1658.
111. Kalbag AS, Levin FR. Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Subst Use Misuse* 2005;40(13–14):1955–81, 2043–2048.
112. Sprafkin J, Gadow KD, Weiss M. Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *J Atten Disord* 2007; 11: 114-124.
113. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 524-540.
114. Fayyad J, DeGraaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. et al. Cross-national prevalence and correlates of Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190:402-409.
115. Quinn PO. Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-specific issues. *J Clin Psychol* 2005; 61: 579–587.
116. Eakin L, Minde K, Hechtman L, et al. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *J Atten Disord* 2004; 8(1): 1–10.
117. Able SL, Johnston JA, Adler LA, Swindle RW. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med* 2007; 37: 97–107.
118. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005;23(1):93–102.
119. Barkley RA, Guevremont DC, Anastopoulos AD, et al. Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: a 3- to 5-year follow-up survey. *Pediatrics* 1993;92(2):212–8.
120. Turgay A. Diagnosing and Treating ADHD in Adults. *The Canadian J of CME* 2001; 182-190.
121. Adler LA, Spencer TJ, Stein MA, Newcorn JH. Best practices in adult ADHD: Epidemiology, impairments, and differential diagnosis. *CNS Spectr* 2008; 13: 2-19.
122. Köknel Ö. Duygu Durum Bozukluklarının Tarihçesi. *Duygudurum Bozuklukları*. 2000; 1. 5–11.

123. Andreasen, NC. Cesur Yeni Beyin. (Çev. Dogan YB) İstanbul: Okuyan UsYayınları;2003.
124. Işık E (ed). Depresyon ve bipolar bozukluklar. 1. baskı. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi; 2003.
125. Oral T (ed). İki uçlu bozukluk. 1. baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı; 2002.
126. Stone MH. Duygudurum bozukluklarının tarihsel yönleri. In: Oral ET(çeviri editörü). Duygudurum bozuklukları temel kitabı. 1. baskı. İstanbul: Sigma Yayınevi; 2007. 3-15.
127. Goodwin FK, Jamison KR (eds). Manic-depressive illness. 1st edition New York: Oxford University; 1990.
128. Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. Am J Psychiatry. 1976;133(8):905-958.
129. Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE: Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in WHO CIDI 3.0. J Affect Dissord 2006; 96;259-269.
130. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication [published correction appears in Arch Gen Psychiatry. 2007; 64(9):1039]. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(5):543-552.
131. Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig M, McKeon P, Mynett-Johnson L, Henry C, Leboyer M. Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. Am J Psychiatry 2003;160: 999-1001.
132. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppamaki S, Paunio T, Isometsa E. Early age onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. Bipolar Dissord 2007; 9: 698-705.
133. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 th ed. Philadelphia: Lipincott: Williams & Wilkins 2005; 2: 3183–3204.
134. Werder SF, 1995; An update on the diagnosis and treatment of mania in bipolar disorder. Am Fam Physician. 1995; 51(5):1126–1136.

135. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W, Targum SD, Nurnberger JI Jr, Goldin LR, Bunney WE Jr, A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(10):1157–1167.
136. Coryell; Family history and symptom levels during treatment for bipolar I affective disorder. *Biol Psychiatry*. 2000 15;47(12):1034-1042.
137. Köroğlu E, Güleç C,  enol S. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayın 2007;265-278.
138.  zcan S, Abay E. Bipolar bozuklu un geneti i. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 163-178.
139. Sadock BJ, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri*. 2.baskı. G nes Kitabevi; 2005.
140. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ: Cate tryptophan depletion in bipolar disorders. *Acta neuropsychiatrica* 2000; 12(3), 69-72.
141. Harrison PJ. Neuropathological studies of bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica*. 2000; 12 (3): 96 – 98.
142. Johnson SL. Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 1008–27
143. Alloy LB, Abramson LY, Uro evi  S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25(8):1043–1075
144. Altman S, Haeri S, Cohen LJ, Ten A, Barron E, Galynker II, et al. Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *J Psychiatr Pract* 2006;12(5):269–82
145. Post RM, Leverich GS, Xing G, Weiss RB. Developmental vulnerabilities to the onset & course of bipolar disorder. *Dev Psychopathol*. 2001; 13: 581–598
146. K ro lu E, G le  C,  enol S. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayın 2007;265-278
147. Post RM. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic. *Biol Psychiatry* 1992; 32: 469-84
148. Alloy LB, Abramson LY, Walshaw PD, Keyser J, Gerstein RK. A cognitive vulnerability-stress perspective on bipolar spectrum disorders in a normative adolescent brain, cognitive, and emotional development context. *Dev Psychopathol* 2006;18(4):1055–103

149. Monroe SM, Simons AD. Diathesis–stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull* 1991;110(3):406–25
150. Brietzke, E., Mansur, R. B., Soczynska, J., Powell, A. M., & McIntyre, R. S. (2012). A theoretical framework informing research about the role of stress in the pathophysiology of bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 39(1), 1-11
151. Aydemir A, Uluşahin A, Akdeniz F (editörler). İki uçlu bozukluk sağaltım kılavuzu 2. baskı. Ankara: TPD Yayınları; 2010.
152. Bowden CL, Calabrese JR, Mc Elroy SL et al. A randomized, placebo- controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 481- 489.
153. Köknel Ö. Zorlanan insan: Kaygı çağında stres (İkinci basım). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi 1988.
154. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50: 992-1003
155. Geçtan E. Çağdaş yaşam ve normal dışı davranışlar (7. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi 1993.
156. Selye, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill 1974.
157. Selye H. Stress and disease. *Int Rec Med Gen Pract Clin* 1955; 168:277-287.
158. Altuğ B, Kaya N, Küçük R, Dura S, Ecirli ğ. Fizik ve ruhsal hastalıklarda stresin etkisi. *Yeni Symposium* 1997; 35: 3-5.
159. Monat A, Lazarus R. and REEVY G. Stress and Coping, Praeger, London 2007.
160. Lazarus RS, Cohen JB. Environmental Stress: In Altman I, Wohlwill JF (eds.). Human Behavior and Environment. Current Theory and Research. New York: Plenum Pres 1977; 89-127.
161. Lazarus RS, Deese J, Osler SF. The Effects Of Psychological Stress Upon Performance, , *Psycho Bull* 1952; 49: 293-317.
162. Sarason IG. Stress, anxiety, and cognitive interference: reactions to tests. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 929-38

163. Şahin NH ve Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10 (34): 56-73.
164. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55: 745-774.
165. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 839-852.
166. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK ve Özer ÖK, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226
167. Cüceloğlu EA. Yaşam Alanı Değişen Bir Örneklem Grubunda Uyum Sürecinde Ortaya Çıkan Belirtiler Ve Bunların Başa Çıkma Tutumları İle İlişkisi, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A. D., Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
168. Janet H, Christopher LW. Coping and problem solving of selfmutilators, *J Clin Psychol* 1997; 53(2), 177-186.
169. Folkman S, Lazarus RS. If it changes, it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol* 1985; 48:150-170.
170. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance and coping with stress. *Am Psychol* 1986; 41: 813-819.
171. Patterson JM, McCubbin HI. Adolescent coping style and behaviours: conceptualization and measurement. *J Adolesc* 1987; 10: 163-186.
172. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-239.
173. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psych* 1993; 50(6): 885-890.
174. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attentiondeficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12: 240-245.
175. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun erişkin DikkatEksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005, 16(4): 252-259.

176. 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 güvenirlik ve norm çalışması. Türkiye’de Psikiyatri 2006; 8(2), 98-107.
177. Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Houdiamont PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. Psychol Med. 2005;35(6):817-827.
178. Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. J Atten Disord 1996;1(3):147-61.
179. Guldberg-Kjär T, Johansson B. Old people reporting childhood AD/HD symptoms: retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65-80. Nord J Psychiatry. 2009;63(5):375-82.
180. Pennington BF, Ozonoff S Executive functions and developmental psychopathology J Child Psychol Psychiatry. 1996;37(1):51-87.
181. Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustün TB. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. J Occup Environ Med. 2005;47(6):565-572.
182. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 12: 10-5.
183. Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. J Safety Res. 2007;38(1):113-28.
184. Able SL, Johnston JA, Adler LA, Swindle RW. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. Psychol Med. 2007;37(1):97-107.
185. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. CNS Spectr. 2008 Nov;13(11):977-84.
186. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirti Sıklığı ve Belirti Düzeyi ile İlişkili Gelişimsel, Akademik ve Psikolojik Etmenler. Türkiye’de Psikiyatri 2008; 10(3):109-115.

187. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*. 1996;37(6):393-401.
188. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 34: 1365-1374.
189. Etain B, Mathieu F, Henry C, Raust A, Roy I, Germain A, Leboyer M, Bellivier F. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J. Trauma. Stress* 2010; 23: 376–383.
190. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2006; 9(4), 631-641.
191. Wozniak J, Crawford MH, Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Taylor A et al. Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: Findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38: 48-55.
192. Montejó JE, Durán M, del Mar Martínez M, Hilari A, Roncalli N, Vilaregut A, Ramos-Quiroga JA. Family Functioning and Parental Bonding During Childhood in Adults Diagnosed With ADHD. *Journal of attention disorders* 2015; 1087054715596578.
193. Biederman J, Faraone SV, Chen WJ. Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents: concurrent validity in ADHD children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32(5),1059–1064.
194. Novotni M. What does everybody else know that I don't? Social skills help for adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Plantation, FL: Specialty Press 1999.
195. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT, Smalley SL. Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45(3), 346-354.
196. Kennedy S, Thompson R, Stancer H, Roy A, Persad E. Life events precipitating mania. *Br. J. Psychiatry* 1983; 142, 398–403
197. O'Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O'Brien BE. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br. J. Psychiatry* 1991; 15: 123–129.

198. Kulhara P, Basu D, Mattoo SK, Sharan P, Chopra R. Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: long-term outcome and its psychosocial correlates. 1999; 54: 87 – 96.
199. Cohen AN, Hammen C, Henry R M, Daley SE. Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 82(1): 143-147.
200. Ilgen MA, Bohnert AS, Ignacio RV et al. Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1152–1158.
201. Gale'ra C, Bouvard MP, Encrenaz G, Messiah A, Fombonne E. Hyperactivity-inattention symptoms in childhood and suicidal behaviors in adolescence: the Youth Gazel Cohort. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(6):480–489.
202. Park S, Cho MJ, Jeon HJ, Lee HW, Bae JN, Park JI, Sohn JH, Lee YR, Lee JY, Hong JP.. Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009.
203. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide and Life Threatening Behaviors* 2001; 31: 367–385
204. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(1):37-44.
205. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse*. 1995;7(3):373-378.
206. Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil*. 1998 Nov-Dec;31(6):533-44.
207. Molina BS, Pelham WE Jr. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 2003 Aug;112(3):497-507.
208. Boschi S, Adams RE, Bromet EJ, Lavelle JE, Everett E, Galambos N. Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70: 242-252.
209. Losel F, Bliesener T. Some high-risk adolescents do not develop conduct problems: A study of protective factors. *International Journal of Behavioral Development* 1994; 17: 753-777.

210. Goossens PJJ, van Achterberg T. Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing* 2008; 22(5): 245-253.
211. Parikh SV, Velyvis V, Yatham L, Beaulieu S, Cervantes P, Macqueen G, et al. Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bip Disord* 2007; 9: 589-95
212. Wills TA, Filer M. Stress-coping model of adolescent substance use. In: Ollendick, TH.; Prinz, RJ., editors. *Advances in clinical child psychology*. Vol. Vol. 18. New York: Plenum Press; 1996. p.91-132.
213. Molina BS, Marshal MP, Pelham WE, Wirth RJ. Coping skills and parent support mediate the association between childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and adolescent cigarette use. *Journal of pediatric psychology* 2005; 30(4): 345-357.
214. Hampel P, Manhal S, Roos T, Desman C. Interpersonal coping among boys with ADHD. *J Affect Disord* 2008; 11(4): 427-436.
215. Young S. Psychological therapy for adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Counselling Psychology Quarterly* 1999; 12(2): 183–190.
216. Barkley RA, Edwards G, Laneri M, Fletcher KE, Metevia L. The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69(6):926–941.
217. Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Stress and smoking in adolescence: A test of directional hypotheses. *Health Psychology*. 2002; 21(2):122–130
218. Cooke M, Peters E, Fannon D, et al. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 94: 12-22.
219. Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 142-146.
220. Algın F. Şizofreni hastalarında başa çıkma tutumlarının; pozitif, negatif ve depresif belirtiler, ilaç yan etkileri, umutsuzluk, intihar davranışı ve içgörü ile ilişkisi. *Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.*
221. Tuncay T, Musabak I, Gok DE, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 79.

222. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality* 2002; 16(5): 403-420.
223. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality Individ Differ* 2006; 40: 1659–1669.
224. Fletcher K, Parker GB, Manicavasagar V. Coping profiles in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2013.; 54(8), 1177-1184.
225. Green MJ, Lino BJ, Hwang EJ, Sparks A, James C, Mitchell PB Cognitive regulation of emotion in bipolar I disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124(4): 307-316.
226. Rowland JE, Hamilton MK, Lino BJ, Ly P, Denny K, Hwang EJ, Green MJ. Cognitive regulation of negative affect in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2013; 208(1): 21-28.
227. Çuhadar D, Savaş HA, Ünal A, Gökpınar F. Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. *J Relig Health* 2014; 1: 1-16.
228. Augustine AA, Hemenover SH. On the relative effectiveness of affect regulation strategies: a meta-analysis. *Cogn Emot* 2009; 23: 1181–1220.
229. Ramirez SP, Macedo DS, Sales PMG, Figueiredo SM, Daher EF, Araujo SM.).The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2012; 72: 129–135.
230. Freud S. *The future of an illusion*. Garden City, NY: Doubleday 1927.
231. Ellis A. *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living 1971.
232. Bergin AE. Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Prof Psychol Res Pr* 1983, 14(2), 170–184.
233. Pargament KI. The bitter and the sweet: An evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychol Inq* 2002; 13(3), 168–181
234. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig* 1998; 37(4): 710–724.

235. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(2): 411.
236. Harrison MO, Koenig HG, Hays JC, Eme-Akwari AG, Pargament KI. The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *Int Rev Psychiatry* 2001; 13: 86–93.
237. Mohr VK Spiritual issues in psychiatric care *Perspect Psychiatr Care*. 2006; 42: 174–183.
238. Thompson MP, Vardaman PJ The role of religion in coping with the loss of a family member to homicide. *J Sci Study Relig* 1997; 36(1): 44–51
239. Ano GG, Vasconcelles EB Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta - analysis. *J Clin Psychol* 2005; 61(4): 461-480.
240. Lucchetti G, de Almeida LGC, Lucchetti ALG. Religiousness, mental health, and quality of life in Brazilian dialysis patients. *Hemodial Int* 2012; 16(89): 94.
241. Ryu V, Song DH, Ha R, Ha K, Cho HS. Prodromes and coping types in bipolar patients with nonpsychotic or psychotic mania. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 732–739
242. Algın F. Şizofreni hastalarında başa çıkma tutumlarının umutsuzluk, intihar davranışı ve içgörü ile ilişkisi. Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009
243. Dew RE, Daniel SS, Koenig HG. A pilot study on religiousness/spirituality and ADHD. *Int J Adolesc Med Health* 2007; 19(4): 507-510.
244. http://www.wingia.com/en/services/end_of_year_survey_2014/regional_country_results/8/46/
245. Josephson AM, Dell ML. Religion and spirituality in child and adolescent psychiatry: a new frontier. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004; 13(1): 1-15.
246. Carver CS, Scheier MF. Situational coping and coping physician attitudes toward lithium: relationship to adherence. dispositions in a stressful transaction. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 36: 184–195
247. Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000; 59: 237-41.

248. Hoza B, Gerdes AC, Hinshaw SP, Arnold EL, Pelham WE, Molina BSG. Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 382–391
249. Gresham FM, MacMillan DL, Bocian KM, Ward SL, Forness SR. Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. *J Abnorm Child Psychol*. 1998;26(5):393-406.
250. Hoza B, Pelham WE. Social-cognitive predictors of treatment response in children with ADHD. *J Soc Clin Psychol* 1995; 14: 23–35.
251. Lochman JE, Lampron LB, Burch PR, Curry JF. Client characteristics associated with behavior change for treated and untreated aggressive boys. *J Abnorm Child Psychol*. 1985;13(4):527-538.
252. Murphy K. Out of the fog: Treatment options and coping strategies for adult Attention Deficit Disorder. New York: Hyperion 1995.
253. Travell C, Visser J. ‘ADHD does bad stuff to you’: young people's and parents' experiences and perceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Emot Behav Diffic* 2006; 11(3): 205-216.
254. Young S, Bramham J, Gray K, Rose E. The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: a qualitative study of clinically referred patients using interpretative phenomenological analysis. *J Atten Disord*. 2008;11(4):493-503.
255. Moon E, Chang JS, Choi S, et al. Characteristics of stress-coping behaviors in patients with bipolar disorders. *Psychiatry Res*. 2014;218(1-2):69-74.
256. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med* 1997;27:1091-100.
257. Coulston CM, Bargh DM, Tanious M, et al. Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *J Affect Disord*. 2013;145(1):54-61.
258. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 504–511.
259. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 1028–1042.

260. Torrente F, López P, Prado DA, Kichic R, Cetkovich-Bakmas M, Lischinsky A. Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral, and functional correlates in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Is the cognitive-behavioral model valid? *J Atten Disord*. 2014;18(5):412–24
261. Ghanizadeh A, Haghighi HB. How do ADHD children perceive their cognitive, affective, and behavioral aspects of anger expression in school setting? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010; 4: 4.
262. Singer MJ, Humphreys KL, Lee SS. Coping self-efficacy mediates the association between child abuse and ADHD in adulthood. *J Atten Disord* 2012; XX(X):1–9.
263. Thompson RJ, Mata J, Jaeggi SM, Buschkuhl M, Jonides J, Gotlib IH. Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: variations across age and depressive state. *Behav Res Ther*. 2010;48(6):459-466.
264. Chiong AS, Bry BH, Johnson VL. Mediators between coping styles and substance use/intentions in urban, high school freshmen. *Addict Behav*. 2010;35(1):57-59.
265. Meiser-Stedman R, Dalgleish T, Glucksman E, Yule W, Smith P. Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *J Abnorm Psychol*. 2009;118(4):778-787.
266. Sussman S, Brannon BR, Dent CW, Hansen WB, Johnson CA, Flay B. Relations of coping effort, perceived stress, and cigarette smoking among adolescents. *Int J Addict*. 1993; 28: 599–612.
267. Robin, AL. ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 1998.
268. Eisenberg N, Fabes RA, Losoya S. Emotional responding: Regulation, social correlates, and socialization. In P. Salovey, D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 129-163). New York: Basic Books 1997.
269. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1036-1045.
270. Hampel P, Petermann F. Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;38(4):409-415.

271. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry eleventh edition. Lippincott Williams & Wilkins; August 26, 2014.
272. Martinussen R, Hayden J, Hogg-Johnson S, et al: A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:377–384
273. Akutagava-Martins GC, Salatino-Oliveira A, Kieling CC, et al. Genetics of attentiondeficit/ hyperactivity disorder: current findings and future directions. *Expert Rev Neurother* 2013;13:435-45
274. Lasky-Su J, Neale BM, Franke B, et al. Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008;147B:1345-54
275. Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A., & Hutz, M. H. (2016). Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: an update. *Expert review of neurotherapeutics*, (just-accepted).
276. Spencer T, Wilens T, Biederman J, Faraone SV, Ablon JS, Lapey K. A double blind, cross over comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 434-43.
277. Food and Drug Administration. Alert for healthcare professionals: pemoline tablets andchewable tablets (marketed as Cylert). Available at: www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/pemolineHCP.htm. Accessed March 10, 2007
278. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroglu M, Yildirmis S. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004; 28: 181-90.
279. Öncü B. Yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Editör:Karakaş S. *Kognitif Nörobilimler*. 2. baskı. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi; 2008. 417–36.
280. Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*(pp. 287-327). New York: Plenum
281. McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919.

282. Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139- 157.
283. Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (Eds.). (1974). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley & Sons
284. Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). *Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. Depression research and treatment*, 2015
285. Morris, M. C., Kouros, C. D., Fox, K. R., Rao, U., & Garber, J. (2014). Interactive models of depression vulnerability: The role of childhood trauma, dysfunctional attitudes, and coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 245-263.
286. Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsøyr, O., Haavik, J., & Peleikis, D. E. (2014). Effectiveness of one-year pharmacological treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An open-label prospective study of time in treatment, dose, side-effects and comorbidity. *European Neuropsychopharmacology*, 24(12), 1873-1884

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Başa Çıkma Tutumları Açısından Bipolar 1 Bozukluğu ile Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarının Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması						
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	23.01.2015-2988						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asist. Dr. Sevdener CANSIZ						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi						
	DESTEKLEYİCİ	-						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ							
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon						
		Yüksek Doz Araştırması						
Diğer ise belirtiniz: Araştırma								
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	☒	ÇOK MERKEZLİ	☐	ULUSAL	☐	ULUSLAR ARASI	☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	☒	☐	Türkçe	☒	İngilizce	Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒	☐	Türkçe	☒	İngilizce	Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU	☐	☒	Türkçe	☐	İngilizce	Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐	☒	Türkçe	☐	İngilizce	Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-						
	DİĞER:	-						
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 03.02.2015	Karar No: 444						
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.							
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Nihat ALPAY							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		İmza				
Doç. Dr. M. Cem İLNEM	Psikiyatri	E ☐	H ☐					
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E ☐	H ☐					
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐	H ☐	Yıllık izinde				
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐	H ☐					
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐	H ☒					

EK 2 – SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

1. ADI-SOYADI:

TARİH:

2. DOĞUM TARİHİ:

CİNSİYETİ: Erkek ☐ Kadın ☐

3. MEDENİ DURUM: Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Birlikte yaşıyor ☐ Ayrı yaşıyor ☐

4. SON BİTİRİLEN OKUL: İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

5. MESLEK: İşsiz(çalışmıyor) ☐ Serbest meslek ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Öğrenci ☐ Diğer ☐

6. Çocukken önemli bir ayrılık/göç/yer değiştirme yaşadınız mı?: Evet ☐ Hayır ☐

7. Çocukluk döneminde aile içi şiddete uğradınız mı?: Evet ☐ Hayır ☐

8. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?: Evet ☐ Hayır ☐ Kaç kez:

9. Esrar/eroin/kokain/hap/tiner/bally vb. Kullandınız mı?: Evet ☐ Hayır ☐

Hangileri: Ne zamandır-ne kadar:

10. Sigara kullanır mısınız?: Evet ☐ Hayır ☐ Ne zamandır-ne kadar:

11. Alkol kullanır mısınız?: Evet ☐ Hayır ☐ Ne zamandır-ne kadar:

12. Şu an kimin yanında yaşıyorsunuz? Aile ☐ Anne-baba ☐ Arkadaş ☐ Yalnız ☐ Diğer ☐

13. Beraber yaşadığınız kişilerden yeterince destek alabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

14. Çevrenizdeki diğer bireylerden yeterince destek alabildiğinizi düşünüyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır ☐

Doktorunuz tarafından herhangi bir psikiyatrik tanı konulmadı ise sizin için sorular burada bitmiştir; teşekkürler...

15. Hastalığınızın tanısı kaç yıl önce kondu?

16. Düzenli tedavi alıyor musunuz? Evet ☐ Hayır ☐

Eğer cevabınız 'hayır' ise aşağıdaki sorulara yanıt vermenize gerek yoktur

17. Kaç yıldır düzenli tedavi alıyorsunuz?....

18. Tedaviniz süresince hekiminiz tarafından hastalığınız hakkında bilgilendirilme yapıldı mı? Evet ☐ Hayır ☐

19. Tedaviniz süresince hekiminiz tarafından psikoterapi ve psikososyal tedaviler(rehabilitasyon , uğraşı terapisi gibi) uygulandı mı? Evet ☐ Hayır ☐

EK 3 - ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİ

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.HASTANESİ ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİ	FR-0851 REV-00
---	--	---------------------------

Adiniz:

Cinsiyetiniz:

Yasiniz:

Tarih:

Halen kullandığınız ilaçlar :

Daha önce aldığınız tanılar :

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamın altındaki kutuyu işaretleyin.

1 BÖLÜM DİKKAT EKSİKLİĞİ	Hemen hiç 0	Biraz ya da bazen 1	Sıklıkla 2	Sık 3
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma				
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü				
3. Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme				
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)				
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü				
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik				
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)				
8. Dikkatin kolayca dağılması				
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık				
Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm				
1. bölümde karşılanan kriter sayısı		1. bölümden elde edilen puan		
2 BÖLÜM Aşırı Hareketlilik / Dürüstsellik (AH)	Hemen hiç 0	Biraz ya da bazen 1	Sıklıkla 2	Sık 3
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama				
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma				
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi				
4. Boş zaman faaliyetini sessizce yapmakta güçlük				
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme				
6. Çok konuşma				
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme				
8. Sıra beklemekte zorluk çekme				
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme				
Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm				
2. bölümde karşılanan kriter sayısı		2. bölümden elde edilen puan		
Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm				
1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı		ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı		

3. BÖLÜM (DEB/DEHB) ile ilişkili özellikler	Hemen hiç 0	Biraz ya da bazen 1	Sıklıkla 2	Sık 3
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi				
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü				
3. Aynı anda çok iş/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük				
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi				
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma				
6. Sıkılmaya tahammül edememe				
7. Herkese tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamama				
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması				
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)				
10. Kendini güvensiz hissetme				
11. Duygudurumda sık görülen oynamalar				
12. Aniden parlama, tepki gösterme				
13. Düşük benlik değeri				
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak salma ya da ayak vurma				
15. Sık sık iş değiştirme				
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama				
17. Zamanı ayarlamakta güçlük				
18. Unutkanlık				
19. Sözel saldırganlık				
20. Fiziksel saldırganlık				
21. Alkol kullanımı				
22. Madde kullanımı				
23. Yasal güçlük ve sorunlar				
24. Çökkünlük (depresyon)				
25. Kendime zarar verecek davranışlarda bulunma				
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)				
27. İşinden zevk alamama				
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi				
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi				
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama				
Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm				
3. bölümde karşılanan kriter sayısı		3. bölümden elde edilen puan		
Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm				
1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı + 3. bölümdeki pozitif semptom sayısı				
1., 2. ve 3. bölümlerden elde edilen TOPLAM PUAN:				

EK 4 - WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI E.A HASTANESİ	FR-0852 REV-00
	WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	

Adınız:

Cinsiyetiniz:

Yasınız:

Tarih:

Halen kullandığınız ilaçlar :

Daha önce aldığınız tanılar :

Sayfanın solunda yer alan açıklamalara göre, çocukluğunuzu kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken çocukluğunuzda nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kıutuya (X) işareti koyunuz.

ÇOCUKKEN;	Hayır ya da çok hafif 0	Hafif 1	Orta derecede 2	Fazla 3	Çok Fazla 4
1. Dikkatimi toplama sorunun vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydim.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere dalardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alingandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarım pişman olurdum.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;	Hayır ya da çok hafif 0	Hafif 1	Orta derecede 2	Fazla 3	Çok Fazla 4
23. Genel olarak başarılıydım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

EK 5 – COPE ÖLÇEĞİ

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi COPE	FR-0841 REV-00
---	---	---------------------------

Adınız Soyadınız:

Tarih:/...../20.....

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunalı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 3=Orta derecede böyle yaparım	2=Çok az böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım	1	2	3	4
1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.					
2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.					
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.					
4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.					
5. Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.					
6. Kendi kendime "böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını" söylerim.					
7. Allah'a tevekkül eder, O'na dayanırım.					
8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.					
9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.					
10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.					
11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.					
12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.					
13. Kendimi yasadığım soruna alıştırılmaya çalışırım.					
14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.					
15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.					
16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.					
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.					
18. Allah'ın yardımını umarım.					
19. Bir eylem planı yaparım.					
20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.					
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.					
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.					
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.					
24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.					
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.					
26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.					

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	FR-0841 REV-00
	COPE	

1=Asla böyle bir şey yapmam 3=Orta derecede böyle yaparım	2=Çok az böyle yaparım 4=Çoğunlukla böyle yaparım	1	2	3	4
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.					
28. Duygularımı dışarı vururum.					
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.					
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.					
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.					
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.					
33. Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.					
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.					
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.					
36. Sorunla ilgili saka yaparım.					
37. İstedigimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.					
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.					
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.					
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.					
41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.					
42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.					
43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.					
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.					
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.					
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.					
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.					
48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.					
49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.					
50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.					
51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.					
52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.					
53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.					
54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.					
55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.					
56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.					
57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.					
58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.					
59. Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.					
60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.					

Çok teşekkürler