



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİMDALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE UYUMSUZ HAYAL KURMA
PATERNLERİNİN NÖROGELİŞİMSEL ÖZELLİKLER VE
DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLARLA İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

DR. HALİL İBRAHİM EREN
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİMDALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE UYUMSUZ HAYAL KURMA
PATERNLERİNİN NÖROGELİŞİMSEL ÖZELLİKLER VE
DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIKLARLA İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ

DR. HALİL İBRAHİM EREN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. N. SERKUT BULUT

İSTANBUL 2024

ÖNSÖZ

“Karıncayı bile incitmeme deme, bile’den incinir karınca!” dem misal-i Fuzuli, *“bile”* dahi demeden bu tez çalışmasının hazırlanmasında bana her daim rehberlik eden, bilgi birikimi, vizyonu ve sabrı ile yol gösteren kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Necati Serkut Bulut’a sonsuz teşekkür ederim.

Derin bilgi birikimi ve ilham verici düşünceleriyle meslek yolculuğuma yön veren; hızla akıp giden hayat serüveninde yavaşlamayı, soluklanmayı, *“defineyi malik viraneleri”* bilmeyi, bir nefes lisan-ı hâli görebilmeyi sağlayan kıymetli hocam Prof. Dr. Kemal Sayar’a müteşekkirim.

“Takdiri ezele teslimiz ama gayrete de aşığız!” diyen Cahit Zarifoğlu misali, asistanlık sürecimin tamamında, destekleyen, şevklendiren, ilham veren ve dostluğunu esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Mesut Yıldız’a sonsuz teşekkür ederim.

Asistanlık süreci boyunca bana gösterdikleri destek, anlayış ve mesleki rehberlik için Doç. Dr. Ömer Yanartaş, Doç. Dr. Ayşe Sakallı Kani ve Dr. Öğr. Üyesi Erdoğan Akça’ya teşekkürlerimi sunarım.

Tez süreci boyunca sağladığı destek ve rehberlik için değerli arkadaşım Kl. Psk. Pelin Seçgin’e; bu sürecin önemli bir parçası olan ve her daim yanımda bulunan, kıymetli arkadaşlarım Kl. Psk. Zeynep Teke ve eşi Mehmet Teke’ye, Uzm. Dr. Celal Demir’e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım asistan arkadaşlarıma, uzman doktorlara ve tüm klinik personeline teşekkür ederim.

Hayatım boyunca bana her zaman destek olan, varlıklarıyla bana güç veren anneme, babama, abime ve kardeşime bana kattıkları her şey için minnettarım.

Ve her zaman olduğu gibi, bu süreçte de her türlü yüküne rağmen bana maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, en büyük destek kaynağım ve hayat yoldaşım, gönlümün Mona Rozası Sevrde’ye; haberini aldığım günden beri heyecanla beklediğim sevgili kızım Asya’ya ve evimizin demirbaşı, tıbul kedim Otto’ya canı gönülden teşekkür ederim.

Halil İbrahim Eren

Ekim, 2024

ÖZET

Giriş: Son yıllarda psikiyatri araştırmalarında yoğun ilgi gören UHK, insan etkileşimini kısıtlayan ve akademik, kişiler arası ve mesleki işlevselliği olumsuz etkileyen yoğun fantezi faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır. UHK'nin çeşitli yönleri ve diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisini inceleyen araştırmalar, bu durumun dissosiyasyon, dissosiyatif bozukluklar, OKB, DEHB, OSB ve davranışsal bağımlılıklarla örtüşebileceğini ortaya koymaktadır. Özlem, kinestezi, dissosiyatif emilim ve dikkat eksikliği özellikleri itibarıyla UHK'nin davranışsal bağımlılık ve nörogelişimsel bozukluklar spektrumu ile benzerlikler gösterdiği belirtilmesine rağmen, bu konudaki araştırmalar sınırlıdır. UHK'nin küresel tanınırlığı artarken, araştırmaların çoğu sadece birkaç ülkede gerçekleştirilmiş ve farklı kültürler ve popülasyonlardaki yaygınlığına dair çalışmalar oldukça kısıtlı kalmıştır. Bu çalışmada, Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında UHK yaygınlığının, çeşitli demografik ve klinik parametrelerle olan ilişkilerinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, UHK'nin etiopatogenezinde nörogelişimsel özellikler, davranışsal bağımlılıklar ve çeşitli psikolojik faktörlerin potansiyel rollerini bütünleştirici bir teorik çerçevede tartışmak ve UHK ile genel ruhsal esenlik arasındaki çok yönlü ilişkiyi incelemek amaçlanmaktadır. Literatürde, UHK'nin ilgili parametrelerle ilişkisini kapsamlı bir şekilde ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, Türkiye'deki üniversite öğrencileri örnekleminde UHK sıklığı ve çok boyutlu özelliklerinin araştırılmasına yönelik ilk çalışma olma niteliği taşımaktadır.

Yöntem: Çalışmaya Kasım 2023 – Mayıs 2024 tarihleri arasında İstanbul'da faaliyet gösteren çeşitli yükseköğretim kurumlarında öğrenim gören ve çalışmaya katılım için gönüllü olan yaşları 18 – 30 aralığındaki 848 üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcılara çevrimiçi olarak sosyodemografik veri formu, Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği (UHKÖ-16), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (ASRS-5), Otizm Spektrum Anketi (OSA), Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ), Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (UYÖ-KF), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu (NHRÖ-KF) uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 21.50 ± 2.59 olup, %73,2'si kadındır. Çoğunluğun birden fazla kardeşe sahip olduğu, aileleriyle birlikte yaşadığı, genellikle tıp veya psikoloji bölümlerinde eğitim gördüğü, birinci veya ikinci sınıf düzeyinde olduğu ve orta düzeyde akademik başarıya sahip olduğu saptanmıştır. Türkiye'deki 18 – 30 yaş arasında üniversite öğrencileri arasındaki UHK yaygınlığı %18.1 olarak tespit edilmiş olup, cinsiyetler arası anlamlı farklılık saptanmamıştır. UHK'li bireylerin yaş, eğitim yılı, eğitim düzeyi, üniversitede geçen yıl, ARSR-5, OSA, BSMBÖ, DOBÖ, HADÖ-A, HADÖ-D, UYÖ-KF, RBSÖ ve NHRÖ-KF skorları ($p < 0.001$) ve akademik başarı düzeyi, psikiyatrik hastalık varlığı ($p < 0.05$) açısından anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çoklu kolineerlik analizlerinde sadece eğitim yılı ve üniversitede geçen yıl değişkenleri arasında yüksek bağlantısallık ($5 < VIF$) saptanmıştır. Korelasyon analizleri, UHKÖ-16 skorlarının yaş, eğitim yılı, üniversitede geçen yıl ($p < 0.001$) ve eğitim düzeyi, akademik başarı düzeyi ($p < 0.01$) ile negatif yönde; alkol kullanım düzeyi, psikiyatrik özgeçmiş ($p < 0.05$) ve ASRS-5, OSA, BSMBÖ, HADÖ-A, HADÖ-D, UYÖ-KF, RBSÖ, NHRÖ-KF ($p < 0.001$) ve DOBÖ ($p < 0.01$) skorlarıyla ise pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Lojistik regresyon analizleri, ASRS-5 (OR:1.097), RSBÖ (OR:1.438) ($p < 0.001$), NHRÖ-KF (OR:1.038) skorlarının yüksek olmasının ve daha düşük eğitim yılının (OR:0.826) ($p < 0.01$), UHK varlığını yordayan faktörler olduğunu göstermiştir. Nihai modelin sınıflama yüzdesi %83.1 olup, açıklayıcılık gücü %24.1'dir (Nagelkerke $R^2 = 0.241$). Hiyerarşik regresyon analizleri, RSBÖ ($B = 2.321$), ASRS-5 ($B = 0.700$), OSA ($B = 0.750$), BSMBÖ ($B = 0.424$), NHRÖ-KF ($B = 0.316$) ($p < 0.001$) ve HADÖ-A ($B = 0.507$) ($p < 0.01$) skorlarının yüksek olmasının; yaş ($B = -0.610$) ve eğitim yılının ($B = -1.293$) ($p < 0.01$) düşük olmasının UHKÖ-16 skorlarını yordayan faktörler olduğunu göstermiştir. Nihai modelin açıklayıcılık gücü %28.3'tür ($R^2_{adj} = 0.283$).

Sonuçlar: Bu çalışmada, Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında UHK sıklığı ve UHK'nin çeşitli nöropsikiyatrik parametrelerle ilişkisi ilk kez kapsamlı olarak incelenmiştir. Bulgular, yaklaşık olarak her beş üniversite öğrencisinden birinin belirgin UHK özellikleri sergilediğini, ek olarak UHK'nin nörogelişimsel bozukluklar ve davranışsal bağımlılıklar ile güçlü ilişkiler içerisinde olduğunu ve bu ilişkilerin demografik, psikolojik ve akademik özelliklere göre değişkenlik

gösterdiğini ortaya koymuştur. Araştırmada, DEHB belirtileri, düşük benlik saygısı, büyüklenmeci narsisizm ve daha düşük eğitim yılının UHK'nin varlığı ve şiddetini; OSB, SMB, anksiyete bozukluğu belirtileri ve düşük yaşın ise UHK'nin şiddetini öngören faktörler olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, UHK'nin özellikle erken erişkinlik döneminde daha belirgin olduğuna; ek olarak gerek nörogelişimsel, gerekse kişilik özellikleri ile güçlü ilişki gösterdiğine işaret etmektedir. DOB, yalnızlık ve depresyon UHK ile ilişkili bulunmuş olsa da, bu faktörlerin UHK'nin varlığını ve şiddetini öngören değişkenler olmadığı görülmüştür. Bu bulgular, UHK'nin belirli psikolojik ve sosyal faktörlerle bağlantılı olduğunu, ancak bu faktörlerin UHK'nin gelişiminde sınırlı bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, araştırmamızın bulguları UHK'nin farklı kültürel ve demografik gruplarda daha fazla araştırılması gerektiğine işaret etmekte; klinik değerlendirmelerde UHK'nin nörogelişimsel bozukluklar ve davranışsal bağımlılıklarla ilişkisinin dikkate alınmasının önemine vurgu yapmaktadır. Bu çalışma, UHK'nin klinik görünümüne dair daha fazla bilgi sağlanması amacıyla geniş çaplı boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: uyumsuz hayal kurma, nörogelişimsel bozukluklar, davranışsal bağımlılıklar

ABSTRACT

Introduction: Maladaptive daydreaming, which has received great attention in psychiatric research in recent years, is defined as intense fantasy activities that restrict human interaction and negatively affect academic, interpersonal and occupational functioning. Studies examining various aspects of MD and its relationship with other mental disorders reveal that this condition may overlap with dissociation, dissociative disorders, OCD, ADHD, ASD and behavioral addictions. Although it has been stated that MD has similarities with behavioral addiction and neurodevelopmental disorder spectrum in terms of yearning, kinesthesia, dissociative absorption and attention deficit characteristics, research on this subject is limited. While global recognition of MD is increasing, most of the research has been conducted in only a few countries and studies on its prevalence in different cultures and populations remain quite limited. This study aims to determine the prevalence of MD among university students in Turkey and its relationships with various demographic and clinical parameters. Furthermore, it is aimed to discuss the potential roles of neurodevelopmental features, behavioral addictions and various psychological factors in the etiopathogenesis of MD within an integrative theoretical framework and to examine the multifaceted relationship between MD and general mental well-being. No study has been found in the literature that comprehensively addresses the relationship between MD and related parameters. This study is the first to investigate the prevalence and multidimensional characteristics of MD in a sample of university students in Turkey.

Method: The study included 848 university students aged between 18 to 30, who were studying at various higher education institutions in Istanbul between November 2023 and May 2024 and volunteered to participate in the study. The participants completed the following online scales: a sociodemographic data form, the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16), the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-5), the Autism Spectrum Quotient (AQ), the Digital Game Addiction Scale (DGAS), the Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the UCLA Loneliness Scale-Short Form

(UCLA-LS-SF), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and the Narcissistic Admiration and Rivalry Questionnaire-Short Form (NARQ-SF).

Results: The mean age of the participants was 21.50 ± 2.59 years, 73.2% were female. It was determined that the majority had multiple siblings, lived with their families, studied in medical or psychology departments, were in the first or second year of university, and had moderate academic success. The prevalence of MD among university students between the ages of 18 and 30 in Turkey was determined to be 18.1%, and no significant difference was found between genders. It was found that individuals with MD showed significant differences in terms of age, years of education, educational level, years spent at the university, ASRS-5, AQ, BSMAS, DGAS, HADS-A, HADS-D, UCLA-LS-SF, RSES, and NARQ-SF scores ($p < 0.001$), as well as academic performance and psychiatric history ($p < 0.05$). Multicollinearity analyses revealed high collinearity ($5 < \text{VIF}$) only between the variables of years of education and years spent at the university. Correlation analyses showed that MDS-16 scores were negatively associated with age, years of education, and years spent at the university ($p < 0.001$), as well as educational level and academic performance ($p < 0.01$); and positively associated with alcohol consumption, psychiatric history ($p < 0.05$), and ASRS-5, AQ, BSMAS, HADS-A, HADS-D, UCLA-LS-SF, RSES, and NARQ-SF ($p < 0.001$) as well as DGAS scores ($p < 0.01$). Logistic regression analyses revealed that higher ASRS-5 (OR:1.097), RSES (OR:1.438) ($p < 0.001$), and NARQ-SF (OR:1.038) scores and fewer years of education (OR:0.826) ($p < 0.01$) were predictive factors for the presence of MD. The classification percentage of the final model was 83.1%, with an explanatory power of 24.1% (Nagelkerke $R^2 = 0.241$). Hierarchical regression analyses revealed that higher RSES ($B = 2.321$), ASRS-5 ($B = 0.700$), AQ ($B = 0.750$), BSMAS ($B = 0.424$), and NARQ-SF ($B = 0.316$) ($p < 0.001$), as well as HADS-A ($B = 0.507$) ($p < 0.01$) scores, and lower age ($B = -0.610$) and years of education ($B = -1.293$) ($p < 0.01$) were predictive factors for MDS-16 scores. The explanatory power of the final model was 28.3% ($R^2_{\text{adj}} = 0.283$).

Conclusion: This study comprehensively investigated the prevalence of MD and its relationship with various neuropsychiatric parameters among university students for the first time in Turkey. The findings revealed that approximately one in every five university students exhibits significant MD characteristics, and that MD is strongly

associated with neurodevelopmental disorders and behavioral addictions, and that these relationships varied according to demographic, psychological, and academic characteristics. The study found that ADHD symptoms, low self-esteem, grandiose narcissism, and fewer years of education predict the presence and severity of MD while ASD, social media addiction, anxiety disorder symptoms, and lower age predict the severity of MD. These findings indicate that MD is particularly more pronounced in early adulthood; and that it is strongly associated with both neurodevelopmental and personality characteristics. Although DGA, loneliness, and depression were found to be associated with MD, these factors were not found to be predictive variables for the presence and severity of MD. These findings suggest that MD is associated with certain psychological and social factors, but these factors have a limited effect on the development of MD. In conclusion, the findings of our study indicate that MD should be further investigated in different cultural and demographic groups; and emphasize the importance of considering the relationship of MD with neurodevelopmental disorders and behavioral addictions in clinical evaluations. This study demonstrates the need for large-scale longitudinal studies to provide more information on the clinical presentation of MD.

Keywords: maladaptive daydreaming, neurodevelopmental disorders, behavioral addictions

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	İ
ÖZET.....	İİ
ABSTRACT.....	V
KISALTMALAR.....	Xİİ
TABLO LİSTESİ	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kavramlar.....	7
2.1.1. Hayal Kurma ve Fantezi Kavramları	7
2.1.2. Sürükleyici Hayal Kurma.....	10
2.1.3. Dissosiyatif Emilim.....	11
2.1.4. Fantezi Eğilimi.....	13
2.1.5. Berrak Rüya	15
2.1.6. Otistik Fantezi	17
2.1.7. Zihin Gezinmesi.....	19
2.1.8. Yavaş Bilişsel Tempo	21
2.2. Uyumsuz Hayal Kurma (UHK)	22
2.2.1. UHK Kavramı ve Arkaplanı.....	22
2.2.2. UHK Fenomenolojisi	24
2.2.3. UHK Gelişimsel Seyri	26
2.2.4. UHK Değerlendirme Araçları	28
2.2.5. UHK Epidemiyolojisi ve Psikiyatrik Eştanılar	32
2.2.6. UHK'nin Sınıfsal Değerlendirmesi ve Tedavi Rasyoneli	34
2.2.6.1. Dissosiyatif Bozukluklar Bağlamında UHK.....	35
2.2.6.2. Dikkat Bozuklukları Bağlamında UHK.....	37
2.2.6.3. Davranışsal Bağımlılıklar Bağlamında UHK	38
2.2.6.4. Obsesif Kompulsif Bozukluklar Bağlamında UHK	39
2.2.6.5. Otizm Spektrum Bozuklukları Bağlamında UHK	41
2.2.7. UHK ve Ruhsal Esenlik Hali	43
2.3. Nörogelişimsel Bozukluklar.....	47

2.3.1. Genel Bilgiler.....	47
2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	48
2.3.2.1. Genel Bilgiler.....	48
2.3.2.2. Epidemiyoloji.....	49
2.3.2.3. Etiyoloji.....	51
2.3.2.4. Klinik Belirtiler ve Tanı Kriterleri	55
2.3.2.5. DEHB ve Zihin Gezinmesi	56
2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	57
2.3.3.1. Genel Bilgiler.....	57
2.3.3.2. Epidemiyoloji.....	58
2.3.3.3. Etiyoloji.....	59
2.3.3.4. Klinik Belirtiler ve Tanı Kriterleri	59
2.4. Davranışsal Bağımlılıklar.....	60
2.4.1. Genel Bilgiler.....	60
2.4.2. Sosyal Medya Bağımlılığı.....	61
2.4.3. Dijital Oyun Bağımlılığı	62
2.5. Ruhsal Esenlik Faktörleri.....	63
2.5.1. Anksiyete Bozuklukları.....	63
2.5.2. Depresif bozukluklar	64
2.6. Psikolojik Faktörler.....	64
2.6.1. Yalnızlık	65
2.6.2. Benlik Saygısı	65
2.6.3. Narsisizm	66
3. GEREÇ VE YÖNTEM	67
3.1. Çalışmanın Deseni	67
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı.....	67
3.3. Çalışmanın Örnekleme	67
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	67
3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri.....	67
3.4. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları.....	68
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	68
3.4.2. Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği.....	68

3.4.3. DSM-5 için Erişkin DEHB Tarama Ölçeği.....	69
3.4.4. Otizm Spektrum Anketi	70
3.4.5. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği.....	71
3.4.6. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği.....	71
3.4.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	72
3.4.8. UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu	72
3.4.9. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	73
3.4.10. Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu	73
3.5. İstatistiksel Yöntem.....	73
4. BULGULAR.....	75
4.1. Sosyodemografik Veriler.....	75
4.2. Kullanılan Ölçek Skorlarına Ait Tanımlayıcı Bilgiler.....	76
4.2.1. UHK Sıklığı	77
4.2.2. DEHB, OSB, DOB, Anksiyete ve Depresyon Sıklığı.....	78
4.3. Cinsiyetler Arası Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	78
4.4. Cinsiyetler Arası Belirti Gruplarının Karşılaştırılması	79
4.5. UH Olan ve Olmayan Gruplar Açısından Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması	80
4.6. UH Olan ve Olmayan Grupların NGB, DB, PF ve REF Ölçümlerinin Karşılaştırılması	83
4.7. UHK ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.....	87
4.7.1. UHKÖ-16 Skorları ve Sosyodemografik Verilerin İlişkisi	87
4.7.2. UHKÖ-16 ve Diğer Ölçek Skorlarının İlişkisi.....	89
4.7.3. UHKÖ-16 Skorlarına Etki Eden Bağımsız Değişkenler ve Çoklu Kolineerlik Durumu	92
4.8. UHK'yi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi	93
4.8.1. İkili Lojistik Regresyon Analizi	93
4.8.2. Hiyerarşik Regresyon Analizi	98
5. TARTIŞMA	102
5.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi.....	102
5.1.1. Yaygınlık	102
5.1.2. Yaş	104

5.1.3. Cinsiyet	106
5.1.4. Kardeş durumu ve Barınma Yeri	107
5.1.5. Akademik İşlevsellik	109
5.1.6. Alkol, Madde, Tütün Kullanım Düzeyleri	111
5.1.7. İlaç Kullanımları ve Alternatif Tıp Tedavileri	113
5.1.8. Tıbbi Özgeçmiş, Psikiyatrik Özgeçmiş ve Psikiyatrik Soygeçmiş	114
5.2. UHK ve Nörogelişimsel Özellikler	116
5.3.1. UHK ve DEHB İlişkisi	116
5.3.2. UHK ve OSB İlişkisi	120
5.3. UHK ve Davranışsal Bağımlılıklar	122
5.4. UHK ve Ruhsal Esenlik Faktörleri	125
5.5. UHK ve Psikolojik Faktörler	126
5.6. UHK ile İlişkili ve Yordayıcı Faktörlerin İncelenmesi	129
5.7. Kısıtlılıklar	133
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	134
7. KAYNAKLAR	138
8. EKLER	154
8.1. EK-1. Gönüllü Onay Formu	154
8.2. EK-2. Etik Kurul Onay Formu	155
8.3. EK-3. Sosyodemografik Veri Anketi	156
8.4. EK-4. Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği	157
8.5. EK-5. DSM 5 için Erişkin DEHB Tarama Ölçeği	160
8.6. EK-6. Otizm Spektrum Anketi	161
8.7. EK-7. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği	163
8.8. EK-8. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği	164
8.9. EK-9. Hastane Anskiyete Ve Depresyon Ölçeği	165
8.10. EK-10. UCLA Yalnızlık Ölçeği	166
8.11. EK-11. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	167
8.12. EK-12. Narsistik Hayranlık Ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu	168

KISALTMALAR

UHK: Uyumsuz Hayal Kurma

UH: Uyumsuz Hayalperest

NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar

DB: Davranışsal Bağımlılıklar

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: DEHB

Otizm Spektrum Bozukluğu: OSB

Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluğu: OKB

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: DKB

SHK: Sürükleyici Hayal Kurma

ZG: Zihin Gezinmesi

DE: Dissosiyatif Emilim

FE: Fantezi Emilimi

Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği: UHKÖ-16

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği: ASRS-5

Otizm Spektrum Anketi: OSA

Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği: DOBÖ

Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği: BSMBÖ

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: HADÖ

UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu: UYÖ-KF

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği: RBSÖ

Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu: NHRÖ-KF

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Uyumsuz Hayal Kurma için Önerilen Tanı Kriterleri	31
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Klinik Özellikleri	75
Tablo 2 Devam. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Klinik Özellikleri	76
Tablo 3. Kullanılan Ölçek Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	77
Tablo 4. UHKÖ-16 50 Kesme Puanına Göre UHK Yaygınlığı	77
Tablo 5. UHKÖ-16 40 Kesme Puanına Göre UHK Yaygınlığı	77
Tablo 6. Kullanılan Ölçek Kesme Değerlerine Göre DEHB, OSB, DOB, Anksiyete ve Depresyon Yaygınlığı	78
Tablo 7. Cinsiyetler Arası Grupların UHK, NGB, DB, REF ve PF Ölçümlerinin Karşılaştırılması	79
Tablo 8. Cinsiyetler Arası Grupların UHK, NGB, DB ve REF Belirti Gruplarının Karşılaştırılması	79
Tablo 9. UH Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması	81
Tablo 9 Devam. UH Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması	82
Tablo 10. UH Olan ve Olmayan Grupların NGB, DB, REF ve PF Ölçümlerinin Karşılaştırılması	83
Tablo 11. UH Olan ve Olmayan Gruplarda NGB, DB ve REF Belirti Gruplarının Karşılaştırılması	84
Tablo 12. UH Olan ve Olmayan Gruplarda OSB Fenotiplerinin Karşılaştırılması	85
Tablo 13. OSB Varlığı ve Alt Fenotiplerine Göre UHKÖ-16 Skorlarının Karşılaştırılması	86
Tablo 14. UHKÖ-16 Skorlarının, Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler ile İlişkisinin Korelasyon Analizi	88
Tablo 15. UHKÖ-16, ASRS-5, OSA, BSMBÖ, DOBÖ, ULS-8, RBSÖ, NHRÖ, HADÖ-A, HADÖ-D Skorlarının Korelasyon Analizi	91
Tablo 16. UHKÖ-16 Skorlarına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Kolineerlik Analizi	92

Tablo 17. UHKÖ-16 50 Kesme Puanına Göre UH Olma Durumunu Yordayan Faktörlerle İlgili İkili Lojistik Regresyon Analizi	96
Tablo 17 Devam. UHKÖ-16 50 Kesme Puanına Göre UH Olma Durumunu Yordayan Faktörlerle İlgili İkili Lojistik Regresyon Analizi	97
Tablo 18. UHKÖ-16 Skorundaki Değişiklikleri Yordayan Faktörlerle İlgili Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi	100
Tablo 18 Devam. UHKÖ-16 Skorundaki Değişiklikleri Yordayan Faktörlerle İlgili Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi	101



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uyumsuz hayal kurma (UHK) ilk kez 2002 yılında, Kl. Psi. Eli Somer tarafından “insan etkileşiminin yerini alan ve/veya akademik, kişilerarası veya mesleki işlevselliği engelleyen yoğun fantezi faaliyeti” olarak tanımlanmıştır. Somer, sosyal ve mesleki işlevsellikte ciddi zorlukları olan, olumsuz çocukluk deneyimlerinden sonra gerçeklikten kaçarak fantezi yaşamına girmiş gibi görünen altı hastayı tanımlamıştır. 3 ana başlıkta 9 temadan (işlevler, temalar, dinamikler) bahsetmiştir [1];

- İşlevler: Ruh Halini İyileştirme ve Dilekleri Gerçekleştirme Fantezileri Yoluyla Stres ve Acıdan Uzaklaşma.
- Temalar: Şiddet, İdealize Edilmiş Benlik, Güç ve Kontrol, Esaret, Kurtarma ve Kaçış, Cinsel Uyarılma, Diğer Temalar
- Dinamikler: Başlangıç, Kinestetik Unsurlar

UHK'nin tanımlanmasından sonraki süreç, fenomenin anlaşılmasına yönelik çalışmaları içermiştir. Bigelsen ve Schupak 90 Uyumsuz Hayalperest (UH) ile yaptıkları çalışmada, uyanık oldukları sürenin yarıdan fazlasını sürükleyici hayallere ayıran (%56) ve çoğunluğu kinestetik aktivite kullanan bireylerden (%80) oluşan bir popülasyondan bahsetmiştir. Bu popülasyonun %70'i Somer'in çalışmasının aksine çocukluk travması bildirmemiştir [2].

2016 yılında Bigelsen ve ark.'nın 45 ülkeden 447 katılımcı ile yaptığı çalışma UHK'nin nicelik, içerik, deneyim, kontrol edilebilirlik, sıkıntı ve yaşam işleyişine müdahale açısından hayal kurmadan önemli ölçüde farklı olduğunu göstermiştir [3].

Aynı yıl Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği (*Maladaptive Daydreaming Scale; MDS*) geliştirilmiştir [4]. Ölçeğin 2022 yılında Metin ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [5].

UHK bir bozukluğun epifenomeni mi yoksa ayrı bir bozukluk mu olduğu sorusu süreçte önem kazanmaya başlamıştır. Somer ve ark. 2017'de UHK için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğini (*SCIMD*) geliştirmiş [6], aynı yıl yapılan komorbidite ile ilgili 39 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, DEHB (%76,9), anksiyete bozukluğu (%71,8), depresif bozukluk (%66,7), OKB ve ilgili bozukluklar (%53,9) tanıları ile ilgili yüksek komorbidite oranları saptamışlar, bulgular kısmında

UHK'nin, mevcut başka bir DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition / Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5.Baskı*) [7] bozukluğu tarafından daha iyi açıklanamayacağı belirtilmiştir. [8] Somer 2018'deki pilot vaka çalışmasında UHK özelliklerinin ontolojik analiz sonucunda birkaç kategori altında sınıflandırıldığını belirtmiştir [9]:

- Dissosiyatif Emilim Bozukluğu,
- Dikkat Bozukluğu
- Davranışsal Bağımlılık
- Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluğu.

2019 yılında Schimmenti ve ark.'nın diğer zihinsel faaliyetler ile UHK'yı karşılaştırdığı çalışma, UHK'nin belirli bir zihinsel faaliyet olarak kavramsallaştırılmasını desteklemektedir. Çalışmada, UHK ile potansiyel olarak ilişkili dört DSM-5 tanısı (*OKB, Şizofreni, DEHB, DKB*) [7] arasındaki ana farklılıklar kısaca özetlenmiş ve UHK'nin mevcut psikiyatrik tanımlarla daha iyi açıklanamayacağı belirtilmiştir [10].

UHK'nin dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar [11], OKB belirtileri [12, 13], DEHB [14], OSB [15-17] ve davranışsal bağımlılıklar [18-21] ile karşılaştırıldığı sınırlı sayıdaki çalışma UHK'nin söz konusu bozukluklarla semptomatolojik açıdan çeşitli düzeylerde örtüşme gösterdiğine işaret etmektedir.

Öte yandan, bu araştırmalar ortak şekilde UHK'de klinik görünümü şekillendiren zihinsel faaliyetin temel düzeyde farklılaştığını vurgulamakta, DSM [7]'nin tanımlayıcı perspektifinden kaynaklanan metodolojik kısıtlılıkların söz konusu bozuklukları nozolojik, etiyolojik ve patofizyolojik düzeyde ayırt edilmesini olanaksızlaştırdığına dikkat çekmektedir.

Psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırılması konusunda süregelen zorluklar yaratan kategorik yaklaşım, diğer bir çok ruhsal bozuklukta olduğu gibi, UHK'nin da tutarlı teorik bir çerçevede incelenmesini ve klinisyenler tarafından tanınmasını güçleştirmektedir. Birlikte ele alındığında, UHK alanında yürütülen çalışmalar, görece yeni bir klinik antite olarak öne sürülen UHK'nin genel tanınırlığının oldukça düşük olduğuna, bu durumun yanlış tanı ve çoğu kez olumsuz sonuçlar doğuran uygunsuz tedavi yaklaşımlarının benimsenmesine yol açtığına işaret etmektedir.

Görece yeni ve tartışmalı bir klinik antite olarak öne sürülen UHK'nın, tüm dünyada olduğu üzere, ülkemizdeki tanınırlığı da son derece düşüktür. Bu alanda Türkiye'de yapılan kısıtlı sayıda çalışma dikkat çekmektedir. [5, 22-25] UHK'nın ülkemizde farklı popülasyonlardaki yaygınlığı, klinik özellikleri, eş tanılılık ve farklı işlevsellik alanları üzerindeki etkileri hakkında hemen hiç veri bulunmaması, bu alandaki belirgin araştırma ihtiyacına işaret etmektedir.

UHK hakkında çalışmaların çoğu UHK örneklemelerine, UHK forumlarına veya diğer kaynaklardan alınan karma örneklemelere dayanmaktadır. Konuyla ilgili yapılan tek epidemiyolojik çalışma 2022 yılında klinik olmayan İsrail – Yahudi örneklemesinde yapılan ve %2,5'luk yaygınlık oranına işaret eden çalışmadır [26].

UHK'nın komorbidite gösterdiği durumlar arasında en fazla ön plana çıkan tanının DEHB olduğu görülmektedir. DEHB'de tanı kriterleri/çekirdek belirtiler arasında yer almamakla birlikte, son yıllarda üzerinde gitgide daha fazla durulan kavram zihin gezinmesi (*ZG*) (*mind wandering*)'dir. Dikkatin istemsizce içsel düşüncelere kaydırıldığı yaygın bir bilişsel süreç olarak ifade edilen zihin gezinmesinin heterojen bir yapısı ve farklı boyutları olduğu dile getirilmektedir. Kasıtlı/istemli (*intensional*) zihin gezinmesi (*kasıtlı, geçici, kontrol edilebilir, daha az yapılandırılmış, işlevsel*) veya kendiliğinden/istemsiz (*spontaneous*) zihin gezinmesi (*spontan, meta – farkındalık içermeyen, rehberlik eksikliği, DEHB ilişkili form*) türlerinin olduğu belirtilmiştir. Kendiliğinden/istemsiz (*spontaneous*) zihin gezinmesinin fenomenolojik olarak UHK ile önemli ölçüde örtüşme gösterdiği ancak UHK'nın aksine meta – farkındalık içermeyen ve yapılandırılmamış bir bilişsel dikkat dağılması formu olduğu belirtilmektedir [27-30].

Bir diğer nörogelişimsel bozukluk olan otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve UHK arasındaki ilişki görece daha az çalışılmıştır. OSB'li bireyler, sosyal iletişim ve etkileşim problemleri, sosyal izolasyon ve kişiler arası ilişkilerden kaçınma eğilimi, yalnızlık, duygu düzenleme güçlükleri, aleksitimi, tekrarlayıcı/kalıplaşmış davranış örüntüsü ve belirli bir ilgi alanına yüksek oranda dahil olma eğilimindedir. [31-33] Belirli bir ilgi alanına yüksek oranda dahil olma eğilimi, yoğun olabilir, yüksek bir meşguliyet içerebilir, diğer aktivitelere müdahale edebilir ve kesintiye karşı direnç gösterebilir [34], ayrıca kendine ve çevreye dair farkındalığın azalmasını içeren “aşırı odaklanma” (*hyperfocus*) durumunu içerebilir [35]. Bu özelliğin UHK ile

ilişkilendirilen “dissosiyatif emilim” ile benzerlik gösterdiği [11, 12] tekrarlayıcı – kalıplaşmış davranış örüntüsünün OSB’li yetişkinlerde hayal kurmada artan “dissosiyatif emilim” ile ilişkili olduğu [15, 16] , bununla birlikte OSB’li çocukların daha az hayali arkadaş edindikleri [36], yaratıcı kapasitelerinin sınırlı olduğu [15, 16, 34], yalnızlık ve duygu düzenleme güçlüklerinin, UHK ve OSB’yi birbirine bağlayan sınırlı kritik faktörler olarak görüldüğü [16] tekrarlayıcı – kalıplaşmış davranış örüntüsünün UHK’nın kinestetik doğasından (içerik, süreç) farklı olduğu [16, 17], belirtilmektedir.

UHK özelliklerinin sınıflandırıldığı dört ana kategoriden biri de davranışsal bağımlılıklardır [9]. Davranışsal bağımlılığın birkaç farklı bileşeni yaygın olarak şu şekilde tanımlanmaktadır: (a) belirginlik (*faaliyetin her şeyden daha önemli hale gelmesi ve düşünceye hakim olması*), (b) ruh hali değişikliği (*faaliyeti deneyimlemenin oluşturduğu öznel deneyim*) (c) tolerans (*önceki etkilere ulaşmak için belirli bir aktivitenin artan miktarlarının gerekliliği*), (d) yoksunluk (*belirli bir aktivite kesildiğinde veya aniden azaltıldığında ortaya çıkan hoş olmayan duygu durumları ve/veya fiziksel etkiler*), (e) çatışma (*intrapsişik veya kişilerarası*) ve (f) nüks (*belirli bir etkinliğe yönelik önceki alışkanlıkların tekrarlama eğilimini ve uzun süren çekilme veya kontrol dönemlerinden sonra bile aşırı davranışların hızla geri dönmesi*) [37].

UHK faaliyetinin ödüllendirici süreci saatler boyu devam etmesine neden olmakta; hayal kurma sürecini uzatma – tekrarlama zorunluluğu hissetme, uyanır uyanmaz karşı konulamaz bir hayal kurma istemi veya kesintiye uğradığında yoğun devam etme istemi duyma ile hayal kurma üzerinde kontrolü kaybetme ve bu durumdan sıkıntı duyma ile kendini göstermektedir [3]. UHK, ödüllendirici doğası ve bireyin UHK ile ilişkili zararlı etkileri azaltmak için eylemi zorunlu olarak tekrarlama ihtiyacı nedeniyle bir tür davranışsal bağımlılık olarak önerilmiştir [18, 20].

UHK’lı bireyler yüksek düzeyde somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkilendirilmiştir [3]. UHK’daki günlük artışların olumsuz duygular, utanç ve pişmanlık hissi ile karakterize olduğu [38], psikolojik sıkıntı yaşayan bireylerin UHK olasılığının yüksek olduğu belirtilmiştir [39].

UHK'lı bireylerin %71,8'inde anksiyete bozukluğu, %66,7'sinde depresif bozukluk, dörtte birinden fazlasında geçmişte en az bir kez intihar girişimi olduğu belirtilmiştir [8].

UHK, düşük dayanıklılık (*resilience*) [40], duygu düzenleme sorunları [41, 42], güvensiz bağlanma [43], düşük benlik saygısı ve yüksek sosyal kaygı [44] ile ilişkilendirilmiştir.

Narsisizm içsel yaşantısının [*Büyükleme/Grandiyöz Narsisizm (GN), Kırılgan(Vulnerable) Narsisizm (VN)*] bir dereceye kadar kahramanlık ve başarı odaklı fanteziler ve hayallerle karakterize edildiği [45], bunların aynı zamanda stresle başa çıkmak, kırılgan benlik değerini düzenlemek ve telafi edici bir hak duygusu elde etmek için kullanıldığı belirtilmektedir [46, 47].

Bazı vaka çalışmaları, narsistik özelliklere sahip katılımcıları veya Narsistik Kişilik Bozukluğu (NKB) tanısı almış bireyleri içerir [1, 18, 47]. Yakın tarihli bir çalışmada NKB olan bireylerin %66'sının UHK kesme puanlarının üzerinde puan aldığı belirtilmiştir [48].

VN ile UHK arasında, utanç deneyimlerinin aracılık ettiği, güçlü bir bağlantı olduğu vurgulanmaktadır [48, 49].

Bu çalışmada, genel amaçlar kapsamında;

- UHK'nin üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığının, genel görünümüyle ilişkili özelliklerinin, çeşitli demografik özellikler ve klinik parametrelerle ilişkisinin belirlenmesi

özel amaçlar kapsamında;

- UHK'nin etiyopatogenezinde nörogelişimsel özellikler, davranışsal bağımlılıklar ve çeşitli psikolojik faktörlerin olası rollerinin bütünleştirici bir teorik çerçevede incelenerek tartışmaya açılması
- UHK ve genel ruhsal esenlik düzeyi ile ilişkili parametreler arasındaki çok yönlü ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma hipotezlerimiz,

1. UHK, nörogelişimsel bozukluklarla ilişkilidir:

- a. UHK'si olan bireylerde DEHB özellikleri daha yaygındır.
- b. UHK'si olan bireylerde OSB özellikleri daha yaygındır.

2. UHK, ekran başı davranışsal bağımlılıklarla ilişkilidir:
 - a. *UHK'si olan bireylerde sosyal medya bağımlılığı davranışları daha yaygındır.*
 - b. *UHK'si olan bireylerde dijital oyun bağımlılığı davranışları daha yaygındır.*
3. UHK, psikolojik faktörlerle ilişkilidir:
 - a. *UHK'si olan bireylerde, narsisistik eğilimler daha belirgindir.*
 - b. *UHK'si olan bireylerde, deneyimlenen yalnızlık duygusu daha belirgindir.*
 - c. *UHK'si olan bireylerde, benlik saygısı daha düşük olma eğilimindedir.*
4. UHK, ruhsal esenlikte bozulma ile ilişkilidir:
 - a. *UHK'si olan bireyler daha yüksek oranda anksiyete belirtileri yaşar.*
 - b. *UHK'si olan bireyler daha yüksek oranda depresyon belirtileri yaşar*
5. UHK, azalmış akademik işlevsellikle ilişkilidir:
 - a. *UHK'si olan bireylerin akademik işlevsellikleri belirgin şekilde daha düşüktür.*

Literatürde, UHK'nin ilgili parametrelerle ilişkisini bütüncül şekilde ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ek olarak, bilgilerimiz dahilinde, çalışmamız Türkiyedeki üniversite öğrencileri örnekleminde UHK yaygınlığı ve çok boyutlu özelliklerinin araştırılmasına yönelik ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyumsuz Hayal Kurma ile İlişkili Kavramlar

2.1.1. Hayal Kurma ve Fantezi Kavramları

UHK fenomeninin tanımlama ve/veya açıklamalarındaki kavramsal süreci anlamaya çalışırken, *daydreaming* ve *fantasy* kavramlarının literatürde birbirleri içerisinde geçmesi ve/veya birbirlerinin yerine kullanılmaları, fenomenin anlaşılabilirliğine yönelik diğer bir handikaptır. *Daydreaming* kavramının Türkçe yazındaki karşılıkları *gündüzdüşü* ve *hayal kurma* olarak belirtilmektedir.

2013 yapımı gişe rekortmeni “Walter Mitty'nin Gizli Yaşamı” sıradan hayatından kaçmak için canlı ve fantastik hayallere dalan hayalperest Walter’ın hikayesini anlatır. Film, uzun süredir olumsuz olarak görülen ve peri masallarında olmak (*off with the fairies*), dalmak (*zoning out*) ve boş boş hayal kurmak (*idle wool gath-ering*) gibi terimlerle tanımlanan hayal kurma kavramını gözler önüne serer. Erken dönem psikoloji metinleri de hayal kurmayı gereksiz bir uğraş olarak değerlendirmekte ve hayalperestleri tembel ve dikkatsiz olarak tanımlamaktadır.

Tahminler, uyanık yaşamın %30 ila %50’sinin hayal kurmakla geçtiğini göstermektedir [50, 51]. Büyük ölçekli bir araştırmada, ortalama olarak zamanın %47’sinde hayal kurulduğu bildirilmiştir [50]. *Daydreaming* adlı ufuk açıcı kitabında Singer (1966), muhtemelen normal, oldukça iyi eğitilmiş Amerikalı yetişkinlerin yüzde 96’sının her gün bir tür hayal kurduğunu belirtmektedir [52]. Bu zihinsel faaliyetin özellikle yalnızken (örneğin uykudan önce yatakta) gerçekleştiğini ve esas olarak gelecekteki eylemleri planlamaya ve kişiler arası ilişkileri gözden geçirmeye odaklandığını belirtmektedir.

Tarihsel süreçte konuyu ele alan teorisyenlerden;

- Freud hayal kurmayı, bireydeki bir yoksunluk durumuna ya da altta yatan çatışmaya yönelik bir çözüm girişimi ve/veya bir çeşit nevroz ve psikopatolojinin tezahürü [53],
- Varendock, yaratıcı bir hipotez ve cevap süreci [54],
- Jerome L. Singer, görevle - ilişkisiz epizodlar ve/veya dikkatin dış dünyadaki bir görevden içsel bir uyarıcıya verilen özel tepkilere doğru kaydırılması sonucu ortaya çıkan herhangi bir düşünce dizisi [52, 55, 56].

- Klinger, kişinin fiziksel çevreyi taramadığı veya araçsal düşünce dizileri gerçekleştirmediği zamanlarda ortaya çıkan bilinç akışının bir kısmı [57],
- Person, yaratıcı bir prova [58] olarak değerlendirmişlerdir.
- Regis, 2013'teki *Daydreams and the Function of Fantasy* isimli kapsamlı çalışmada hayal kurmayı "... hikaye okumak, yazmak, yalan söylemek, plan yapmak, problem çözmek gibi değildir çünkü duygu yüklü, refleksif olmayan ve ruh hallerini duygusal tepkilere dönüştürme amacı taşıyan içsel kurgulardır. Bu koşullar karşılandığında birey uyanıkken bir fanteziyle meşgul olur." [59] şeklinde ifade etmiştir.
- Singer ve Antrobus'un yaygın olarak kullanılan Hayal Kurma Sıklığı Ölçeği (*Daydreaming Frequency Scale*) katılımcılardan "gerçekleştirdiğiniz acil bir görev hakkında düşünmek... ile üzerinde çalıştığınız bir görevle ilgisi olmayan düşünceleri içeren hayal kurma arasında" ayrım yapmalarını istemektedir [60] ve çoğu araştırmacı bu tanıma [55, 61-66] veya hayal kurmanın uyararla ilgisiz düşünce (*stimulus – unrelated thought*) [65, 67], kendi kendine üretilen düşünce (*self – generated thought*) [68] veya çalışmayan düşünce (*nonworking thought*) [62] gibi ilgili kavramlarına dayanmaktadır.

Erken dönem, kapsamlı hayal kurma tanımlamaları;

- bireyin mevcut dış uyarılarla ortaya çıkması gerekmeyen fantezilere ve görsel imgelere dahil olduğu yaygın bir zihinsel aktivite ve/veya
- uyarandan bağımsız [zihin gezinmesi (*mind-wandering*), spontan düşünce (*spontaneous thought*) ve/veya görevle ilişkisiz düşünme (*off-task thinking*)] ve görevle ilgisi olmayan zihinsel içerik
- normal zihinsel aktivitenin neredeyse yarısını içeren evrensel bir deneyim [ruminasyon, endişe, fantezi, zihinsel zaman yolculuğu, intruzif düşünceler ve istemsiz otobiyografik anılar dahil olmak üzere kişinin kendisi tarafından üretilen bir dizi düşünceyi kapsayıcı bir etkinlik] konunun çekiciliğini yansıtmakla birlikte, konuyu yaygınlık nedeniyle bulanıklaştırmaktadır [69].

Hayal kurma araştırmalarının bir diğer öncüsü olan Eric Klinger, bu

karışıklığa dikkat çekmiştir;

“Önce, kasıtsız ve istemsiz olan tüm düşünceleri hayal kurma olarak sayalım. Ardından, biraz hayali veya düzensiz olan ve tüm kasıtlı hayalleri de ekleyelim. Bu formülü kullanarak, ortalama bir kişinin günlük zihinsel aktivitesinin yaklaşık yarısının hayal kurma olduğunu söyleyebiliriz [70].”

Hayal kurmanın tanımını daraltmak, ayrımları netleştirmek ve belki de ortak bir tipolojinin geliştirilmesine yardımcı olabilmek adına Singer, *The Inner World of Daydreaming* (1975) adlı kitabında farklı hayal kurma tarzlarını birbirinden ayırmış [55], Zhiyan (1997) ile yaptıkları çalışmada işlevsiz hayal kurma stillerini tanımlamıştır [71]:

- suçlu ve disforik hayal kurma [nevrotizmle (*neuroticism*) ilişkili]
- zayıf dikkat kontrolü karakterize edilen hayal kurma [düşük vicdanlılık (*low conscientiousness*) düzeyleriyle bağlantılı]

Lawson ve Thompson 2024 yılında yayınladıkları makalede hayal kurma literatüründeki yaygın tanımlamaları ele alarak, spontan düşünce (*spontaneous thought*), zihin gezinmesi (*mind wandering*) ve hayal kurma tanımlarının birbiri içerisine girdiğini belirtmektedir [69]. Hayal kurmanın literatürde salt “görev merkezlik” ve/veya “olayları hayal etmek” olarak ele alındığını belirterek; görev merkezli yaklaşımın, hayal kurmanın zihin gezinmesi ile karıştırılmasına ve hayal kurmanın yaratıcı boyutunun görmezden gelinmesine; olayları hayal etme yaklaşımının, spontan düşünceyle bağlantının kopmasına ve hayal kurmanın çok çeşitli ve heterojen yaratıcı deneyimlerle karıştırılmasına sebep olduğunu ifade etmektedir [69]. Hayal kurmayı uyanık haldeki spontan, sürükleyici bir hayal gücü olarak ifade ederek, çeşitli ağırlıklarla (spontanelik, imgeleme, sürükleyicilik ve uyanıklık) değerlendirilebilecek kriterlere dayanan bir küme kavramı olarak ele almaktadır.

Fantasy kavramının Türkçe yazındaki karşılığı olan fantezi için Klinger (1971); “Çoğu araştırmacı, bir konuda kendi zevki için ve başka hiçbir amaç gütmeksizin yarattığı kurgusal bir hikayenin bir fantezi örneği oluşturduğu konusunda hemfikir olacaktır.” diyerek hayal kurma ve fantezi terimlerinin anlamlarına dair her insanda var olduğunu belirttiği sezgisel bir anlayışa atıfta bulunmuştur [57]. 2006’daki çalışmasında Butler, hayal kurma ve fanteziyi birbirinden ayıran çarpıcı biçimde benzer ve kullanışlı bir tanım sunmuştur:

“Tipik hayaller kendiliğinden başlar ve içsel ya da dışsal uyaranlar ya da ipuçları tarafından tetiklenen, devam eden bir dizi kısa ilişkili düşünce ya da görüntü olarak deneyimlenir ve çoğu zaman güncel yaşam kaygılarıyla ilgilenir. Bunun tersine fantezinin gelişimi seçilmiş bir eğlence olabilir. Daha ayrıntılı ve sürekli, daha saf hayal gücünden oluşur ve kişisel eğlenceye, zevke, dikkati dağıtmaya ve kaçışa yöneliktir [72].”

Görece geniş hayal kurma literatürüne bakıldığında, hayal kurmaya yönelik ufuk açıcı çalışmaların hayal kurmayı tanımladığı, sınıflandırdığı ve hatta hayal kurmanın sağlıklı ve sorunlu biçimleri arasında ayırmalar yaptığı görülmektedir. Ancak bulgular, hayal kurmanın daha zorlayıcı ve aşırı biçimlerine ilişkin sınırlı sayıda araştırmayı ortaya çıkarmıştır ve zaman alıcı, sıkıntılı ve psikolojik olarak zararlı olan, sahne odaklı, duygu yüklü ve son derece canlı hayal kurmayı tanımlayan ampirik veri oluşumu yakın dönem itibarıyla ortaya çıkmaktadır.

2.1.2. Sürükleyici Hayal Kurma

Sürüklenme (*immersion*), kişinin kurgusal veya hayali içeriğe zihinsel olarak dahil olma derecesini, Sürükleyici Hayal Kurma (SHK) (*immersive daydreaming*) ise kişinin ayrıntılı hayal dünyalarına ve/veya hayal kurma sürecine kendini kaptırdığı bir durumu tanımlar ve bu aktivite, kinestezi ve etkileyici müzik ile ilişkilidir [42]. SHK, genellikle karmaşık ve yapılandırılmış bir fantezi etkinliğini içerir, hayali karakterlerin geliştirilmesi gibi gerçekçi olmayan senaryoların yaratılmasını kapsar [73] ve kişilere güçlü bir gerçeklik hissi verir ve bu, onların hayallerinde yarattıkları dünyaya tamamen dalmalarını sağlar [74]. SHK ve UHK arasındaki ilişki normatif süreçten patolojik sürece giden bir spektrum üzerinde yer alan bir devamlılık olarak düşünülebilir. SHK ve UHK, her ikisi de yoğun hayal kurmayı içerse de, SHK genellikle daha olumlu bir deneyim olarak görülürken, UHK ciddi işlevsel bozukluklara ve duygusal sıkıntılara yol açabilir. SHK, kişinin hayali dünyalara derinlemesine dalmasını ifade ederken, bu süreç genellikle olumlu duygusal tepkiler ve empati geliştirme ile ilişkilidir. Ancak, SHK bile bazen duygu düzenleme zorluklarına yol açabilir [42]. SHK, fanteziye derin bir katılım içerirken, UHK’de

görülen sıkıntı ve işlevsizlikle sonuçlanmaz ve günlük sorumluluklar ve hedeflerle önemli ölçüde çelişmediği sürece olumlu bir deneyim olabilir [42].

2.1.3. Dissosiyatif Emilim

Dissosiyatif emilim (*DE*) (*dissociative absorption*), bireylerin dışsal veya içsel tek bir uyarana yoğun bir şekilde ilgilenme eğilimini ifade ederken, çevredeki diğer uyarıları göz ardı etme eğilimidir [75]. *DE*'nin, meta – bilinçli öz farkındalıktan yoksun, istem dışı otomatik bir durum olduğu varsayılmaktadır [72]. Bu kavramın kökenleri hipnoz araştırmalarına dayanır ve Hilgard'ın yaratıcı katılım üzerine yaptığı araştırmalara kadar izlenebilir. Hilgard, hipnoza yatkınlığı yüksek bazı bireylerin hayal edilen olayları “faaliyete neredeyse tamamen dalmış bir halde, çevredeki dikkat dağıtıcı uyarılara kayıtsız olarak” yaşadıklarını bildirmiştir [76]. Benzer bulgular Tellegen ve Atkinson tarafından da, Tellegen Emilim Ölçeği'nde (*Tellegen Absorption Scale; TAS*) hipnoza yatkınlığı yüksek bireylerin, “tam dikkat haline girme eğilimi” olarak nitelendirilebilecek kendini değiştiren deneyimlere açık olma eğiliminde oldukları şeklinde rapor edilmiştir [77]. Benzer bir yapı, Dissosiyatif Deneyimler Ölçeği'nde (*Dissociative Experiences Scale; DES – II*) “emilim ve yaratıcı katılım” olarak adlandırılmıştır ve içsel imgelerle ilgilenme tercihinin vurgu yaparak, dış gerçekliğe olan dikkatin azalmasını ifade etmektedir [78]. *DES*'deki emilim/yaratıcı katılım faktörü, bir filmde kendini kaybetmek veya bir konuşmanın bir kısmını kaçırmak gibi yaygın, zararsız deneyimlerden oluşur [78]. *DES* faktör çalışmaları, emilim/yaratıcı katılım faktörü maddelerinin ölçek içindeki diğer faktörlerden çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, emilim/yaratıcı katılım faktörünü ele almaya çalışan *DES* maddelerinin doğrudan patolojik deneyimleri temsil etmemesidir. Bu, bireysel bir maddedeki puan yüksek olduğunda bile geçerlidir [79].

DE, geniş çapta kullanılan *DES*'in üç alt ölçeğinden biridir ve diğer iki alt ölçek olan depersonalizasyon–derealizasyon ve dissosiyatif amnezi ile birlikte değerlendirilir [78]. *DES* ile ölçülen *DA*, *TAS* ile ölçülen emilim ve hipnoza yatkınlık ile güçlü bir ilişkiye sahiptir, bu da bu alt ölçeğin *DES* içinde ayrı ve benzersiz bir varlık olarak geçerliliğini desteklemektedir [80, 81]. Tellegen'in emilim

tanımı, dikkatin hem daralmasını hem de genişlemesini içerirken [82], dissosiyatif emilim esas olarak dikkat aralığının daralmasını ifade eder ve ihmal edilen alanları bilincin kenarlarına iter [83, 84].

Dissosiyasyon kavramının tanımı ve kapsamı tartışmalıdır ve iki büyük klinik tanı sistemi olan DSM-5 [7] ve ICD-11 (*International Classification of Disease-11th Edition / Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-11.Baskı*) [85], dissosiyasyon kategorisi altında farklı fenomenleri içerir. Araştırmacılar ve klinisyenler, dissosiyatif fenomenlerin ayrı varlıklar mı yoksa geniş bir dissosiyatif süreklilik mi oluşturduğuna dair hemfikir değildir [86]. Bu nedenle, DE'nin kavramsallaştırılması literatürde tartışmalara yol açmaktadır.

Dissosiyatif emilimin (DE) klinik olarak anlamlı olup olmadığı konusunda da uzlaşmazlık vardır. Depersonalizasyon–derealizasyon ve dissosiyatif amnezi'nin her birinin karşılık gelen klinik bozuklukları bulunurken, DE'nin böyle bir karşılığı yoktur [7]. DE'nin psikopatolojik olmadığı, bunun yerine normal, zararsız deneyimleri yansıtan bir kişilik özelliği olduğu öne sürülmüştür [87]. Ancak bazı araştırmalar, dissosiyatif emilimin geniş bir yelpazedeki mental hastalıklarda yükseldiğini ve psikopatoloji ile ilişkili olduğunu göstermiştir [88, 89].

DE, normal yaygın fenomenlerden şiddetli psikopatolojiye kadar uzanan unsurlar içerir. Normatif DE'nin iyi bir örneği, araba kullanırken bir yere varıp, yolculuk veya yolculuğun bazı bölümleri için hiç anıya sahip olmadığını fark etmektir. Ancak, DE o kadar yoğun ve yaygın olabilir ki, farkındalığın bir ayrışması veya bölünmesi olarak temsil edilebilir ve bu da sıkıntı, depresyon, anksiyete, psikoz ve obsesif kompulsif belirtiler gibi psikopatolojik göstergelerle ilişkilendirilir [90-93]. Elbette, birçok psikolojik bozukluk, sıkıntı veya işlev bozukluğuna neden olarak patolojik hale gelen normal deneyimlerden kaynaklanır, bu da bir deneyimin yaygınlığının tek başına onun normallikle veya anormallikle doğrudan ilişkisini gösteremeyeceğini gösterir. Buna göre, Schimmenti ve Şar, bir korelasyon ağı yaklaşımıyla geniş bir yelpazede dissosiyatif deneyimleri inceledikleri çalışmada, dissosiyatif emilim ile yakından ilişkili trans benzeri durumlar olarak kavramsallaştırdıkları bir fenomen kümesi göstermişler ve bu bağlamda, daha fazla dissosiyatif belirtiler ve psikopatoloji teşvik edebilecek olanın belirli bir dissosiyatif absorpsiyon, ayrışma (*detachment*) veya bölümlenme (*compartmentalization*)

deneyimi değil, bu tür deneyimlerin kombinasyonu ve etkileşimi olduğunu belirtmişlerdir [94] .

DE, görevle ilgisiz spontan veya kendi kendine üretilen zihinsel durumları tanımlayan diğer kavramlarla ilişkilidir. Örn., zihin gezinmesi (ZG) (*mind wandering*) ve hayal kurma gibi, dikkat algısından koparak içsel olarak üretilen zihinsel duruma odaklanmayı temsil eder [95]. Ancak, ZG ve hayal kurmanın aksine, DE hem içsel hem de dışsal ve istemli olarak odaklanabilen bir zihinsel işlevdir ve bu deneyimlerdeki yoğunluk ve istem dışı, trans benzeri odaklanma, onun normal aralıkta mı yoksa dissosiyatif psikopatoloji kapsamına mı girdiğini tanımlar. Dışsal veya içsel olarak kopuk durumda kalma eğilimi, muhtemelen DE'nin tanımlayıcı özelliği olabilir [93].

UHK, dissosiyatif emilim spektrum deneyimlerinin patolojik ucunu temsil edebilir. Yapılan araştırmalar, UHK'nın, dissosiyatif emilimle yakından ilişkili olan değişmiş bir bilinç durumu özelliği gösterdiğini ortaya koymuş, UHK Ölçeği ile dissosiyasyon arasındaki ilişki hakkında daha fazla kanıt sağlamıştır [4]. Dissosiyatif emilim ve UHK arasındaki ilişkide, DES emilim/yaratıcı katılım alt ölçeğinin, UHK olan bireylerde, olmayanlara göre daha yüksek skorlar gösterdiği, UHK'nın dissosiyatif emilimin yanı sıra canlı içsel görselleştirme yeteneği, bağımlılık yapıcı, ve/veya kompulsif yönleri ve davranışsal kaçınma işlevleri gibi diğer bileşenleri de içerdiği, dissosiyatif emilimin, UHK'nın bir bileşeni olduğu, ancak tamamen onu açıklayamayacağı ve UHK'nın daha geniş bir dissosiyatif fenomen yelpazesini kapsadığı belirtilmiştir [11].

2.1.4. Fantezi Eğilimi

Fantezi eğilimi (*FE*) (*fantasy proneness*), kendi kendine üretilen ve görevle ilgisiz bilinç durumlarına yatkınlığı ele alan en eski kavramlardan biridir. Bu kavram, Wilson ve Barber'in, mükemmel hipnotik denekler üzerinde yaptıkları çalışmalar kapsamında, fanteziye dahil olma ile karakterize edilen belirgin kişilik özellikleri örüntüsüne sahip bir grup hevesli hayalperest keşfetmişleri ile tanımlanmıştır [96, 97]. Yazarlar, Hilgard'ın önceki bazı bulguları ile uyumlu olarak [76, 98] FE'li kişilerin zamanlarının çoğunu genellikle son derece canlı, ödüllendirici, kendi

yarattıkları bir imgelem, hayal gücü ve fantezi dünyasında yaşama eğilimini paylaştıklarını belirtmişler; FE'nin fantezilerin fiziksel eşlikçilerini deneyimleme (örn., *çürük yiyecek yeme düşüncesiyle hasta hissetme*), anormal deneyimler yaşama (örn., *beden dışı deneyimler*), parapsikolojik fenomenlere inanma (örn., *UFO'lar, durugörü, telepati*) ve hayal kurma aktivitelerine katılma (örn., *rol yapma*) gibi özellikleri kapsayan, stabil ve kişilik özelliği benzeri bir sendrom olduğunu belirtmişlerdir [96, 97]. Bu kişilerin genellikle iyi uyum sağladıkları [99], ancak aşırı hayal kurmanın yalnızlık veya izolasyonla başa çıkma ve çocuklukta olumsuz bir ortama maruz kalma gibi faktörlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir [99-101].

FE'nin nüfusun %2 – 4'ünde görüldüğü [96, 97], klinik olmayan örneklemelerde %4 [101] ile %6 [102], çocukluk çağı istismar öyküsü olan bireyler arasında %9 ile %14 arasında [101] değiştiği belirtilmektedir.

FE ile psikopatoloji arasında bir ilişkiye dair yapılan araştırmalar, bu ilişkinin karmaşık olduğunu, fantezi eğiliminin ciddi psikopatoloji belirtileri ile ilişkili olmadığını [103] (*Rhue ve Lynn (1987b)*), yüksek fantezi eğilimine sahip bireylerde psikopatoloji belirtilerinin daha yaygın olduğunu [102], fantezi eğilimini değerlendirmek için kullanılan ICMI ölçeğinin, dissosiyasyonu değerlendiren ölçeklerle geniş ölçüde örtüştüğünü ve bu durumun fantezi kurma ve psikopatoloji arasında yanlış bir korelasyon bulunmasına yol açabileceğini [104] belirtmektedir. Merckelbach ve ark.'nın meta – analiz çalışmasında, FE'nin yaratıcı ve olumlu psikolojik işlevleri destekleyebildiği, çocukluk travması ile zayıf dissosiyasyon, pozitif şizotipal özellikler, aşırı hayal kurma ve sıra dışı uyku deneyimleri gibi çeşitli psikolojik ve psikopatolojik yapılarla güçlü bir ilişki gösterdiği belirtilmiştir [105].

FE ve UHK arasındaki ilişki ve farklılıklar incelendiğinde, her iki kavramın bazı benzerlikler taşıdığı ancak farklı özelliklere sahip olduğu görülmektedir. FE, hipnoza yatkınlık ve yaratıcı düşünce ile ilişkilendirilen ve bireylerin yaşamları boyunca yoğun ve canlı fanteziler kurmalarına neden olan bir eğilimdir. Genellikle çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerle ilişkilidir ve psikopatolojik belirtilerle bağlantılı olabilir. Diğer yandan, UHK kontrol edilemeyen ve yoğun hayal kurma epizodları ile karakterize edilen bir bozukluktur. UHK, kinestetik hareketler ve müzik dinleme gibi uyaranlarla tetiklenir ve bireylerde psikolojik bir bağımlılık yaratır. Bu durum, bireylerin günlük işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini ciddi şekilde

bozarak depresyon, anksiyete, dikkat eksikliği ve sosyal anksiyete gibi psikopatolojik belirtilerle ilişkilidir. FE ve UHK, her ne kadar çocukluk döneminde başlamaları ve yoğun hayal kurma eğilimleri açısından benzerlikler taşısa da, FE bireylerin işlevselliğini ciddi şekilde etkilemezken, UHK patolojik bir doğaya sahip olup, bireylerin hayatını olumsuz etkiler [10].

2.1.5. Berrak Rüya

Berrak rüya (*lucid dreaming*) – bilinçli rüya görme hali – kişinin rüya gördüğünü fark ettiği ve bu farkındalıkla rüyayı kontrol edebildiği bir bilinç durumu olarak tanımlanır. Bu durum, rüya sırasında bireyin rüyada olduğunu bilmesinin yanı sıra, rüyanın akışını, karakterleri ve çevreyi manipüle edebilme yeteneğini içerir. Lucid Dreaming, genellikle REM uykusu sırasında meydana gelir ve bu süreçte beynin bazı bölümleri uykuda kalırken, diğer bölümleri neredeyse uyanıklık düzeyinde çalışır. Bu, nörofizyolojik bir ayrışma durumunu ifade eder. Bu durum, bireyin rüyayı dışarıdan izliyormuş gibi hissetmesi veya rüya içinde olduğunu farkına varması gibi psikolojik ayrışma deneyimleriyle de örtüşmektedir [106-108].

Berrak rüya (*lucid dreaming*) kavramı, ilk kez 1913 yılında Frederik van Eeden tarafından literatüre kazandırılmıştır. Van Eeden, bu terimi, rüya gördüğünün farkında olma durumu olarak tanımlamıştır [109]. Ancak, bu kavramın kökeni daha da eskiye dayanır; Aristoteles'in yazılarında da rüya görme sırasında farkındalık olduğuna dair ipuçları bulunur. Bu terimin modern bilimsel anlamda kullanımı ise özellikle 20. yüzyılın ortalarından itibaren, Stephen LaBerge ve Paul Tholey gibi araştırmacıların çalışmalarıyla yaygınlaşmıştır [106, 107].

Berrak rüyanın belirleyici özellikleri arasında bilinçli farkındalık, rüya kontrolü, nörofizyolojik ayrışma ve psikofizyolojik işaretler yer alır. Bilinçli farkındalık, kişinin rüya sırasında rüyada olduğunu fark etmesi ve bu farkındalıkla hareket etmesi durumunu ifade eder. Rüya kontrolü, bireyin rüyadaki olayları, karakterleri ve çevreyi manipüle edebilme yeteneğidir; bu yetenek, gençlerde daha belirgin olup yaşla birlikte azalabilmektedir. Nörofizyolojik ayrışma ise REM uykusu sırasında beynin bazı kısımlarının uykuda kalırken, diğer kısımlarının neredeyse uyanıklık düzeyinde faaliyet göstermesi durumudur. Son olarak,

psikofizyolojik işaretler, kişilerin rüyada yapmayı planladıkları belirli eylemleri (örneğin göz hareketleri) gerçekleştirebilmesi ve bu eylemlerin kaydedilebilir olması durumunu kapsar [106, 108]

Berrak rüya (*lucid dreaming*), hayal kurma (*daydreaming*), uyumsuz hayal kurma (*maladaptive daydreaming*), yanıltıcı uyanış (*false awakening*), uyku felci, beden dışı deneyimler, hipnagogic/hipnopompik halüsinasyonlar, disosiyatif fenomenler, REM uyku davranış bozukluğu ve uyurgezerlik gibi fenomenlerle karışabilir. Ancak, bu bölümün konusu berrak rüya (*lucid dreaming*) ve UHK ilişkisi olduğu için diğer fenomenler detaylandırılmayacaktır.

Berrak rüya ve UHK, her ikisi de bireyin zihinsel bir dünyaya derinlemesine dalmasını içermesi nedeniyle yüzeysel olarak benzerlik gösterebilir. Ancak, bu iki fenomenin doğası, oluşum süreçleri, sonuçları ve bireyin bu deneyimler üzerindeki kontrolü açısından belirgin farklılıklar vardır.

Berrak rüya uyku sırasında, özellikle REM uykusu esnasında meydana gelir. Bu süreçte birey, rüyada olduğunun farkındadır ve rüyanın içeriğini belirli bir ölçüde kontrol edebilir. Berrak rüya, genellikle bilinçli olarak tetiklenebilir ve pozitif bir deneyim olarak algılanır [106, 107]. UHK ise uyanıklık durumunda gerçekleşir ve bireyin genellikle stres veya travmaya yanıt olarak hayal dünyasına kaçma eğilimi gösterdiği bir durumdur [1]. UHK, bireyin gündelik işlevselliğini bozar ve sık sık bireyin kontrolünden çıkar. Bu nedenle, UHK patolojik bir kaçış mekanizması olarak kabul edilir ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir [3, 10].

Berrak rüyada birey, rüyada olduğunu fark eder ve rüyayı manipüle etme yeteneğine sahiptir. Bu kontrol, berrak rüyayı kişisel gelişim, problem çözme ve yaratıcılık için kullanılabilir hale getirir [106]. UHK’de ise birey, gündüz düşlerine dalarken genellikle bu durumu kontrol edemez. Birey, hayal dünyasında sıkışıp kalabilir ve bu durum, bireyin günlük sorumluluklarını yerine getirmesini zorlaştırır. UHK’nin kontrol edilemez doğası, bireyin zihinsel sağlığını olumsuz etkileyebilir ve bu durumun tedavi edilmesi gerekebilir [1, 3].

Berrak rüya, olumlu sonuçlar doğurabilir. Birey, rüyalar içinde çeşitli senaryoları deneyimleyebilir ve bu deneyimler, uyanık hayatına katkıda bulunabilir. Berrak rüya, aynı zamanda bazı psikoterapi tekniklerinde de kullanılabilir [106, 108] UHK ise genellikle olumsuz sonuçlar doğurur. UHK, bireyin sosyal, akademik ve

mesleki işlevselliğini olumsuz etkiler. UHK'nin yoğunluğu ve bireyin bu deneyimlerden çıkmakta zorlanması, depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik sorunlara yol açabilir. Bu nedenle, UHK genellikle klinik müdahale gerektiren bir durum olarak kabul edilir [1, 10].

Berrak rüya genellikle patolojik bir durum olarak kabul edilmez. Aksine, birçok kişi bu durumu bilinçli olarak tetikleyebilir ve kişisel gelişim amacıyla kullanabilir [106]. UHK ise patolojik bir durum olarak kabul edilir. Somer'in tanımladığı gibi, UHK, genellikle bireyin yaşamındaki stres faktörlerine yanıt olarak ortaya çıkar ve bu durum bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir. UHK, ayrıca dissosiyatif bozukluklarla bağlantılı olarak da incelenmiştir [1, 10].

Sonuç olarak, berrak rüya (*lucid dreaming*) ve UHK, her ne kadar her ikisi de bireyin zihinsel bir dünyaya dalmasıyla karakterize olsa da, bu iki fenomen arasında önemli farklılıklar vardır. Berrak rüya, genellikle olumlu ve kontrollü bir deneyim olarak kabul edilirken, UHK, bireyin yaşamını olumsuz etkileyen, kontrolsüz ve patolojik bir durum olarak değerlendirilir. Bu iki fenomenin birbirinden bağımsız olarak ele alınması gerektiği, mevcut bilimsel literatür tarafından vurgulanmaktadır [3, 10, 106-108].

2.1.6. Otistik Fantezi

Otistik fantezi (OF) (*autistic fantasy*), bireylerin gerçeklikten kaçarak hayal dünyalarına çekildikleri bir savunma mekanizması olarak tanımlanır. Bu kavram, ilk olarak Eugen Bleuler tarafından şizofreni bağlamında tanımlanmıştır. Bleuler, OF'yi, gerçeklikten kopuk ve arzuları tatmin etmeye yönelik bir düşünce tarzı olarak görmüş ve bu durumu özellikle şizofreni hastalarında gözlemlemiştir. Bununla birlikte, Bleuler her insanda bir miktar otistik düşüncenin mevcut olduğunu belirtmiş ve bunun çocuk oyunlarında, hayal kurmada ve yaratıcı çabalarda görülebileceğini vurgulamıştır [110, 111]

Otistik fantezi (OF), bir kişinin duygusal çatışma ve stresle başa çıkmak için aktif problem çözme yerine aşırı hayal kurmaya yöneldiği ilkel bir savunma mekanizması olarak tanımlanır [112]. Savunma mekanizmaları, rahatsız edici veya potansiyel olarak zararlı uyaranlardan kaynaklanan kaygı gibi hoş olmayan duyguları

savuşturmak için otomatik ve bilinçsiz (yani, refleksif) olarak işleyen normal psikolojik süreçlerdir [113]. Savunma mekanizmalarının olgunluk seviyesine göre bir süreklilik içinde sıralandığı kabul edilir; olgun savunma mekanizmaları (örn. mizah ve yüceltme) sağlıklı kabul edilir ve kişinin gerçekliğe uyum sağlama becerisinin iyi olduğunu gösterir [114]. Buna karşılık, olgunlaşmamış (örn. rasyonalizasyon ve geri alma) veya ilkel savunma mekanizmalarının (örn. yansıtma ve dışavurum) sık kullanımı, kişinin acı verici zihinsel içeriklerle başa çıkmakta ciddi sorunlar yaşadığını ve dış gerçekliği radikal şekilde çarpıttığını gösterir [112]. Psikiyatrik sınıflandırma sistemleri, tarihsel olarak OF'yi, "sınırsız başarı, güç, parlaklık, güzellik veya ideal aşk" gibi fantezilere saplanma ile ilişkili narsistik kişilik özelliği olarak tanımlamıştır [7]. Psikanalitik literatür ise OF'yi, şizoid kişiliklerde, başkalarıyla ilişki kurma arzusu ile bu ilişkilerde yutulma, karışma ve kontrol edilme korkusu arasında yaşanan içsel çatışmaya karşı geliştirilen karakteristik bir savunma mekanizması olarak ele almıştır [112, 115-117]. Bu bağlamda, OF'nin klinik semptomlar ve uyumsuz kişilik işlevselliği ile ilişkili olduğu ampirik olarak gösterilmiştir [112, 118, 119].

UHK ile OF bireylerin zihinsel dünyalarına kaçma eğilimlerini içeren iki önemli psikolojik süreçtir. Her iki kavram da gerçeklikten kaçma ve içsel çatışmalarla başa çıkma amacına hizmet ederken, işlevleri, patolojik doğaları, kontrol düzeyleri ve birey üzerindeki etkileri açısından önemli farklılıklar gösterir.

Otistik fantezi, bireylerin içsel çatışmalar ve duygusal olarak zorlayıcı durumlarla başa çıkmak için geliştirdikleri bir savunma mekanizmasıdır. Bu süreç, bireyin zihinsel dünyasında bir kaçış sağlar ve genellikle bilinçsiz olarak gerçekleşir. Normal şartlar altında patolojik olmayan OF, bireyin stresli durumlarla başa çıkmasına yardımcı olabilir ve yaratıcılığını artırabilir. Ancak, aşırı kullanımı durumunda, bireyin gerçeklik algısını zayıflatarak sosyal izolasyona ve işlevsellik kaybına yol açabilir. OF'nin bu aşırı kullanımı, bireyin kontrolü kaybetmesine ve gerçeklikten tamamen kopmasına neden olabilir. Bu tür durumlarda, psikoterapilerde farkındalık artırıcı ve gerçeklik odaklı müdahalelerle OF'nin daha sağlıklı bir şekilde yönetilmesi amaçlanır [110-119] .

Öte yandan, UHK, bireyin kontrol edilemeyen ve aşırıya kaçan hayal kurma eğilimini tanımlar. UHK, tatmin edici olmayan bir gerçeklikten kaçma ve alternatif

bir zihinsel dünya yaratma çabasıyla ilişkilidir. Bu durum, doğrudan patolojik olarak kabul edilir ve bireyin günlük yaşamını olumsuz etkiler. UHK'deki kontrol kaybı, bireyin hayal dünyasına aşırı bağımlı hale gelmesine ve bu nedenle iş, okul ve sosyal ilişkiler gibi önemli yaşam alanlarında ciddi işlev kaybı yaşamasına yol açar. UHK, genellikle depresyon ve anksiyete gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla bağlantılıdır ve tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), farkındalık temelli terapiler ve gerektiğinde ilaç tedavisiyle desteklenir [1, 3, 8-10].

Sonuç olarak, OF ve UHK arasındaki farklar, bu iki sürecin birey üzerindeki etkileri ve yönetim şekilleri açısından belirgindir. OF, normalde sağlıklı bir savunma mekanizması olarak kabul edilirken, UHK, patolojik bir durum olarak ele alınır ve tedavi gerektirir. Her iki durumda da bireyin zihinsel sağlığını korumak için uygun müdahaleler yapılmalıdır.

2.1.7. Zihin Gezinmesi

Zihin gezinmesi (ZG) (*mind wandering*), dikkatin mevcut görevden veya dış çevredeki olaylardan uzaklaşarak, kendiliğinden üretilen düşünce ve duygulara yönelmesi durumudur. Bu durum, dikkat dağılması veya algısal kopma (*perceptual decoupling*) olarak da adlandırılabilir. ZG sırasında kişi, mevcut görevine veya çevresel uyaranlara değil, içsel olarak üretilen düşünce ve duygulara odaklanır. Bu süreç genellikle kişinin farkında olmadan gerçekleşir ve meta-farkındalık (*meta-awareness*) anında kişinin zihninin dolaştığını fark etmesiyle belirgin hale gelir [120]. Bilincin doğal bir etkinliği olarak görülen bu durum, zihnin 'dinlenme halinde' olduğu kortikal bölgelerdeki etkinliği ifade eden varsayılan mod ağı (*default mode network* / DMN) içinde yer almaktadır [121, 122] DMN, medial prefrontal ve singulat korteks, medial temporal lob, lateral parietal korteks ve serebellum ile striatumun alanlarını içeren büyük ölçekli beyin bölgeleri kompleksidir [123] ve DMN'nin keşfi, katılımcılar herhangi bir dış görevi yerine getirmediğinde bile, beynin aktif kaldığını ve tüm beyin enerjisinin %60 ile %80'ini tükettiğini göstermiştir. [124] Dinlenme halindeyken, bu bölgeler tutarlı bir zaman davranışı sergilemekte [122] ve bilişsel olarak talepkar ve dışa odaklı görevler sırasında devre dışı bırakılmaktadır [125]. Bu yaygın psikolojik temel, insanların dikkat gerektiren

görevlerde bulunduğunda ayrıldıkları ve görevler daha fazla bilinçli yönetim gerektirmedikinde geri döndükleri bir durumu temsil eder [64].

Kendi kendine düşünme (*self-generated thought*) ve/veya hayal kurma (*daydreaming*) olarak da ifade edilen zihin gezinmesi, özellikle talepkâr olmayan koşullar altında günlük zihinsel faaliyetimizin büyük bir bölümünü oluşturur. ZG olumlu (bireylerin geçmiş ve gelecek benlikleriyle bağlantı kurması, uzun vadeli planlar yapılması, yaratıcı ilham vs.) ve olumsuz etkiler (okuduğunu anlama ve/veya görev performansında düşüş vs.) oluşturabilen karmaşık bir olgudur ve bireylerin duygusal özelliklerine, bilişsel yeteneklerine ve motivasyonlarına bağlı olarak değişir [126-128].

Seli ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada, zihin gezinmesinin kendiliğinden/istemsiz (*spontaneous*) (spontan, meta – farkındalık içermeyen, rehberlik eksikliği olan, DEHB ilişkili) ve kasıtlı/istemli (*intentional*) (bilinçli, geçici, kontrol edilebilir, daha az yapılandırılmış, işlevsel) olarak iki türe ayrılabilirliğini ve bu iki türün farklı işlevsel sonuçlara yol açabileceğini göstermiştir. İstemsiz zihin gezinmesinin, dikkat kontrolünde başarısızlığı yansıtırken, istemli zihin gezinmesinin içsel işlemler için kontrol edilen süreçlerin bir parçası olarak görülebileceğini, bu ayrımın zihin gezinmesinin heterojen yapısının ve DEHB semptomatolojisi ile ilişkisini vurgulamakta olduğunu belirtmiştir [28].

Lanier ve ark. 2019 yılında yaptıkları derlemede [129]

- DEHB'nin kendiliğinden/istemsiz zihin gezinmesi ile ilişkili olduğunu, bu tür zihin gezinmesinin DEHB semptomatolojisine sahip bireylerde yaygın olduğunu ve varlığının işlevsel bozulmalarla ilişkili olduğunu
- DEHB ile ilişkili kendiliğinden/istemsiz zihin gezinmesinin günlük yaşam aktivitelerinde işlevsel bozulmalara karşı savunmasızlık oluşturduğunu, bu türde zihnin gezinmesinin, aynı zamanda zararlı zihin gezinmesi olarak adlandırıldığı çünkü görevde performansı engellemekle ilişkilendirildiği ve bu durumun yüksek düzeyde zihin gezinmesi yaşayan DEHB'li bireyler için gerçek yaşam bozulmalarına yol açtığını belirtmiştir.

2.1.8. Yavaş Bilişsel Tempo

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) (*sluggish cognitive tempo*), dikkat bozukluklarıyla ilişkili tartışmalı bir sendrom olarak tanımlanır. YBT'nin en belirgin semptomları, hayalperestlik (*kişinin göreve odaklanamaması, boş boş bakması, dalgın görünmesi ve düşüncelere dalması*) ve yavaşlık (*fiziksel ve zihinsel durgunluk, görevleri tamamlamada yavaşlık, uyanık kalmada zorluk ve bilişsel işlev bozuklukları*) olarak iki ana başlıkta toplanabilir [130, 131].

Klinik açıdan, YBT, DEHB'den belirgin şekilde farklıdır. YBT'nin belirtileri, düşük enerji düzeyi, letarji ve motivasyon eksikliği gibi durumları yansıtır. Çalışmalar, YBT'nin DEHB'nin dikkatsizlik türü ile bazı ortak özellikler taşımasına rağmen, DEHB'den bağımsız bir sendrom olduğunu ortaya koymuştur. YBT'li bireylerde görülen belirtiler, özellikle akademik performanslarını olumsuz etkileyebilecek yavaşlık ve içe dönük dikkat dağınıklığı şeklinde kendini gösterir [132, 133].

YBT'nin klinik değerlendirilmesinde, bu sendromun DEHB ile karışabileceği, ancak farklı nörogelişimsel özelliklere sahip olduğu dikkate alınmalıdır. YBT'de görülen belirtiler, içsel dikkat dağınıklığı ve bilişsel süreçlerin yavaşlaması şeklinde ortaya çıkar ve DEHB'nin hiperaktif – impulsif semptomlarıyla ilişkilendirilmemelidir [134]. Ayrıca, YBT'nin sosyal ve akademik işlevsellik üzerindeki etkileri de dikkate alınmalıdır; çünkü YBT, düşük akademik başarı, zayıf yürütücü işlevler ve sosyal becerilerdeki bozulmalarla ilişkilendirilmiştir [135, 136].

UHK ve YBT kavramlarına bakıldığında, her ne kadar ortak klinik benzerlikler taşısalar da, benzersiz iki ayrı fenomeni ifade ederler. UHK, yoğun hayal kurma süreçlerinin günlük yaşamı olumsuz etkileyebilecek kadar aşırıya kaçması durumunu tanımlar ve bu durum, bireyin hayal dünyasında fazla zaman geçirmesi nedeniyle işlevsellik kaybına yol açabilir. YBT ise, hayal kurma, zihinsel bulanıklık ve yavaş düşünme/uygulama ile karakterize edilen bir dizi davranışsal semptomu ifade eder [9, 14, 137]. UHK'nin nozolojik ve ontolojik olarak YBT'den farklılaştığı görülmektedir. YBT daha çok bilişsel yavaşlık ve düşünsel dalgınlık ile sınırlıyken, UHK, hayal dünyasında geçirilen zamanın işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratmasıyla kendini gösterir [10].

YBT'nin nörogelişimsel özelliklerine baktığımızda, DEHB'deki gibi çalışma belleği ve engelleyici kontrol yetersizliği YBT'de görülmez. Daha spesifik olarak, YBT'den muzdarip bireylerde dikkat dağınıklığı, DEHB'deki dışsal dikkat dağınıklığına kıyasla daha çok içsel doğada olup, hayal kurma ve zihin gezintisine benzer bir biçimde ortaya çıkar [135, 136]. Bu nedenle, YBT'yi UHK'dan ayıran en önemli özellik, YBT'nin daha bilişsel bir yavaşlık ve düşünsel dalgınlık durumu olmasıdır. UHK ise daha geniş ve yaygın bir hayal dünyasına dalma eğilimi içerir [130, 136].

Sonuç olarak, YBT, dikkat bozukluklarıyla ilişkili olmasına rağmen, dikkat dağınıklığı ve bilişsel işlev bozuklukları açısından UHK'dan belirgin şekilde farklıdır. YBT'nin, UHK ile karşılaştırıldığında daha içsel ve bilişsel bir dikkat dağınıklığını yansıttığı söylenebilir [131, 135]. Bu farklılıklar, YBT'nin nörogelişimsel ve klinik değerlendirmesinde önem taşır.

2.2. Uyumsuz Hayal Kurma (UHK)

2.2.1. UHK Kavramı ve Arkaplanı

Uyumsuz Hayal Kurma (UHK) fenomeni, literatürde kavramsal karışıklığa neden olabilecek birkaç unsur barındırmaktadır. Özellikle, literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğunun İngilizce olması ve benzer anlamdaki kavramların sıklıkla birbirinin yerine kullanılması, UHK'nın akademik camiada tanınmasını zorlaştırmaktadır. Bunun yanı sıra, mevcut çalışmaların henüz yeterli sayıya ulaşmamış olması, UHK'nın zihinsel faaliyetlerle karıştırılmasına sebep olabilmektedir.

“Uyumsuz Hayal Kurma” terimi, literatürde yaygın olarak kullanılan “Maladaptive Daydreaming” ifadesinin Türkçeleştirilmiş karşılığıdır. Her ne kadar “Maladaptif Gündüzdüşü” veya “Uyumsuz Gündüzdüşü” terimleri de zaman zaman kullanılsa da, Türkçe literatürdeki kaynaklar genellikle “Uyumsuz Hayal Kurma” terimini tercih etmektedir [5, 22-25]. Bu sebeple, çalışmamızda da bu kavram tercih edilmiştir.

UHK literatürü 2002 yılında Somer'in çalışmasıyla başlamıştır. Somer, UHK'yı insan etkileşimini engelleyen ve akademik, kişilerarası, mesleki işlevselliği bozan kapsamlı bir fantezi faaliyeti olarak tanımlamıştır [1]. Somer'in ilk

çalışmasında, çocuklukta ihmal ve travma yaşamış altı hasta üzerinde yapılan incelemeler, UHK'nın temel işlevleri, temaları ve dinamikleri hakkında önemli bulgular sunmuştur. Somer'e göre, UHK bireylerin stres ve acıdan kaçınmasına, ruh hallerini iyileştirmesine ve arzularını fanteziler aracılığıyla gerçekleştirmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca UHK'nın, kişilerarası ilişkileri destekleyen arkadaşlık, yakınlık ve romantizm gibi yönleri de bulunmaktadır [1].

Tematik olarak ise UHK'da şiddet, idealleştirilmiş benlik, güç ve kontrol, esaret, kurtarıma ve kaçış gibi unsurlar ön plana çıkmıştır. Cinsel uyarılma da bu temalar arasında yer almaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin çoğu, UHK'yı rahatsız edici çocukluk deneyimleriyle ilişkilendirmiş ve bunu bir başa çıkma stratejisi olarak kullanmıştır. Somer ayrıca katılımcıların tekrarlayan kinestetik aktiviteler yaptığını ve bu hareketlerin hipnotik süreçlere benzer işlevler gördüğünü belirtmiştir. Bu gözlem, UHK'nın hipnozla ortak mekanizmalara sahip olabileceği fikrini desteklemektedir [1].

Somer'in çalışmasında yer alan 6 katılımcının %66,7'sine dissosiyatif bozukluk, %33,3'üne narsisistik kişilik bozukluğu tanısı konulmuştur. Sosyal izolasyon yaşayan ve mesleki hayatlarında başarısızlıkla karşılaşan bu bireyler, UHK'nın kişisel deneyimlerine dair ilk ipuçlarını vermişlerdir [1].

2009'da Schupak ve Rosenthal, 36 yaşındaki bir kadın vakasında aşırı ve yapılandırılmış hayal kurmanın yaşam üzerindeki etkilerini ele almıştır [138]. Bu kadın, herhangi bir travma veya psikiyatrik bozukluk öyküsü olmaksızın, hayal kurma sürecini sosyal ve mesleki çevresinden gizleme eğilimindedir. Fluvoksamin tedavisiyle hayal kurma davranışının kontrol altına alındığı vakada, obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları ile ilişkili kompulsif hayal kurma belirtilerine işaret edilmiştir. Yazarlar, hastanın serotonerjik yolağı etkileyen bir ilaca olumlu yanıt vermesinin nörokimyasal düzensizliği düşündüğünü belirtmişlerdir [138, 139].

2011 yılında Bigelsen ve Schupak, 90 kişinin katıldığı bir çalışmada, kendilerini 'Uyumsuz Hayalperest' olarak nitelendiren bireylerin fantezi davranışlarını incelemişlerdir [2]. Çalışmada, bu bireylerin uyanık oldukları zamanın %56'sını detaylı hayal dünyaları yaratmaya ayırdıkları ve bu süreçte kinestetik aktiviteler kullandıkları bulunmuştur. Katılımcılar hayal kurmanın onlara rahatlık sağladığını, ancak üç temel nedenle sıkıntıya neden olduğunu belirtmişlerdir: (1)

Hayal kurmayı kontrol etme zorluğu, (2) Hayal kurma süresinin gerçek ilişkilere ve yaşam hedeflerine engel olması, (3) Bu davranışı gizlemek için harcanan yoğun çaba ve utanç [2]. Ayrıca, katılımcıların %73'ü çocukluklarında ihmal veya travma yaşamadıklarını bildirmiştir. böylece travmanın potansiyel olarak katkıda bulunan bir risk faktörü olmasına rağmen UHK'ya mutlaka neden olmadığına dair öncül kanıtlar oluşmuştur [2].

Popüler bilim yazarı Josie Glausiusz, Scientific American MIND dergisindeki makalesinde, hayal kurmanın yaratıcılık ve problem çözme gibi önemli psikolojik işlevleri olduğunu, ancak aşırıya kaçtığında bireylerin günlük işleyişini ve ilişkilerini engelleyebilecek bir bağımlılık haline gelebileceğini ifade etmiştir [140].

2.2.2. UHK Fenomenolojisi

Bigelsen ve arkadaşları 2016 yılında, kendilerini Uyumsuz Hayalperest (UH) olarak tanımlayan 107 kişinin deneyimlerini 340 kişi ile karşılaştırmalı olarak incelemiş ve UHK'yı, bireyin uyanık zamanının yarısından fazlasını tüketen, saatlerce sürebilen yoğun fantezi aktivitesi ile karakterize edilen, düzensiz bir dissosiyatif emilim şekli olarak tanımlamışlardır [3]. Araştırma, UHK'nın nicelik, içerik, deneyim, kontrol edilebilirlik, sıkıntı ve yaşam işleyişine müdahale açısından hayal kurmadan önemli ölçüde farklı olduğunu göstermiştir. Bu farklılıklar şu başlıklar altında toplanabilir:

- Hayal kurma faaliyetlerinde geçirilen sürenin fazlalığı (%57),
- Hayal kurma aktivitelerinin kapsamlılığı ve niteliği,
- Hayal kurma sürecine eşlik eden kinestetik aktivitelerin varlığı (%80),
- Hayal kurma sürecindeki yüksek düzeyde emilim,
- Hayal kurmaya başlama ya da hayal kurmanın kesilmesi durumunda bir an önce geri dönme isteği,
- Hayal kurma sürecini sınırlamada yaşanan zorluklar,
- Hayal kurma sürecinde geçirilen zaman nedeniyle hissedilen sıkıntı,
- Hayal kurmanın, insan etkileşimi ve işlevsellik gibi yaşam fonksiyonlarına müdahalesi.

Çalışma sonuçları, UH'ler arasında en popüler üç hayal temasının (1) ünlü biri olmak ya da ünlü biriyle ilişki kurmak (%37), (2) idealize edilmiş bir benliğe

sahip olmak (%34) ve (3) romantik bir ilişkiye dahil olmak (%34) olduğunu göstermektedir. Çalışma, UHK'nın yalnızca bir hayal kurma alışkanlığı olmaktan öte, bireyin gerçek dünya ile ilişkisini derinlemesine etkileyen bir başa çıkma stratejisi olduğunu belirtmektedir. UHK'deki fantezilerin, bireyi gerçek yaşamın zorluklarından uzaklaştırarak, daha güvenli ve kontrol edilebilir bir hayal dünyasında konumlandığını ve bu yoğun hayal dünyalarının, bireyin gerçek dünya görevlerine odaklanmasını zorlaştırırken, sosyal ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyebildiğini ifade etmektedir [3].

Araştırmaya göre, UH'lerin %97'si günlük işlevsellik alanlarından (uyku, ev işleri, ilişkiler, akademik/mesleki hedefler, yaşam hedefleri) en az birinde engellenme bildirmiştir. Buna karşın, UH olmayanların sadece %34'ü benzer sorunlar yaşamaktadır. Ayrıca, Bigelsen ve Schupak'a (2011) benzer şekilde [2] UH'lerin %80'inden fazlası hayal kurma süreçlerine kinestetik aktivitelerin eşlik ettiğini belirtmiştir. UH'lerin yarısından fazlası, uyandıktan sonra hemen hayal kurmaya başlamak ya da gerçek dünyadaki bir kesinti sonrası hayal kurmaya dönmek için güçlü bir dürtü hissettiklerini rapor etmiştir. Bu durum, hayal kurmayı kontrol etme zorluğuna ve yardım arayışlarına neden olmaktadır. İlginç olarak, UH'ler sosyal ortamlarda hayal kurmayı bastırabilmekte, ancak yalnız kaldıklarında bu dürtüyle baş etmekte zorlanmaktadırlar [3].

Çalışmada, UHK ile Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OCI-R) arasındaki ilişki incelenmiş ve obsesif semptomların kompulsif semptomlardan daha güçlü olduğu bulunmuştur. UH'lerin zihinsel faaliyetlerinin ritüelistik davranıştan çok ruminasyona benzediği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, Bigelsen ve Schupak'ın (2011) [2] çalışmalarıyla tutarlıdır ve UHK'nın gelişimi için çocukluk çağı travmasının bir ön koşul olmadığını göstermektedir [3].

Somer, UHK ile ilgili ilk araştırmasını yayınladıktan sonra, dünya genelinde kendilerini UH olarak tanımlayan birçok kişiden e-postalar almaya başladığını ve bu sayının giderek arttığını belirtmiştir. Özellikle çevrimiçi platformlarda UHK fenomeni üzerine birçok tartışma yapılmış ve bu kişiler yıllardır bu semptomlardan muzdarip olduklarını ifade etmişlerdir [141].

Somer ve ark. (2016), UHK ile mücadele eden bireylerle yaptıkları 21 derinlemesine görüşmeyi fenomenolojik bir yaklaşımla analiz etmişlerlerdir [142] ve

UHK'nin, sıradan gündüz hayal kurmanın ötesine geçtiği ve 'gerçekçi çoklu duyu uyarımıyla zihinsel bir eğlence merkezine dönüştüğünü' belirtmişlerdir. UHK'nin, ödüllendirici bir deneyim üretmek ve paralel bir gerçeklik yanılması sağlamak için isteğe bağlı olarak aktive edilebileceği, ancak bu sürecin genellikle yalnızlık, tekrarlayan hareket (kinestetik aktivite) ve (çağrıştırıcı) müziğe dalma gibi koşulları gerektirdiği belirtilmiştir. UHK'nın doğası gereği, bireyler kendilerini iç dünyalarına yoğun bir şekilde kaptırabilir ve bu da sosyal ortamlarda çekingenlik hissetmelerine neden olabilir. Bu durum, yalnız kalma ihtiyacını daha da güçlendirir. UH'ler, dikkat dağıtıcı unsurları en aza indirerek, kinestetik müzikle desteklenmiş aktivitelerle konsantrasyonu artırarak, arzu ettikleri zihin durumuna ulaşmayı keşfetmişlerdir. Sonuç olarak, UHK'nın tekrar eden kalıplara sahip olduğu, 'bireylerin günlük bir pembe dizi gibi sonsuza kadar gelişebilen favori iç dünyalar arasında bazen dönüşümlü olarak devam eden hikayeler geliştirme eğiliminde' olabileceği belirtilmiştir. İki ana tema öne çıkmaktadır: (a) ilişkiler ve aile hayatı, (b) sosyal statü [142].

2.2.3. UHK Gelişimsel Seyri

Somer ve ark., 2016 yılında yayımladıkları "*Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming*" adlı makalede, UHK'nın doğası, öncülleri ve sonuçları hakkında yedi ortak temayı tanımlamışlardır: (1) Doğuştan gelen, canlı bir şekilde hayal kurma kapasitesi, (2) Yalnızlık ve sosyal izolasyon, (3) Travmanın rolü, (4) Hayal kurmanın ödüllendirici mekanizması, (5) Hayal kurmanın doyumsuz özlemi, (6) Utanç ve gizleme, (7) Başarısız tedavi girişimleri [143].

Çalışma verileri şu bulguları ortaya koymaktadır:

- Canlı imgeler için muhtemelen doğuştan gelen bir kapasitenin erken keşfi, sosyal ilişkilerden ve destek sistemlerinden izolasyonla bağdaştırılmaktadır. Hayal kurma tercihi, sosyal izolasyonun hem bir sonucu hem de sebebi olabilir; yoğun hayal kurma ile sosyal izolasyon arasındaki etkileşim döngüsel bir hale gelmektedir.
- Sosyal geri çekilme, çocukluk dönemindeki sıkıntılarla başa çıkmak için telafi edici bir mekanizma olan hayal dünyasına yönelmeyi tetikleyebilir. Bu

durum, özellikle sosyal izolasyonun ve duygusal sıkıntıların şiddetli olduğu durumlarda belirginleşir. UH'lerin hayal dünyaları, bireylerin gerçek dünyadan kaçıp tatmin edici senaryolar oluşturmalarına olanak tanır. Ancak bu hayal kurma davranışı, kontrol edilemez bir kompulsif hale gelebilir.

- UHK, sosyal sapma, öz-bilinç ve utanç duygusuyla karakterizedir. Bu durum, sosyal izolasyonu daha da kötüleştirir ve hayal kurmanın bağımlılık yapıcı döngüsünü sürdürür. Sosyal izolasyon ve hayal kurma arasında negatif bir geri bildirim döngüsü oluşur; duygusal sıkıntı arttıkça hayal kurma yoğunlaşır, bu da daha fazla sosyal izolasyona yol açar.

İki önemli faktör UH'lerin durumunu daha da kötüleştirmiştir:

- Sosyal Geri Çekilme: Durumlarının fark edilmesinden korkan UH'ler, sosyal ilişkilerini geri plana atarak önemli bir başa çıkma kaynağından mahrum kalmışlardır.
- Yanlış Tedavi Yaklaşımları: UH'ler, UHK'yı anlamayan ya da yanlış teşhis eden terapistlerle karşılaşmışlardır. Bu durum, hem yanlış tedavi hem de empatik başarısızlıklarla sonuçlanmıştır.

2017 yılında Somer ve ark.'ları 315 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, UHK'ye giden iki bağımsız yol olduğunu belirtmiştir [144]. Bu yollardan ilki, emilim ve fantezi bağımlılığı aracılığıyla ortaya çıkan "*Çocukluk Çağı Travması Yolu*", ikincisi ise yalnızca fantezi bağımlılığı aracılığıyla gelişen "*Sosyal Anksiyete Yolu*" olarak tanımlanmıştır. Çalışmada, çocukluk çağı travması ve sosyal anksiyetenin UHK için bağımsız risk faktörleri olduğu vurgulanmış, ayrıca fantezi bağımlılığının UHK varyansının %65'ini açıkladığı belirtilmiştir.

Ayrı bir çalışmada, Somer ve ark. (2021) çocukluk travmasının UHK'daki çeşitli fantezi içerikleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır [46].

Sonuç olarak, UHK, çocukluk döneminde yaşanan travma, ihmal veya sosyal izolasyonun bir sonucu olarak, bireylerin fantezileri aracılığıyla acı verici anılardan kaçmalarına ve duygusal acılarını yönetmelerine yardımcı olan bir başa çıkma mekanizması olarak ortaya çıkmaktadır. Bu süreç, UHK'nın gelişimsel seyri boyunca etkili olan faktörlerin birbirini besleyerek döngüsel bir yapı oluşturduğunu göstermektedir.

2.2.4. UHK Değerlendirme Araçları

Somer ve ark.'ları 2016'da, UHK yapısının bilimsel incelemesini kolaylaştırmak amacıyla bir öz bildirim ölçeği olan, *Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-14)* [Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği (UHKÖ)]'i geliştirmiş ve geçerlilik çalışmasını yapmışlardır. [4] *MDS-14*, potansiyel UHK'yi tanımlamak için, UHK'nin 5 ana özelliğini tanımlayan, 14 maddelik bir derecelendirme ölçeği olarak tasarlanmıştır;

- UHK İçeriği / Kalitesi (2 madde),
- UHK Kompulsiyonu / Kontrolü (4 madde),
- UHK Sıkıntısı (3 madde),
- Hayal Kurmanın Algılanan Faydaları (2 madde) ve
- Yaşam İşlevlerine Müdahale (3 madde)

UHK, son derece tatmin edici olmasının yanı sıra, sıkıntı ve işlev bozukluğu ile ilişkili bir zorlama duygusu ile karakterize edilmektedir. Bu özellikleri yansıtan *MDS-14*, tanımlanan özellikleri (kalite, kontrol, sıkıntı, faydalar ve işlevsellik) yakalayan maddeler ile klinik gözlem ve teorik beklentilerle uyumlu üç anlamlı spesifik faktör kullanılarak oluşturulmuştur;

- Özlem (*Yearning*) (ilk 6 madde): Hayal kurmaya duyulan yoğun özlemi ve bu zihinsel faaliyetle meşgul olmanın verdiği hazzı tanımlayan maddeler
- Kinestezi (*Kinesthesia*) (7 ve 8. maddeler): Bu zihinsel faaliyetle ilişkili kompulsif davranış kalıplarını tanımlayan maddeler
- Bozulma (*Impairment*) (son 6 madde): Aşırı, kontrol edilemeyen hayal kurma ile ilgili sıkıntı ve işlev bozukluğunu tanımlayan maddeler

MDS-14, yaygın olarak kullanılan Dissosiyatif Deneyimler Ölçeği ile paralel olarak, öğeleri %0'dan %100'e kadar, %10'luk aralıklarla değişen likert tipte bir ölçektir (%0 = Asla / Hiçbir Zaman; %100 = Her Zaman / Son Derece Fazla). *MDS-14* kesme puanı, %95 duyarlılık ve %89 özgüllük ile 25 olarak belirlenmiştir.

Makalede;

- *MDS-14*, Wilson ve Barber'in (1981) fantezi eğilimi (*fantasy proness*) kavramının bir ölçüsü olan Yaratıcı Deneyimler Anketi (*Creative Experiences Questionnaire / CEQ*) [145] ile yüksek korelasyon göstermiştir.

- UHK ile meşgul olan bireyler fantezi kurarken hareket eğiliminde olsalar bile [1, 2], çok aktif zihinsel durumları dikkat kaynaklarının tükenmesini ölçen ASRS endeksleriyle [146] huzursuzluk ölçen endekslerden daha güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir.
- *MDS-14*’ ün UHK’nın ruminatif - bağımlılık yapıcı doğasını iyi bir şekilde yakaladığı, obsesif kompulsif düşünceleri ve davranışları ölçen Obsesif Kompulsif Envanteri – Revize Form (*Obsessive Compulsive Inventory – Revised / OCI-R*) [147] ile güçlü ilişkisi aracılığıyla gösterilmiş; bu bağlantı aynı zamanda UHK’nin tekrarlayan zihinsel aktivitesinin, OKB’nin davranışsal yönü ile ilişkili kompulsiyonlardan (veya ritüellerden) ziyade OKB’yi karakterize eden zihinsel tekrarlara daha çok benzediğini göstermiştir.
- UHK, amnezi veya depersonalizasyon / derealizasyonu temsil eden ve patolojik dissosiasyonla daha güçlü bir şekilde ilişkili olan Dissosiyatif Yaşantılar Anketi (*Dissociative Experiences Scale / DES*) faktörlerinden [148] ziyade yoğun emilime daha benzer bulunmuştur.
- Özetle; kanıtlar, UHK'nin dikkat kaynaklarının tükenmesi ile, obsesif – kompulsif düşünce ve davranışlar ile ve yoğun dissosiyatif emilim ile ilişkili anormal bir hayal kurma formu olduğunu; yoğun özlem, sıkıntı ve işlevsellikte bozulma içerdiğini, ayrıca hayal kurma sırasında yüksek mevcudiyet hissi ile ilişkili olmasına rağmen psikotik semptomlarla daha az ilişkili olduğunu göstermektedir.

2017 yılında Somer ve ark. UHK için önerilen tanı kriterlerine dayanan, yapılandırılmış klinik görüşme formu, *Structured Clinical Interview for Maladaptive Daydreaming (SCIMD)* [Uyumsuz Hayal Kurma için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu]’ i geliştirmiş ve geçerlilik – güvenilirlik çalışmasını yapmıştır [6]. Çalışmada aynı zamanda UHK’da müziğin önemli rolü hakkındaki kanıtlara dayanılarak [142], daha önce yayınlanmış *MDS-14*’e, katılımcının UHK deneyiminde müziğin uygunluğunu ölçen iki ek madde eklenmiş ve revize edilmiş 16 maddelik *MDS-16* (UHKÖ-16) oluşturulmuştur.

- *MDS-16*'nın kendini UH olarak tanımlayan bireyler ile kontrol katılımcıları arasında çevrimiçi tavsiye ve destek arayanları ayırt etme yeteneği incelenmiş,
- UHK'yı tanımlamak için *MDS-16*'nın duyarlılığını ve özgüllüğünü en üst düzeye çıkaran optimal bir kesme puanı belirlenmeye çalışılmıştır. **(50 puan)** UHK, kinestetik bir bileşen, çağrıştırmacı müzik ihtiyacı ve bu zihinsel

davranışa zorunlu olarak katılmaya yönelik bağımlılık yaratan bir özlem ile benzersiz bir şekilde karakterize edilmektedir. UHK, akademik, kişilerarası veya mesleki işlevselliğe müdahale edebilir. UHK'ye harcanan zaman ve kaynaklar genellikle yalnızca işlevsel bozukluklara değil aynı zamanda önemli duygusal sıkıntılara da neden olabilir [1, 3, 4, 142, 143]. Bu özellikler, normal hayal kurmadan sadece niceliksel değil niteliksel bir farklılığı da temsil etmektedir. Çalışma verileri;

- UHK tanısının güvenilirliğini,
- *SCIMD* ve *MDS-16*'nın eş zamanlı geçerliliğini,
- UHK'nin normal psikolojiden yüksek bir duyarlılık ve özgüllükle ayırt edilebileceğini,
- UHK'nin ayrı bir bozukluk olarak nihai geçerliliğini ortaya koymak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir.
- Klinik örnekler için araştırma yapılmasını kolaylaştırmak amacıyla, UHK'nin tanı kriterleri önerilmiştir (Tablo 1).

Suffer-Dudek ve ark. 2020 yılında, UHKÖ-16'nın dört farklı ülkede (ABD, İtalya, Türkiye ve İngiltere) kültürler arası geçerliliği incelenmiştir [20]. Çalışma, UHK'nin 4 faktörlü temel yapısının (Özlem, Bozulma, Kinestezi, Müzik) kültürler arasında benzerlik gösterdiğini ortaya koymuş, ancak, özlem faktörü için kültürler arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş, bu faktörün psikolojik anlamının kültürler arasında farklılık gösterebileceği saptanmıştır. Ölçek puanları ortalamaları ise kültürler arasında aynı bulunamamıştır, çünkü ABD ve İngiltere'de UHK seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, İngilizce konuşan UHK topluluklarının çalışmaya daha fazla gönüllü katılım sağlamasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Çalışma, UHK'nin evrensel bir bozukluk olarak kabul edilmesi gerektiğini ve farklı kültürlerden gelen hastaların tedavisinde kültürel hassasiyetlerin göz önünde bulundurulmasının önemini, UHK'nin işlev bozukluğuna neden olan

özelliklerinin kültürler arası tutarlılık gösterdiğini, bu bozukluğun tanınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Özellikle, UHK'nin tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir zihinsel bozukluk olarak değerlendirilmesinin, hem klinik uygulamalarda hem de akademik çalışmalarda dikkate alınması gereken önemli bir bulgu olarak öne çıktığı belirtilmektedir [20].

Tablo 1. Uyumsuz Hayal Kurma için Önerilen Tanı Kriterleri

Kriter	Açıklama
A	Kalıcı ve tekrarlayan hayal etkinliği, en az 6 aylık bir dönemde aşağıdaki belirtilerden iki (veya daha fazla) ile birlikte canlı ve düşsel olan fantezi aktivitesi. Bu belirtilerden en az biri Kriter 1 olmalıdır.
1	Hayal kurarken, görsel, işitsel veya duygusal özellikler içeren yoğun bir absorpsiyon/derinlik hissi yaşar.
2	Hayal kurma müzikle tetiklenir, sürdürülür veya geliştirilir.
3	Hayal kurma stereotipik hareketlerle (örneğin, yürüyüş, sallanma, el hareketleri) tetiklenir, sürdürülür veya geliştirilir.
4	Sık sık sıkıldığında veya üzgün olduğunda hayal kurar.
5	Hayal kurmanın süresi veya yoğunluğu başkalarının yokluğunda artar (örneğin, yalnızken daha çok hayal kurar).
6	Hayal kurma engellendiğinde veya kesintiye uğradığında sinirlenir.
7	Günlük işleri, sosyal, akademik veya profesyonel faaliyetleri yapmaktansa hayal kurmayı tercih eder.
8	Hayal kurmayı kontrol etmek, azaltmak veya durdurmak için başarısız girişimlerde bulunmuştur.
B	Bu bozukluk, sosyal, iş veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya bozulmaya neden olur.
C	Bu bozukluk bir maddenin (örneğin, bir ilaç veya ilaç kötüye kullanımı) veya tıbbi bir durumun (örneğin, demans) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve otizm spektrum bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, şizofreni spektrum bozuklukları, bipolar I bozukluk, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar, disosiyatif kimlik bozukluğu, madde ilişkili ve bağımlılık bozuklukları, organik bozukluk veya tıbbi bir durum ile daha iyi açıklanamaz.

Not: Mevcut şiddet şu şekilde tanımlanır: Hafif = çok az işlevsel bozukluk, belirgin bir işlev bozukluğu yok; orta = bir işlev alanı etkilenmiş (örneğin, iş); şiddetli = birden fazla işlev alanı etkilenmiş (örneğin, iş, okul veya sosyal yaşam).

2.2.5. UHK Epidemiyolojisi ve Psikiyatrik Eştanılar

UHK üzerine yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu, çevrimiçi UHK forumlarından veya karma örneklemelerden elde edilen veriler üzerine temellendirilmiştir. Bu durum, UHK'nin toplumsal yaygınlığı hakkında sınırlı bilgi sağlamaktadır.

2017-2018 yıllarında Suudi Arabistan, Kral Saud Bin Abdulaziz Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bilim ve Sağlık Meslekleri Fakültesi'nde tıp öğrencileri arasında gerçekleştirilen çalışmada, UHK yaygınlığı incelenmiştir. Çalışmada UHKÖ-14 ve 25 kesme puanı kullanılmıştır. Çalışmaya katılan 306 Suudi tıp öğrencisinin %70'inin bu ölçekte 25'in üzerinde puan alarak UHK kriterlerini karşıladığı bulunmuştur [149].

Somer ve ark. (2019) madde kullanım bozukluğundan iyileşme sürecindeki bireyler (*recovering substance use disorder, R-SUD*) arasında UHK yaygınlığı incelemiştir. Çalışmada 50 kesme puanı kullanılmış ve R-SUD grubundaki bireylerin %16'sının UHK tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Daha derinlemesine klinik değerlendirmeler sonucunda, bu bireylerin %5'inin UHK tanısı aldığı belirlenmiştir [150].

2020-2021 yıllarında Sudan, Hartum Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenciler arasında gerçekleştirilen çalışmada UHK yaygınlığı incelenmiştir. Çalışmada 45 kesme puanı kullanılmış ve 323 öğrencinin %34,3'ünün UHK kriterlerini karşıladığı bulunmuştur [151].

Soffer-Dudek ve Theodor-Katz (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışma, UHK ile ilgili ilk kapsamlı epidemiyolojik verileri sağlamaktadır. İsrail-Yahudi klinik dışı örnekleminden 1.023 katılımcının dahil olduğu çalışmada UHKÖ-16 ve 40 kesme puanı kullanılmış, UHK yaygınlık oranı %4,2 olarak tespit edilmiştir. Genç yetişkinler ve öğrenci gruplarında bu oran %5,5 ile %8,5 arasında değişmiş ve bu durumun yaşa bağlı bir etkiden kaynaklanabileceği belirtilmiştir. Ancak klinik görüşmeler sonucunda, katılımcıların yalnızca %60'ının UHK tanı kriterlerini karşıladığı, dolayısıyla gerçek yaygınlığın %2,5 olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgular, UHK'nin yalnızca klinik örneklemelerle sınırlı bir sorun olmadığını, genel

popülasyonda da dikkate alınması gereken bir bozukluk olduğunu göstermektedir [26].

2023 yılındaki bir çalışmada Pietkiewicz ve ark. narsisistik kişilik bozukluğu (NKB) olan bireylerde UHK yaygınlığını araştırmıştır. Çalışmada, NKB hastalarının %68,6'sının UHK puanlarının 42'nin üzerinde olduğu ve bu kişilerin patolojik derecede hayal kurma eğilimi gösterdikleri belirtilmiştir. Ayrıca karma-klinik grupta bu oran %33,6, klinik olmayan grupta ise %23,9 olarak bulunmuştur. Bu veriler, narsisistik kişilik bozukluğu olan bireylerin UHK geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir [48]

UHK, birçok farklı psikopatoloji biçimini içeren karmaşık bir psikiyatrik sunumun parçasıdır ve bu gerçek, onu normal absorpsiyon, hayal kurma veya fanteziden ayırmaktadır. Bu sebeple UHK'nin DSM-5 komorbidite profilini standardize edilmiş yapılandırılmış tanı görüşmeleri kullanarak belgelemeye yönelik ilk girişim Somer ve ark.'nın 2017 yılında 39 katılımcıyla yaptıkları çalışmadır [8]. Çalışmada UHK'da yüksek oranda komorbidite bulunmuştur. 39 katılımcının %74,4'ü üçten fazla bozukluk için, %41,1'i dörtten fazla bozukluk için kriterleri karşılamıştır. En sık görülen komorbid bozukluk %76,9 ile DEHB (%69,2'si dikkatsiz tipte)'dir. %71,8' i anksiyete bozuklukları, %66,7' si depresif bozukluklar ve %53,9' u obsesif kompulsif spektrum bozuklukları kriterlerini karşılamıştır. Katılımcıların dörtte birinden fazlası geçmişte en az bir intihar girişiminde bulunmuş ve %40'ından fazlası ciddi bozulmaya işaret edecek şekilde işsiz kalmıştır [8].

Çalışmada Somer ve ark. [8];

- UHK'nin tanısız özelliklerinin DEHB ve OKB ile benzerlik göstermekte ve örtüşmekte olduğunu belirtmektedirler.
- UHK yapısındaki iç dünya dikkat dağıtıcılarına karşı zorlayıcı ihtiyacın, dış dünya görevlerinden sürekli olarak sapmaya neden olduğunu ve bu durumun, yüksek DEHB komorbiditesi (%76,9) ile ilişkili olabileceğini,
- UHK'lı bireylerin hayal kurmalarında sıklıkla kompulsif veya bağımlılık yapıcı bir yön tanımlamasının OKB ile,
- UHK yapısındaki kinestetik bileşenlerin kompulsif bozukluklar (ekskoriyasyon bozukluğu ve trikotillomani) ile,

tanısal benzerlikler gösterdiğini ve bu durumun obsesif kompulsif spektrum bozuklukları yüksek komorbiditesi (%53,9) ile ilişkili olabileceğini

- UHK'nin nörogelişimsel bir bozukluk olabileceğini,
- UHK'nin davranışsal bağımlılıklar ve kompulsif semptomlar için kanıta dayalı tedavilerle yapılan müdahalelere yanıt verebileceğini,
- UHK kriterlerini klinik düzeyde karşılayan bireylerin [6], çeşitli yerleşik psikopatolojik bozukluklara sahip, büyük sıkıntı içinde olan ve şüphesiz klinik bir örneklem oluşturan bireyler olduğunu ve çalışma sonuçlarının UHK'nin başlı başına bir bozukluk olabileceği fikriyle uyumlu olduğunu belirtmektedirler.

2.2.6. UHK'nin Sınıfsal Değerlendirmesi ve Tedavi Rasyoneli

UHK, psikiyatride son yıllarda yoğun ilgi gören ve karmaşık bir olgu olarak öne çıkmaktadır. İlk kez Somer (2002) tarafından dissosiyatif kimlik bozukluğu ve narsisistik kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilerek tanımlanan UHK'nin [1], sonraki çalışmalarda çeşitli nörogelişimsel ve psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı olduğu, özellikle dissosiyatif bozukluklar [11], DEHB [14], OSB [15-17], OKB [12, 13] ve davranışsal bağımlılıklarla [18-21] güçlü ilişkiler gösterdiği vurgulanmaktadır.

UHK'nin dissosiyasyon ve dissosiyatif bozukluklar [11], OKB belirtileri [12, 13], DEHB [14], OSB [15-17] ve davranışsal bağımlılıklar [18-21] ile karşılaştırıldığı sınırlı sayıdaki çalışma, UHK'nin bu bozukluklarla semptomatik düzeyde çeşitli örtüşmeler gösterdiğine işaret etmektedir. Ancak, bu araştırmalar ortak bir şekilde UHK'nin klinik görünümünü şekillendiren zihinsel faaliyetin temelde farklılaştığını vurgulamaktadır.

Tedavi rasyonelinde, UHK ile başa çıkmaya yönelik bilişsel davranışçı terapi (BDT), farkındalık (*mindfulness*) ve kendini izleme (*self-monitoring*) gibi kanıta dayalı yaklaşımların kullanılması önerilmektedir. BDT, bireyin uyumsuz düşünce kalıplarını yeniden yapılandırmayı ve bu davranışı kontrol altına almayı hedeflerken, bu kapsamda olası travma/ihtimal/dissosiyatif emilim süreçlerine yönelik travma odaklı terapilerin olumlu sonuçlar verebileceği, UHK'nin kompulsif boyutları dikkate alındığında ERP (*Exposure and Response Therapy / Maruz Bırakma ve Tepki*

Önleme Terapisi)’nin istenmeyen hayal kurmaları engellemede faydalı olabileceği ifade edilmektedir. Farkındalık tekniklerinin, bireyin dikkatini şimdiki ana odaklamasına yardımcı olarak, kendini izleme tekniklerinin, bireyin hayal kurma davranışlarını fark etmesini ve yönetmesini sağlayarak davranış değişikliğini desteklediği belirtilmektedir [9, 11, 27, 38, 152, 153].

Yapılan araştırmalar, özellikle SSRI grubu antidepresanlar başta olmak üzere bazı UHK vakalarında fayda sağlayabileceğini gösterse de, ilaç kullanımının genel olarak sınırlı etkili olduğu [2, 9], eğlence amaçlı kullanılan uyuşturucuların, özellikle esrarın, belirtileri kötüleştirdiği belirtilmektedir [152]. Bu nedenle, psikoterapi ve özellikle farkındalık ile kendini izleme tekniklerinin, bireylerin hayal kurma sürelerini azaltmada ve işlevselliklerini artırmada daha etkili olduğu vurgulanmaktadır. Kısa vadede farkındalık ve kendini izleme tekniklerinin kombinasyonu güçlü sonuçlar verse de, her iki müdahalenin uzun vadede benzer etkiler sağladığı ifade edilmektedir [1, 6, 9, 152, 153].

2.2.6.1. Dissosiyatif Bozukluklar Bağlamında UHK

Somer 2013’teki makalesinde, UHK ve Dissosiyatif Bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyerek, bireylerin zorlayıcı durumlar karşısında alternatif gerçeklikler oluşturmalarına yardımcı olabilecek fanteziler ve hayali karakterler arasındaki dinamikleri ele alır. Başlangıçta bilinçli bir fantezi olarak ortaya çıkan durumlar, zamanla bireyin bilinçli farkındalığının ötesine geçebilir ve otonom alterler olarak adlandırılan, aktif bir iç yaşama sahip veya tamamen ayrı bir varlık hissiyatı uyandıran yapılar haline gelebilir. Bu süreç, özellikle çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlere karşı bir tür psikolojik savunma mekanizması olarak işlev görebilen, doğal bir çocukluk eğilimi olan canlı hayal kurma yeteneğinin bir uzantısı olarak görülebilir. Acıdan kaçınma ve sonrasında elde edilen haz, bazı bireylerin bu doğal yeteneklerini Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) veya UHK gibi daha karmaşık psikolojik yapılar oluşturacak şekilde dönüştürmeye teşvik edebilir; bu iki yapı birbiriyle bağlantılı olmakla birlikte, farklı süreçler olarak tanımlanır. DKB’de ana değişim, kişinin kimlik algısında meydana gelirken, UHK’daki değişim algılanan gerçeklikle ilgilidir [141].

Somer (2018), UHK'li bireylerin hayal kurma sırasında yaşadıkları yoğun ve emici odaklanma deneyiminin, dissosiyatif emilimin patolojik ucunu temsil edebileceğini, ancak bu durumun post-travmatik yapısal dissosiyasyonu temsil etmediğini belirtmektedir [9].

Literatürde UHK'nin daha yoğun ve zaman alıcı olduğu günlerde bireylerin daha yüksek düzeyde dissosiyasyon ve olumsuz duygulanım yaşadıkları belirtilmektedir [38]. UHK ve dissosiyasyon arasında güçlü bir ilişki bulunduğu, UHK'nin, birçok başka komorbidite ile birlikte seyrettiği, ancak dissosiyatif bozuklukla olan ilişkisinin diğer komorbid belirtilere göre daha belirgin olduğu, bu iki bozukluğun yüksek travma ve dissosiyasyon seviyelerine sahip bireylerde birlikte görülebileceği belirtilmektedir [11]. UHK ve DKB karşılaştırıldığında ise, her iki bozuklukta da içsel dünyalar bulunmasına rağmen, DKB'nin çoğunlukla çocukluk döneminde yaşanan ciddi istismar ve ihmalin bir sonucu olduğu, oysa UHK'li bireylerin yalnızca dörtte birinin çocuklukta zorluk yaşadığı belirtilmekte; DKB'deki içsel karakterlerin bireyin kimliğini kontrol ederken, UHK'deki içsel karakterlerin bu tür bir kontrol sağlamadığı ifade edilmektedir [10].

UHK, bireylerin stres ve travmatik yaşam deneyimlerine karşı geliştirdikleri kontrol edilemez hayal kurma davranışı olarak tanımlanmaktadır. Travmatik geçmişe sahip bireylerin bu eğilime daha yatkın oldukları vurgulanmaktadır. Dissosiyasyon, UHK gösteren bireylerde yaygın olup, sosyal ilişkiler ve günlük işlevsellik üzerinde ciddi bozulmalara yol açmaktadır. Araştırmalarda, UHK'nin dissosiyatif bozukluklarla güçlü bir korelasyon gösterdiği ve özellikle dissosiyatif semptomları olan bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir. UHK'li bireylerin, hayal dünyalarında kendilerini farklı bir kimlikte veya senaryoda hayal etmeleri, dissosiyasyonun tipik bir özelliği olarak değerlendirilmektedir. UHK'nin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilişkili olduğu, travma yaşayan bireylerde bir kaçış mekanizması olarak geliştiği ve dissosiyatif semptomlarla birlikte görüldüğü, bu nedenle, UHK'nin dissosiyatif bozukluk spektrumu içerisinde kabul edilmesinin tanı ve tedavi süreçlerini etkileyebileceği ve dissosiyatif bozukluklar için kullanılan değerlendirme araçlarının UHK teşhisinde de kullanılabileceği ifade edilmektedir. [27].

2.2.6.2. Dikkat Bozuklukları Bağlamında UHK

Literatürde dış dünyaya yönelik dikkatin sapmalarına ilişkin bazı kavramlar kafa karışıklığına yol açmakta ve örtüşen yapılar içermektedir. 2019 yılında Schimmenti ve ark., UHK ve onun özgüllüğünü daha iyi anlamak, klinik değerlendirmelerdeki kalitesini artırmak amacıyla UHK ile ilişkili zihinsel aktivitelerin (zihin gezinmesi, dissosiyatif emilim, fantezi eğilimi, yavaş bilişsel tempo, berrak rüya ve otistik fantezi) ortak noktalarını ve farklılıklarını ele almıştır. Çalışmada, UHK'nin diğer zihinsel aktivitelerden belirgin şekilde farklı olduğu ortaya konmuştur. UHK, aşırı fantezi kullanımı ve bu fantezilerde yoğun bir varlık hissi ile karakterize olup bireyin normal işlevselliğini ciddi şekilde bozmaktadır [10].

Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bireylerde dışsal görevlere odaklanmada zorluklar yaratan bir bozukluktur. Somer (2018), literatürde dışsal görevlere odaklanma zorluğu ile ilişkili yapıların hayal kurma ile ilişkilendirildiğini (DEHB, zihin gezintisi, yavaş bilişsel tempo) ancak artan kanıtların, UHK'li bireylerde dikkat bozukluğunun içsel uyarıcılarla (hayal kurma süreci) tetiklendiğini gösterdiğini ve bunun komorbid bir dikkat bozukluğu ile tam olarak açıklanamayacağını belirtmektedir [9].

DEHB ile UHK'nin bazı temel dikkat kaynakları açısından benzerlikleri olmasına rağmen, DEHB'deki dikkat dağınıklığı genellikle dışsal nedenlere bağlıyken, UHK'deki dikkat dağınıklığının içsel fantezilerle ilişkili olduğu, UHK'nin kinestetik hareketler ve müzikle olan karakteristik ilişkisinin DEHB'de görülmediği belirtilmektedir [10].

Katz ve ark.'larının (2022) çalışmasında, UHK ve DEHB arasındaki farklar ve benzerlikler ele alınmıştır. Çalışma bulgularına göre, UHK'nin aşırı fantezi kullanımı ve yoğun hayal kurma eğilimi, DEHB'nin dikkat dağınıklığından farklıdır. Bu bağlamda, UHK'nin DEHB'den bağımsız bir patoloji olduğu, ancak DEHB'li bireylerde de sık görüldüğü belirtilmektedir. UHK ve DEHB'nin birlikte görüldüğü bireylerde depresyon, düşük benlik saygısı ve yalnızlık gibi ek psikopatolojilere daha sık rastlandığı, bu vakalarda, UHK'nin DEHB tedavisinde fark yaratan önemli bir bileşen olduğu, depresyon ve anksiyete gibi semptomların daha belirgin olduğu görüldüğü belirtilmektedir. DEHB semptomları kontrol altına alındığında bile

UHK'nin depresyon ve düşük benlik saygısıyla ilişkisi devam etmektedir. Çalışma UHK'nin bağımsız bir psikopatolojik yapı olabileceğini ve DEHB tedavisi sırasında dikkate alınması ve UHK'nin DEHB ile komorbid olduğu vakalarda daha geniş bir psikiyatrik spektrumda değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır [14].

2.2.6.3. Davranışsal Bağımlılıklar Bağlamında UHK

UHK üzerine yapılan araştırmalar, bu fenomenin farklı boyutlarını ortaya koymuştur. Literatür UHK'li bireylerin, fanteziler üzerinde kontrolü kaybetmekten ve bu hayal kurma süreçlerini sınırlama girişimlerinin başarısız olmasından rahatsızlık duyduklarını [2], UHK'nin kişilere yoğun bir haz verdiğini ve bu nedenle bireylerin bu deneyime karşı derin bir özlem duyduklarını ortaya koymaktadır [142]. Bu bireyler, hayal kurma eylemini uzatma veya tekrarlama ihtiyacı hissetmekte, bazıları uyandıklarında hemen fantezi dünyalarına dalma ya da hayalleri kesintiye uğradığında bu fantezilere devam etme arzusu hissetmektedirler [3].

UHK'nin en önemli özelliklerinden biri olan *yearning* (hayal kurmaya duyulan yoğun özlem ve bu zihinsel faaliyetle meşgul olmanın verdiği haz) faktörünün, DSM-5'teki herhangi bir bağımlılığın önemli bir semptomu olan *craving* ile örtüştüğünü belirten Somer (2018), UHK'nin davranışsal bağımlılık açısından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir [9].

UHK'nin, dijital oyun bağımlılığı ya da aşırı internet kullanımı gibi davranışsal bağımlılıklar ile benzer özellikler taşıdığı ve bir davranışsal bağımlılık olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu bozukluklarda olduğu gibi, UHK'nin de sürekli zihinsel meşguliyet, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma ve nüksetme belirtileri gösterdiği belirtilmektedir [18]. UHK'nin ayrıca problemli internet oyunlarına benzer bir *escapism* (kaçış) biçimi olarak tanımlandığı, bu bağlamda, UH olan bireylerin, gerçek yaşam zorluklarından kaçmak ve alternatif kimlikler yaşamak için fantezi dünyalarına sığındıkları belirtilmekte; bu tür *escapism* (kaçış) davranışlarının, bağımlılık benzeri belirtiler ortaya çıkararak bireylerin günlük işlevselliklerini ciddi şekilde etkileyebildiği ifade edilmektedir [18-21].

UHK bireylerin gerçek hayattan uzaklaşarak uzun süreler boyunca yoğun hayal dünyasına çekilmesi ve bu süreçte sosyal, akademik ve mesleki işlevlerinin ciddi oranda bozulması ile karakterize olup, bu durum, bağımlılıkların tipik özelliklerinden biri olan kompulsif tekrarlarla benzeşmektedir. UHK’de bireyler, hayal kurma davranışlarını kontrol etme noktasında güçlük çekerler ve olumsuz sonuçlarına rağmen bu davranışa devam etme eğiliminde olurlar [38]. Davranışsal bağımlılıklarda olduğu gibi, UHK’de de hem pozitif hem de negatif pekiştirme süreçleri devreye girer. Pozitif pekiştirme, bireyin hayal dünyasında geçirdiği vakitten haz alması veya tatmin bulmasıdır; hayal kurma süreçleri birey için rahatlatıcı veya kaçış sağlayıcı olabilir. Bunun yanında, negatif pekiştirme, bireyin hayal kurmayı bir tür kaçış stratejisi olarak kullanarak, gerçek hayatın stresi ya da zorlayıcı durumlarından kurtulma ihtiyacı ile bu davranışı sürdürmesi şeklinde kendini gösterir. Bu iki pekiştirme döngüsü, UHK’nin devamlılığına katkıda bulunur ve bireyin bu süreçten çıkışını zorlaştırır [154]. Ayrıca, UHK’nin dijital dünyada geçirilen zaman ile olan ilişkisi, özellikle internet bağımlılığı ve problemli internet kullanımı ile olan bağlantısını güçlendirmektedir. Zsila ve ark.’ları (2019), UHK’de sıkça gözlenen kaçış dürtüsünün, bireylerin aşırı internet kullanımı ile birleşerek dijital bağımlılıklara yatkın hale geldiğini ortaya koymuştur [155]. Bu bağlantı, hayal kurmanın internet üzerinden sürekli olarak beslenmesi, hayal dünyası için kullanılan içeriklerin dijital platformlardan temin edilmesi ve bu yolla gerçek dünya ile bağlantının daha da zayıflaması şeklinde açıklanmaktadır. Davranışsal bağımlılıkların temel özelliklerinden biri olan işlevsellik kaybı, UHK’nin de ana karakteristiğidir. Bireyler, hayal kurma faaliyetlerinin sosyal ilişkilerden, akademik başarıdan ya da mesleki sorumluluklardan daha çekici hale gelmesi ile birlikte bu alanlarda belirgin kayıplar yaşarlar. Günlük hayatta üstlenilen sorumluluklar ertelenir ya da ihmal edilir ve bu durum bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler [20].

2.2.6.4. Obsesif Kompulsif Bozukluklar Bağlamında UHK

Somer (2018), UHK’yi OKB ile ilişkilendirmiş ve UHK’nin tekrarlayan, yoğun hayal kurma dürtüsünü kontrol etmede kronik zorluklarla karakterize olduğunu belirtmiştir. Bu yönüyle UHK, eylem öncesi gerginlik, karşı konulamaz dürtü ve

bazen suçluluk hissini takip eden rahatlama/tatmin gibi özelliklerle kumar bozukluğu ve kleptomani gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla benzerlik taşımaktadır. Ayrıca, SSRI tedavilerinin hem OKB’de hem de kumar bozukluğu ve UHK’de başarılı olması, UHK’nin kompulsif hayal kurma süreçleri ile obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları arasındaki ilişkinin daha fazla araştırılması gerektiğini göstermektedir [9].

2018 yılında Soffer-Dudek ve ark.’larının yaptığı 14 günlük boylamsal çalışmada, 77 kişi (%87’si *UHK eşik değerini aşan, UHK yoğunluğu açısından heterojen bir grup*) incelenmiştir. Bu çalışmada, UHK’nin daha yoğun ve zaman alıcı olduğu günlerde bireylerin daha yüksek düzeyde dissosiyasyon, obsesif-kompulsif semptomlar, depresyon, anksiyete ve olumsuz duygulanım yaşadıkları, obsesif-kompulsif belirtilerin UHK’den önce gelen tek tutarlı belirti olduğu, bu bulguların UHK ve obsesif-kompulsif belirtiler arasında bir kısır döngü olabileceği belirtilmektedir [38].

UHK’deki bazı formların kompulsif ve zaman alıcı fantezi ihtiyacını içerirken, OKB’deki motivasyonların genellikle mükemmelliği sağlama veya korkulan bir sonucu önleme ihtiyacıyla ilgili olduğu, bu sebeple UHK’den farklı olduğu belirtilmektedir. OKB’deki zihinsel kompulsyonların fantezi hikayeleri veya kinestetik hareketler içermediği, bu nedenle UHK’nin, OKB’nin tekrarlayan düşünceler / görüntüler oluşturma ihtiyacından ayrıldığı belirtilmektedir [10].

Salomon-Small ve ark. (2021), UHK ile obsesif-kompulsif spektrum semptomları (OKSS) arasındaki ilişkileri incelemiş ve 510 katılımcı ile yapılan çalışmada önemli bulgular elde etmişlerdir. Araştırma, dissosiyasyon ve kontrol duygusunun UHK ile OKSS arasındaki ilişkiye önemli ölçüde aracılık ettiğini, UHK’nin obsesyonlar ve kompulsyonlarla anlamlı bir ilişkiye sahip olmasına rağmen, obsesyonlarla daha güçlü bir bağlantı gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, dissosiyatif mekanizmaların, özellikle dissosiyatif absorpsiyonun, UHK ve OKSS arasındaki ilişkide kilit bir rol oynadığı, bu mekanizmaların bireylerin gerçekliğe geri dönerken kontrol etme ihtiyacı hissetmelerine yol açabileceği belirtilmektedir. Hem UHK’de hem de OKSS’de kontrol duygusunun eksikliği yaygın bir sorun olarak tanımlanmakta olup, bu durumun her iki bozuklukta da düşüncelerin ve görüntülerin intrusif doğasıyla ilişkili olabileceği, bedenle ilgili obsesyonlar ve kompulsyonların

yüksek oranlarının, UHK ile OKSS’de ortak bir faktör olabileceği ifade edilmektedir [13].

2.2.6.5. Otizm Spektrum Bozuklukları Bağlamında UHK

West ve ark.’larının (2023) çalışmasında, UHK’nin OSB’li bireylerde sıkça görüldüğü ve bu bireylerin yalnızlık, duygu düzenleme zorlukları gibi sosyal ve duygusal sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Çalışmada, OSB’li bireylerin UHK belirtilerini daha yoğun bir şekilde yaşadığı ve bu durumun sosyal işlevselliklerini olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Özellikle yalnızlık duygusunun, OSB’li bireylerde UHK’yi tetikleyen önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir. OSB’li bireylerde UHK’nin tekrarlayıcı davranışlarla iç içe geçtiği ve bu davranışların UHK deneyimlerini derinleştirdiği gözlemlenmiştir. Özellikle müziğin hayal kurmayı artıran bir unsur olduğu, bu bireylerin gerçeklikten koparak hayal dünyalarına daha fazla çekildiği belirtilmiştir. Ayrıca, OSB’li bireylerde UHK’nin yaygın olmasına rağmen, bu bireylerin UHK’nin olumsuz etkileriyle başa çıkma stratejilerinin sınırlı olduğu vurgulanmaktadır. Yalnızlık ve duygu düzenleme zorluklarının UHK’nin şiddetini artırdığı ifade edilmiştir. Sonuç olarak, bu bireylerin UHK ile başa çıkmada zorluk yaşadığı ve hayal dünyalarında tekrarlayan temalar üzerinde yoğunlaştığı ortaya konulmuştur. Bu tekrarlayan temalar ve UHK deneyimleri, bireylerin sosyal ve duygusal işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, UHK’nin OSB’li bireylerde önemli bir sorun olduğu ve tekrarlayıcı davranışların UHK deneyimlerini yoğunlaştırdığı belirtilmiştir. Bu bireylerde tedavi süreçlerinin bu durumlar göz önünde bulundurularak planlanması gerektiği vurgulanmaktadır [16].

West ve ark.’larının (2023) bir diğer çalışmasında, OSB’li bireylerin içsel mental deneyimlerinin doğası ve özellikle UHK fenomeni detaylı bir şekilde incelenmiştir. OSB’li bireylerin hayal gücü kapasiteleri konusunda farklı bulgulara ulaşılmıştır. Bir yandan, bu bireylerin hayal gücü ve yaratıcı düşünme kapasitelerinin sınırlı olduğu belirtilirken, diğer yandan fantezi dünyasına duydukları ilgi ve hayal kurma yoğunluğunun yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmada, OSB’li bireylerin yaratıcı düşünme ve hayal kurma eğilimleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmış, yaratıcı düşünce testleri sonucunda bu bireylerin özgünlük sağladığı ancak belirli şemalar ve

tekrar eden hikaye temalarını kullanma eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Ayrıca, bazı bireylerin çevresel faktörler (örn., müzik) sayesinde hayal kurma yoğunluğunu artırdığı gözlemlenmiştir. Özellikle şiddet veya trajik olay temalarının tekrar ettiği fantezilerde yoğunlaşan bireyler dikkat çekmektedir. OSB’li bireylerin hayal kurma deneyimlerinin sosyal öğrenme ve duygusal işleme süreçlerine etkileri incelenmiş, bazı bireylerin idealize edilmiş fanteziler kurarken, diğerlerinin daha olumsuz ve şiddet içerikli senaryolara yoğunlaştığı görülmüştür. Sonuç olarak, OSB’li bireylerde hayal kurmanın yaratıcılık ve sosyal süreçler üzerindeki etkileri detaylı bir şekilde değerlendirilmiş, bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır [15]

Nauman ve ark.’larının (2023) çalışmasında, UHK’nin OSB’li bireylerde görülen motor stereotipilerle bağlantısı incelenmiştir. UHK, bireylerin yoğun hayal kurma deneyimleri sırasında dış dünyadan kopmaları ve bu süreçte tekrarlayıcı motor davranışlar sergilemeleriyle tanımlanan bir durumdur. Çalışma, UHK’nin motor stereotipilerle ilişkili olabileceğini ve OSB’de görülen motor hareketlerle benzerlikler taşıdığını öne sürmektedir. OSB’li bireylerde yaygın olarak görülen motor stereotipiler, el çırpma, zıplama ve baş vurma gibi tekrarlayıcı motor hareketlerini kapsamaktadır. Bu motor davranışların OSB’li bireylerin bilişsel işlevselliği ve sosyal bağımsızlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı belirtilmiştir. Motor stereotipilerin bilişsel görevleri engelleyici bir rol oynayabileceği vurgulanmış, UHK sırasında görülen tekrarlayıcı motor hareketlerin OSB’deki motor stereotipilerle bazı ortak özellikler taşıdığı ancak her iki durumun farklı gelişimsel mekanizmalara sahip olabileceği ifade edilmiştir. Motor stereotipilerin, OSB’li bireylerde daha derin rutin davranışlarla ilişkili olduğu ve sosyal etkileşimleri ile bilişsel gelişimi olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca, bu motor davranışların stres, kaygı veya duyuşal uyarıcılara tepki olarak geliştiği öne sürülmüştür. Her ne kadar UHK ve OSB’deki motor stereotipiler arasında benzerlikler bulunsa da, her iki durumun farklı nörolojik temellere sahip olabileceği ve motor stereotipilerin OSB’li bireylerde duyuşal uyarıcılara tepkisel olarak ortaya çıkabileceği vurgulanmıştır [17].

2.2.7. UHK ve Ruhsal Esenlik Hali

UHK ile ilgili yapılan araştırmalar, bu bozukluğun çeşitli psikolojik ve duygusal problemlerle güçlü bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. UHK'nin yüksek düzeyde somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkili olduğu, UHK'li bireylerin hayal kurma süreçlerinin, günlük yaşamlarında işlevsellik kayıplarına ve artan duygusal sıkıntılara yol açtığı belirtilmektedir [3]. UHK'daki günlük artışların özellikle olumsuz duygular, utanç ve pişmanlık hissi ile karakterize olduğu, UHK'li bireylerin, yoğun hayal kurma süreçlerine girdiklerinde olumsuz duygularının arttığı, bu duygusal durumların ise UHK semptomlarının şiddetlenmesine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır [38]. Psikolojik sıkıntı yaşayan bireylerin UHK geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu, psikolojik belirtilerin UHK'nin tetikleyici unsurları arasında önemli bir rol oynadığını öne sürölmektedir [39]. UHK, düşük dayanıklılık ile de ilişkilendirilmekte, UHK'li bireylerin, stresli durumlarla başa çıkmada daha az esneklik gösterdiği ve bu tür durumlarda hayal kurma sürecine yönelerek duygusal kaçış sağladıkları belirtilmektedir [40]. UHK'nin bireylerin duygusal düzenleme kapasitelerini sınırladığı ve bu bireylerin olumsuz duygularla başa çıkmak için sıklıkla hayal kurma sürecine başvurdukları belirtilmektedir. Duygu düzenleme sorunları, bireylerin UHK yoluyla kısa vadeli rahatlama arayışında olduğunu, ancak bu kaçışın uzun vadede işlevsel bozulmalara yol açabileceğini göstermektedir [41, 42]. UHK'nin düşük benlik saygısı ve yüksek sosyal kaygı ile bağlantılı olduğu, bu bireylerin, gerçek dünyada sosyal etkileşimlerde zorluk çekerken, hayal kurma yoluyla bu zorluklardan kaçış sağladıkları belirtilmektedir. Düşük benlik saygısı ve yüksek sosyal kaygı, UHK'li bireylerin hayal dünyalarına çekilme eğilimlerini daha da artıran önemli faktörler olarak ifade edilmektedir [44].

Abu-Rayya ve ark'ları (2019), yaşları 18 ile 56 arasında değişen, çocukluk dönemi cinsel istismarından (*childhood sexual abuse / CSA*) kurtulmuş 99 kadın katılımcı ve herhangi bir cinsel istismar geçmişi bulunmayan 95 kontrol katılımcısıyla UHK ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir [73]. Çalışmada UHK-16 kesme puanı [6] kullanılarak, CSA yaşayan kadınların %33'ünün, kontrol grubunun ise %19'unun UH olduğu tespit edilmiştir. Burada, CSA

ve UHK eğilimi arasındaki belirgin bağlantının mevcut az sayıdaki çalışmayı [1, 2] desteklediği ve çocukluk travmasının UHK olasılığını artırabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca çalışmada, UHK-16'da muhtemel UHK tanısı alan CSA mağduru kadınların, kesme puanının altında kalanlara kıyasla daha yüksek derecede sosyal fobi, sosyal izolasyon, depresyon, anksiyete ve psikolojik stres gösterdiği belirtilmektedir. Bu bulgu, UHK ile psikososyal bozulma arasındaki bağlantıya dair mevcut önerilerle de [2, 8] örtüştüğü belirtilmektedir.

Green ve ark. 2020 yılında, 542 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, UHK yapısının ağ analizini ve UHK ile duygusal düzenleme zorlukları arasındaki bağlantıları incelemişlerdir. Çalışmada, UHK semptomlarının genellikle pozitif bir şekilde bağlantılı olduğu ve hayali kontrol etme zorluğunun merkezi bir öge olduğu bulunmuştur. Ayrıca, UHK'nin kinestezi ve müzikle ilgili faktör, özlem faktörü ve bozulma faktörü olmak üzere üç ana bileşene sahip olduğu belirtilmiştir. UHK'nin kontrol zorlukları ile merkezi bir yapıya sahip olduğu ve duygusal düzenleme zorlukları ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bunun yanında, UHK semptomları ile duygusal düzenleme zorlukları arasındaki pozitif ilişkilerin, genellikle daha düşük duygusal düzenleme yeteneği ile daha yüksek UHK derecesi arasında bir bağlantıya işaret ettiği ifade edilmiştir. Sonuç olarak, UHK'nin yönetiminde bilişsel kontrolü hedefleyen müdahalelerin ve duygusal sıkıntıya yanıt olarak esnek stratejiler geliştirmeye yönelik tedavilerin faydalı olabileceği belirtilmiştir [41].

West ve Somer yakın dönemde (2020) yaptıkları çalışmada, sürükleyici (*immersive*) hayal kurma eğiliminde olan bireylere odaklanarak, UHK'nin sürükleyici ve uyumsuz (*maladaptive*) bileşenleri arasındaki örtüşmeleri ve farklılıkları empati, duygusal düzenleme ve yaratıcılık açısından tanımlamayı amaçlamışlardır. Çalışma bulguları, SHK'nin özellikle fantezi karakterlerine yönelik empatiyi artırabileceği, ancak bu empati türünün gerçek hayattaki empati ile doğrudan ilişkili olmayabileceğini göstermektedir. Ayrıca UHK'ye sahip bireylerin sıklıkla depresyon gibi diğer psikiyatrik durumlarla birlikte yaşadığını ve bunun gerçek hayattaki empatik yetenekleri engelleyebileceğini, UHK'nin duygusal düzenleme güçlükleri ile ilişkilendirilmesinin, bu bireylerin zorlayıcı duygusal durumlarla başa çıkmak için hayal kurmayı bir kaçış mekanizması olarak kullandıklarını gösterdiğini dile getirmektedir. Ancak bu kaçışın uzun vadede etkili

bir strateji olmadığını, UHK'li bireylerin günlük görevlerine odaklanmada ve hedeflerini tamamlamada zorlanmalarının UHK'nin yaratıcılık üzerindeki olumsuz etkisi olarak gösterilebileceğini belirtmektedir [42].

Somer ve ark.'larının (2020) çalışması, COVID-19 pandemi sürecinde UHK ve psikolojik sıkıntılar arasındaki ilişkiye dair önemli bulgular sunmaktadır. Bu araştırmada, COVID-19 karantinası sırasında UHK'nin hem yoğunluğunun hem de sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Pandemi, bireylerin daha fazla kesintisiz hayal kurma fırsatı bulduğu bir ortam yaratmış ve bu durum UHK'nin kompulsif doğasını şiddetlendirmiştir. Diğer davranışsal bağımlılıklara benzer şekilde, UHK'nin, geçici rahatlama sağlarken uzun vadede psikolojik işlev bozukluklarına yol açan bir başa çıkma mekanizması olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, UHK'nin bireylerin odaklanma yeteneklerinde belirgin bozulmalara, artan yalnızlık ve depresyona, ayrıca günlük sorumluluklarını yerine getirmede zorlanmalara neden olduğu vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra, mevcut psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin (örneğin anksiyete veya depresyon) pandemi stresi altında hayal kurma dürtüsünün daha güçlü olduğu ve bu davranışı kontrol etmede daha fazla zorlandıkları rapor edilmiştir. Bu durum, UHK'nin diğer psikolojik bozukluklarla birlikte ortaya çıkmakla kalmayıp, aynı zamanda artan duygusal stres altında kötüleştiğini göstermektedir. Dolayısıyla, UHK'nin yalnızca bir kaçış stratejisi değil, aynı zamanda bireylerin duygusal düzenleme güçlüklerine katkıda bulunan önemli bir etken olduğu ifade edilmiştir [156].

Sandor ve ark.'larının (2021) 717 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, UH'ler ve kontrol grubu arasındaki bağlanma özelliklerini ve duygusal düzenleme zorluklarını incelemişlerdir. Çalışmada, UH'lerin 'kararsız – korkulu' bağlanma stilini, kontrol grubunun ise 'güvenli – bağımsız' bağlanma stilini sergilediği belirtilmiştir. UH'lerin, ilişkilerde daha az güven duyduğu, daha fazla kararsızlık yaşadığı, kendilerini diğerlerinden daha az değerli gördüğü belirtilmiştir. Duygusal düzenleme güçlükleri açısından, UH'lerin tüm alt ölçeklerde kontrol grubundan daha yüksek puanlar aldığı, bu alt ölçekler arasında duygusal tepkilerin kabul edilmemesi, hedefe yönelik davranışlarda zorluklar, dürtü kontrolü zorlukları, duygusal farkındalık eksikliği, duygusal düzenleme stratejilerine sınırlı erişim ve duygusal netlik eksikliği yer aldığı belirtilmektedir. Bu bulgular, UH'lerin erken bağlanma

deneyimlerinin bu bozukluğun gelişiminde önemli bir rol oynadığını gösterdiği, UH'lerin, gerçek yaşam ilişkilerinden uzaklaşarak, fantezi dünyasında daha güvenli ve kontrol edilebilir ilişkiler kurduğu, bu kaçışın zamanla işlevsel bozukluklara ve duygusal düzenleme güçlüklerine yol açabildiği belirtilmektedir. Özetle, UHK'nin tedavisinde bağlanma sorunlarını ele almanın ve duygusal düzenleme stratejilerini geliştirmenin önemli olduğu, erken bağlanma deneyimlerinin ve duygusal düzenleme güçlüklerinin UHK'nin etiyolojisindeki kritik rolünü vurgulamaktadır [43].

Somer ve ark.'larının (2021) yaptığı çalışmada, UHK'nin özellikle duygusal düzenleme zorlukları ve travmatik geçmişlerle yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Araştırma, travmatik deneyimler yaşamış bireylerde UHK'nın, zorlayıcı duygusal durumlarla başa çıkmak için bir kaçış stratejisi olarak kullanıldığını ortaya koymaktadır. Bu kişiler, travmanın getirdiği yoğun duygusal yüklerle baş etmekte zorlandıkları için, hayal dünyalarına sığınarak gerçek dünyanın olumsuzluklarından uzaklaşma eğilimindedirler. Hayal kurma sürecini, gerçek hayatta karşılaştıkları zorlayıcı duygusal deneyimlerden kaçmanın bir yolu olarak görmektedirler. Bunun yanı sıra, çalışmada kişilik özellikleri açısından bakıldığında, UHK'nin özellikle duygusal dengesizlik (*neuroticism*) gibi kişilik özelliklerine sahip bireylerde daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Duygusal dengesizliği olan bireyler, genellikle zorlayıcı duygularla başa çıkmakta güçlük çekerler ve bu durum onların UHK'ya başvurma olasılığını artırır. Ayrıca, bu bireylerin hayal kurma süreçleri üzerinde kontrol sağlama konusunda da zorlandıkları vurgulanmıştır. Sonuç olarak, UHK'nın bir davranışsal bağımlılık olarak ele alınabileceği ve bireylerin gerçek hayatın getirdiği zorluklardan kaçmak için bu tür zihinsel süreçlere yöneldiği belirtilmiştir [47].

Ghinassi ve ark.'larının (2023) çalışmasında, kırılğan narsisizm ve büyüklenmeci narsisizm gibi farklı narsisizm türlerinin UHK ile olan ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmada kırılğan narsisizme sahip bireylerin, genellikle utanç ve düşük özsaygı gibi duygusal zorluklarla başa çıkmakta zorlandıkları ve bu duygusal yüklerden kaçmak için UHK'ye daha fazla başvurdukları belirtilmiştir. Kırılğan narsisistik bireyler, bu zorluklarla başa çıkmada zorlandıkları için, hayal kurmayı bir kaçış stratejisi olarak kullanırlar. Bu hayal kurma süreci, onlara gerçek dünyadaki duygusal acıdan geçici bir rahatlama sağlar. Büyüklenmeci narsisizm sahibi

bireylerde ise UHK'ye başvurma eğilimi daha düşük düzeyde gözlemlenmiştir. Büyüklenmeci narsisizme sahip bireyler genellikle kendilerini üstün hissetme ve başkalarıyla rekabet etme arzusu taşır, ancak bu arzularını gerçek dünyada gerçekleştirme eğiliminde oldukları için UHK'ye daha az başvururlar. Çalışma, kırılgan narsisizm ile UHK arasındaki bu ilişkiyi, utanç duygularıyla başa çıkma stratejilerinin bir yansıması olarak görmektedir. Bu bireyler, hayal kurma süreçleri aracılığıyla utanç ve yetersizlik duygularından kaçma eğilimindedir. Dolayısıyla, UHK'nin kırılgan narsisizmi olan bireylerde, duygusal düzenleme zorlukları ile olan bağlantısını güçlendirdiği belirtilmiştir [49].

Pietkiewicz ve ark.'larının (2023) çalışması ise narsisistik kişilik bozukluğu (NKB) olan bireylerde UHK düzeylerinin, diğer klinik ve klinik dışı gruplara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Araştırmada, narsisistik kişilik bozukluğu olan bireylerin hayal kurma süreçlerini, gerçek dünyadaki duygusal ve sosyal zorluklarla başa çıkmak için kullandıkları ortaya konmuştur. Özellikle kırılgan narsisizm türüne sahip olan bireylerde, UHK'nin en güçlü öngörücüsü olduğu belirtilmiştir. Bu bireyler, hayal dünyalarına sığınarak, gerçek hayatın getirdiği duygusal zorluklardan kaçmakta ve kendilerini daha güvenli hissetmektedirler. Araştırma, NKB hastalarının tedavisinde UHK'nin önemli bir faktör olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. NKB olan bireyler, kendilerini üstün hissetme ve başkalarıyla rekabet etme ihtiyaçlarını hayal kurma süreçleri aracılığıyla tatmin edebilirler. Bu bağlamda, UHK bu hasta grubunda gerçek dünyadan kaçışın bir aracı haline gelebilir. Çalışmada ayrıca, UHK'nin bu bireylerde bilişsel kontrol müdahaleleri ile ele alınmasının önemli olduğu belirtilmiştir. NKB hastalarında UHK'nin sadece duygusal düzenlemeyi değil, aynı zamanda sosyal ilişkilerdeki işlevselliği de olumsuz etkileyebileceği vurgulanmıştır [48].

2.3. Nörogelişimsel Bozukluklar

2.3.1. Genel Bilgiler

Nörogelişimsel bozukluklar, beyin gelişiminin çeşitli faktörlerden etkilenecek farklılaştığı, nörolojik ve psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkan gelişimsel bozukluklardır. Bu bozukluklar arasında doğuştan gelen sinirsel anormallikler,

mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve bazı epileptik sendromlar yer alır. Bu tür bozukluklar, genellikle erken çocukluk döneminde belirtilerini göstermektedir [157, 158].

Bu bozuklukların en belirgin özelliği, belirtilerinin ergenlik öncesinde başlamasıdır. İnsan gelişiminin psikolojik ve motor özellikleri, bu bozuklukların semptomlarının ortaya çıkışını etkiler. Bu nedenle, bu bozuklukların değerlendirilmesi için psikomotor ve psikolojik gelişimin iyi anlaşılması gereklidir. DEHB, otizm spektrum bozuklukları, zeka geriliği ve konuşma ile öğrenme bozuklukları gibi durumlar gelişimsel olup kronik bir seyir izlerler. Bu kronik seyir, bu bozuklukları, ergenlikten sonra başlayan ve genellikle tam iyileşme ile ilerleyen bipolar bozukluk veya multiple skleroz gibi döngüsel klinik durumlardan ayırt eder. Bu bozukluklar çoğunlukla erkekleri daha fazla etkiler. Prevalans oranları incelendiğinde erkeklerde daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu durum, kızların hem intrauterin dönemde hem de doğumdan sonra daha hızlı nörogelişim göstermesiyle tutarlıdır. Erkeklerde nöral gelişimin daha uzun sürmesi ve yavaş olgunlaşması, bu sürecin dış faktörlere maruz kalma ve dolayısıyla bozulma riskini artırmaktadır [157-159].

Nörogelişimsel bozuklukların yol açtığı eksiklikler ve engeller, öğrenme ve iletişim gibi belirli alanlarda sınırlamaların görüldüğü özel öğrenme güçlüklerinden, bilişsel işlevler ve sosyal iletişimin ciddi şekilde etkilendiği zihinsel engellere ve sosyal iletişimin büyük ölçüde etkilendiği otizm gibi bozukluklara kadar geniş bir yelpazede çeşitlilik gösterir [160].

2.3.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.3.2.1. Genel Bilgiler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); çocukluk döneminde başlayıp yetişkinliğe kadar devam edebilen bir nörogelişimsel bozukluktur ve kişinin gelişimsel seviyesi ile uygun olmayan dikkat eksikliği ve/veya belirgin hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterizedir [7]. DEHB, bilişsel, akademik ve sosyal işlevselliği olumsuz etkileyerek [7], bireylerin akran reddi, kazalardan kaynaklanan yaralanmalar, suç davranışı, okul ve iş hayatında başarısızlık gibi çeşitli işlevsel

bozukluklar açısından risk altında olmalarına neden olur [161]. Yetişkinlikte en belirgin semptomlar arasında günlük aktiviteleri planlamada zorluk, aşırı huzursuzluk ve zararlı dürtüsellik yer alır. Bu belirtiler, bireylerin iş yaşamını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiler [162].

DEHB tanı kriterleri arasında olmamakla birlikte, son dönemde zihin gezinmesi (mind wandering) fenomeni de dikkat çekmektedir. Zihin gezinmesi, kişinin dikkatinin elindeki görevden bilinçsizce ya da istemsizce içsel düşüncelere kaymasıyla ortaya çıkan bir durumdur. Bu fenomen, DEHB'deki dikkatsizlik semptomlarıyla yakından ilişkilidir ve bireylerin dikkatlerini bir görev üzerinde tutma yeteneklerini olumsuz etkileyerek işlevsel bozukluklara yol açabilir. Zihin gezinmesi, DEHB'li bireylerde daha sık görülmekte olup, bu bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde performanslarını olumsuz yönde etkileyebilir [129]. Ayrıca, zihin gezinmesi DEHB'li bireylerde spontane ve kontrol edilemeyen bir süreç olarak ortaya çıkmakta ve bu bireylerin kişisel, akademik ve mesleki alanlarda ek zorluklarla karşılaşmalarına neden olabilmektedir [163]

2.3.2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Amerika, Avrupa ve Orta Doğu'daki 10 ülke üzerinde yapılan bir çalışmada, 18 – 44 yaş arası yetişkinlerde DEHB prevalansı %1.1 ile %7.3 arasında değişmektedir [164]. Bu farklı prevalans oranları, popülasyon ve kültürel özelliklerdeki farklılıklar, metodolojik farklılıklar ve kullanılan tanı kriterlerindeki değişkenlik ile açıklanabilir [165]. Wilcutt tarafından 2012 yılında 86 çocuk ve ergen çalışması ve 11 yetişkin çalışması dahil edilerek gerçekleştirilen meta – analizde [166];

- çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansının %5,9 – 7,1 arasında olduğu
- yetişkinlerde DEHB prevalansı %5 olduğu
- yetişkin DEHB'nin erkeklerde kadınlara göre daha yaygın (1.6:1) olduğu belirtilmiştir.

Ayrıca, DEHB belirtilerinin erişkinlikte de sürdüğü tespit edilmiş, Simon ve ark. 2009 yılındaki meta – analiz çalışmasında, 19 – 45 yaş arası yetişkinler arasında DEHB prevalansının %2,5 olduğu bulunmuştur [167]. DEHB'nin dikkat eksikliği

baskın tipinin yetişkinler arasında en yaygın olan (%47) DEHB sunumu olduğu belirtilmiştir [168]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen ‘Dünya Ruh Sağlığı Araştırması’ sonuçlarına göre çalışan nüfusta DEHB prevalansının %3,5 olduğu rapor edilmiştir [169]. Epidemiyolojik çalışmalar, erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik durum ve genç yaşın DEHB prevalansında artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir [170].

NICE (*National Institute of Health and Care Excellence / Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü*) 2018 rehberlerine göre, DEHB’nin genel popülasyona kıyasla belirli gruplarda (*epilepsi hastaları, DEHB aile öyküsü olanlar, nörogelişimsel bozukluğu olanlar, madde kullanım geçmişi olanlar, ruh sağlığı bozukluğu olanlar ve sabıkalı bireyler*) daha yüksek prevalansa sahip olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, bu gruplarla çalışan kişilerin yetişkin DEHB belirtilerinin farkında olmaları, teşhisin atlanmaması açısından önemlidir. Psikiyatrik komorbidite oranları sürekli olarak yüksek bulunmuş olup, %40 ile %80 arasında değişmektedir. Yetişkin DEHB ile en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, öğrenme güçlükleri, duygu durum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları bulunmaktadır [171, 172].

Türkiye’de DEHB epidemiyolojisi alanındaki araştırmalar son 20 yılda artış göstermiş olmakla birlikte, erişkinlerde DEHB sıklığına yönelik kısıtlı sayıda çalışma özel hasta gruplarına yönelik olmuştur.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, DEHB semptomlarının yetişkinlikte de ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir [173]. Bu anlayışı benimseyen epidemiyolojik araştırmalar sonucunda çocuklukta başlama şartı gerektirmeyen “semptomatik yetişkin DEHB” kavramı ortaya çıkmıştır. Song ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilen, 30 ülkenin dâhil olduğu 40 çalışmanın meta – analizi sonucunda çocukluk başlangıçlı DEHB yaygınlığının %2,58, semptomatik yetişkin DEHB yaygınlığının ise %6,76 olduğu bulunmuştur [174]. Bu çalışmalar, DEHB’nin çocukluk döneminde en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biri olmasına rağmen, semptomların erişkinlikte de devam ettiğini ve hatta yeni ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, DEHB’nin tanı ve tedavisinde yaşam boyu bir perspektif benimsenmesi önemlidir.

2.3.2.3. Etiyoloji

DEHB gelişiminde genetik, nöroanatomik, nörokimyasal, çevresel faktörler ile oksidatif stres ve nöroinflamasyon gibi birçok risk faktörü rol oynamaktadır.

1. Genetik Faktörler

Aile ve ikiz çalışmaları, DEHB'nin yüksek kalıtsallık gösterdiğini ortaya koymaktadır. İkiz çalışmalarına göre DEHB kalıtsallığının %77 – 88 arasında olduğu tahmin edilmektedir [161]. Aile çalışmaları, DEHB tanısı alan bireylerin, 1.ve 2. derece akrabalarında DEHB riskinde önemli bir artış olduğunu [175], ebeveynlerinde DEHB riskinde 2 – 8 kat risk artışı olduğunu [176], kardeşlerinde DEHB riskinde 9 kat risk artışı olduğunu [177] göstermektedir. Evlat edinme çalışmaları, DEHB'nin genetik faktörlerden etkilendiğini, biyolojik akrabalarındaki DEHB prevalansının, evlat edinilen ailelere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir [178].

DEHB birçok genetik varyantla ilişkilendirilmiştir. Çalışmalarda;

- dopamin reseptörü D4 (DRD4), dopamin taşıyıcı geni (DAT1), dopamin reseptörü D5 (DRD5), serotonin taşıyıcı geni (5HTT), serotonin 1B reseptör geni (HTR1B) ve sinaptozomla ilişkili protein 25 (SNAP25) polimorfizmlerinin [179, 180],
- norepinefrinin geri alımından sorumlu olan norepinefrin taşıyıcı genin (NET1) ve epinefrin salınımını düzenleyen alfa 2A adrenerjik reseptörün (ADRA2A) [181] DEHB'le ilişkili olduğu ve DEHB gelişiminde rol oynadıkları gösterilmiştir.

Son zamanlarda yapılan genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (*genome – wide association studies / GWAS*), DEHB'de anlamlılığa ulaşan 12 lokusta 304 genetik varyant bulmuş ve bazı lokusların, nörogelişimle ilgili genlerde (örn. DUSP6, SORCS3, FOXP2, STIM1) yer aldığı ve DEHB ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir [182, 183].

2. Nöroanatomik Faktörler

Nörogörüntüleme çalışmaları, DEHB tanılı bireylerde yapısal ve fonksiyonel beyin anomalileri olduğunu göstermiştir. Çalışmalar, DEHB’li bireylerde toplam beyin hacminde ve gri madde hacminde küçülme [184], frontal ve parietal bölgelerde kortikal incelme [185], sol inferior prefrontal korteks, serebellum ve sol inferior parietal bölge aktivasyonunda azalma [186] olduğunu, DEHB semptomları ile toplam beyin hacmi arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu [187], DEHB’de fonksiyonel beyin bölgeleri olan ventrolateral prefrontal korteks (VLPFC), orbitofrontal korteks (OFC) ve dorsolateral prefrontal korteksin (DLPFC), dikkat ve motor kontrol süreçleriyle ilişkili olduğunu [188] göstermektedir.

3. Nörokimyasal Faktörler

Yüksek bilişsel fonksiyonlar, duygusal düzenlenme, öğrenme, bellek ve motor kontrolü kontrol eden ve nörokimyasal ortama son derece duyarlı olan prefrontal korteks (PFC), kaudat ve serebellum bölgelerinin DEHB patogenezinde önemli beyin bölgeleri olduğu, dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterler tarafından düzenlendiği, sinaptik dopamin seviyelerindeki eksiklikle ilişkilendirilen bir hipodopaminerjik bozukluk olarak belirtilmektedir [189]. Dopamin esas olarak ventral tegmental alan (VTA), substantia nigra ve arkuat çekirdekte öncü amino asit tirozinden sentezlenen, motivasyon, ödül, duygusal düzenleme ve inhibitör kontrol gibi önemli süreçlerde rol oynayan bir katekolamindir [190]. Dopamin hipotezine göre, DEHB’li bireylerde dopamin taşıyıcılarının ekspresyonu artmakta ve bu durum hücre dışı dopamin seviyelerinin azalmasına yol açmaktadır [191]. DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar (metilfenidat vd.) dopamin taşıyıcılarını bloke ederek dopamin seviyelerini artırmaktadır[192].

4. Oksidatif Stres ve Nöroinflamasyon

Oksidatif stres, hücrelerdeki antioksidanlar ve oksidanlar arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşur. Bu dengesizlik, antioksidan sistemin uygunsuz

fonksiyonunun bir sonucu olarak veya aşırı düzeyde reaktif oksijen türlerinden (ROS) kaynaklanır ve yüksek seviyelerde olması nöronal hasara ve anormal beyin fonksiyonlarına yol açabilir [193]. Çalışmalar, DEHB'li bireylerde normal bireylere kıyasla daha yüksek MDA seviyeleri [194], daha yüksek NO seviyeleri, daha düşük süperoksit dismutaz (*antioksidan*, SOD) aktivitesi [195] yüksek oksidatif stres indeksi (OSI), yüksek toplam oksidan seviyesi (TOS), düşük toplam antioksidan durumu (TAS), düşük PON-1(*antioksidan*) ve ARE(*antioksidan*) aktivitesi düzeyleri [196] olduğunu göstermiş ve DEHB'deki oksidatif dengesizlik durumunu belirtmişlerdir.

Merkezi sinir sisteminde (beyin ve omurilik) meydana gelen enflamatuar yanıtı ifade eden nöroinflamasyon, proteaz, glutamat, reaktif oksijen türleri (ROS), nitrik oksit (NO) ve proinflamatuvar sitokinlerin artışı ve mikroglia hücrelerinin aktif hale gelmesiyle tanımlanır [193]. Proinflamatuvar sitokinlerin artışının sinaptik plastisiteyi, nörojenezi, dopaminerjik ile noradrenerjik sistemleri etkileyebildiği, IL – 6'nın beyindeki dopamin seviyesini azalttığı ve antioksidan savunmanın zayıf olması durumunda dopaminin oto – oksidasyona duyarlı olduğu gösterilmiştir [197, 198]. Bu nedenle, proinflamatuvar ve antiinflamatuvar sitokinlerdeki değişikliklerin DEHB patogenezinde etkili olabileceği düşünülmektedir [199]. DEHB tanılı bireylerde yapılan çalışmalar, daha düşük TAS, TOS, TNF – α , OSI, IL1 – β ve IL – 6 seviyelerini ve özellikle TOS ve IL – 6'nın DEHB'yi öngörmede etkili olduğunu göstermiştir [200, 201]. DEHB'nin, astım ve atopik dermatit gibi otoimmün bozukluklarla yüksek komorbidite göstermesi ve alerjik hastalıkların genellikle kronik inflamasyon içermesi, immün sistemin DEHB üzerinde nöropatolojik etkisi olabileceğini düşündürmektedir [202]. Prenatal inflamatuvar mekanizmalar da DEHB patogenezinde etkili olup, maternal immün aktivasyon ve proinflamatuvar sitokinlerin artışı, gelişmekte olan fetüsün merkezi sinir sistemini etkileyerek nörogelişim sorunlarına yol açabilir [203]. Maternal kronik hastalıklar ile DEHB riski arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar, romatoid artrit, astım ve multipl skleroz gibi hastalıkların çocuklarda daha yüksek DEHB riski ile ilişkili olduğunu ve otoimmün hastalık öyküsünün DEHB riskinde artışa neden olduğunu göstermektedir [204, 205].

5. Çevresel Faktörler

Çevresel faktörlerin DEHB gelişimine katkısının %20-30 arasında olduğu tahmin edilmektedir [206]. Anne stresi, hamilelik sırasında sigara veya alkol tüketimi, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı DEHB ile ilişkilendirilmiştir [207]. Ayrıca, çocukluk döneminde poliklorlu bifeniller, kurşun ve organofosfat pestisitlere maruz kalma, DEHB riskini artırmaktadır [208, 209].

Çinko, demir, magnezyum ve iyot gibi minerallerin eksiklikleri ve yetersiz PUFA (*poly unsaturated fatty acids / çoklu doymamış yağ asidi*) alımının DEHB gelişiminde önemli etkileri olduğu düşünülmektedir [165]. Düşük çinko ve ferritin düzeylerinin hiperaktivite semptomlarında artış ile ilişkili olduğu gösterilmiş ve bu minerallerin dopamin metabolizmasında önemli görevlerinin olduğu ve eksikliklerinin dopaminerjik iletimde bozulmalara yol açarak DEHB gelişimine neden olabileceği belirtilmiştir [210]. DEHB tanılı bireyler ile sağlıklı kontrollerin lipid profillerinin incelendiği bir çalışmada, DEHB'li bireylerde plazma fosfolipidleri ve eritrositlerde omega – 3 yağ asitleri oranı düşük, doymuş yağ asidi oranı ise yüksek bulunmuştur. Ayrıca, DEHB grubunda doymuş yağ alımının %30 daha fazla olduğu görülmüştür [211]. Batı tipi beslenme ile DEHB ilişkisini araştıran bir çalışmada, daha fazla yağ, rafine şeker ve sodyum tüketen çocuklarda DEHB riskinin arttığı tespit edilmiştir [212]. Diyet kalıpları ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta – analiz çalışmasında, yüksek miktarda sebze, meyve ve tam tahıl tüketiminin DEHB riskini azalttığı, yüksek miktarda rafine şeker ve doymuş yağ tüketiminin ise DEHB riskini artırdığı bildirilmiştir [213]. Meyve, sebze, balık ve baklagiller ile magnezyum, çinko ve fitokimyasallar gibi mikro besinlerin tüketimini içeren sağlıklı bir diyet modelinin DEHB riskini %37 oranında azalttığı, Batı tarzı diyet modelinin ise DEHB riskini artırdığı tespit edilmiştir [214].

Yapay gıda boyaları ve koruyucuların fazla tüketiminin DEHB gelişiminde etkili olabileceği düşünülmekte olup, çocuklarda gıda katkı maddelerinin hiperaktif davranışa etkisini araştıran bir çalışmada, yapay renklendiriciler ve sodyum benzoat verilen grupta hiperaktif davranışların arttığı gözlenmiştir [215].

Aile ortamı, çocuklarda DEHB gelişiminde önemli bir faktördür. DEHB tanılı çocukların ailelerinde, sağlıklı çocukların ailelerine kıyasla kronik aile çatışması,

ebeveyn psikopatolojisi ve zayıf aile uyumunun daha sık görüldüğü ve düşük ebeveyn eğitimi, tek ebeveynli aileler ve düşük sosyoekonomik durumun çocuklarda DEHB riskini artırdığı belirtilmektedir [216].

2.3.2.4. Klinik Belirtiler ve Tanı Kriterleri

DEHB tanısı, klinik değerlendirmeye dayanmakta olup DSM-5 [7] ve ICD-11 [85] gibi tanısal sınıflandırma sistemlerine göre yapılır.

DSM-5, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/impulsivite olmak üzere iki semptom boyutu belirler ve bu da bozukluğun üç farklı sunumunu tanımlar: hiperaktif/dürtüsel tip, dikkat eksikliği baskın tip ve bileşik tip. Çalışmalar, en yaygın olarak bileşik tip ve dikkat eksikliği baskın tipin gözlemlendiğini göstermektedir [166, 217]

DSM-5'in kriterleri arasında şunlar bulunur:

1. Semptomların varlığı: Çocuklar ve ergenler, dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/impulsivite alanlarında belirtilen dokuz semptomdan en az altısını göstermelidir. 17 yaş ve üzerindeki bireyler için, her iki alanda en az beş semptom gereklidir. Semptomların en az 6 ay boyunca devam etmesi ve gelişim seviyesine göre tutarsız olması esastır. Semptomlar, muhalif davranışın veya görevleri anlama eksikliğinin bir göstergesi olmamalıdır.
2. Başlangıç yaşı: Semptomlar 12 yaşından önce başlamalıdır.
3. Yaygınlık: Semptomlar birden fazla ortamda mevcut olmalıdır. Semptomların sadece tek bir ortamda bulunması, yanlış pozitif bir tanıya işaret edebilir.
4. Bozulma: Semptomlar, sosyal, akademik veya mesleki işlevselliği açıkça bozmalı veya azaltmalıdır.
5. Hariç tutma kriterleri: Semptomlar başka bir mental durum veya ilaç kullanımından daha iyi açıklanmamalıdır.

DEHB değerlendirmesi, hastalar ve diğer bilgilendiren kişiler (ebeveynler, aile üyeleri ve öğretmenler) ile klinik görüşmelerden oluşmalıdır. Hastanın okul veya işlevselliği, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, tıbbi ve gelişimsel geçmişi hakkında ayrıntılı bilgi alınmalıdır [7].

2.3.2.5. DEHB ve Zihin Gezinmesi

Zihin gezinmesi, bilişsel psikolojinin önemli konularından biri olup, 1960'ların başlarından itibaren araştırılmaya başlanan ve bireylerin dikkatlerinin mevcut görevden uzaklaşarak içsel düşünceler ve hayal kurma gibi süreçlere kayması olarak tanımlanan bir fenomendir. İlk dönemlerde, zihin gezinmesi genellikle rastgele ve anlamsız bir süreç olarak değerlendirilirken, ilerleyen yıllarda yapılan araştırmalar, bu fenomenin aslında belirli bilişsel ve sinirsel süreçlerle derin bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur [64, 218]. Zihin gezinmesi, dikkat ve bellek süreçleriyle yakından ilişkilidir ve bu fenomen, bilişsel süreçlerin dinamik bir parçası olarak değerlendirilir [218]. Zihin gezinmesi çoğunlukla bireylerin kişisel hedefleri, gelecekteki planları ve geçmişe yönelik değerlendirmeleri ile ilişkilidir [219]. Bu kavramsal gelişim, zihin gezinmesinin sadece bir dikkat dağılması değil, aynı zamanda bilinçli düşünme süreçlerinde önemli bir rol oynayan bir bileşen olarak kabul edilmesine yol açmıştır [220].

Bu fenomenin bir diğer önemli yönü, hayal kurma ile olan kavramsal bağlantısıdır. Zihin gezinmesi ve hayal kurma, her ikisi de bireyin içsel dünyasına yönelik düşünce süreçlerini içerir, ancak önemli bir fark, zihin gezinmesinin genellikle istemsiz ve kontrolsüz bir şekilde ortaya çıkmasıdır. Hayal kurma ise, daha çok kişinin kontrolünde olan ve genellikle geleceğe yönelik planlama veya geçmişini değerlendirme amacı taşıyan bir süreçtir. Zihin gezinmesi ve hayal kurma, benzer düşünce süreçlerine sahip olsalar da, zihin gezinmesinin kontrolsüz ve istemsiz doğası, hayal kurmadan belirgin şekilde ayrılmasını sağlar [219, 220]. Bu bağlantı, zihin gezinmesinin hem günlük yaşamda hem de psikolojik süreçlerde oynadığı rolü daha iyi anlamamızı sağlar.

Zihin gezinmesinin bu özellikleri, özellikle Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile olan ilişkisi bağlamında daha da önemli hale gelir. DEHB, çocukluk çağında başlayan ve yetişkinlikte de devam edebilen bir nörogelişimsel bozukluk olarak tanımlanır ve dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterizedir. DEHB'li bireylerde, zihin gezinmesi fenomeni oldukça yaygındır ve bu durum, bireylerin dikkatlerini bir görev üzerinde tutma yeteneklerini olumsuz etkileyerek, onların akademik, mesleki ve sosyal performanslarını düşürebilir [30,

129]. DEHB'nin dikkatsizlik alt tipi, zihin gezinmesi fenomeniyle sıkı bir ilişki içindedir ve bu durum, bireylerin günlük işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebilir [129, 221]. Zihin gezinmesinin DEHB'deki etkisi, bireylerin düşüncelerinin sürekli olarak mevcut görevden sapmasına yol açarak, dikkat dağınıklığını ve yürütücü işlev bozukluklarını artırabilir [64, 163]. Bu fenomen, DEHB semptomlarını ağırlaştıran bir etken olarak değerlendirilmektedir.

DEHB'nin dikkatsizlik alt tipi, bireylerin odaklanma, organizasyon ve görev tamamlama yeteneklerinde belirgin zorluklar yaşadığı bir klinik tabloyu tanımlar. Bu alt tipteki bireyler, sıklıkla zihinlerinin başka düşüncelere kaydığını ve günlük görevler sırasında bile dikkatlerini sürdürmekte zorlandıklarını bildirirler. Zihin gezinmesi, bu tür bir dikkat dağınıklığını tetikleyen ve sürdüren önemli bir faktör olarak görülmektedir. Zihin gezinmesi, DEHB'li bireylerde istemsiz bir süreç olarak ortaya çıkar ve bu bireylerin düşüncelerinin sürekli olarak mevcut görevden sapmasına neden olur. Bu durum, onların akademik ve profesyonel hayatlarında performanslarını olumsuz yönde etkilerken, aynı zamanda sosyal ilişkilerinde de sorunlara yol açabilir [163].

Her ne kadar zihin gezinmesi DEHB'nin çekirdek belirtilerinden biri olarak kabul edilmese de, bu fenomenin DEHB'nin genel klinik tablosu üzerindeki etkisi büyüktür. Zihin gezinmesi, DEHB'li bireylerde artan dikkat dağınıklığı, azalan yürütücü işlevler ve duygusal düzensizliklerle bağlantılıdır. Bu durum, DEHB'nin klinik tablosunu karmaşıklaştırmakta ve tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Zihin gezinmesi, DEHB'nin patolojik yönlerini artıran bir etken olarak ele alınmakta ve bu nedenle, DEHB tedavisinde dikkate alınması gereken önemli bir fenomen olarak görülmektedir [30, 163].

2.3.3. Otizm Spektrum Bozukluğu

2.3.3.1. Genel Bilgiler

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), bireylerin sosyal iletişim, etkileşim ve davranışlarında belirgin farklılıklar gösterdiği nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır [7]. Bu bozukluk, sosyal etkileşimde sınırlılıklar, tekrarlayıcı davranışlar ve daralmış ilgi alanları gibi belirtilerle karakterize edilmektedir. OSB,

çocukluk döneminde başlayan ve hayat boyu devam eden bir durum olup, bireylerin sosyal etkileşimde bulunma, dil kullanma ve çevrelerindeki dünyayı anlama biçimlerini etkilemektedir [222]. OSB, geniş bir yelpazede farklı semptomlar sergileyen heterojen bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. “Spektrum” ifadesi, bu bozukluğun yalnızca belirli bir grup semptomla sınırlı kalmayıp, sosyal iletişim eksikliklerinden tekrarlayıcı davranışlara kadar uzanan ve bireyden bireye büyük ölçüde değişen semptomlarla kendini gösterebileceğini ifade etmektedir [223]. Bu tanımlama, OSB’nin farklı alt gruplarını da (örn., yüksek işlevli otizm) kapsar; artık bu gruplar ayrı ayrı değerlendirilmek yerine tek bir bozukluk olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda, OSB’nin yaygınlığını belirlemede kullanılan ölçütler, bireylerin spektrum üzerindeki konumlarına göre değişen destek ve müdahale hizmetlerine duyulan ihtiyacı da ortaya koymaktadır [224].

Otizm spektrum bozukluğunun geniş yelpazesi içinde, belirtilerin şiddeti ve doğası farklı fenotiplerle tanımlanabilir. Geniş otizm fenotipi (*broader autism phenotype, BAP*), spektrumun en hafif uçlarını temsil eder ve bu bireylerde sosyal ve iletişimsel zorluklar daha hafif düzeyde seyreder [223]. Orta otizm fenotipi (*medium autism phenotype, MAP*), sosyal etkileşimlerde belirgin zorluklar yaşanmasına rağmen bireylerin bağımsız yaşam fonksiyonlarını sürdürebildiği durumu ifade eder. Dar otizm fenotipi (*narrow autism phenotyp, NAP*) ise spektrumun en ağır uçlarını temsil eder; bu bireylerde sosyal, iletişimsel ve davranışsal zorluklar belirgin olup, genellikle klinik müdahale gerektirir [223].

2.3.3.2. Epidemiyoloji

OSB prevalansı dünya genelinde artış göstermektedir [223], özellikle gelişmiş ülkelerdeki OSB tanılarında belirgin bir artış görülmektedir [223]. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (*Centers for Disease Control and Prevention*) (*CDC*) verilerine göre, OSB’nin yaygınlığı 2014 yılı itibarıyla her 68 çocuktan birinde görülmekteydi; ancak bu oran daha sonra yapılan araştırmalarda artış göstermiştir [225]. OSB prevalansı ülkeler ve bölgeler arasında farklılık gösterebilmekte, bu durum, tanı kriterlerindeki değişiklikler, artan farkındalık ve tanı araçlarının yaygınlaşması ile ilişkilendirilmektedir [223, 224]. Ayrıca, OSB’nin

erkeklerde daha yaygın olarak görülmesi dikkat çekici bir durumdur; erkeklerdeki prevalans oranı kızlara göre yaklaşık dört kat daha yüksektir [226]. Bu cinsiyet farkı genetik ve biyolojik faktörlerle açıklanmaya çalışılmış, ancak kesin nedenler hala tam olarak anlaşılamamıştır [223, 227].

2.3.3.3. Etiyoloji

OSB nedenleri tam olarak anlaşılamamış olsa da genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşim içinde olduğu düşünülmektedir [32, 228, 229]. Genetik faktörlerin OSB’de önemli bir rol oynadığı bilinmektedir; ikiz ve aile çalışmaları, OSB’nin kalıtsal olduğunu ve genetik faktörlerin OSB’ye yatkınlık oluşturduğunu göstermektedir [229]. Örneğin, tek yumurta ikizlerinde OSB görülme olasılığı, çift yumurta ikizlerine kıyasla daha yüksektir, bu da genetik faktörlerin etkisini işaret eder. Ayrıca, çeşitli genetik mutasyonlar ve kromozom anomalileri de OSB ile ilişkilendirilmiştir [228]. Çevresel faktörler de OSB gelişiminde rol oynayabilir; özellikle prenatal dönemde maruz kalınan bazı risk faktörleri (örn., maternal enfeksiyonlar, toksinler, beslenme eksiklikleri) OSB riskini artırabilir [230]. Bununla birlikte, çevresel faktörlerin etkisi genetik yatkınlık ile etkileşime girerek OSB gelişimine katkıda bulunur. Bu karmaşık etkileşim, OSB’nin geniş bir spektrumda ve farklı şiddetlerde ortaya çıkmasına neden olur.

2.3.3.4. Klinik Belirtiler ve Tanı Kriterleri

OSB olan bireylerde sosyal etkileşimlerde güçlük, iletişimde sınırlılıklar ve tekrarlayıcı davranışlar gibi belirtiler yaygındır [231]. Sosyal iletişimdeki güçlükler, OSB’nin temel belirtilerinden biridir ve bu durum bireylerin başkalarıyla etkileşim kurma becerisini büyük ölçüde etkiler. Bireyler genellikle göz teması kurmada zorlanır, duygusal ifadeleri anlamakta ve kullanmakta güçlük çekerler ve başkalarının perspektifini anlamakta zorlanırlar [7]. Ayrıca, tekrarlayıcı davranışlar, aynı aktiviteleri sürekli tekrarlama veya belirli rutinelere sıkı sıkıya bağlı kalma şeklinde kendini gösterebilir. OSB’nin tanısında kullanılan en yaygın araçlardan biri DSM-5 kriterleridir. DSM-5, OSB tanısını koymak için iki ana alan belirler: (1)

sosyal iletişim ve sosyal etkileşimde sürekli eksiklikler, (2) sınırlı ve tekrarlayıcı davranışlar, ilgi alanları veya aktiviteler [7]. OSB tanısı konan bireylerde ayrıca duyuşsal duyarlılıklar da sıkça gözlemlenir; bu durum, bireylerin belirli seslere, dokulara, tatlara veya ışıklara karşı aşırı duyarlı olmasına neden olabilir [232]. OSB tanısı genellikle çocukluk döneminde konulur, ancak bazı hafif vakalarda tanı gecikebilir ve yetişkinlikte konulabilir. Tanı sürecinde Otizm Spektrum Anketi (*Autism Spectrum Quotient*) gibi ölçekler de kullanılarak bireyin semptomları değerlendirilir [227].

2.4. Davranışsal Bağımlılıklar

2.4.1. Genel Bilgiler

Bağımlılık, hem bireysel hem de toplumsal açıdan ciddi sonuçlara yol açan bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Geleneksel olarak bağımlılık, maddelere bağlı gelişen bir durum olarak tanımlanmış olsa da, son yıllarda davranışsal bağımlılık (DB) kavramı da literatürde önemli bir yer edinmiştir. DSM-5'te, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, "Madde Kullanım Bozuklukları" (*Substance Use Disorders*) başlığı altında toplanmıştır. DSM-5, madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı arasındaki ayrımı kaldırmış ve bu iki durumu tek bir bozukluk kategorisi olarak tanımlamıştır. Madde kullanım bozukluklarının tanısal kriterleri arasında, kişinin madde kullanımı nedeniyle yaşamında ciddi sorunlar yaşaması, kontrol kaybı, tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtilerinin varlığı gibi unsurlar yer almaktadır [7]. Bununla birlikte, DSM-5'te "Madde ile İlişkili Olmayan Bozukluklar" kategorisi altında yalnızca "Kumar Oynama Bozukluğu" (*Gambling Disorder*) resmi olarak tanınmıştır. Bu da, DSM-5'in şu an için davranışsal bağımlılıkların çoğunu klinik olarak tanımadığını, ancak belirli durumlarda bu bağımlılıkların (DB) önemli olduğunu göstermektedir. Sosyal medya veya dijital oyun bağımlılığı gibi bağımlılıklar DSM-5'te resmen tanınmasa da, bu konular bilimsel literatürde yoğun bir şekilde araştırılmakta ve tartışılmaktadır [233].

ICD-11 de bağımlılığı benzer şekilde ele alır ve "Madde Kullanım Bozuklukları" (*Disorders Due to Substance Use*) başlığı altında sınıflandırır. Bununla birlikte ICD-11, bağımlılığı daha geniş bir spektrumda ele alarak, farklı

maddelere yönelik bağımlılıklar ile ilgili bozuklukları çeşitli şiddet derecelerine göre sınıflandırır. Ayrıca, ICD-11’de “İnternet Oyun Bozukluğu” (*Gaming Disorder*) resmi olarak tanınmıştır, bu da davranışsal bağımlılıkların ICD-11 kapsamında daha geniş bir şekilde değerlendirildiğini göstermektedir [85].

Davranışsal bağımlılıklar (DB) kavramı, bağımlılık alanındaki gelişmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkmış ve madde dışı bağımlılıkları tanımlamak için kullanılmaktadır. DB, nörobiyolojik olarak madde bağımlılıklarına benzer süreçlere sahip olup, her iki bağımlılık türü de genellikle ödül sistemini etkileyen dopaminerjik yolları içerir. Ancak DB, kimyasal bir maddeye değil, belirli bir davranışa yönelik bir bağımlılığı ifade etmektedir [154]. DB, bireyin belirli bir davranışı kontrol edememesi, tekrar etme zorunluluğu hissetmesi, bu davranışa karşı artan bir tolerans geliştirmesi ve bu davranışı sürdürme isteğinin artmasıyla tanımlanmakta ve bu davranışın sosyal, akademik veya mesleki işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratmasıyla karakterize edilmektedir [234]. En yaygın türleri arasında sosyal medya bağımlılığı, dijital oyun bağımlılığı, patolojik kumar oynama ve alışveriş bağımlılığı gibi bağımlılıklar yer almaktadır [235].

2.4.2. Sosyal Medya Bağımlılığı

Sosyal medya bağımlılığı (SMB), bireylerin sosyal medya platformlarını aşırı ve kontrolsüz bir şekilde kullanmaları sonucunda ortaya çıkan davranışsal bir bağımlılıktır. Bu bağımlılık türü, bireylerin çevrimdışı etkinliklerden uzaklaşmasına, yüz yüze sosyal ilişkilerinin azalmasına ve dijital etkileşimlerin yaşamlarının merkezine yerleşmesine neden olabilir [233]. Sosyal medya bağımlılığı, literatürde davranışsal bağımlılıklar arasında yer almakta ve bağımlılığın yukarıda belirtilen bileşenlerine uygun özellikler sergilemektedir [37].

SMB’nin belirtileri arasında sürekli sosyal medya kullanma isteği, kullanım süresinin giderek artması, sosyal medya ile ilgili sürekli zihinsel meşguliyet, çevrimdışı ilişkilerde azalma ve çevrimiçi etkinliklerin kontrol edilememesi yer alır [236]. Bu bağımlılık türü, özellikle gençler ve ergenler arasında yaygın bir sorun haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar, sosyal medya bağımlılığı ile depresyon, anksiyete, stres ve düşük özsaygı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir

[237]. Bireyler sosyal medya platformlarında sürekli başkalarıyla kendilerini kıyaslamakta, bu da özsaygı düşüklüğüne ve narsistik eğilimlerin artmasına yol açabilmektedir [238].

Sosyal medya platformlarının bireylerin hayatında giderek daha fazla yer alması, bu bağımlılığın toplum üzerindeki etkilerini de artırmaktadır. Sosyal medya bağımlılığı sadece bireysel düzeyde kalmamakta, aynı zamanda toplumsal düzeyde de sorunlara yol açmaktadır. Örneğin, bireylerin sosyal medya aracılığıyla sürekli onay alma arzusu, bu platformları daha fazla kullanmalarına ve bu kullanımı sürdürmelerine neden olur [238]. Ayrıca, sosyal medya bağımlılığı bireylerin akademik ve mesleki performansını da olumsuz etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, sosyal medyada fazla vakit geçiren bireylerin iş ve okul başarılarında düşüş yaşadıklarını göstermektedir [239].

2.4.3. Dijital Oyun Bağımlılığı

Dijital oyun bağımlılığı (DOB), bireylerin dijital oyunları kontrolsüz bir şekilde oynaması sonucunda ortaya çıkan bir bağımlılık türüdür. Özellikle çevrimiçi oyunlar ve özellikle çok oyunculu çevrimiçi rol yapma oyunları (*Massively Multiplayer Online Role-Playing Game; MMORPG*), bireylerde bağımlılık yapıcı bir etkiye sahiptir [240]. DOB, bireylerin sosyal ilişkilerinde bozulmalara, akademik performanslarında düşüşe ve günlük yaşam aktivitelerinde azalmaya yol açabilir [241].

DOB, SMB gibi davranışsal bağımlılıkların temel bileşenlerini taşır. Bireyler, oyun oynama sürelerini kontrol edemezler, oyun oynarken geçici bir rahatlama hissederler ve oyun oynamadıkları zaman huzursuzluk yaşarlar [242]. Özellikle çevrimiçi oyunların sosyal etkileşim sağlama özellikleri, bireylerin oyun içerisinde daha fazla vakit geçirmelerine neden olur. Bu durum, oyun süresinin artmasına ve bireylerin çevrimdışı sosyal ilişkilerinde azalmaya yol açar [243].

DOB, ergenler ve gençler arasında giderek daha fazla yaygınlaşan bir sorun haline gelmiştir. Özellikle 8-18 yaş arası gençler üzerinde yapılan çalışmalarda, patolojik oyun kullanımının psikolojik ve sosyal etkileri gözlenmiştir [244]. Patolojik oyun kullanımının belirtileri arasında, sürekli oyun oynama isteği, oyun oynama

süresinin artması, oyun oynamadıkça huzursuzluk ve sosyal ilişkilerde bozulma yer alır [245].

DOB, aynı zamanda fiziksel sağlık üzerinde de olumsuz etkilere yol açmaktadır. Uzun süreli oyun oynama, fiziksel hareketsizliğe, uyku düzeninde bozulmalara ve çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir [246]. Ayrıca, oyun bağımlılığı bireylerde agresif davranışlara neden olabilir ve sosyal anksiyeteyi artırabilir [247]. Bu nedenle, dijital oyun bağımlılığı hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ciddi bir sorun olarak ele alınmalıdır.

2.5. Ruhsal Esenlik Faktörleri

Ruhsal esenlik, bireyin zihinsel ve duygusal sağlığının bir göstergesi olup, yaşam memnuniyeti, anlam arayışı ve günlük stresle başa çıkma yeteneğini kapsamaktadır [248]. Bireylerin optimal işlevselliğini, duygusal dengeyi ve güçlü sosyal bağları sürdürmesini içeren ruhsal esenlik, sadece psikolojik rahatsızlıkların yokluğu değil, aynı zamanda kendini gerçekleştirme ve yaşamda bir amaç bulma kapasitesini de içerir [249].

Ruhsal esenliğin temel bileşenleri arasında, bireyin duygusal esnekliği ve psikolojik dayanıklılığı önemli bir yer tutar. Ryff'in (1989) önerdiği altı boyutlu modelde ruhsal esenlik; öz-kabul, olumlu ilişkiler, özerklik, çevresel ustalık, yaşam amacı ve kişisel gelişim gibi unsurlarla açıklanır [248]. Bu boyutlar, bireyin yaşamında anlam bulması, güçlü sosyal ilişkiler geliştirmesi ve karşılaştığı zorluklarla etkili bir şekilde başa çıkma kapasitesini geliştirmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

2.5.1. Anksiyete Bozuklukları

Ruhsal esenliği olumsuz etkileyen en yaygın sorunlardan biri anksiyete bozukluklarıdır. DSM-5'e göre, anksiyete bozuklukları bireyin sürekli endişe, korku ve gerginlik yaşadığı psikolojik durumları içerir ve ruhsal esenliğin önemli bileşenlerinden olan duygusal dengeyi ciddi şekilde bozar [7]. ICD-11'de de benzer şekilde, anksiyete bozuklukları bireyin işlevselliğini ve genel ruhsal sağlığını

olumsuz etkileyen yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer alır [85]. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve spesifik fobiler en bilinen anksiyete türleridir. Bu bozukluklar, bireyin günlük yaşamını ve sosyal ilişkilerini ciddi şekilde etkileyerek ruhsal esenliğin düşmesine neden olur.

2.5.2. Depresif bozukluklar

Ruhsal esenliği olumsuz etkileyen en yaygın sorunlardan bir diğeri de depresif bozukluklardır. DSM-5'e göre, depresyon, bireyin sürekli bir üzüntü hali, ilgi kaybı ve enerjisizlik yaşadığı psikolojik bir durum olup, hem kişisel gelişimi hem de sosyal ilişkileri zedeler [7]. ICD-11'e göre ise depresif bozukluklar, bireyin yaşam kalitesini düşüren ve duygusal dengeyi bozan yaygın ruhsal sorunlar arasında yer alır [85].

Depresyonun belirtileri arasında düşük ruh hali, iştah ve uyku bozuklukları, yorgunluk, konsantrasyon kaybı ve intihar düşünceleri yer alır. Bu durumlar bireyin işlevselliğini büyük ölçüde azaltarak ruhsal esenliği tehdit eder.

2.6. Psikolojik Faktörler

Psikolojik faktörler, bireylerin içsel dünyalarını şekillendiren ve çevreyle olan etkileşimlerini belirleyen en önemli unsurlar arasında yer alır. Bu faktörler, bireyin kendini nasıl algıladığı, sosyal ilişkilerde nasıl davrandığı ve yaşamın getirdiği zorluklarla nasıl başa çıktığı üzerinde belirleyici bir role sahiptir. Yalnızlık, benlik saygısı ve narsisizm gibi temel psikolojik özellikler, bireyin kişisel yaşamı ve sosyal çevresi ile olan ilişkilerini derinden etkileyen önemli değişkenlerdir. Bu faktörler, bireyin hem kişisel hem de sosyal bağlamda karşılaştığı stres faktörlerine nasıl yanıt vereceğini belirler. Bu faktörlerin her biri, bireylerin sosyal çevreyle olan ilişkilerinin niteliğini şekillendirdiği gibi, ruh sağlığını da doğrudan etkileyebilir [250, 251].

Özellikle çağdaş toplumlarda yalnızlık ve narsisizm, sosyal medya ve dijital etkileşimlerin artmasıyla birlikte daha belirgin hale gelen psikolojik olgular olarak dikkat çekmektedir. Bireylerin kendilerine yönelik algıları ve sosyal bağlarındaki zayıflamalar, psikolojik stres ve yaşam doyumunda azalmaya neden olabilir [252].

2.6.1. Yalnızlık

Yalnızlık, bireyin sosyal ilişkilerindeki yetersizlik hissi ve bu ilişkilerdeki tatminsizlik ile tanımlanan bir psikolojik durumdur. Weiss (1973), yalnızlığı iki temel kategoride incelemiştir: duygusal yalnızlık ve sosyal yalnızlık. Duygusal yalnızlık, bireyin yakın ilişkilerdeki eksikliğinden kaynaklanırken, sosyal yalnızlık, bireyin topluluk içindeki bağlarının zayıf olmasıyla ilgilidir [253]. Her iki yalnızlık türü de bireyin yaşam tatmini, ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerdeki başarı düzeyi üzerinde derin etkiler yaratır [254]. Kronik yalnızlık, bireylerin sosyal izolasyonunu artırabilir, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olabilir. Yalnızlık, ayrıca fiziksel sağlık üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir; örneğin, yalnızlık hissi yaşayan bireylerde yüksek kortizol seviyeleri ve bağışıklık sisteminde zayıflamalar gözlenmiştir [255]. Yalnızlık ayrıca, bireylerin ölüm riski üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve bu nedenle toplum sağlığı açısından da kritik bir problem olarak değerlendirilmektedir [256].

2.6.2. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin kendi değerine ilişkin genel bir değerlendirme olarak tanımlanır ve bu değerlendirme, bireyin hem içsel dünyası hem de dış çevre ile olan etkileşimleri üzerinde belirleyici bir rol oynar. Benlik saygısı yüksek olan bireyler, genellikle kendilerini daha değerli, başarılı ve sosyal olarak kabul edilmiş hissederken, düşük benlik saygısına sahip bireyler, kendilerine yönelik olumsuz yargılar geliştirir ve sosyal ilişkilerinde daha fazla zorluk yaşarlar [257]. Benlik saygısı, bireyin yaşam tatmini, sosyal kabul ve psikolojik iyi oluş ile güçlü bir ilişki içerisindedir [258]. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde benlik saygısının önemi artar; bu dönemlerde düşük benlik saygısına sahip bireyler, kendilik algılarında bozulma yaşarken, riskli davranışlar sergileme eğiliminde olabilirler [259]. Benlik saygısının düşük olması, bireylerin sosyal ilişkilerde başarısızlık, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlarla karşılaşma riskini artırır [260].

2.6.3. Narsisizm

Narsisizm, bireyin kendine yönelik aşırı bir hayranlık beslemesi, başkalarından sürekli onay araması ve başkalarının duygusal ihtiyaçlarına karşı empati eksikliği göstermesiyle tanımlanan bir kişilik özelliğidir. Narsisizm, psikolojik literatürde genellikle iki alt başlıkta ele alınır: büyüklenmeci (*grandiyöz*) narsisizm ve kırılgan (*vulnerable*) narsisizm [261].

- **Büyüklenmeci Narsisizm:** Büyüklenmeci narsisizm, bireyin kendisini üstün, önemli ve diğerlerinden daha değerli gördüğü bir kişilik yapısıdır. Bu kişiler, genellikle kendilerine yönelik eleştirilere karşı duyarsız olup, kendilerini her zaman haklı görme eğilimindedirler. Büyüklenmeci narsistler, dış dünyada başarı ve beğeni kazanma konusunda yüksek motivasyona sahip olsalar da, bu başarıyı genellikle başkalarını küçümseyerek elde etmeye çalışırlar. Kendilerini büyük görme eğilimleri, kısa vadede başarılı gibi görünmelerine rağmen, uzun vadede sosyal ilişkilerinde sorun yaşamalarına neden olabilir. Bu bireyler, genellikle başkalarının ihtiyaçlarını ve duygularını göz ardı ederek, kendilerine odaklanırlar [262].
- **Kırılgan Narsisizm:** Kırılgan narsisizm ise büyüklenmeci narsisizmden farklı olarak, bireyin kendine yönelik aşırı bir hassasiyet ve kırılganlık hissiyle karakterize edilir. Kırılgan narsistler, dışarıya karşı aşırı savunmacı bir tutum sergilerler ve kendilerine yöneltile eleştirilere karşı aşırı duyarlıdırlar. Bu bireyler, yüzeyde kendilerini güçlü ve üstün göstermeye çalışsalar da, içsel olarak derin bir güvensizlik ve değersizlik hissi taşırlar [263]. Kırılgan narsisizm, genellikle depresyon, anksiyete ve sosyal çekilme gibi psikolojik sorunlarla ilişkilidir. Bu bireyler, kendilerini sosyal ortamlardan izole etme eğilimindedirler, çünkü eleştirilme veya reddedilme korkusu, onların sosyal ilişkilerdeki başarısını olumsuz etkiler [264]. Kırılgan narsistler, içsel olarak sürekli olarak onay ve kabul arayışı içinde olsalar da, bu ihtiyaçlarını karşılayamadıklarında yoğun bir hayal kırıklığı ve öfke yaşayabilirler [265].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Deseni

Bu çalışma, gözlemsel, analitik ve kesitsel bir araştırma modelini benimsemektedir. Çalışmada, rastgele olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Türkiye genelindeki üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir, özellikle İstanbul başta olmak üzere çeşitli şehirlerden öğrenciler dahil edilmiştir. Çalışma, Kasım 2023'ten Mart 2024'e kadar süren ve öğrencilerin akademik takvimine, tatil dönemlerine uyum sağlayacak şekilde planlanmıştır.

3.3. Çalışmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemi, Türkiye'deki çeşitli üniversitelerde önlisans, lisans, yüksek lisans veya doktora programlarında öğrenim gören öğrencilerden oluşmaktadır. Katılımcılar, kolayda ve kar topu örnekleme teknikleri kullanılarak seçilmiştir, bu da çeşitli sosyal ve akademik arka planlara sahip geniş bir öğrenci kitlesine ulaşılmasını sağlamıştır.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Katılımcının 18 – 30 yaş arasında olması
- Katılımcının Türkiye'deki bir üniversitede önlisans, lisans, yüksek lisans veya doktora programına kayıtlı aktif öğrenci olması
- Katılımcının bilgilendirilmiş onam formunu onaylamış olması

3.5. Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri

- Katılımcının bilgilendirilmiş onam formunu onaylamamış olması

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışma, çevrimiçi bir platform olan Google Formlar aracılığıyla yürütülen bir anket çalışmasıdır. Katılımcıların çalışmaya dahil edilebilmesi için, tüm anket sorularını eksiksiz doldurması zorunlu tutulmuştur. Toplamda 10 anket bulunmakta olup, her bir anket tamamlandığında katılımcılar bir sonraki ankete geçebilmektedir. Tüm anketleri tamamlanan formlar, çalışmanın veri setine dahil edilmiştir. Çalışma boyunca ad ve soyad bilgisi toplanmamış, katılımcılardan yalnızca tekrarlı kayıtların önüne geçmek amacıyla bir takma ad veya ad soyad baş harfleri istenmiştir. E-posta bilgisi ise isteğe bağlı olarak alınmıştır. Katılımcılara ulaşım, üniversitelerin resmi sosyal medya kanalları, öğrenci kulüpleri, e-posta listeleri ve akademik danışmanlar aracılığıyla sağlanmıştır.

3.7. Çalışmada Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları

3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda katılımcıların yaş, cinsiyet, kardeş durumu, okumakta olduğu bölüm / yıl, akademik performans düzeyi, kimlerle yaşadığı, alkol/madde/tütün/ilaç kullanım durumu, geçmiş tıbbi ve psikiyatrik sağlık durumu hakkında bilgi edinilmektedir.

3.7.2. Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği

Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği (UHKÖ – 16), uyumsuz hayal kurma değerlendirmesi için oluşturulmuş 16 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir soru için katılımcı, sorunun altında yer alan sıfırdan yüze kadar 10 puanla derecelendirilmiş diyagrama bir işaret koyar ve o deneyimin ne sıklıkta (%0 - %100 arasında) olduğunu belirtir. Ölçek puanı 16 sorunun ortalaması alınarak elde edilir. Ölçek ilk versiyonunda 14 madde ve Arzu, Kinestezi ve Bozukluk olmak üzere 3 alt faktör şeklinde bulunmaktadır [4]. Somer ve ark.'nın çalışmasında 2 madde ve Müzik alt faktörü eklenerek UHKÖ – 16 oluşturulmuştur ve ölçek kesme puanı 50 puan olarak

belirlenmiştir [6]. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2022 yılında Metin ve ark. tarafından yapılmıştır. [5] Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .89 olarak bulunmuştur.

3.7.3. DSM-5 için Erişkin DEHB Tarama Ölçeği

DSM-5 için Erişkin DEHB Tarama Ölçeği (ASRS – 5), yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunu (DEHB) taramak amacıyla oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2021 yılında Genc ve ark. tarafından yapılmıştır. [266] Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.877 olarak bulunmuştur. Ölçek 5’li likert tipi 6 maddeden oluşur ve her madde madde 0 (hiçbir zaman) ile 4 (çok sık) arasında puanlanır. Toplamda 0 ile 24 arasında bir puan elde edilir. Kesme puanı olarak belirlenen 10 puan, bu ölçekten elde edilecek sonucun DEHB tanısı açısından önemli bir gösterge olduğunu ifade eder. Buna göre, 10 ve üzeri puanlar, DEHB lehine değerlendirilmektedir. Bu kesme puanı, ölçeğin hem duyarlılık hem de özgüllük değerlerini dengeleyen bir noktadır; ROC analizleri, bu eşik puanın, DEHB taraması açısından klinik olarak geçerli olduğunu ortaya koymaktadır.

Değerlendirme Yöntemleri:

- Basit Puanlama Yöntemi: ASRS-5, her madde için 0-4 arası bir puanlama ile değerlendirilir ve toplamda 0-24 arası bir puan elde edilir. Bu puan, bireyin DEHB belirtilerinin şiddetini yansıtır. Türkçe geçerlilik çalışmasında belirlenen kesme puanı 10 olup, 10 ve üzeri puanlar DEHB açısından risk grubuna işaret eder. Bu yöntem, daha genel ve hızlı bir tarama aracı olarak kullanılabilir.
- Tescilli Puanlama Yöntemi: İkinci yöntem ise daha ayrıntılıdır ve ROC analizine dayalı olarak belirlenmiş duyarlılık ve özgüllük oranlarına göre yapılır. Bu yöntem, özellikle klinik tanı koyma sürecinde daha kapsamlı bir değerlendirme için kullanılabilir. Bu yöntemde, Ustun ve arkadaşlarının 2017 tarihli çalışmasında belirtilen tabloya dayalı olarak belirlenen eşik değerler kullanılır ve puanlama bu eşiklere göre yapılır.

3.7.4. Otizm Spektrum Anketi

Otizm Spektrum Anketi (OSA), otizm spektrum belirtilerini ölçen bir öz bildirim anketidir ve otizm spektrumundaki farklı fenotipleri değerlendirmek amacıyla kullanılabilir. Bireylerin otistik özelliklerini ölçerken, geniş, orta ve dar fenotipler arasında bir ayrım yapmayı hedeflemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2010 yılında Köse ve ark. tarafından yapılmıştır. [267] Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.64 olarak bulunmuştur.

OSA, 50 maddeden oluşur ve otistik özelliklerin derecesine göre puanlanır. Anketin toplam puanı 50'dir. Anketin bazı sorularının otizmle uyumlu özellikleri (2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 45, 46) 'kesinlikle katılıyorum' veya 'kısmen katılıyorum' şeklinde yanıtlanması 1 puan olarak değerlendirilirken, diğer soruların (1, 3, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 44, 47, 48, 49, 50) 'bazen katılıyorum' veya 'kesinlikle katılmıyorum' şeklinde yanıtlanması 1 puan olarak hesaplanmaktadır.

OSA'nın toplam puanı, bireylerin otistik fenotiplerini değerlendirmede kullanılabilir:

- Geniş Otizm Fenotipi (*Broader Autism Phenotype*): Bu fenotip, genellikle toplam puanı 23-28 arasında olan bireyleri tanımlar. Bu bireyler otistik özellikler sergilemelerine rağmen, sosyal ve iletişimsel işlevlerini sürdürebilirler.
- Orta Otizm Fenotipi (*Medium Autism Phenotype*): 29-34 puan aralığında yer alan bireyler, daha belirgin otistik özellikler sergilerler, ancak hala günlük hayatta belirli işlevsellik seviyelerini sürdürebilirler.
- Dar Otizm Fenotipi (*Narrow Autism Phenotype*): 35 ve üzeri puan alan bireyler, daha ağır otistik özelliklere sahip olabilirler ve bu bireylerin otizm spektrumunda tanı alması olasıdır.

OSA, bu üç fenotipi etkili bir şekilde belirleyebilse de, ölçek daha çok yüksek işlevli otizm (*high functioning autism*) ya da Asperger Sendromu olan bireyler için geliştirilmiştir [223, 227]. Bu nedenle, ağır otistik özellikler sergileyen bireylerin belirlenmesinde yetersiz kalabilir. Özellikle daha ağır otizm belirtileri olan bireylerin,

yalnızca OSA ile tespit edilmesi zor olabilir, çünkü bu ölçek daha çok hafif ve orta dereceli otistik belirtileri olan bireyleri ayırt etme yeteneğine sahiptir.

Bunun yanı sıra OSA, toplam puanın yanında üç farklı alt ölçek üzerinden de değerlendirme yapar. Bu alt ölçekler şunlardır:

- İletişim/Zihin Okuma: Bireylerin sosyal iletişim ve empati kurma becerilerini değerlendirir.
- Sosyal Beceriler: Bireylerin sosyal ortamlardaki işlevselliğini ölçer.
- Ayrıntılara Dikkat: Bireylerin detaylara odaklanma ve dikkat süreçlerini değerlendirir.

3.7.5. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği

Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (DOBÖ), dijital oyun bağımlılığı değerlendirmesi için kullanılması planlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2015'te Irmak ve ark. tarafından yapılmıştır [268]. Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.92, CFI=0.904, RMSEA=0.053 (90% CI=0.049 ve 0.056) bulunmuştur. 5'li likert tipi 7 sorudan oluşan ölçeğin kesme puanı yoktur. Monotetik tanıya göre, kişi yedi maddenin yedisine de üç (bazen) ve üzerinde puan veriyorsa; politetik tanıya göre yedi maddenin en az dördüne üç (bazen) ve üzerinde puan veriyorsa oyun bağımlısı olarak değerlendirilmektedir. Oyun bağımlılığı konusunda karar verirken hem monotetik, hem de politetik tanının kullanılabileceği önerilmiş ve oyun bağımlılığı düzeyinin ölçekten alınan toplam puan artışına göre değerlendirilebileceği belirtilmiştir [240, 269].

3.7.6. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği

Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (BSMBÖ), sosyal medya bağımlılığı değerlendirmesi için oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2019 yılında Demirci tarafından yapılmıştır. [270] Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.83 bulunmuştur. 5'li likert tipi 6 sorudan oluşan ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçek (1) çok nadir ile (5) çok sık arasında değişen beşli Likert tipi derecelendirmeye göre yanıtlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 6-30

arasında değişmektedir. Yüksek puanlar sosyal medya bağımlılığı lehine değerlendirilmektedir.

3.7.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), anksiyete ve depresyon değerlendirmesi oluşturulan öz bildirim ölçekleridir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır. [271] Çalışmada ölçeğin Anksiyete alt ölçeği için Cronbach Alpha değeri 0.7426, Depresyon alt ölçeği için Cronbach Alpha değeri 0.6962 bulunmuştur. 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşur, tek maddeler anksiyete, çift maddeler depresyon değerlendirmesi yapar. Anksiyete ölçeğinin kesme puanı 10, depresyon ölçeğinin kesme puanı 7'dir. Anksiyete ölçeğinden 10 puan üzeri alanlar Anksiyete Bozukluğu, Depresyon ölçeğinden 7 puan üzeri alanlar Depresif Bozukluk olarak değerlendirilmektedir.

3.7.8. UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu

UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (UYÖ-KF), yalnızlık duygusu değerlendirmesi için oluşturulmuş bir öz bildirim formudur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2014 yılında Yıldız ve ark. tarafından yapılmıştır. [272] Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.74 bulunmuştur. 4'lü likert tipi 7 sorudan oluşan ölçeğin kesme puanı yoktur. Yanıtlama biçimi “(1) Hiç, (2) Nadiren, (3) Bazen ve (4) Her zaman” şeklinde dört dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçeğin 5. maddesi tersten puanlanmaktadır. Ölçeğin 7 maddesinin toplanmasıyla genel yalnızlık puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 7 iken en yüksek puan 28'dir. Buna göre puanların düşüklüğü yaşanan yalnızlık duygusunun azlığına işaret ederken, puanın yükselmesi ise yaşanan yalnızlık duygusunun yoğunluğunun artmasına işaret etmektedir.

3.7.9. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), benlik saygısı değerlendirmesi için oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Çoktan seçmeli 12 alt kategoriden oluşan ölçekte 63 madde yer almaktadır. Bu çalışmada 10 maddeden oluşan Benlik Saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır. [273] Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.65 bulunmuştur. 4'lü likert tipi 10 sorudan oluşan ölçeğin kesme puanı yoktur. Benlik Saygısı alt ölçeğinde yanıtlar 0 – 6 puan arasında değerlendirilmektedir. 0 – 1 puan yüksek, 2 – 4 puan orta, 5 – 6 puan düşük benlik saygısı olarak kabul edilmektedir.

3.7.10. Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu

Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu (NHRÖ – Kısa Form), narsistik kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi için oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek Hayranlık (madde 2, 4, 6) ve Rekabet (madde 1, 3, 5) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2017 yılında Demirci ve ark. tarafından yapılmıştır [274]. Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.74, hayranlık alt ölçeği için 0.75 ve rekabet alt ölçeği için 0.62 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlarla, alt ölçeklerin genel araştırmalarda kullanılabileceği, ancak bireysel değerlendirme amaçlı kullanımlarda yeterince yüksek olmadığı belirtilmektedir [274]. 6'lı likert tipi 6 sorudan oluşan ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçek 6'lı likert tipi derecelendirmeye göre puanlanmaktadır.

3.8. İstatistiksel Yöntem

Çalışmamızdaki istatistiksel analizler, Statistical Program for Social Sciences (SPSS) versiyon 27.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini değerlendirmek amacıyla Raosoft örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarda örneklem büyüklüğünün 120 ila 346 arasında

değiştii gözlemlenmiştir. Çalışmamızda ise 848 kişilik bir örneklem kullanılmış olup, bu büyüklük yeterli ve kapsamlı sonuçlar elde etmek için oldukça geniştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu, histogram grafikleri ve çarpıklık ve basıklık analizleri ile incelenmiş ve parametrelerin normal dağılıma uyduğu tespit edilmiştir. Tanımlayıcı analizler, sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan ve çeyrekler açıklığı (interquartile range) ile rapor edilmiş, kategorik değişkenler için n ve % değerleri belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare Testi ve Fisher-Freeman-Halton Exact Test kullanılmıştır. Anlamlı farkların tespit edildiği durumlarda, alt gruplar arasındaki farklar post-hoc analiz ile değerlendirilmiş ve bu farklar harflerle (a, b) gösterilmiştir. Birden fazla karşılaştırma yapıldığında, Bonferroni düzeltmesi ile anlamlılık düzeyi belirlenmiştir.

Gruplar arasındaki farkların incelenmesinde, iki grup için Bağımsız Gruplar t Testi, birden fazla grup karşılaştırmasında ise Tek Yönlü ANOVA Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Testi ile analiz edilmiş, korelasyon katsayıları r ile gösterilmiştir. Sürekli ve sıralı, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ise Spearman Korelasyon Testi ile analiz edilmiş, korelasyon katsayıları r ile gösterilmiştir.

Çoklu bağlantı problemlerini incelemek amacıyla Variance Inflation Factor (VIF) hesaplanmış, VIF değerinin 5'in üzerinde olması çoklu bağlantı problemini işaret etmiştir [275]. Lojistik regresyon analizleri, bağımlı değişkenin iki kategorili olduğu durumlarda yapılmış ve UHK gibi değişkenleri predikte eden faktörleri incelemek amacıyla kullanılmıştır. Hiyerarşik regresyon analizleri ise bağımsız değişkenlerin etkilerini kademeli olarak incelemek için yapılmıştır.

Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya katılan 848 katılımcının sosyodemografik ve seçili klinik özellikleri incelenmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, kardeş sayısı ve sırası, eğitim düzeyi, bölüm ve sınıf dağılımları, üniversitede geçirilen yıl, akademik başarı düzeyi, barınma şekli, alkol, madde ve tütün kullanım düzeyleri, psikiyatrik ilaç kullanımı, diğer ilaç kullanımı, alternatif tıp tedavileri kullanımı, tıbbi özgeçmiş, psikiyatrik özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmişine dair bulgular aşağıda sunulmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Klinik Özellikleri

n=848			
Yaş	(Ort±SS) (Medyan) (Aralık)	21.50 ± 2.59 (21) (18-30)	
Üniversitede Geçirilen Yıl	(Ort±SS) (Medyan)(Aralık)	2.92 ± 1.81 (2) (1-8)	
		N	%
Cinsiyet	Erkek	227	26.8
	Kadın	621	73.2
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	76	9
	2 kardeş	303	35.7
	3 kardeş	289	34.1
	4 kardeş ve üzeri	180	21.2
Kardeş Sırası	1.sıra	402	47.4
	2.sıra	284	33.5
	3.sıra	108	12.7
	4.sıra ve üzeri	54	6.4
Eğitim Düzeyi	Önlisans	75	8.8
	Lisans	723	85.3
	Yüksek Lisans	42	5.0
	Doktora	8	0.9
Bölüm	Tıp	199	23.5
	Psikoloji	151	17.8
	Öğretmenlik*	38	4.5
	Hukuk	31	3.7
	Sağlık Bilimleri*	65	7.7
	Mühendislik*	122	14.4
	Yabancı Diller*	25	3.0
	Beşeri Bilimler*	127	15.0
	Fen Bilimleri*	15	1.8
	Meslek Yüksek Okulları*	75	8.9
Eğitim Yılı	Hazırlık	33	3.9
	1.sınıf	244	28.8
	2.sınıf	215	25.4
	3.sınıf	91	10.7
	4.sınıf	141	16.6
	5.sınıf	85	10
	6.sınıf	35	4.1
	7.sınıf	2	0.2
	8.sınıf	2	0.2

Tablo2 Devam. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri ve Klinik Özellikleri

n=848		N	%
Akademik Başarı Düzeyi	Düşük (1, 2, 3, 4, 5)	165	19.3
	Orta (6, 7)	391	46.1
	Yüksek (8, 9, 10)	292	34.6
Barınma Şekli	Bağımsız Yaşam	126	14.9
	Aile ile Yaşam	415	48.9
	Toplu Yaşam	307	36.2
Alkol Kullanım Düzeyi	Hiçbir zaman	566	66.7
	Zaman zaman, bazen	213	25.1
	Birçok zaman	46	5.4
	Çoğu zaman	17	2
	Sürekli, halen	6	0.7
Madde Kullanım Düzeyi	Hiçbir zaman	831	98
	Zaman zaman, bazen	11	1.3
	Birçok zaman	1	0.1
	Çoğu zaman	0	0
	Sürekli, halen	5	0.6
Tütün Kullanım Düzeyi	Hiçbir zaman	587	69.2
	Zaman zaman, bazen	114	13.4
	Birçok zaman	39	4.6
	Çoğu zaman	35	4.1
	Sürekli, halen	73	8.6
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Hiçbir zaman	719	84.8
	Zaman zaman	59	7
	Birçok zaman	9	1.1
	Çoğu zaman	6	0.7
	Sürekli, halen	55	6.5
Diğer İlaç Kullanımı	Hiçbir zaman	489	57.7
	Zaman zaman	242	28.5
	Birçok zaman	63	7.4
	Çoğu zaman	25	2.9
	Sürekli, halen	29	3.4
Alternatif Tıp Tedavileri Kullanımı	Hiçbir zaman	624	73.6
	Zaman zaman	166	19.6
	Birçok zaman	37	4.4
	Çoğu zaman	16	1.9
	Sürekli, halen	5	0.6
Tıbbi özgeçmiş	Özellik var	83	9.8
	Özellik yok	765	90.2
Psikiyatrik özgeçmiş	Özellik var	133	15.7
	Özellik yok	715	84.3
Psikiyatrik soygeçmiş	Özellik var	264	31.1
	Özellik yok	584	68.9

4.2. Kullanılan Ölçek Skorlarına Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Katılımcıların UHKÖ-16, ASRS-5, OSA, BSMBÖ, DOBÖ, UYÖ-KF, RBSÖ, NHRÖ-KF, HADÖ-A ve HADÖ-D ölçek toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Kullanılan Ölçek Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

n=848	Ölçek Min-Max	Ort	Ss	Medyan	Katılımcı Min-Max
UHKÖ-16	0-100	33.34	18,08	31,25	0-95
▪ UHKÖ-16 Özlem	0-100	35.56	16.22	35	0-83.33
▪ UHKÖ-16 Kinestezi	0-100	24.25	24.24	15	0-100
▪ UHKÖ-16 Bozukluk	0-100	25.76	20.82	21.67	0-100
▪ UHKÖ-16 Müzik	0-100	43.94	22.43	45	0-100
ASRS-5	0-24	9.45	4,31	9,00	0-21
OSA	0-50	20.30	6.51	20,00	5-41
▪ OSA İletişim	0-15	6.42	2.85	6	0-15
▪ OSA Ayrıntılar	0-12	5.24	1.84	5	0-12
▪ OSA Sosyal Beceri	0-11	3.96	2.47	4	0-11
BSMBÖ	6-30	17	6,57	17,00	6-30
DOBÖ	7-35	12,32	6,29	10,00	7-35
UYÖ-KF	7-28	14,36	4,18	14,00	7-27
RBSÖ	0-6	1,61	1,04	1,5	0-5
NKRÖ-KF	6-36	18,98	6,99	19,00	6-36
▪ NHRÖ Hayranlık	3-18	10.64	4.21	11	3-18
▪ NHRÖ Rekabet	3-18	8.33	3.84	8	3-18
HADÖ-A	0-21	9,58	3,48	9,00	1-18
HADÖ-D	0-21	6,89	3,68	7,00	0-19

ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, , DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, UYÖ-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ-KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon,

4.3. Kullanılan Ölçek Değerlerine Bağlı Yaygınlık

4.3.1. UHK Yaygınlığı

Tablo 4, UHKÖ-16’da 50 kesme puanı kullanılarak yapılan değerlendirmeyi sunmaktadır.

Tablo 4. UHKÖ-16 50 Kesme Puanına Göre UHK Yaygınlığı

N=848	N	%
UHK Var	155	18.28
UHK Yok	693	81.72

UHKÖ: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, UHK: Uyumsuz Hayal Kurma

Tablo 5 ise UHKÖ-16’da 40 kesme puanı kullanılarak yapılan alternatif bir değerlendirmeyi göstermektedir.

Tablo 5. UHKÖ-16 40 Kesme Puanına Göre UHK Yaygınlığı

N=848	N	%
UHK Var	287	33.80
UHK Yok	561	66.20

UHKÖ: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, UHK: Uyumsuz Hayal Kurma

Çalışmada kullanılan 50 kesme puanı tercih edildiği için, sonuçlar bu puana dayandırılmıştır. 50 puanlık eşik daha yüksek özgülük sağlayarak daha belirgin UHK vakalarını tanımlamaya odaklanmıştır. 40 kesme puanı ise daha geniş bir grup üzerinde UHK vakalarını belirleme eğilimindedir, ancak çalışmanın bulgularını destekleyen ana ölçü 50 puanlık kesme noktasıdır.

4.3.2. DEHB, OSB, DOB, Anksiyete ve Depresyon Yaygınlığı

Tablo 6, ASRS-5, OSA, DOBÖ, HADÖ-A ve HADÖ-D kesme değerlerine göre DEHB, OSB, DOB, Anksiyete Bozukluğu ve Depresyon Bozukluğu belirtileri olan katılımcıların sıklığını göstermektedir.

Tablo 6. Kullanılan Ölçek Kesme Değerlerine Göre DEHB, OSB, DOB, Anksiyete ve Depresyon Yaygınlığı

N=848	Kesme Değeri	Ölçülen Bozukluk	Var		Yok	
			N	%	N	%
ASRS-5	10 puan ≤	DEHB	395	46,6	453	53,4
OSA	26 puan ≤	OSB	164	19,3	684	80,7
DOBÖ	4 madde ≤ 3 puan ≤	DOB	160	18,9	688	81,1
HADÖ-A	11 puan ≤	AB	324	38,2	524	61,8
HADÖ-D	8 puan ≤	DB	352	41,5	420	58,5

ASRS-5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DOB: Dijital Oyun Bağımlılığı, AB: Anksiyete Bozukluğu, DB: Depresif Bozukluk

4.4. Cinsiyetler Arası Karşılaştırma

4.4.1. Cinsiyetler Arası Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 7 ve Tablo 8'deki bulgular, cinsiyetler arasında UHK, DEHB, OSB, SMB, DOB, yalnızlık, benlik saygısı, narsisizm, anksiyete ve depresyon düzeylerinde farklılıklar olup olmadığını incelemektedir. Bağımsız gruplar t-testi sonuçlarına göre, erkek ve kadın grupları arasında bazı değişkenler açısından anlamlı farklar bulunmuştur. Bununla birlikte, etki büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla Cohen's d değerleri manuel olarak hesaplanmış ve tabloya eklenmiştir.

Tablo 7. Cinsiyetler Arası Grupların UHK, NGB, DB, REF ve PF Ölçümlerinin Karşılaştırılması

N=848		Erkek (n: 227)		Kadın (n:621)		t	p	Cohen's d
		Ort	Ss	Ort	Ss			
UHK	UHKÖ-16	33.81	18.03	33.16	18.11	0.464	0.643 ¹	0.036
NGB	ASRS-5	9.04	4.47	9.59	4.24	-1.649	0.099 ¹	-0.128
	OSA	20.17	6.12	20.34	6.65	-0.344	0.731 ¹	0.002
DB	BSMBÖ	14.95	6.53	17.76	6.43	-5.606	<0,001 ¹	-0.367
	DOBÖ	15.77	7.25	11.06	5.38	8.921	<0,001 ¹	-0.557
REF	HADÖ-A	8.84	3.13	9.85	3.56	-3.985	<0,001 ¹	-0.228
	HADÖ-D	7.74	3.58	6.59	3.67	4.070	<0,001 ¹	0.317
PF	UYÖ-KF	14.47	4.41	14.32	4.10	0.464	0.643 ¹	0.021
	RBSÖ	1.62	1.10	1.61	1.02	0.041	0.967 ¹	0.009
	NHRÖ-KF	20.15	7.31	18.55	6.83	2.960	<0,004 ¹	0.231

¹: Bağımsız Gruplar t Testi, UH: Uyumsuz Hayalperest, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, REF: Ruhsal Esenlik Faktörleri, PF: Psikolojik Faktörler, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, ULS – 8: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ – KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ – A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete, HADÖ – D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon,

4.4.2. Cinsiyetler Arası Belirti Gruplarının Karşılaştırılması

Tablo 8’de, ilgili ölçek kesme puanlarına göre cinsiyetler arası belirti gruplarının karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 8. Cinsiyetler Arası Grupların UHK, NGB, DB ve REF Belirti Gruplarının Karşılaştırılması

N=848			Erkek (n: 227)		Kadın (n:621)		x ²	p	Cramer's V
			N	%	N	%			
UHK	UHKÖ-16	Var	43	18.9	112	18.0	-0.092	0.762 ¹	0.010
		Yok	184	81.1	509	82.0			
NGB	ASRS-5 (DEHB)	Var	100	55.9	295	47.5	0.796	0.372 ¹	0.031
		Yok	127	44.1	326	52.5			
	OSA (OSB)	Var	37	16.3	127	20.5	1.836	0.175 ¹	0.047
		Yok	190	83.7	494	79.5			
DB	DOBÖ (DOB)	Var	78	34.4	82	13.2	48.607	<0,001 ¹	0.239
		Yok	149	65.6	539	86.8			
REF	HADÖ-A (AB)	Var	66	29.1	258	41.5	10.951	<0,001 ¹	0.114
		Yok	161	70.9	363	58.5			
	HADÖ-D (DB)	Var	117	48.5	235	37.8	12.850	<0,001 ¹	0.123
		Yok	110	51.5	386	62.2			

¹: Ki Kare Testi, UH: Uyumsuz Hayalperest, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, REF: Ruhsal Esenlik Faktörleri, ASRS-5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, OSA: Otizm Spektrum Anketi, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, DOB: Dijital Oyun Bağımlılığı, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, AB: Anksiyete Bozukluğu, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon, DB: Depresif Bozukluk

4.5. UH Olan ve Olmayan Gruplar Açısından Karşılaştırma

4.5.1. Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Araştırma bulgularına göre UH (Uyumsuz Hayalperest) olan ve olmayan bireyler arasında bazı sosyodemografik ve klinik özellikler açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 9).

- **Yaş:** UH olan bireylerin yaş ortalaması $20,85 \pm 2,27$ yıl iken, olmayanların yaş ortalaması $21,64 \pm 2,63$ 'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = 3.483$, $p < 0.001$). UH olan bireyler, olmayanlara kıyasla daha gençtir, bu da bu grubun üniversiteye daha yeni başlamış olabileceğini düşündürmektedir.
- **Eğitim Yılı:** Sınıf düzeyine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\chi^2 = 31.960$, $p < 0.001$). UH olan bireylerin büyük bir kısmı (%39,35) birinci sınıf öğrencisi iken, olmayanlar arasında bu oran %26,41'dir. Ayrıca, UH olmayan bireyler üst sınıflarda (4. ve 5. sınıflar) daha fazla yer almakta, UH olan bireyler ise daha düşük sınıf seviyelerinde yoğunlaşmaktadır. Yapılan post-hoc analizlerde, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak alt gruplar arasında anlamlı farklar saptanmıştır ve bu farklar harflerle (a, b) gösterilmiştir.
- **Üniversitede Geçirilen Yıl:** Üniversitede geçirilen yıl açısından da anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t = 4.051$, $p < 0.001$). UH olan bireyler ortalama $2,39 \pm 1,70$ yıl üniversitede geçirmişken, olmayanlar ortalama $3,04 \pm 1,81$ yıl geçirmiştir. Bu bulgu, UH olan bireylerin üniversiteye daha yeni başlamış olduklarını ve eğitim süreçlerinin başında olduklarını göstermektedir.
- **Akademik Başarı Düzeyi:** Akademik başarı düzeyleri açısından UH olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2 = 25.567$, $p = 0.002$). UH olan bireylerde düşük akademik başarı oranı %1,93 iken, oldukça yüksek başarı oranı %10,32'dir. UH olmayan bireylerde ise başarı düzeyleri daha dengeli bir dağılım göstermektedir. Yapılan post-hoc analizlerde, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak, özellikle 8. ve 9. başarı düzeylerinde anlamlı farklar saptanmıştır ($p < 0.0011$) ve bu farklar harflerle (a, b) gösterilmiştir. UH olan bireylerde akademik başarı düzeyinin genellikle daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

- **Psikiyatrik Özgeçmiş:** Psikiyatrik özgeçmiş açısından da anlamlı bir fark bulunmaktadır ($\chi^2 = 5.605$, $p = 0.018$). UH olan bireylerin %21,93'ü psikiyatrik geçmişe sahipken, bu oran UH olmayan bireylerde %14,29'dur. Bu sonuç, UH olan bireylerde psikiyatrik geçmişin daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır.
- **Psikiyatrik Soygeçmiş:** Psikiyatrik soygeçmiş açısından fark sınırda anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 3.497$, $p = 0.061$). UH olan bireylerde psikiyatrik soygeçmiş oranı %37,42 iken, bu oran UH olmayan bireylerde %29,73'tür. Bu bulgu, UH olan bireylerin aile geçmişlerinde daha fazla psikiyatrik sorun olabileceğine işaret etmektedir.

Tablo 9. UH Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

n=848		UH (n=155)		UH olmayan (n=693)		t/x ²	p
Yaş	(Ort±SS)	20.85±2.27		21.64±2.63		3.483	<0001 ¹
	(Medyan)	(20)		(21)			
	(Aralık)	(18-29)		(18-30)			
Üniversitede Geçirilen Yıl	(Ort±SS)	2.39±1.70		3.04±1.81		4.051	<0.001 ¹
	(Medyan)	(2)		(3)			
	(Aralık)	(1-8)		(1-8)			
		N	%	N	%	t/x ²	p
Cinsiyet	Erkek	43	27.7	184	26.6	0.092	0.764 ²
	Kadın	112	72.3	509	73.4		
Kardeş Sayısı	Tek çocuk	14	9.0	62	8.9	3.446	0.329 ²
	2 kardeş	64	41.3	239	34.5		
	3 kardeş	44	28.4	245	35.4		
	4 kardeş ve üzeri	33	21.3	147	21.2		
Kardeş Sırası	1.sıra	66	42.6	336	48.5	3.069	0.381 ²
	2.sıra	61	39.4	223	32.2		
	3.sıra	18	11.6	90	13.0		
	4.sıra ve üzeri	10	6.5	44	6.3		
Eğitim Düzeyi	Önlisans	11	7.1	64	9.2	4.891	0.175 ²
	Lisans	140	90.3	583	84.1		
	Yüksek Lisans	3	1.9	39	5.6		
	Doktora	1	0.6	7	1.0		
Bölüm	Tıp	27	17.5	172	24.8	12.190	0.203 ²
	Psikoloji	31	20.1	120	17.3		
	Öğretmenlik	4	2.6	34	4.9		
	Hukuk	7	4.5	24	3.5		
	Sağlık Bilimleri	12	7.8	53	7.6		
	Mühendislik	27	17.5	95	13.7		
	Yabancı Diller	9	5.8	16	2.3		
	Beşeri Bilimler	21	13.6	106	15.2		
	Fen Bilimleri	3	1.9	12	1.7		
	Meslek Yüksek Okulları	13	8.4	62	8.9		

Tablo 9 Devam. UH Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

n=848		UH (n=155)		UH olmayan (n=693)		t/x ²	p
		N	%	N	%		
Eğitim Yılı	Hazırlık	13b	8.38	20a	2.88	31.960	<0.001 ^{2*}
	1.sınıf	61b	39.35	183a	26.41		
	2.sınıf	30	19.35	185	26.69		
	3.sınıf	22	14.19	69	9.96		
	4.sınıf	15b	9.67	126a	18.18		
	5.sınıf	10	6.45	75	10.82		
	6.sınıf	4	2.58	31	4.47		
	7.sınıf	0	0	2	0.29		
	8.sınıf	0	0	2	0.29		
Akademik Başarı Düzeyi	Düşük (1, 2, 3, 4, 5)	44	28.4	121	17.5	11.319	0.003 ²
	Orta (6, 7)	70	45.2	321	46.3		
	Yüksek (8, 9, 10)	41	26.4	251	36.2		
Barınma Şekli	Bağımsız Yaşam	38	24.5	187	27	1.574	0.455 ²
	Aile ile Yaşam	73	47.1	342	49.4		
	Toplu Yaşam	44	28.4	164	23.7		
Alkol Kullanım Düzeyi	Hiçbir zaman	97	62.6	469	67.7	6.754	0.140 ² 0.141 ³
	Zaman zaman, bazen	43	27.7	170	24.5		
	Birçok zaman	7	4.5	39	5.6		
	Çoğu zaman	5	3.2	12	1.7		
	Sürekli, halen	3	1.9	3	0.4		
Madde Kullanım Düzeyi	Özellik yok	584	68.9	682	98.41	6.714	0.082 ² 0.067 ³
	Zaman zaman, bazen	3	1.93	8	1.15		
	Birçok zaman	0	0	1	0.14		
	Çoğu zaman	0	0	0	0		
	Sürekli, halen	3	1.93	2	0.29		
Tütün Kullanım Düzeyi	Hiçbir zaman	107	69.0	480	69.3	4.134	0.390 ²
	Zaman zaman, bazen	15	9.7	99	14.3		
	Birçok zaman	10	6.5	29	4.2		
	Çoğu zaman	7	4.5	28	4.0		
	Sürekli, halen	16	10.3	57	8.2		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Hiçbir zaman	127	81.9	592	85.4	2.684	0.618 ² 0.525 ³
	Zaman zaman	14	9.0	45	6.5		
	Birçok zaman	1	0.6	8	1.2		
	Çoğu zaman	2	1.3	4	0.6		
	Sürekli, halen	11	7.1	44	6.3		
Diğer İlaç Kullanımı	Hiçbir zaman	84	54.2	405	58.4	7.322	0.117 ²
	Zaman zaman	44	28.4	198	28.6		
	Birçok zaman	10	6.5	53	7.6		
	Çoğu zaman	7	4.5	18	2.6		
	Sürekli, halen	10	6.5	19	2.7		
Alternatif Tıp Tedavileri Kullanımı	Hiçbir zaman	107	69.0	517	74.6	4.932	0.283 ² 0.210 ³
	Zaman zaman	32	20.6	134	19.3		
	Birçok zaman	9	5.8	28	4.0		
	Çoğu zaman	5	3.2	11	1.6		
	Sürekli, halen	2	1.3	3	0.4		
Tıbbi özgeçmiş	Özellik var	138	89	627	90.5	0.299	0.653 ²
	Özellik yok	17	11	66	9.5		
Psikiyatrik özgeçmiş	Özellik var	34	21.93	99	14.29	5.605	0.018 ²
	Özellik yok	121	78.06	594	85.71		
Psikiyatrik soygeçmiş	Özellik var	58	37.42	206	29.73	3.497	0.061 ²
	Özellik yok	97	62.58	487	70.26		

¹: Bağımsız Gruplar t Testi, ²: Ki Kare Testi, ³: Fisher-Freeman-Halton Exact Test, *Bonferroni Düzeltmesi (sınıf için $p < 0,00138$), Post-hoc Analiz: Alt gruplar arasında anlamlı farklar olduğu durumlarda yapılmış ve bu farklar harflerle (a, b) gösterilmiştir. UH: Uyumsuz Hayalperest.

4.5.2. NGB, DB, PF ve REF Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 10 ve Tablo 11'e ilişkin sonuçlar, UHKÖ-16'ya göre UH olan ve olmayan gruplar arasında NGB, DB, REF ve PF açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Ek olarak, etki büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla Cohen's d değerleri manuel olarak hesaplanmış ve tabloya eklenmiştir. Bu çalışmada hesaplanan Cohen's d ve Cramers' V değerleri etki büyüklüğünü göstermektedir.

Tablo 10. UH Olan ve Olmayan Grupların NGB, DB, REF ve PF Ölçümlerinin Karşılaştırılması

N=848		UH olan (n: 155)		UH olmayan (n:693)		t	p	Cohen's d
		Ort	Ss	Ort	Ss			
NGB	ASRS-5	11.68	4.46	8.95	4.11	-7,377	<0.001 ¹	-0.655
	OSA	22.29	6.06	19.85	6.53	-4,265	<0.001 ¹	-0.379
DB	BSMBÖ	19.54	6.44	16.44	6.47	-5,392	<0.001 ¹	-0.479
REF	HADÖ-A	11.26	3.43	9.20	3.37	-6,869	<0.001 ¹	-0.610
	HADÖ-D	8.43	3.66	6.55	3.60	-5,875	<0.001 ¹	-0.522
PF	UYÖ-KF	15.97	4.61	14.00	3.99	-4,944	<0.001 ¹	-0.481
	RBSÖ	2.22	1.19	1.48	0.95	-7,236	<0.001 ¹	-0.739
	NHRÖ-KF	21.48	6.85	18.42	6.90	-4,998	<0.001 ¹	-0.444

¹: Bağımsız Gruplar t Testi, UH: Uyumsuz Hayalperest, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, REF: Ruhsal Esenlik Faktörleri, PF: Psikolojik Faktörler, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, ULS – 8: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ – KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ – A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete, HADÖ – D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon,

4.5.3. NGB, DB, PF ve REF Belirti Gruplarının Karşılaştırılması

Tablo 11'de, UH olan ve olmayan bireyler arasında ilgili ölçeklerin eşik değerlerine göre bakılan belirti grupları varlığı açısından da anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Bu tabloya ihtiyaç duyulmasının nedeni, gruplar arasındaki farkların yalnızca skorlar üzerinden değil, yaygınlık üzerinden de incelenmek istenmesidir. Ki-kare testleri ile yapılan analizlerde, UH olan bireylerde NGB, DB ve REF belirti gruplarına dahil bireylerin, UH olmayan bireylere göre daha yüksek oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo 11. UH Olan ve Olmayan Gruplarda NGB, DB ve REF Belirti Gruplarının Karşılaştırılması

N=848			UH olan (n: 155)		UH olmayan (n:693)		x ²	p	Cramer's V
			N	%	N	%			
NGB	ASRS-5	var	107	69.0	288	41.6	38.424	<0.001 ¹	0.213
	(DEHB)	yok	48	31.0	405	58.4			
	OSA	var	41	26.5	123	17.7	6.150	0.013 ¹	0.085
	(OSB)	yok	114	73.5	570	82.3			
DB	DOBÖ	var	42	27.10	118	17.03	8.390	0.004 ¹	0.099
	(DOB)	yok	113	72.90	575	82.97			
REF	HADÖ-A	var	90	58.1	234	33.8	31.676	<0.001 ¹	0.193
	(AB)	yok	65	41.9	459	66.2			
	HADÖ-D	var	89	57.4	263	38.0	19.774	<0.001 ¹	0.153
	(DB)	yok	66	42.6	430	62.0			

¹: Ki Kare Testi, UH: Uyumsuz Hayalperest, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, REF: Ruhsal Esenlik Faktörleri, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, OSA: Otizm Spektrum Anketi, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, DOB: Dijital Oyun Bağımlılığı, HADÖ – A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete, AB: Anksiyete Bozukluğu, HADÖ – D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon, DB: Depresif Bozukluk

Tablo 12'deki bulgular, UH olan ve olmayan gruplar arasında OSB fenotiplerine göre anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Ki-kare testi sonuçlarına göre, OSB fenotipleri ile UH olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 16,175$; $p < 0.001$). Bu bulgu, OSB fenotiplerine sahip bireylerin UH olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 12'ye göre, UH olan bireylerin OSB fenotiplerinde yer alma olasılıkları, referans grup olan belirtisiz (*none*) fenotip ile karşılaştırıldığında daha yüksektir. Geniş (*broader*) fenotip için odds ratio (OR) değeri 2 olup, UH olan bireylerin bu grupta yer alma olasılığının, UH olmayanlara kıyasla iki kat daha fazla olduğu gözlenmiştir (95% CI: 1.35 - 2.97). Orta (*medium*) fenotip için OR değeri 2,25 olarak hesaplanmış ve bu fenotipte yer alan UH olan bireylerin olasılığının, referans gruba göre yaklaşık 2.25 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (95% CI: 1.26 - 4.01). Buna karşın, dar (*narrow*) fenotip için OR değeri 1,64 olup, UH olan bireylerin bu grupta yer alma olasılığı referans gruba göre daha yüksek olmakla birlikte, istatistiksel anlamlılık göstermemektedir (95% CI: 0.59 - 4.54).

Cramer's V değeri 0.138 olarak hesaplanmış ve bu sonuç, ilişki boyutunun küçük bir etkiye işaret ettiğini göstermektedir. Bununla birlikte, UH olan bireyler arasında özellikle geniş ve orta fenotiplerin daha sık görüldüğü dikkat çekmektedir. Post-hoc analiz sonuçlarına göre, belirtisiz fenotip grubu ile geniş ve orta fenotip grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuş, ancak dar fenotip ile anlamlı bir fark

gözlenmemiştir. Bu bulgular, OSB fenotiplerinin UHK üzerinde farklı etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 12. UH Olan ve Olmayan Gruplarda OSB Fenotiplerinin Karşılaştırılması

N=848		UH olan (n: 155)		Odds Radio (OR)	%95 Güven Aralığı (CI)	UH olmayan (n:693)		x ²	p	Cramer's V
		N	%			N	%			
OSA	Belirtisiz (None) Fenotip	80b	51.6	Referans	-	474a	68.4	16.175	<0.001 ¹	0.138
	Geniş (Broder) Fenotip (23-28)	51b	32.9	2	(1.35 - 2.97)	151a	21.8			
	Orta (Medium) Fenotip (29-34)	19b	12.3	2.25	(1.26 - 4.01)	50a	7.2			
	Dar (Narrow) Fenotip (35-50)	5	3.2	1.64	(0.59 - 4.54)	18	2.6			

¹: Ki Kare Testi, UH: Uyumsuz Hayalperest, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, OSA: Otizm Spektrum Anketi, Post-hoc Analiz: Alt gruplar arasında anlamlı farklar olduğu durumlarda yapılmış ve bu farklar harflerle (a, b) gösterilmiştir.

Çalışmada kullanılan OSA için literatürde kesin bir kesme puanı

belirlenmemiştir. Ancak, OSB belirtilerinin taranmasında kesme puanı olarak 26 ve üzeri sıklıkla kullanılmaktadır [227]. Tablo 13'teki analizler, OSB fenotipleri ile UHK arasındaki farkları yalnızca kategorik düzeyde değil, UHKÖ-16 skorları gibi sürekli bir değişken üzerinden de incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu analizler, UHK ile OSB fenotipleri arasındaki ilişkinin derinlemesine araştırılmasına olanak tanımaktadır.

Tablo 13'teki bulgular, OSB belirtileri olan bireylerin UHKÖ-16 skorlarının, OSB belirtileri olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir. OSB belirtileri olmayan grubun ortalama UHKÖ-16 puanı 32,32 ($\pm 17,25$) iken, OSB belirtileri olan grubun ortalama UHKÖ-16 puanı 37,59 ($\pm 20,71$) olarak hesaplanmıştır. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p = 0,003$), UHK düzeylerinin OSB belirtileri olan bireylerde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bulgular, OSB belirtileri ile UHK arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve OSB belirtileri gösteren bireylerde UHK eğilimlerinin daha güçlü olduğunu işaret etmektedir.

Literatürde OSB belirtileri Wheelwright'ın üçlü fenotip yaklaşımı (*None, Broader, Medium, Narrow*) ile incelenmiş ve katılımcılar dört gruba ayrılmıştır [223]. Gruplar arasındaki Uyumsuz Hayal Kurma (UHK) puanlarının farklılaşması ihtimalini incelemek için önce normal dağılım varsayımı kontrol edilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin kabul edilebilir aralıkta olması üzerine varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Tablo 13'te yer alan analiz sonuçları, OSB fenotipleri arasında UHK düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur.

Varyansların homojen dağılmadığı gözlemlendiğinden, Welch testi baz alınmıştır. Sonuçlar, farklı düzeylerde OSB belirtileri gösteren gruplar arasında UHK düzeylerinin anlamlı şekilde farklılaştığını göstermiştir ($F_{3,82,409} = 7,418$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,029$). Gruplar arası farkın kaynağını belirlemek amacıyla Tukey Post-Hoc analizi gerçekleştirilmiştir. Bu analize göre, OSB belirtisi göstermeyen (None Fenotip) grubun UHKÖ-16 puanı (Ort. = 31,09; S = 16,42), Broader Fenotip (Ort. = 37,47; S = 19,40; $p < 0,001$) ve Medium Fenotip (Ort. = 38,22; S = 21,52; $p < 0,05$) gruplarına göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Sonuç olarak, None Fenotip grubunun UHK düzeylerinin Broader ve Medium Fenotip gruplarına göre daha düşük olduğu, ancak Narrow Fenotip ile arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p = 0,490$). Bu sonuçlar, daha ağır OSB belirtilerine sahip bireylerin UHK düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve OSB belirtisi göstermeyen bireylerin UHK düzeylerinin anlamlı şekilde daha düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 13. OSB Varlığı ve Alt Fenotiplerine Göre UHKÖ-16 Skorlarının Karşılaştırılması

N=848		N	%	UHKÖ-16		Cohen's d	%95 GA	t/F	p
OSA (OSB)	Var (26≤)			Ort.	Ss				
	Yok			37,59	20,71	-0.293		-	0.003 ¹
				32,32	17,25			3.018	
	<i>None Fenotip</i>	554	65.3	31.09	16.42	-	-		
	<i>Broder Fenotip (23-28)</i>	202	23.8	37.47	19.40	0.37	(3.5-9.6)		
	<i>Medium Fenotip (29-34)</i>	69	8.1	38.22	21.52	0.42	(2.66-11.6)	8.491	< 0.001 ²
	<i>Narrow Fenotip (35-50)</i>	23	2.7	36.47	19.40	0.33	(-2.05-12.81)		

¹: Bağımsız Gruplar t Testi, ²: Tek Yönlü ANOVA Testi

UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, OSA: Otizm Spektrum Anketi Post-Hoc Sonuçlar:

None Fenotip, Broder Fenotip ve Medium Fenotip'ten anlamlı derecede daha düşük ($p < 0.001$)

Broder Fenotip, None Fenotip'ten anlamlı derecede daha yüksek ($p < 0.001$)

Medium Fenotip, None Fenotip'ten anlamlı derecede daha yüksek ($p < 0.05$)

Narrow Fenotip'in, None Fenotip'ten anlamlı fark yok ($p = 0.490$)

4.6. UHK ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi

4.6.1. UHKÖ-16 Skorları ile Sosyodemografik Verilerin İlişkisi

Tablo 14’de, UHKÖ-16 skorları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkiler Spearman’s korelasyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, özellikle yaş, eğitim düzeyi, sınıf, üniversitede geçirilen yıl, akademik başarı düzeyi ve alkol kullanımı gibi değişkenlerle UHKÖ-16 skorları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Yaş ile UHKÖ-16 skorları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.231$, $p<0.001$). Bu sonuç, yaş arttıkça UHK eğilimlerinin azaldığını göstermektedir. Eğitim düzeyi ile UHKÖ-16 skorları arasında zayıf fakat anlamlı bir negatif ilişki gözlemlenmiştir ($r=-0.070$, $p=0.041$). Eğitim yılı ile UHKÖ-16 skorları arasında anlamlı bir negatif ilişki bulunmuştur ($r=-0.221$, $p<0.001$). Üniversitede geçirilen yıl ile UHKÖ-16 skorları arasındaki negatif ve anlamlı ilişki ($r=-0.213$, $p<0.001$), bireylerin üniversite süreci ilerledikçe UHK eğilimlerinde bir düşüş yaşadığını ortaya koymaktadır. Akademik başarı düzeyi ile UHKÖ-16 skorları arasındaki ilişki de anlamlıdır ($r=-0.103$, $p=0.003$). Yüksek akademik başarı düzeyine sahip bireylerin, UHK eğilimlerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Alkol kullanımı ile UHKÖ-16 skorları arasında zayıf fakat anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($r=0.068$, $p=0.046$). Bu sonuç, alkol kullanımının UHK eğilimlerini hafifçe artırabileceğini göstermektedir. Son olarak psikiyatrik özgeçmiş varlığı ile UHKÖ-16 skorları arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($r=0.089$, $p=0.010$). Bu bulgular genel olarak, UHK’nin yaş, eğitim düzeyi, akademik süreçler, akademik başarı düzeyi, alkol kullanımı ve psikiyatrik özgeçmiş gibi çeşitli demografik ve davranışsal faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 14. UHKÖ-16 Skorlarının, Sosyodemografik Veriler ve Klinik Özellikler ile İlişkisinin Korelasyon Analizi

N=848		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	UHKÖ-16 Skoru	1	-	-	-	-	-	-	-	-0.043	0.068*	0.039	0.011	0.056	0.011	0.061	0.022	0.089**	0.052
2	Yaş		1	0.032	0.062	0.249**	0.668**	0.710**	0.011	0.277**	0.068*	0.026	0.160**	0.144**	0.136**	0.086*	0.035	0.071*	0.072*
3	Cinsiyet			1	0.070*	-0.033	0.035	0.051	0.049	-0.014	0.091**	-0.027	0.156**	0.081*	0.147**	0.125**	0.038	0.070*	0.067
4	Kardeş Sayısı				1	0.080*	0.067*	0.080*	0.047	0.001	0.245**	0.038	-0.031	-0.014	-0.028	0.080*	-0.027	-0.023	0.070*
5	Eğitim Düzeyi					1	0.080*	0.139**	0.156**	0.234**	0.073*	-0.010	0.051	0.080*	0.121**	0.100**	0.068*	0.042	0.058
6	Eğitim Yılı						1	0.932**	0.018	0.244**	0.133**	0.052	0.145**	0.096**	0.127**	0.048	0.041	0.045	0.076*
7	Üniversitede Geçirilen Yıl							1	-0.021	0.253**	0.134**	0.040	0.165**	0.132**	0.157**	0.076*	0.039	0.082*	0.097**
8	Akademik Başarı Düzeyi								1	-0.016	0.006	-0.005	-0.015	0.099**	0.000	-0.018	0.060	-0.054	-0.027
9	Barınma Şekli									1	0.227**	0.045	0.160**	0.073*	0.112**	0.058	0.008	0.054	0.101**
10	Alkol Kullanım Düzeyi										1	0.219**	0.483**	0.142**	0.126**	-0.005	0.001	0.100**	0.104**
11	Madde Kullanım Düzeyi											1	0.216**	0.182**	0.102**	0.072*	0.038	0.123**	0.067*
12	Tütün Kullanım Düzeyi												1	0.157**	0.084*	0.050	0.015	0.141**	0.088*
13	Psikiyatrik İlaç Kullanımı													1	0.277**	0.115**	-0.007	0.705**	0.316**
14	Diğer İlaç Kullanımı														1	0.431**	0.236**	0.242**	0.200**
15	Alternatif Tıp Tedavileri															1	0.045	0.089**	0.096**
16	Tıbbi Özgeçmiş																1	0.065	0.070*
17	Psikiyatrik Özgeçmiş																	1	0.382*
18	Psikiyatrik Soygeçmiş																		1

Spearman's Korelasyon Testi, r: Korelasyon Katsayısı, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği

4.6.2. UHKÖ-16 ve Diğer Ölçek Skorlarının İlişkisi

Bu bölümde, UHKÖ-16 (*Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği*) ile ASRS-5 (*Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği*), OSA (*Otizm Spektrum Anketi*), BSMBÖ (*Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği*), DOBÖ (*Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği*), UYÖ-KF (*UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu*), RBSÖ (*Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği*), NHRÖ-KF (*Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu*), HADÖ-A (*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete*) ve HADÖ-D (*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon*) skorları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi yürütülmüştür (Tablo 15).

UHKÖ-16 ile ASRS-5 ($r=0,335$; $p<0,001$), OSB ($r=0,218$; $p<0,001$), BSMBÖ ($r=0,309$; $p<0,001$), UYÖ-KF ($r=0,235$; $p<0,001$), RBSÖ ($r=0,315$; $p<0,001$), NHRÖ-KF ($r=0,256$; $p<0,001$), HADÖ-A ($r=0,339$; $p<0,001$) ve HADÖ-D ($r=0,257$; $p<0,001$) arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Benzer şekilde ASRS-5 ile OSA ($r=0,207$; $p<0,001$), BSMBÖ ($r=0,379$; $p<0,001$), UYÖ-KF ($r=0,287$; $p<0,001$), RBSÖ ($r=0,329$; $p<0,001$), NHRÖ-KF ($r=0,167$; $p<0,001$), HADÖ-A ($r=0,327$; $p<0,001$) ve HADÖ-D ($r=0,252$; $p<0,001$) arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir.

OSA ile BSMBÖ ($r=0,102$; $p<0,01$), UYÖ-KF ($r=0,243$; $p<0,001$), RBSÖ ($r=0,242$; $p<0,001$), NHRÖ-KF ($r=0,072$; $p<0,05$), HADÖ-A ($r=0,254$; $p<0,001$) ve HADÖ-D ($r=0,216$; $p<0,001$) arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır.

BSMBÖ ile UYÖ-KF ($r=0,190$; $p<0,001$), RBSÖ ($r=0,210$; $p<0,001$), NHRÖ-KF ($r=0,194$; $p<0,001$), HADÖ-A ($r=0,268$; $p<0,001$) ve HADÖ-D ($r=0,191$; $p<0,001$) arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmiştir.

UYÖ-KF ile RBSÖ ($r=0,356$; $p<0,001$), NHRÖ-KF ($r=0,105$; $p<0,01$), HADÖ-A ($r=0,288$; $p<0,001$) ve HADÖ-D ($r=0,375$; $p<0,001$) arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır.

RBSÖ ile HADÖ-A ($r=0,366$; $p<0,001$) ve HADÖ-D ($r=0,433$; $p<0,001$) arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiş olup,

RBSÖ ile NHRÖ-KF arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır, ($r = 0,048$; $p = 0,161$).

NHRÖ-KF ile HADÖ-A ($r=0,183$; $p<0,001$) ve HADÖ-A ($r=0,093$; $p<0,01$) arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu gözlemlenmektedir.

Son olarak HADÖ-A ile HADÖ-D arasında da pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0,429$; $p<0,001$).



Tablo 15. UHKÖ-16, ASRS-5, OSA, BSMBÖ, DOBÖ, ULS-8, RBSÖ, NHRÖ, HADÖ-A, HADÖ-D Skorlarının Korelasyon Analizi

N=848		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	UHKÖ-16	1	0,335***	0,218***	0,309***	0,155**	0,235***	0,315***	0,256***	0,339***	0,257***
2	ASRS-5		1	0,207***	0,379***	0,139**	0,287***	0,329***	0,167***	0,327***	0,252***
3	OSA			1	0,102**	0,113**	0,243***	0,242***	0,072*	0,254***	0,216***
4	BSMBÖ				1	0,072*	0,190***	0,210***	0,194***	0,268***	0,191***
5	DOBÖ					1	0,213**	0,186**	0,193**	0,101**	0,240**
6	UYÖ-KF						1	0,356***	0,105**	0,288***	0,375***
7	RBSÖ							1	0,048	0,366***	0,433***
8	NHRÖ								1	0,183***	0,093**
9	HADÖ-A									1	0,429***
10	HADÖ-D										1

Pearson Korelasyon Testi, r: Korelasyon Katsayısı, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$, UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, UYÖ-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ – KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ – A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete, HADÖ – D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon

4.6.3. UHKÖ-16 Skorlarına Etki Eden Bağımsız Değişkenler ve Çoklu Kolineerlik Durumu

Tablo 16’da yer alan UHKÖ-16 skorlarına etki eden bağımsız değişkenlerin multikolinearite değerlendirmesi, farklı modeller altında incelenmiştir. Bu değerlendirme, bağımsız değişkenlerin UHKÖ-16 skorlarına olan etkisini ölçerken, değişkenler arasında çoklu bağlantı olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Çoklu kolineerlik, değişkenlerin birbirleriyle yüksek derecede ilişkili olması durumunda sonuçların doğruluğunu etkileyebilir, bu nedenle bu tür analizlerde VIF (Variance Inflation Factor) değerleri kullanılarak çoklu kolineerlik varlığı test edilmiştir.

Tablo 16 ’da yer alan VIF değerleri genel olarak çoklu kolineerlik riskinin düşük olduğunu göstermektedir. Sınıf ve üniversitede geçirilen yıl dışında tüm bağımsız değişkenlerin VIF değerleri 5’in altında kalarak güvenilir sonuçlar verdiği görülmektedir.

Tablo 16. UHKÖ-16 Skorlarına Etki Eden Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Kolineerlik Analizi

	Bağımsız Değişkenler	VIF
Model 1 (Demografi)	Yaş	1.752
Model 2 (Akademi)	Eğitim düzeyi	1.282
	Eğitim Yılı	6.595
	Üniversitede Geçirilen Yıl	7.148
	Akademik Başarı Düzeyi	1.161
Model 3 (Alkol Madde Kullanımı)	Alkol Kullanım Düzeyi	1.142
	Madde Kullanım Düzeyi	1.106
Model 4 (Klinik Özellikler)	Psikiyatrik Özgeçmiş	1.263
	Psikiyatrik Soygeçmiş	1.220
Model 5 (Nörogelişimsel Bozukluklar)	ASRS-5	1.429
	OSA	1.103
Model 6 (Davranışsal Bağımlılıklar)	BSMBÖ	1.244
	DOBÖ	1.171
Model 7 (Ruhsal Esenlik Faktörleri)	HADÖ-A	1.515
	HADÖ-D	1.514
Model 8 (Psikolojik Faktörler)	UYÖ-KF	1.329
	RBSÖ	1.456
	NHRÖ-KF	1.176

*VIF (Variance Inflation Factor) : VIF değeri $5 <$ (bazı kaynaklarda $10 <$) çoklu bağlantı problemi olduğu belirtilir (Montgomery, Peck, Vining, 2012). UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, ULS – 8: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ – KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ – A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete, HADÖ – D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon

4.7. UHK'yi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi

Çalışmanın temel amaçlarından biri, UHK'yi etkileyen faktörleri incelemek ve bu faktörlerin UHK varlığını ve belirtilerini yordama gücünü belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda korelasyon analizleri sonrası, regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

4.7.1. İkili Lojistik Regresyon Analizi

Bu bölümde, UHK varlığını yordayan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan ikili lojistik regresyon analizi sonuçları paylaşılmıştır. Analiz sürecinde, bağımlı değişken olarak UHKÖ-16 kullanılmış olup, 50 puan ve üzeri alan katılımcılar UH olarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenler olarak yaş, eğitim düzeyi, eğitim yılı, akademik başarı düzeyi, alkol kullanım düzeyi, madde kullanım düzeyi, psikiyatrik özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmiş ile ASRS-5, OSA, BSMBÖ, DOBÖ, HADÖ-A, HADÖ-D, ULS-8, RBSÖ ve NHRÖ-KF toplam puanları eklenmiştir. Bu bağımsız değişkenler modele sırasıyla eklenerek, UHK'nin bu faktörler tarafından ne ölçüde yordandığı incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, her bir değişkenin UHK varlığı üzerindeki etkisini odds oranları (OR) ve %95 güven aralığı (GA) ile değerlendirmiştir. Modelin uyum iyiliği (*goodness of fit*) ise Hosmer-Lemeshow testi ile ölçülmüş ve modelin veriye iyi uyum sağladığı bulunmuştur ($p>0.05$). Modellerin doğru sınıflama yüzdeleri de hesaplanmış olup, bu yüzdeler modelin performansını değerlendirmek için kullanılmıştır. (Tablo 17).

İlk modelde sadece yaş değişkeni ele alınmış ve yaşın UHK varlığını anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür ($B=-0.134$, $p<0.001$, $OR=0.875$). Yaş arttıkça UH olma olasılığı %12.5 oranında azalmaktadır. Modelin açıklayıcı gücü %2.5 olarak bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %81,7 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.517$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

İkinci modelde yaş sabit kalırken, eğitim düzeyi, eğitim yılı ve akademik başarı düzeyi eklenmiştir. Yaşın etkisi bu modelde anlamını yitirmiştir ($p=0.140$). Buna karşılık, eğitim yılı ($B=-0.198$, $p=0.007$, $OR=0.821$) ve akademik başarı düzeyi ($B=-0.130$, $p=0.012$, $OR=0.878$) anlamlı bulunmuştur. Eğitim düzeyi ise anlamlı çıkmamıştır ($p=0.594$). Modelin açıklayıcı gücü %5.2 olarak bulunmuştur. Modelin

doğru sınıflama yüzdesi %81,7 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.112$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

Üçüncü modelde alkol ve madde kullanım düzeyleri eklenmiştir. Eğitim yılı ve akademik başarı düzeyi anlamlı kalmıştır ($p=0.004$, $p=0.011$), ancak alkol kullanım düzeyi anlamlı bulunmamıştır ($p=0.125$). Madde kullanım düzeyi ise sınırda anlamlılık göstermiştir ($B=0.389$, $p=0.091$, $OR=1.475$). Modelin açıklayıcı gücü %6.5 olarak bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %81,7 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.643$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

Dördüncü modelde psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş eklenmiştir. Eğitim yılı ($p=0.003$) ve akademik başarı düzeyi ($p=0.011$) bu modelde de anlamlı kalırken, psikiyatrik özgeçmiş sınırda anlamlı bulunmuştur ($B=0.417$, $p=0.098$, $OR=1.518$). Psikiyatrik soygeçmiş ise anlamlı bulunmamıştır ($p=0.220$). Modelin açıklayıcı gücü %7.7 bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %81,6 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.837$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

Beşinci modelde ASRS-5 ve OSA toplam skorları eklenmiştir. Bu modelde Eğitim yılı ($p<0.001$) anlamını korurken, ASRS-5 ($B=0.149$, $p<0.001$, $OR=1.161$) ve OSA ($B=0.035$, $p=0.018$, $OR=1.036$) UHK anlamlı şekilde yordayan değişkenler olmuştur. Akademik başarı düzeyi ve psikiyatrik özgeçmiş anlamını kaybetmiştir ($p=0.236$, $p=0.815$). Modelin açıklayıcı gücü %17.1 olarak bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %81,5 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.398$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

Altıncı modelde BSMBÖ ve DOBÖ toplam skorları eklenmiştir. Eğitim yılı ($p=0.002$), ASRS-5 ($p<0.001$), OSA ($p=0.033$) anlamlı kalırken, BSMBÖ anlamlı bulunmuştur ($B=0.045$, $p=0.004$, $OR=1.046$), ancak DOBÖ anlamlı çıkmamıştır ($p=0.191$). Modelin açıklayıcı gücü %19 bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %81,8 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.760$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

Yedinci modelde ruhsal esenlik faktörleri (REF) ölçekleri HADÖ-A ve HADÖ-D toplam skorları eklenmiştir. ASRS-5 ($p<0.001$), BSMBÖ ($p=0.025$) anlamını korurken, anksiyete (HADÖ-A) anlamlı bulunmuştur ($B=0.069$, $p=0.037$, $OR=1.071$). Depresyon (HADÖ-D) ise sınırda anlamlılık göstermiştir ($p=0.059$).

Modelin açıklayıcı gücü %20.8 bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %83,0 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.506$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.

Sekizinci modelde psikolojik faktörler (PF) ölçekleri UYÖ-KF, RBSÖ , NHRÖ-KF eklenmiştir. ASRS-5, BSMBÖ ve anksiyete anlamlı kalmış, depresyon anlamını kaybetmiştir. Yalnızlık anlamlı bulunmamış ($p=0.268$), ancak benlik saygısı (RBSÖ) ($B=0.363$, $p<0.001$, $OR=1.438$) ve narsistik özellikler (NHRÖ-KF) ($B=0.038$, $p=0.011$, $OR=1.038$) anlamlı bulunmuştur. Modelin açıklayıcı gücü %24.1 olarak bulunmuştur. Modelin doğru sınıflama yüzdesi %83,1 olup, Hosmer-Lemeshow testi $p=0.641$ ile modelin veriye iyi uyum sağladığı gösterilmiştir.



Tablo 17. UHKÖ-16 50 Kesme Puanına Göre UH Olma Durumunu Yordayan Faktörlerle İlgili İkili Lojistik Regresyon Analizi

N=848	Model 1 (Demografi)			Model 2 (Akademi)			Model 3 (AMKD)			Model 4 (Klinik Özellikler)		
	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA
Yaş	<0.001	0.875	0.810-0.944	0.140	0.933	0.852-1.023	0.182	0.939	0.856-1.030	0.137	0.932	0.850-1.023
Eğitim Düzeyi				0.514	1.170	0.730-1.874	0.594	1.138	0.707-1.832	0.653	1.116	0.693-1.797
Eğitim yılı				0.007	0.821	0.710-0.949	0.004	0.805	0.695-0.932	0.003	0.800	0.691-0.926
Akademik Başarı Düzeyi				0.012	0.878	0.794-0.971	0.011	0.877	0.792-0.970	0.017	0.884	0.799-0.978
Alkol KD							0.125	1.199	0.951-1.510	0.210	1.162	0.919-1.470
Madde KD							0.091	1.475	0.940-2.314	0.104	1.457	0.925-2.294
Pskikiyatrik Özgeçmiş*										0.098	1.518	1.926-2.490
Pskikiyatrik Soygeçmiş*										0.220	1.292	0.858-1.947
ASRS-5												
OSA												
BSMBÖ												
DOBÖ*												
HADÖ-A												
HADÖ-D												
UYÖ-KF												
RBSÖ												
NHRÖ-KF												

Model 1 (Demografi): Yaş, *Nagelkerke R²=0.025*,

Model 2 (Akademi): Eğitim Düzeyi, Eğitim Yılı, Akademik Başarı Düzeyi, *Nagelkerke R²=0.052*,

Model 3 (AMKD): Alkol KD, Madde KD, *Nagelkerke R²=0.065*,

Model 4 (Klinik Özellikler): Psikiyatrik Özgeçmiş, Psikiyatrik Soygeçmiş, *Nagelkerke R²=0.077*

Model 5 (NGB): ASRS-5, OSA, *Nagelkerke R²=0.171*,

Model 6 (DB): BSMBÖ, DOBÖ, *Nagelkerke R²=0.188*,

Model 7 (REF): HADÖ-A, HADÖ-D, *Nagelkerke R²=0.208*

Model 8 (PF): ULS-8, RBSÖ, NKRÖ-KF, *Nagelkerke R²=0.241*

UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağlılıklar, AMKD: Alkol Madde Kullanım Düzeyi, KD: Kullanım Düzeyi, REF:

Ruhsal Esenlik Faktörleri, PF: Psikolojik Faktörler, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOB: Dijital Oyun Bağımlılığı, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, UYÖ-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ – KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ – A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Anksiyete, HADÖ – D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Depresyon

*: Kategorik Değişkenler:Psikiyatrik Özgeçmiş, Psikiyatrik Soygeçmiş, DOBÖ

Referans gruplar: Psikiyatrik Özgeçmiş Olmama, Psikiyatrik Soygeçmiş Olmama, DOBÖ ölçeğine göre DOB olmaması

Tablo 17 Devam. UHKÖ-16 50 Kesme Puanına Göre UH Olma Durumunu Yordayan Faktörlerle İlgili İkili Lojistik Regresyon Analizi

N=848	Model 5 (NGB)			Model 6 (DB)			Model 7 (REF)			Model 8 (PF)		
	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA
Yaş	0.134	0.928	0.843-1.023	0.153	0.931	0.845-1.027	0.160	0.931	0.843-1.029	0.196	0.935	0.844-1.035
Eğitim Düzeyi	0.727	0.915	0.557-1.504	0.719	0.912	0.551-1.509	0.987	1.004	0.599-1.683	0.848	0.949	0.556-1.621
Eğitim yılı	<0.001	0.777	0.667-0.905	0.002	0.787	0.675-0.918	0.007	0.807	0.690-0.944	0.018	0.826	0.705-0.968
Akademik Başarı Düzeyi	0.236	0.938	0.844-1.043	0.301	0.945	0.849-1.052	0.398	0.954	0.855-1.064	0.575	0.968	0.865-1.084
Alkol KD	0.365	1.118	0.879-1.421	0.564	1.074	0.843-1.368	0.548	1.078	0.844-1.377	0.842	1.026	0.798-1.319
Madde KD	0.064	1.547	0.975-2.454	0.033	1.653	1.043-2.620	0.041	1.642	1.021-2.639	0.068	1.572	0.966-2.558
Psk Özg*	0.815	1.064	0.632-1.790	0.898	1.035	0.612-1.748	0.695	0.898	0.526-1.535	0.735	0.910	0.527-1.571
Psk Soy*	0.562	1.133	0.742-1.730	0.725	1.080	0.703-1.661	0.806	1.056	0.684-1.630	0.737	0.926	0.591-1.452
ASRS-5	<0.001	1.161	1.107-1.218	<0.001	1.135	1.080-1.194	<0.001	1.113	1.057-1.172	<0.001	1.097	1.040-1.157
OSA	0.018	1.036	1.006-1.067	0.031	1.033	1.003-1.065	0.092	1.027	0.996-1.060	0.249	1.019	0.987-1.052
BSMBÖ				0.004	1.046	1.014-1.079	0.025	1.036	1.004-1.069	0.067	1.030	0.998-1.064
DOBÖ				0.094	1.024	0.996-1.052	0.189	1.019	0.991-1.049	0.664	1.007	0.977-1.037
HADÖ-A							0.036	1.071	1.004-1.143	0.226	1.042	0.975-1.113
HADÖ-D							0.075	1.054	0.995-1.117	0.594	1.017	0.955-1.084
UYÖ-KF										0.272	1.030	0.977-1.084
RBSÖ										<0.001	1.438	1.170-1.767
NHRÖ-KF										0.011	1.038	1.009-1.069

Model 1 (Demografi): Yaş, *Nagelkerke R²=0.025*,

Model 2 (Akademi): Eğitim Düzeyi, Eğitim Yılı, Akademik Başarı Düzeyi, *Nagelkerke R²=0.052*,

Model 3 (AMKD): Alkol KD, Madde KD, *Nagelkerke R²=0.065*,

Model 4 (Klinik Özellikler): Psikiyatrik Özgeçmiş, Psikiyatrik Soygeçmiş, *Nagelkerke R²=0.077*

Model 5 (NGB): ASRS-5, OSA, *Nagelkerke R²=0.171*,

Model 6 (DB): BSMBÖ, DOBÖ, *Nagelkerke R²=0.188*,

Model 7 (REF): HADÖ-A, HADÖ-D, *Nagelkerke R²=0.208*

Model 8 (PF): ULS-8, RBSÖ, NKRÖ-KF, *Nagelkerke R²=0.241*

UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, AMKD: Alkol Madde Kullanım Düzeyi, KD: Kullanım Düzeyi, REF:

Ruhsal Esenlik Faktörleri, PF: Psikolojik Faktörler, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal

Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOB: Dijital Oyun Bağımlılığı, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, UYÖ-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik

Saygısı Ölçeği, NHRÖ-KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve

Depresyon Ölçeği-Depresyon

*: Kategorik Değişkenler:Psikiyatrik Özgeçmiş, Psikiyatrik Soygeçmiş

Referans gruplar: Psikiyatrik Özgeçmiş Olmama, Psikiyatrik Soygeçmiş Olmama

4.7.2. Hiyerarşik Regresyon Analizi

Bu bölümde, UHK belirtilerini yordayan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları paylaşılmıştır. Bağımlı değişken olarak UHKÖ-16 skoru kullanılmış ve bağımsız değişkenler adım adım modele eklenmiştir. Her modeldeki değişkenlerin UHK üzerindeki etkileri ve modelin açıklayıcılık düzeyi değerlendirilmiştir. Sonuçlar, her modelde elde edilen B (beta katsayısı), p (anlamlılık değeri), R^2 (açıklanan varyans yüzdesi), R^2 adj (düzeltilmiş açıklanan varyans yüzdesi) ve R^2 değişimi (bir önceki modele göre eklenen değişkenlerin açıklayıcı gücü) değerleri üzerinden yorumlanmıştır (Tablo 18).

İlk modelde yalnızca yaş bağımsız değişken olarak analize eklenmiştir. Yaşın UHKÖ-16 skorları üzerinde negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($B=-1.390$, $p<0.001$). Modelin açıklayıcı gücü %3.8'tür ($R^2_{adj}=0.038$).

İkinci modelde, eğitim düzeyi, eğitim yılı ve akademik başarı düzeyi bağımsız değişken olarak eklenmiştir. Eğitim yılı ($B=-1.513$, $p<0.001$) ve akademik başarı düzeyi ($B=-1.004$, $p=0.005$) UHKÖ-16 skorları üzerinde negatif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyinin etkisi ise anlamlı bulunmamıştır ($p=0.746$). Bu modelin açıklayıcı gücü %5.8'e çıkmıştır ($R^2_{adj}=0.058$) ve eklenen değişkenlerin modele katkısı %2.3 olmuştur ($R^2_{chg}=0.023$).

Üçüncü modelde alkol ve madde kullanım düzeyleri eklenmiştir. Alkol kullanım düzeyinin UHK puanları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($B=2.150$, $p=0.011$). Madde kullanımının ise anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p=0.328$). Modelin açıklayıcı gücü %6.6'ya çıkmıştır ($R^2_{adj}=0.066$), eklenen değişkenlerin modele katkısı ise %1.1 olmuştur ($R^2_{chg}=0.011$).

Dördüncü modelde psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş eklenmiştir. Psikiyatrik özgeçmişin UHKÖ-16 skorları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($B=3.857$, $p=0.031$). Psikiyatrik soygeçmişin etkisi ise anlamlı bulunmamıştır ($p=0.202$). Modelin açıklayıcı gücü %7.4'e çıkmıştır ($R^2_{adj}=0.074$) ve eklenen değişkenlerin modele katkısı %1.1 olmuştur ($R^2_{chg}=0.011$).

Beşinci modelde ASRS-5 toplam skoru ve OSA-İletişim alt ölçek skoru eklenmiştir. Yaş ($B=-0.783$, $p=0.004$) ve eğitim yılı ($B=-1.773$, $p<0.001$) değişkenlerinin UHKÖ-16 skorları üzerinde hala anlamlılığını koruduğu ancak diğer değişkenlerin anlamlılığını kaybettiği gözlemlenmiştir. ASRS-5'in ($B=1.352$, $p<0.001$) ve OSA-İletişim alt ölçeğinin ($B=1.017$, $p<0.001$), UHKÖ-16 skorları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Modelin açıklayıcı gücü %20.1'e yükselmiştir ($R^2 \text{ adj}=0.201$) ve eklenen değişkenlerin modele katkısı %12.7'dir ($R^2 \text{ chg} = 0.127$).

Altıncı modelde BSMBÖ ve DOBÖ eklenmiştir. BSMBÖ, UHKÖ-16 skorları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($B=0.560$, $p<0.001$). Ancak DOBÖ'nün anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p=0.071$). Modelin açıklayıcı gücü %23.8 olarak hesaplanmıştır ($R^2 \text{ adj}=0.238$) ve eklenen değişkenlerin modele katkısı %3.8'dir ($R^2 \text{ chg}=0.038$).

Yedinci modelde HADÖ-Anksiyete ve HADÖ-Depresyon alt ölçek skorları eklenmiştir. HADÖ-Anksiyete alt ölçeğinin, UHKÖ-16 skorları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir ($B=0.693$, $p<0.001$). Depresyonun etkisi ise sınırda anlamlı bulunmuştur ($B=0.328$, $p=0.052$). Bu modelin açıklayıcı gücü %25.9'a yükselmiştir ($R^2=0.271$, $R^2 \text{ adj}=0.259$) ve eklenen değişkenlerin modele katkısı %2.2'dir ($R^2 \text{ chg}=0.022$).

Sekizinci ve son modelde UYÖ-KF, RBSÖ ve NHRÖ-KF total skorları eklenmiştir. Yaş ($B=-0.610$, $p=0.020$), eğitim yılı ($B=-1.293$, $p=0.001$), ASRS-5 ($B=0.700$, $p<0.001$), OSA-İletişim ($B=0.750$, $p<0.001$), BSMBÖ ($B=0.424$, $p<0.001$) ve HADÖ-A ($B=0.507$, $p=0.007$) değişkenlerinin UHKÖ-16 skorları üzerinde etkilerinin anlamlı kalmaya devam ettiği gözlemlenmiştir. UYÖ-KF'nin anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir ($B=0.163$, $p=0.262$). RBSÖ ($B = 2.321$, $p<0.001$) ve NHRÖ-KF ($B=0.316$, $p<0.001$)'nin UHKÖ-16 skorları üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. RBSÖ ters puanlanmış olduğundan, elde edilen sonuçlar düşük benlik saygısının UHK varlığı ile güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Modelin açıklayıcı gücü %28.3 olarak hesaplanmış ($R^2 \text{ adj}=0.283$), eklenen değişkenlerin modele katkısı %2.6 olmuştur ($R^2 \text{ chg}=0.026$).

Tablo 18. UHKÖ-16 Skorundaki Değişiklikleri Yordayan Faktörlerle İlgili Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi

N=848	Model 1 (Demografi)				Model 2 (Akademi)				Model 3 (AMKD)				Model 4 (Klinik Özellikler)			
	B	SE	p	t	B	SE	p	t	B	SE	p	t	B	SE	p	t
Yaş	-1.390	0.235	<0.001	-5.905	-0.905	0.296	0.002	-3.058	-0.842	0.295	0.004	-2.850	-0.876	0.295	0.003	-2.975
Eğitim Düzeyi					0.512	1.581	0.746	0.324	0.235	1.577	0.882	0.149	0.016	1.572	0.992	0.10
Eğitim Yılı					-1.513	0.444	<0.001	-3.411	-1.668	0.445	<0.001	-3.750	-1.713	0.444	<0.001	-3.859
Akademik Başarı Düzeyi					-1.004	0.357	0.005	-2.809	-1.011	0.356	0.005	-2.840	-0.939	0.355	0.008	-2.643
Alkol KD									2.150	0.839	0.011	2.563	1.897	0.839	0.024	2.261
Madde KD									1.837	1.876	0.328	0.980	1.617	1.869	0.387	0.865
Psikikiyatrik Özgeçmiş													3.857	1.789	0.031	2.155
Psikikiyatrik Soygeçmiş													1.791	1.403	0.202	1.276
ASRS-5																
OSA																
BSMBÖ																
DOBÖ*																
HADÖ-A																
HADÖ-D																
UYÖ-KF																
RBSÖ																
NHRÖ-KF																

Bağımlı Değişken: UHKÖ-16 skoru

Model 1 (Demografi): Yaş, $R^2=0.040$, $R^2adj=0.038$, $R^2chg=0.040$

Model 2 (Akademi): Eğitim Düzeyi, Eğitim Yılı, Akademik Başarı Düzeyi, $R^2=0.062$, $R^2adj=0.058$, $R^2chg=0.023$

Model 3 (AMKD): Alkol KD, Madde KD, $R^2=0.073$, $R^2adj=0.066$, $R^2chg=0.011$

Model 4 (Klinik Özellikler): Psikiyatrik Özgeçmiş, Psikiyatrik Soygeçmiş, $R^2=0.083$, $R^2adj=0.074$, $R^2chg=0.011$

Model 5 (NGB): ASRS-5, OSA, $R^2=0.211$, $R^2adj=0.201$, $R^2chg=0.127$

Model 6 (DB): BSMBÖ, DOBÖ, $R^2=0.249$, $R^2adj=0.238$, $R^2chg=0.038$

Model 7 (REF): HADÖ-A, HADÖ-D, $R^2=0.271$, $R^2adj=0.259$, $R^2chg=0.022$

Model 8 (PF): ULS-8, RBSÖ, NKRÖ-KF, $R^2=0.297$, $R^2adj=0.283$, $R^2chg=0.026$

UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, AMKD: Alkol Madde Kullanım Düzeyi, KD: Kullanım Düzeyi, REF: Ruhsal Esenlik Faktörleri, PF: Psikolojik Faktörler, ASRS-5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, UYÖ-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ-KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon

Tablo 18 Devam. UHKÖ-16 Skorundaki Değişiklikleri Yordayan Faktörlerle İlgili Hiyerarşik Lojistik Regresyon Analizi

N=848	Model 5 (NGB)				Model 6 (DB)				Model 7 (PEF)				Model 8 (RF)			
	B	SE	p	t	B	SE	p	t	B	SE	p	t	B	SE	p	t
Yaş	-0.783	0.274	0.004	-2.856	-0.715	0.268	0.008	-2.668	-0.676	0.264	0.011	-2.557	-0.610	0.261	0.020	-2.340
Eğitim Düzeyi	-0.832	1.473	0.572	-0.565	-0.981	1.445	0.497	-0.679	-0.072	1.437	0.96	-0.050	-0.428	1.419	0.763	-0.302
Eğitim Yılı	-1.773	0.417	<0.001	-4.255	-1.670	0.41	<0.001	-4.075	-1.428	0.407	<0.001	-3.506	-1.293	0.402	0.001	-3.216
Akademik Başarı Düzeyi	-0.235	0.336	0.484	-0.701	-0.156	0.329	0.636	-0.473	-0.076	0.327	0.817	-0.231	-0.093	0.329	0.778	-0.282
Alkol KD	1.061	0.783	0.176	1.355	0.594	0.770	0.441	0.771	0.618	0.76	0.416	0.813	0.343	0.75	0.647	0.458
Madde KD	2.049	1.737	0.238	1.180	2.757	1.703	0.106	1.619	2.714	1.685	0.108	1.611	2.143	1.663	0.198	1.289
Pskikiyatrik Özgeçmiş*	0.472	1.688	0.780	0.280	-0.026	1.650	0.987	-0.016	-1.263	1.646	0.443	-0.767	-1.243	1.622	0.444	-0.766
Pskikiyatrik Soygeçmiş*	0.438	1.310	0.738	0.335	0.062	1.282	0.961	0.048	-0.072	1.265	0.954	-0.057	-0.684	1.254	0.586	-0.545
ASRS-5	1.352	0.137	<0.001	9.841	1.022	0.143	<0.001	7.125	0.848	0.146	<0.001	5.820	0.700	0.146	<0.001	4.793
OSA	1.017	0.200	<0.001	5.084	1.008	0.196	<0.001	5.153	0.849	0.196	<0.001	4.341	0.750	0.194	<0.001	3.862
BSMBÖ					0.560	0.090	<0.001	6.239	0.484	0.090	<0.001	5.385	0.424	0.089	<0.001	4.748
DOBÖ*					0.161	0.089	0.071	1.806	0.129	0.090	0.152	1.435	0.039	0.090	0.668	0.429
HADÖ-A									0.693	0.186	<0.001	3.724	0.507	0.186	0.007	2.722
HADÖ-D									0.328	0.169	0.052	1.943	0.121	0.176	0.490	0.690
UYÖ-KF													0.163	0.145	0.262	1.123
RBSÖ													2.321	0.611	<0.001	3.799
NHRÖ-KF													0.316	0.082	<0.001	3.878

Bağımlı Değişken: UHKÖ-16 Skoru

Model 1 (Demografi): Yaş, $R^2=0.040$, $R^2adj=0.038$, $R^2chg=0.040$

Model 2 (Akademi): Eğitim Düzeyi, Eğitim Yılı, Akademik Başarı Düzeyi, $R^2=0.062$, $R^2adj=0.058$, $R^2chg=0.023$

Model 3 (AMKD): Alkol KD, Madde KD, $R^2=0.073$, $R^2adj=0.066$, $R^2chg=0.011$

Model 4 (Klinik Özellikler): Psikiyatrik Özgeçmiş, Psikiyatrik Soygeçmiş, $R^2=0.083$, $R^2adj=0.074$, $R^2chg=0.011$

Model 5 (NGB): ASRS-5, OSA, $R^2=0.211$, $R^2adj=0.201$, $R^2chg=0.127$

Model 6 (DB): BSMBÖ, DOBÖ, $R^2=0.249$, $R^2adj=0.238$, $R^2chg=0.038$

Model 7 (REF): HADÖ-A, HADÖ-D, $R^2=0.271$, $R^2adj=0.259$, $R^2chg=0.022$

Model 8 (PF): ULS-8, RBSÖ, NKRÖ-KF, $R^2=0.297$, $R^2adj=0.283$, $R^2chg=0.026$

UHKÖ-16: Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği, NGB: Nörogelişimsel Bozukluklar, DB: Davranışsal Bağımlılıklar, AMKD: Alkol Madde Kullanım Düzeyi, KD: Kullanım Düzeyi, REF: Ruhsal Esenlik Faktörleri, PF: Psikolojik Faktörler, ASRS – 5: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, OSA: Otizm Spektrum Anketi, BSMBÖ: Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, DOBÖ: Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği, UYÖ-KF: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, NHRÖ-KF: Narsistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu, HADÖ-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete, HADÖ-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Ekim 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında İstanbul’da faaliyet gösteren çeşitli yükseköğretim kurumlarında öğrenim gören ve çalışmaya gönüllü olarak katılan yaşları 18-30 aralığındaki 848 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın amacı, Uyumsuz Hayal Kurma’nın (UHK) üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığını, klinik özelliklerle ve demografik değişkenlerle ilişkisini, ayrıca nörogelişimsel özellikler, davranışsal bağımlılıklar ve psikolojik faktörlerle olan olası ilişkilerini incelemektir.

5.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

5.1.1. Yaygınlık

Çalışmamızda Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği (UHKÖ-16) kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, 50 kesme puanı temel alındığında UHK yaygınlığı %18,28 olarak bulunmuştur (Tablo 4). 40 kesme puanı kullanıldığında ise bu oran %33,80’e yükselmiştir (Tablo 5). Çalışmamızda, literatürde yaygın olarak kabul edilen ve yüksek özgüllük sağlayan 50 kesme puanı tercih edilmiş ve bu puan üzerinden yapılan analizler esas alınmıştır [6, 8].

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, UHK yaygınlığının örnekleme ve kullanılan kesme puanlarına bağlı olarak değişkenlik gösterdiği dikkat çekmektedir. Suudi Arabistan’da Kral Saud Bin Abdulaziz Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nde tıp öğrencileri arasında yapılan çalışmada UHKÖ-14 kullanılmış ve 25 kesme puanı ile UHK yaygınlığı %70 olarak bildirilmiştir [149]. Bu oran, çalışmamızda elde edilen yaygınlığa kıyasla oldukça yüksektir. Bunun temel sebeplerinden biri, daha düşük kesme puanı ve daha az madde içeren bir ölçek kullanılmasıdır. Daha düşük bir kesme puanı, daha geniş bir popülasyonun UHK kriterlerini karşılamasına yol açabilir, bu da yaygınlığın daha yüksek çıkmasını açıklamaktadır. Ayrıca, tıp öğrencilerinin yüksek stres altında olmaları ve bu stresle başa çıkma mekanizmaları olarak hayal kurma eğiliminde olabilmeleri de bu yüksek oranı etkileyebilir.

Somer ve ark. (2019) tarafından yapılan bir başka çalışmada, madde kullanım bozukluğundan iyileşme sürecindeki bireyler üzerinde UHKÖ-16 ve 50 kesme puanı

kullanılarak yapılan analizlerde UHK yaygınlığı %16 olarak bulunmuştur [150]. Bu sonuç, çalışmamızda elde edilen %18,28'lik yaygınlığa yakın olmakla birlikte, örneklem grubunun madde bağımlılığından iyileşme sürecindeki bireylerden oluşması, bu grubun UHK açısından daha yüksek risk taşıyabileceğine işaret edebilir. Daha ileri klinik değerlendirmelerde ise, bu bireylerin yalnızca %5'ine UHK tanısı konulmuş olması, yüksek kesme puanının daha spesifik vakaları tanımladığını ve yalnızca belirgin semptomlara sahip bireyleri yakaladığını göstermektedir. Bu da, UHK'nin klinik anlamda önemli bir sorun olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sudan'da Hartum Üniversitesi'ndeki tıp öğrencileri arasında yapılan bir diğer çalışmada, 45 kesme puanı kullanılarak UHK yaygınlığı %34,3 olarak bulunmuştur. [151]. Bu bulgu, çalışmamızda 40 kesme puanı ile elde edilen %33,80 oranına oldukça yakındır. Buradan da anlaşılabacağı üzere, 40-45 kesme puanı kullanıldığında yaygınlık oranları birbirine benzer sonuçlar vermektedir. Ancak çalışmamızda, literatürde daha yaygın olarak kullanılan ve daha yüksek özgüllük sağlayan 50 kesme puanı tercih edilmiştir. Bu analizde UHK yaygınlığı %18,28 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, yüksek kesme puanının daha spesifik vakaları tanımlayarak, yaygınlık oranını düşürdüğünü bir kez daha göstermektedir.

En dikkat çekici bulgulardan biri, Soffer-Dudek ve Theodor-Katz (2022) tarafından İsrail'de gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmada elde edilmiştir. 40 kesme puanı kullanılarak yapılan çalışmada UHK yaygınlığı genel popülasyonda %4,2 olarak bulunmuş, genç yetişkinlerde ise bu oran %5,5 ile %8,5 arasında değişmiştir. Bununla birlikte, klinik görüşmeler sonucunda katılımcıların yalnızca %60'ının UHK tanı kriterlerini karşıladığı, dolayısıyla gerçek yaygınlığın %2,5 olduğu belirtilmiştir [26]. Bu çalışma, genel popülasyonda UHK'nin görece düşük yaygınlıkta olduğunu, ancak yaş ve demografik özelliklere göre değişiklik gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda 50 kesme puanı ile daha yüksek bir yaygınlık oranının bulunması, üniversite öğrencileri gibi daha riskli bir gruba odaklanmamızdan kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, kullanılan kesme puanı ve örneklem yapısı, yaygınlık oranlarının farklı çıkmasında etkili olmuştur.

Son olarak, Pietkiewicz ve ark. (2023) tarafından narsisistik kişilik bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmada, UHK yaygınlığı %68,6 olarak rapor edilmiştir

[48]. Bu yüksek oran, UHK ile narsisistik kişilik bozukluğu arasında belirgin bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda kişilik bozuklukları gibi komorbiditeler incelenmemiştir, ancak bu bulgu, UHK'nin farklı psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebileceğini ve daha geniş klinik araştırmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda elde edilen yaygınlık oranları literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, kullanılan kesme puanları ve örneklem farklılıklarına bağlı olarak büyük değişiklikler göstermektedir. Yüksek kesme puanı, UHK'nin daha belirgin vakalarını tanımlamada etkili olmuş, daha düşük kesme puanları ile yapılan analizlerde, daha geniş bir popülasyon UHK ile uyumlu bulunmuştur. Buna karşın tanısız görüşmelerdeki yaygınlık oranlarının dramatik düşüşü görülmektedir. Bu nedenle, UHK yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalarda kullanılan kesme puanlarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. İleri çalışmalarda, UHK'nin daha geniş popülasyonlar üzerinde, standart kesme puanları ile incelenmesi, daha güvenilir yaygınlık oranlarının elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

5.1.2. Yaş

Çalışmamız, 18-30 yaş aralığındaki üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş olup, katılımcıların yaş ortalaması 21.50 ± 2.59 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). UHK olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, UHK olan grubun yaş ortalaması 20.85 ± 2.27 , UHK olmayan grubun ise 21.64 ± 2.63 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ($p < 0.001$) gözlenmiştir (Tablo 9). Korelasyon analizleri, yaş değişkeni ile UHKÖ-16 skorları arasında zayıf fakat negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu ($r = -0.231$, $p < 0.01$) göstermiştir (Tablo 14). Lojistik regresyon analizleri, yaşın UHK varlığını tek başına anlamlı şekilde yordadığını, ancak diğer faktörler eklendiğinde bu yordayıcılığını kaybettiğini ortaya koymuştur (Tablo 17). Bununla birlikte, UHK belirtilerini yordama açısından yapılan hiyerarşik regresyon analizlerinde, yaş değişkeni tüm modellerde anlamlı bulunmuş, son modelde ise orta derecede negatif bir yordama gücü göstermiştir ($B = -0.610$, $p = 0.020$) (Tablo 18).

Bu bulgular, yaşın UHK üzerindeki etkisinin karmaşık ve çok faktörlü olduğunu göstermektedir.

Literatürde, genç yaşların UHK'ye yatkınlık oluşturduğuna dair çeşitli bulgular mevcuttur. Özellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde bireylerin, kimlik gelişimi ve duygusal düzenlemelerle ilgili yaşadığı zorlukların UHK semptomlarını tetikleyebileceğı belirtilmiştir. Bu dönemin birey için sosyal ve duygusal gelişim aısından kritik olduğu, hayal kurma davranışlarının bu süreçlerde başa çıkma mekanizması olarak kullanılabileceğı ifade edilmektedir. UHK'nin duygusal ve bilişsel süreçlerle yakından bağlantılı olduğu ve genç yaşlarda daha sık görüldüğü literatürdeki bulgularla da desteklenmektedir [3, 6, 276].

Yaşın UHK ile negatif yönlü bir ilişki göstermesi, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin duygusal ve bilişsel olgunlaşma süreçlerinin hayal kurma davranışlarını daha işlevsel hale getirdiğı düşüncesiyle açıklanabilir. Araştırmalar, genç yaşlarda maladaptif hayal kurmanın daha sık gözlemlendiğini, yaş ilerledikçe ise bu semptomların azaldığını göstermektedir. Bireylerin dikkat düzenleme becerilerinin gelişmesi ve bilişsel işlevlerin olgunlaşmasıyla birlikte UHK semptomlarının hafifleyebileceğı belirtilmektedir [11, 39]. Çalışmamızda da yaşın UHK üzerindeki yordayıcı etkisinin, diğer faktörler eklendikten sonra ortadan kalkması, yaşın tek başına belirleyici olmadığını ancak diğer psikososyal faktörlerle birlikte değerlendirildiğinde daha güçlü bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Yaş faktörünün UHK üzerindeki etkisinin sadece bilişsel gelişimle değil, aynı zamanda sosyo-duygusal olgunlaşma süreçleriyle de bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte sosyal ve duygusal süreçlerin daha sağlıklı işlediğini, bu sayede hayal kurma davranışlarının kontrol altına alınabileceğı öne sürülmektedir. Bu bağlamda, UHK belirtilerinin genç yaşlarda daha baskın olduğu, ancak yaş ilerledikçe azaldığını ifade edilmektedir [9, 14].

Sonuç olarak, çalışmamızda yaşın UHK belirtilerine olan etkisi anlamlı ve negatif yönlü bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmaları da yaşın UHK üzerindeki etkilerini doğrulamakta ve genç bireylerde UHK'nin daha yaygın olduğunu, yaş ilerledikçe bu semptomların azaldığını ortaya koymaktadır. Ancak, yaş faktörünün tek başına yeterli olmadığı ve UHK'nin karmaşık doğası gereği diğer bilişsel, duygusal ve sosyal faktörlerle birlikte ele alınması gerektiğini aşırtır [13, 16].

5.1.3. Cinsiyet

Çalışmamızdaki katılımcıların %73.2'si kadınlar, %26.8'i erkeklerden oluşmaktadır (Tablo 2). Örneklemdaki kadın katılımcı fazlalığına rağmen, UHK puanları ve varlığı açısından cinsiyete bağlı anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir (Tablo 7, Tablo 8). Çevrimiçi UHK platformlarında ve çalışmalarında göze çarpan bu kadın katılımcı fazlalığı, kadınların UHK yaygınlık oranlarının daha yüksek olduğu izlenimini verse de, bu durum aslında kadınların aşırı hayal kurmayı bir sorun olarak görüp çevrimiçi çözüm aramaya daha yatkın olmaları ya da UHK ile ilgili çalışmalara katılım konusunda daha gönüllü olmalarıyla açıklanmakta [26], bu bağlamda cinsiyetler arası farkın olmaması, epidemiyolojik literatürle uyumlu olarak karşımıza çıkmaktadır [26, 151, 277]. Çalışma bünyesindeki nörogelişimsel bozukluklar (DEHB, OSB) açısından da cinsiyete bağlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 7, Tablo 8).

Bununla birlikte, belirti grupları varlığı ve ölçek skorları incelendiğinde, kadın katılımcıların sosyal medya bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu, erkek katılımcıların ise dijital oyun bağımlılığı ve depresif bozukluklar açısından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 7, Tablo 8). Bu bulgular, kadınların sosyal medya kullanımı ve anksiyete bozukluklarına daha yatkın olduklarını ortaya koyan çalışmalarla örtüşmektedir. Bekker ve van Mens-Verhulst (2007) kadınların daha yüksek anksiyete ve duygu düzenleme sorunları yaşadığını, bunun da anksiyete bozukluklarına yatkınlığı artırabileceğini belirtmektedir [278]. Andreassen ve ark. (2017) kadınların sosyal medya kullanımında erkeklere kıyasla daha yoğun bir katılım gösterdiklerini ve bunun da sosyal medya bağımlılığı ile ilişkilendirilebileceğini öne sürmüşlerdir [238]. Öte yandan, Rutz (1996) [279] erkeklerde depresyonun daha yaygın görüldüğünü ve farklı belirtilerle ortaya çıkabileceğini, Kuss ve Griffiths (2012) [280] ise, erkeklerin daha fazla dijital oyun oynama eğiliminde olduklarını ve bunun bağımlılık düzeyine ulaşabileceğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, DEHB, OSB ve UHK açısından cinsiyetin belirleyici bir etkisi olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte, davranışsal bağımlılıklar (SMB ve DOB) açısından cinsiyetin önemli bir etken olduğu görülmektedir. Kadınların sosyal medya

bağımlılığına, erkeklerin ise dijital oyun bağımlılığına daha yatkın olmaları, bu iki bağımlılık türünün cinsiyete özgü sosyal, psikolojik ve kültürel dinamiklerle şekillendiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, klinik tedavi süreçlerinde cinsiyet farklarının göz önünde bulundurulması gerektiğini ve cinsiyete özgü yaklaşımların geliştirilmesinin faydalı olabileceğini göstermektedir.

UHK açısından cinsiyete bağlı anlamlı bir fark gözlemlenmemiş olması, bu bozukluğun kadın ve erkeklerde benzer oranlarda ortaya çıkabileceğini ve daha önceki literatürdeki bulgularla uyumlu olarak, UHK'nin cinsiyet farkından bağımsız bir nörogelişimsel ve psikolojik dinamikle ilişkilendirilebileceğini işaret etmektedir. Bu da, UHK'nin tedavisinde cinsiyet odaklı bir yaklaşım yerine bireyin duygu düzenleme stratejilerine ve kaçış mekanizmalarına odaklanılması gerektiğini göstermektedir.

5.1.4. Kardeş durumu ve Barınma Şekli

Çalışmamızda elde edilen bulgular, katılımcıların çoğunluğunun 2 veya 3 kardeşe sahip olup genellikle aileleriyle birlikte yaşadığını göstermektedir (Tablo 2). UHK olan ve olmayan bireyler arasında kardeş sayısı, kardeş sırası ve barınma şekli gibi demografik değişkenler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9). Bu sonuçlar, UHK'nin demografik faktörlerden bağımsız olarak geliştiğini ve daha çok bireysel psikolojik süreçlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kardeş sayısının bireyin sosyal becerileri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Tek çocuklar, ebeveynleriyle daha yakın ilişkiler kurarken, daha fazla kardeşe sahip bireylerin sosyal becerilerini geliştirme fırsatlarının daha fazla olduğu öne sürülmüştür [281]. Çocukluk döneminde kardeşler arasındaki sosyal etkileşimlerin ileriki yaşlarda sosyal ve duygusal uyum açısından önemli bir temel oluşturduğu belirtilmiştir [282].

Kardeş sırası da bireyin kişilik gelişimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Alfred Adler'in "*Doğum Sırası Teorisi*" (1870-1937), bireylerin aile içindeki doğum sırasının kişilik gelişimini etkilediğini vurgulamaktadır. Adler, ilk çocukların daha sorumlu ve liderlik özellikleri geliştirdiğini, ortanca çocukların arabulucu olma eğiliminde olduğunu, en küçük çocukların ise daha bağımsız ve isyankâr

olabileceğini ileri sürmüştür [283]. Ernst ve Angst (1983), doğum sırasının kişilik ve psikopatoloji üzerindeki etkilerini inceleyen bir meta-analiz gerçekleştirerek, doğum sırasının psikopatoloji ile güçlü bir ilişkisi olmadığını ve kişilik gelişimi üzerindeki etkilerinin sınırlı olduğunu bulmuşlardır [284]. Sulloway'ın (1996) "*Kardeş Sırası Teorisi*", ilk çocukların daha fazla sorumluluk ve liderlik becerileri geliştirdiğini, sonraki çocukların ise daha esnek, yaratıcı ve sosyal olarak uyumlu olduklarını öne sürmektedir. İlk çocuklar, ebeveynlerin daha fazla ilgisini alırken, ikinci ve sonraki çocukların daha rekabetçi bir ortamda yetiştikleri için farklı kişilik özellikleri geliştirdiği belirtilmiştir [285]. Eckstein ve Watts (2022), doğum sırasının yaşam tarzı özellikleri üzerindeki etkilerini inceleyen 200 çalışmayı gözden geçirerek, doğum sırasının psikolojik gelişim üzerindeki rolünü daha kapsamlı bir şekilde ortaya koymuşlardır. Bu araştırma, ilk doğanların genellikle daha yüksek başarı düzeyleri sergilediğini, ortanca çocukların daha sosyal olduklarını ve en küçük çocukların yaratıcı olma eğiliminde olduğunu destekleyen bulgular sunmaktadır [286].

Bununla birlikte, çalışmamızda, kardeş sayısı ve sırası açısından UHK olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, UHK'nin sosyodemografik değişkenlerden çok bireyin içsel psikolojik süreçleriyle daha yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. UHK'nin bireyin iç dünyasına derinlemesine odaklandığı ve sosyal ilişkilerden daha az etkilendiği düşünülmektedir [1].

Barınma şekli, bireylerin psikososyal gelişiminde önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir. Literatür, aileyle birlikte yaşamının sosyal destek mekanizmalarına erişimi artırarak bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini ve stresle başa çıkma kapasitelerini güçlendiren önemli bir kaynak olarak ruhsal dayanıklılıklarını artırabileceğini belirtmektedir [287, 288]. Bununla birlikte bağımsız yaşamın özgüveni artırabileceği, ancak yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi faktörlerin bağımsız yaşayan bireyler üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceğini belirtmektedir [255].

Ancak çalışmamızda, barınma şekli açısından UHK olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, UHK'nin sosyal çevreden bağımsız olarak bireyin içsel süreçleriyle daha yakından ilişkili olduğunu

göstermektedir. UHK'nin bireyin iç dünyasında gelişen ve dışsal faktörlerden daha az etkilenen bir fenomen olduğu literatürde yaygın bir şekilde desteklenmektedir [2-4, 11, 142, 143].

Sonuç olarak, sosyodemografik değişkenlerin UHK üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu gözlemlenmiştir. UHK'nin daha çok bireysel ve psikolojik süreçlerle ilişkili olduğu, sosyal çevre ya da yaşam koşullarından daha bağımsız bir bozukluk olduğu görülmektedir.

5.1.5. Akademik İşlevsellik

Bu bölümde, eğitim düzeyi, eğitim yılı, seviyesi, üniversitede geçirilen yıl ve akademik başarı düzeyi gibi akademik değişkenlerin UHK üzerindeki etkileri incelenmiştir. Analiz sonuçları, bu faktörlerin UHK'yi etkileme potansiyellerini göstermektedir.

UHK varlığı ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde lisans düzeyinin baskın olduğu, her düzeyde %12,5 ile %20 arasında UHK farklılığı olduğu ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içermediği görülmektedir ($p=0.764$, Tablo 9). Bununla birlikte UHKÖ-16 skorları ile eğitim düzeyleri arasında zayıf da olsa negatif ve anlamlı bir korelasyonun olduğu ($r=0.070$, $p<0.05$) görülmektedir (Tablo 14). Bu durum UHK belirtilerinin tanısal belirti gösterecek derecede olmasa bile varlığının ve olası artışlarının eğitim süreçlerini sekteye uğratabileceğini göstermektedir. Yapılan regresyon modellerinde eğitim düzeyi UHK'nin ortaya çıkmasını belirlemede anlamlı bir yordayıcı olarak bulunmamıştır (Tablo 17, Tablo 18). Bu durum korelasyon analizinde bulunan zayıf ilişkinin karşılıklı olmadığını göstermekte ve düşük eğitimli bireylerin daha yüksek UHK belirtileri gösterdiğini belirten literatür bilgisi ile uyumludur [4].

UHK varlığı ile eğitim yılı arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içerdiği görülmektedir ($p<0.001$, Tablo 9). Eğitim düzeyine göre daha kuvvetli ve anlamlı bir korelasyon olduğu ($r=0.221$, $p<0.01$, Tablo 14), regresyon modellerine bakıldığında UHK varlığını ve belirtilerini anlamlı şekilde yordadığı görülmektedir (lojistik regresyon, model 8, $p=0.018$, Tablo 17; hiyerarşik regresyon, model 8, $p=0.001$, Tablo 18). Bu bulgular düşük eğitim yılındaki

öğrencilerle ilgili akademik ve çevresel adaptasyon sorunları ve akademik performans yönetimindeki belirsizlikler nedeniyle UHK eğiliminin daha fazla olabileceği şeklinde değerlendirilebilir.

Üniversitede geçirilen yıl (ÜGY) ile UHK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0.001$), UH olanların, olmayanlara göre ÜGY ort.'sının 1 yıl daha az olduğu görülmüştür (Tablo 9). ÜGY ile UHKÖ-16 skorları ilişkisine bakıldığında ise yine görece kuvvetli ve negatif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.213$, $p < 0.01$, Tablo 14). ÜGY regresyon modellerine alınmamıştır. Eğitim düzeyi, eğitim yılı ve ÜGY değişkenlerinin belirgin birliklerlik gösterebildikleri göz önünde bulundurularak, regresyon modelleri öncesi VIF bakılmış ve çoklu kolinearliğin önüne geçmek için ÜGY modellerden çıkarılmıştır (Tablo 16). Her ne kadar regresyon modellerine alınmamış bile olsa üniversitede daha fazla zaman geçiren öğrencilerin UHK düzeylerinde azalma olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, öğrencilerin üniversiteye alıştıkça ve akademik performanslarına daha fazla odaklandıkça, UHK eğiliminin azalabileceğini göstermektedir. Üniversite deneyimi arttıkça, öğrenciler akademik hedeflerine yönelik daha yapılandırılmış ve odaklanmış bir yaklaşım benimseyebilirler, bu da UHK'nin azalmasına katkıda bulunabilir. Burada unutulmaması gereken ÜGY sorusunun eğitim değişkeni ve eğitim yılı sorularındaki olası karışıklığı gidermek için eklendiği, bu değişkenlerle değerlendirilmesi gerektiği ve sınıf/sene/dönem tekrarı yapma durumlarının dışlanamayacağı ve göz önünde bulundurulması gerektiğidir.

Akademik başarı düzeyi ile UHK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p = 0.003$, Tablo 9), UHKÖ-16 skorları ile negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r = 0.116$, $p < 0.05$, Tablo 14) görülmüştür. Yapılan regresyon analizlerinde akademik başarı düzeyinin demografik değişkenlerin olduğu modellerde UHK varlığını ve belirtilerini yordayıcı bir faktör olarak öne çıktığı (lojistik regresyon, model 4, $p = 0.017$, Tablo 17; hiyerarşik regresyon, model 4, $p = 0.008$, Tablo 18) ancak NGB, DB ve ilgili diğer faktörlerin modellere katılmasıyla yordayıcılık gücünü kaybettiği görülmektedir. Bu bulgular, akademik başarı düzeyi ile UHK ilişkisinin iki yönlü olarak değerlendirilmesi gerektiğini, UHK varlığında ve/veya belirtilerinin arttığı durumlarda akademik başarı düzeyinin gerilediğini göstermektedir. Akademik başarı düzeyi düşük olan öğrencilerin ise UHK'ye daha

yatkın olabileceği, bu eğilimin öğrencilerin derslerinden uzaklaşmasına ve hayal kurmaya daha fazla zaman ayırmalarına neden olabileceği söylenebilir.

Her ne kadar çalışmamızda yükseköğretim bünyesindeki öğrencilerin alt popülasyonlarının değerlendirilebilmesinde bölüm içi ve bölüm dışı farklılıklar istatistiksel olarak anlamlılık içermese de bu durumun alt popülasyonlardaki örneklem büyüklüğü ve çalışma metodu ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Literatür özellikle tıp fakültesi öğrencilerindeki farklılığa dikkat çekmektedir [149, 151].

Akademik başarı düzeyi ve ilgili akademik faktörlerin beraber değerlendirilmesi, UHK'nin akademik sürecin başında, yükseköğretim bünyesinde henüz akademik sorumluluk ve beklenti yönetimini edinebilecek kadar süre geçirmemiş gençlerde daha yoğun olarak görülebildiğini ve akademik başarı düzeylerinde düşüklüğe sebep olabileceğini göstermektedir. Bulgularımız UHK'nin akademik süreçleri sekteye uğratabilen bir yapıda olduğunu belirten literatürle uyumluluk göstermektedir [1, 3, 4, 142, 143, 149].

5.1.6. Alkol, Madde, Tütün Kullanım Düzeyleri

Çalışmamızda katılımcılar arasında alkol kullanım oranının %33.3, madde kullanım oranının %2, tütün kullanım oranının %30.8 olduğu görülmektedir (Tablo 2). UHK olan ve olmayan gruplarda alkol, madde ve tütün kullanımlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9). Korelasyon analizlerinde, UHKÖ-16 skorları ile alkol kullanımı arasında zayıf da olsa anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmış ($r=0.068$, $p<0.05$), madde ve tütün kullanımları ile UHK arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 14). Lojistik regresyon analizlerinde alkol ve madde kullanımının UHK varlığını yordayıcı bir etkisi olmadığı görülmüş, hiyerarşik regresyon analizlerinde ise madde kullanımının modeller arasında anlamlılık durumlarında değişiklikler gözlenmiştir (Tablo 17, Tablo 18). Literatürde alkol, madde ve tütün kullanım düzeyleri ile UHK arasındaki ilişkiye dair çalışmalar sınırlıdır [150, 152, 289].

Çalışmamızdaki alkol, tütün ve madde kullanım oranları, benzer çalışmalara kıyasla oldukça düşük bulunmuştur [152, 289]. Bu durum kültürel, dini, hukuki ve sosyal normlarla açıklanabilir. Korelasyon ve regresyon analizleri incelendiğinde,

alkol kullanımı ile UHK arasında zayıf bir korelasyon bulunmuş ve bu da Türkiye’de alkol kullanımının sosyal içicilik düzeyinde kalması nedeniyle UHK üzerinde anlamlı bir etkisinin olmamasıyla ilişkilendirilmiştir. Literatürde hayal kurma ile alkol ve madde kullanımı arasında doğrudan bir ilişki bulunmamakla birlikte [289], madde kullanımı ile UHK arasında güçlü bir ilişki olduğu ve madde kullanımının UHK belirtilerini şiddetlendirdiği belirtilmektedir [152]. Ayrıca, madde bağımlılığı tedavi süreçlerinde UHK’nin dikkate alınması gereken bir faktör olduğu ve UHK ile madde bağımlılığının etiyolojik ve fenomenolojik özellikleri paylaşabileceği ifade edilmektedir [150]. Bununla birlikte madde kullanımı ile DEHB birlikteliği [172] ve DEHB ile UHK birlikteliğini [9, 10, 14] belirten çalışmalar bildirmektedir.

Bu bulgular Türkiye’deki araştırmalarda kültürel faktörlerin önemli bir rol oynadığı ve alkol-madde kullanımının sınırlı düzeyde raporlandığı göz önünde bulundurulduğunda, alkol, madde ve tütün kullanımı ile UHK arasındaki ilişkinin kültürel kohort faktörlerinden etkilenebildiği ancak bu şekilde açıklanamayacak kadar karmaşık olduğunu göstermektedir. Alkol, madde ve tütün kullanımının genellikle sosyal, psikolojik ve biyolojik etkenlerle şekillendiği, bu faktörlerin UHK üzerindeki etkilerini çeşitlendirebileceği düşünülmektedir. Özellikle alkol kullanımında sosyal içicilik gibi düşük seviyelerdeki tüketim, UHK üzerinde anlamlı bir etki yaratmayabilirken, yoğun alkol ya da madde kullanımı UHK belirtilerini şiddetlendirebilir. Ayrıca, madde kullanımının UHK ile doğrudan ilişkili olmasa da, DEHB gibi diğer nörogelişimsel bozukluklarla birlikte görüldüğünde UHK’yi etkileyebileceği, dolayısıyla bu ilişkilerin birbirine dolaylı yollarla etki edebileceği dikkate alınmalıdır. Korelasyon analizlerinde alkol kullanımı ile UHK arasında zayıf da olsa pozitif bir ilişki saptanmış olması, bu tür ilişkilerin daha detaylı araştırılmasının gerekliliğini vurgularken, madde kullanımının etkisinin farklı modellerde değişiklik göstermesi, bu ilişkilerin çok boyutlu doğasını ve analiz edilen modele göre farklı sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir. Literatürdeki sınırlı çalışmalar da bu karmaşıklığa dikkat çekmekte, dolayısıyla gelecekteki araştırmalarda biyopsikososyospiritüel faktörlerin de kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiğini önermektedir.

5.1.7. İlaç Kullanımları ve Alternatif Tıp Tedavileri

Çalışmamızda katılımcılar arasında psikiyatrik ilaç kullanım oranı %15.2 (sürekli, halen %6.5), diğer ilaç kullanım oranı %42.3 (sürekli, halen %3.4), ve alternatif tıp tedavisi kullanım oranı %24.4 (sürekli, halen %0.6), olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). Psikiyatrik ilaç kullanımı, diğer ilaç kullanımı ve alternatif tıp tedavisi kullanımı açısından UH olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9). Korelasyon analizlerinde UHKÖ-16 skorları ile anlamlı bir ilişki saptanmamış (Tablo 14); regresyon analizlerinde ise UHK varlığı ve belirtileri açısından anlamlı bir yordayıcılık bulunmamıştır (Tablo 17, Tablo 18).

Bu bulgular, literatürde UHK tedavisinde kullanılan farmakolojik yaklaşımlar ve alternatif yöntemlerle kısmen uyum göstermektedir ve bu sonuçlar birkaç nedene bağlanabilir. İlk olarak, katılımcıların bu tedavi yöntemlerini UHK'den bağımsız olarak kullanmaları, yani ilaçların ve tedavilerin doğrudan UHK semptomlarını hedeflememesi, bu ilişkisizliğin temel nedeni olabilir. İkinci olarak, tedavi yöntemlerinin sürekliliğinin oldukça düşük olması, tedavilerin semptomlar üzerindeki etkilerini tam anlamıyla göstermelerini engellemiş olabilir. Sürekli tedavi gören katılımcıların oranlarının düşük olması, sonuçların anlamlı bir fark yaratmamasına yol açmış olabilir. Ayrıca, UHK'nin psikososyal, bilişsel ve ruhsal boyutları olan karmaşık yapısı, sadece biyolojik temelli ilaçların bu bozukluğu tam olarak hedefleyememesi ile açıklanabilir. Alternatif tıp uygulamalarının etkisinin bireyler arasında büyük farklılıklar göstermesi, bu tedavilerin UHK üzerinde sınırlı veya tutarsız etki göstermesine yol açmış olabilir. Dolayısıyla, tedavi yöntemleri arasındaki farkın anlamlı olmaması, UHK'nin biyolojik tedaviyle sınırlı kalmayıp, daha çok bütüncül bir tedavi yaklaşımı gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

Literatürde, aşırı hayal kurma ve dikkat dağınıklığı gibi semptomların SSRI grubu antidepressanlar başta olmak üzere bazı psikiyatrik ilaçlarla kontrol altına alınabileceği belirtilmektedir. Ancak, bu ilaçların her bireyde aynı etkiyi göstermediği de vurgulanmaktadır [2, 9]. Buna ek olarak, nörolojik veya metabolik hastalıklar için kullanılan ilaçların bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği belirtilse de, bu ilaçların doğrudan UHK semptomlarını artırmadığı ifade edilmektedir [152]. Ayrıca, meditasyon, kısa süreli farkındalık (*mindfulness*) ve

kendini izleme (*self-monitoring*) gibi uygulamaların UHK belirtilerini hafifletmede etkili olduğu gösterilmiştir [153].

Bu teknikler, modern psikoterapi yaklaşımlarında yaygın olarak kullanılmakla birlikte, kökenlerini kadim doğu kültürlerinden almakta, yüzyıllardır çeşitli kültürel, dini ve manevi geleneklerde çeşitli şekillerde uygulanmaktadır. UHK semptomlarına geriletmeye ve/veya ortadan kaldırmaya yönelik tedavi süreçlerinde, terapi modelleri içerisinde uygulanan bu alternatif tıp uygulamaları ile hedeflenen noktanın yalnızca zihinsel farkındalık değil, aynı zamanda sosyospiritüel dengenin korunması da olması gerektiğini düşünmekteyiz. Kültürel, dini ve geleneksel uygulamalar, bireyin ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayarak bu dengeyi sağlamada önemli bir rol oynayabilir. Bireyin ruhsal, bedensel ve psikolojik iyiliğini destekleyen bu pratikler, modern tedavi yaklaşımlarının bütüncül bir parçası olarak ele alınabilir. Bu nedenle, tedavi yaklaşımlarının bireyin biyopsikososyospiritüel bağlamına uygun olarak şekillendirilmesi, hem UHK semptomlarını hafifletmede hem de bireyin genel iyilik halini artırmada kalıcı sonuçlar sağlayabilir [290-292]. Modern tıbbın sağladığı avantajlar, kültürel ve dini öğelerle harmanlandığında daha derin ve etkili bir tedavi süreci oluşturulabilir.

5.1.8. Tıbbi Özgeçmiş, Psikiyatrik Özgeçmiş ve Psikiyatrik Soygeçmiş

Çalışmamızda katılımcılar arasında tıbbi özgeçmiş varlığı %9.8, psikiyatrik özgeçmiş varlığı %15.7 ve psikiyatrik soygeçmiş varlığı %31.1 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2). UH olan grupta psikiyatrik özgeçmiş varlığının (%21.93) UH olmayan gruba (%14.29) kıyasla anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p=0.018$), diğer değişkenlerde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9). Korelasyon analizlerinde UHKÖ-16 skorları ile psikiyatrik özgeçmiş arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmış ($r=0.089$, $p<0.01$), ancak tıbbi özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmiş ile anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (Tablo 14). Lojistik regresyon analizlerinde ise bu değişkenlerin UHK varlığını yordayıcı etkisi olmadığı (Tablo 17), ancak hiyerarşik regresyon analizinde psikiyatrik özgeçmişin UHK belirtilerini yordayıcı etkisinin olduğu görülmüştür ($p=0.031$) (Tablo 18).

Tıbbi özgeçmiş varlığı ile UHK arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, literatürde tıbbi rahatsızlıkların bilişsel işlevler ve dikkat üzerinde dolaylı etkileri olabileceği bulgularıyla uyumludur. UHK'nin psikiyatrik ve nörogelişimsel faktörlerle daha çok ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, tıbbi rahatsızlıkların UHK üzerinde doğrudan bir etki göstermemesi beklenebilmektedir. UHK'nin bilişsel ve davranışsal işlevlerle daha yakından bağlantılı olduğu ve bu nedenle tıbbi özgeçmişin etkilerinin daha az belirgin olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, kronik hastalıklar veya nörolojik bozuklukların bireylerin hayal kurma eğilimlerini artırabileceği ve bu durumun gelecekteki çalışmalarda daha derinlemesine incelenmesi gerektiği belirtilmektedir [3, 4, 6, 10, 11, 38].

Psikiyatrik özgeçmiş varlığı ile UHK arasında anlamlı bir ilişki bulunması, UHK'nin psikiyatrik bozukluklarla sıkı bir ilişki içinde olduğuna dair literatürdeki bulgularla uyumludur. Depresyon, anksiyete ve DEHB gibi nörogelişimsel bozuklukların UHK gelişiminde önemli rol oynadığı görülmektedir. Psikiyatrik bozukluklarla UHK arasındaki bu ilişki, UHK'nin bilişsel süreçler üzerindeki etkileriyle bağlantılıdır. Ayrıca, psikiyatrik bozuklukların UHK semptomlarını ağırlaştırabileceği de literatürde belirtilmektedir [3, 4, 6, 10, 14]. Çalışmamızda da bu ilişki doğrulanmış ve psikiyatrik özgeçmiş varlığı olan bireylerde UHK semptomlarının daha yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, psikiyatrik özgeçmişin UHK belirtilerini artıran bir faktör olduğunu desteklemektedir [6, 13, 16, 149]. Ayrıca, psikiyatrik geçmişe sahip bireylerde UHK'nin nörogelişimsel süreçlerle bağlantısının daha güçlü olduğu ve bunun tedavi süreçlerinde dikkate alınması gerektiği literatürde vurgulanmaktadır [11].

Psikiyatrik soygeçmiş ile UHK arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak literatürde, psikiyatrik bozukluklar geçmişi olan ailelerin nörogelişimsel bozukluklar açısından daha yüksek risk taşıdığı ifade edilmektedir. Psikiyatrik soygeçmişin UHK üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı, ancak genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin dolaylı etkiler yaratabileceği öne sürülmektedir. Bu durumun daha fazla araştırılması gerektiği belirtilmiştir [10, 14, 16].

Sonuç olarak, bulgularımız UHK'nin özellikle psikiyatrik özgeçmiş olan bireylerde daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu durum, UHK'nin nörogelişimsel ve psikiyatrik temellere dayalı karmaşık yapısını ve tedavi

süreçlerinde psikiyatrik bozuklukların dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Tıbbi özgeçmiş ve psikiyatrik soygeçmiş ile UHK arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, bu faktörlerin UHK üzerindeki dolaylı etkilerinin gelecekte daha detaylı araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Literatürdeki mevcut bulgular da bu sonuçları desteklemekte ve UHK'nin tedavisinde daha kapsamlı, çok yönlü bir yaklaşım gerektiğini göstermektedir (Somer et al., 2020; Salomon et al., 2021).

5.2.UHK ve Nörogelişimsel Özellikler

5.3.1. UHK ve DEHB İlişkisi

UHK ve DEHB arasındaki ilişki, her iki bozukluğun da dikkat eksikliği semptomlarıyla karakterize edilmesi nedeniyle oldukça karmaşık olabilir. DEHB'nin dikkat eksikliği ile ilgili tanısal kriterlerinden A1c hayal kurmayı ima eden bir belirti içermektedir: “Genellikle doğrudan konuşulduğunda dinlemiyor gibi görünür. (örneğin, belirgin bir dikkat dağınıcılığı olmamasına rağmen, zihin başka bir yerde gibi görünür)” [7]. Gerçekten de, hayal kurma davranışı genellikle DEHB'nin karakteristik bir özelliği olarak tanımlanmıştır [293].

UHK'nin DEHB ile ilişkisini anlamada iki temel kavram öne çıkmaktadır: zihin gezinmesi (ZG) ve yavaş bilişsel tempo (YBT). ZG'nin, varsayılan mod ağı içerisinde bilincin doğal bir etkinliği olarak görülmekte olduğu [121, 122], 2 türe ayrılabilceği (*istemli, istemsiz*), istemsiz ZG'nin DEHB semptomatolojisine sahip bireylerde yaygın olduğu ve varlığının işlevsel bozulmalarla ilişkili olduğu belirtilmektedir [28, 129]. ZG, DEHB'li bireylerde düşüncelerin mevcut görevden sapmasına yol açarak dikkat dağınıklığını, yürütücü işlev bozukluklarını ve duygusal düzensizlikleri artırmakta; bu da DEHB'nin klinik tablosunu karmaşılaştırıp patolojik yönlerini şiddetlendiren ve tedavi sürecini zorlaştıran bir tablo oluşturmaktadır. Ayrıca, ZG'nin dikkat eksikliği semptomlarını ağırlaştırabileceği vurgulanmış, bu durumun DEHB tanısının ZG'den kaynaklanan semptomlarla karıştırılarak daha yüksek görünmesine yol açabileceği öne sürülmektedir [30, 64, 163].

ZG ve hayal kurma arasındaki kavramsal farklılıklar son dönemlerde daha net bir şekilde ortaya konmaya başlanmıştır [3, 126]. ZG, geniş bir dikkat dağılma sürecini ifade ederken, UHK bireyin hayatını olumsuz etkileyen, tekrarlayıcı ve yoğun dikkat kaybına yol açan bir bozukluktur. Bu bağlamda, UHK'nin dikkat kaynaklarını tüketerek DEHB'nin dikkatsizlik semptomlarını ağırlaştırdığı düşünülmektedir. Bu durum, her iki bozukluğun da dikkati olumsuz etkileyen süreçlere sahip olmasından kaynaklanmakta ve bu süreçler birbirini besleyerek klinik patolojilerini ağırlaştırmaktadır [9, 14, 30].

YBT, bilişsel yavaşlık, dalgınlık ve içe dönük dikkat dağınıklığı gibi belirtilerle karakterize edilen bir sendrom olarak tanımlanır ve DEHB'nin dikkatsizlik alt tipi ile ilişkilendirilmiştir [130, 294]. Ancak bazı araştırmalar, YBT'nin DEHB'den bağımsız bir sendrom olduğunu öne sürmektedir [132, 133]. YBT'nin en belirgin semptomları hayalperestlik ve yavaşlık olarak iki ana başlık altında toplanır. Hayalperestlik, kişinin göreve odaklanamaması, dalgın görünmesi ve düşüncelere dalması gibi durumları içerirken, yavaşlık, görevleri tamamlamada yavaşlık, bilişsel işlev bozuklukları ve uyanık kalmada zorluk gibi belirtileri kapsar [130, 132]. YBT'nin düşük enerji ve motivasyon eksikliği gibi durumlarla karakterize olduğu ve bu belirtilerin özellikle akademik performans üzerinde olumsuz etkiler yarattığı belirtilmiştir [131]. YBT'nin DEHB popülasyonunda sık görülmesi, bu iki bozukluğun bazı semptomlarının örtüşmesi nedeniyle karmaşık bir tabloya neden olabilir [130, 294]. Bununla birlikte, YBT'nin DEHB'den bağımsız bir sendrom olduğu bulgularıyla birlikte, DEHB tanısının yüksek görünmesine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir [134, 135]. YBT ve DEHB'nin farklı nörogelişimsel süreçleri olmasına rağmen, bu iki bozukluğun birlikte ele alınması gerektiği, çünkü klinik tablolarının birbirini ağırlaştırabileceği düşünülmektedir [130, 136, 294]. Bu bağlamda, DEHB ve UHK'nin birlikte ele alındığında, daha karmaşık ve kapsamlı bir klinik değerlendirme ve tedavi stratejisi gerektirdiğini göstermektedir

UHK araştırma verileri, UH'ler arasında dikkat eksikliklerinin varlığını doğrulamaktadır. Bigelsen ve ark. (2016) çalışması, UHK'li bireylerin DEHB'nin dikkatsizlik alt ölçeğinde yüksek skorlar aldığını ortaya koymuştur. UHK'nin dış dünyaya olan dikkati bölerek dikkat kaynaklarını tükettiği, bu nedenle UHK'li

bireylerin DEHB'nin dikkatsizlik belirtilerini daha belirgin yaşadığı öne sürülmüştür [3].

Somer ve ark. (2017) çalışması, UHK'li bireylerin %76,9'unun aynı zamanda DEHB tanısı aldığını ve dikkatsizlik belirtilerinin UHK'li bireylerde daha belirgin olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüksek komorbidite oranı, UHK ve DEHB'nin ortak özellikler taşıdığını ve bu iki durumun klinik olarak birbirini etkileyebileceğini düşündürmektedir. UHK, dikkat eksikliği semptomlarını ağırlaştırarak DEHB ile daha sık bir arada görülmekte ve bu iki durumun klinik belirtilerinin birbirini etkileyerek güçlendiği düşünülmektedir. Ancak, bu bulgular nedensellik ilişkisinin var olduğunu kanıtlamaktan çok, her iki bozukluğun dikkat eksikliği semptomlarını nasıl karşılıklı olarak ağırlaştırabileceğini göstermektedir [8].

Robinson ve ark. (2014) tarafından yapılan bir araştırmada [295], yoğun imgeleme ve fantezi aktiviteleri ile stereotipik hareketler sergileyen çocukların dikkat testlerinde düşük performans sergiledikleri, ancak hafıza ve sözel ifadede güçlü oldukları bulunmuştur. UHK, sosyal, akademik ve kişilerarası işlevselliği bozan kapsamlı fantezi faaliyetidir. Kinestetik hareketler ve müzik, UHK'daki dissosiyatif emilim sürecini artırmakta, döngüsel ve ritmik özellik gösteren bu kinestetik hareketler stereotipik hareketlerle benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda, Robinson ve ark.'larının çalışmasındaki bulgular, UHK'nın dikkat eksiklikliği semptomlarını ağırlaştırabilen bir yapıya sahip olduğunu ve UHK'lı bireylerin, DEHB'nin dikkatsizlik belirtilerini daha belirgin şekilde yaşadığını destekleyebilir.

Somer ve ark. (2017), UHK'li bireylerin yaygın dikkatsizlik belirtileri gösterdiğini ve bu bireylerin dikkatlerini toplamakta ve sürdürmekte zorlandıklarını, bu durumun ise çoğunlukla hayal kurma süreçlerinden kaynaklanan ve/veya hayal kurma süreçlerini tetikleyebilen döngüsel bir durum oluşturduğunu belirtmektedir [8]. Bu bağlamda DEHB'nin çekirdek semptomları olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik, UHK'nin gelişimine katkıda bulunabilir. Franklin ve ark. (2017) çalışması, DEHB'nin özellikle dikkat eksikliği ve dürtüsellik semptomlarının, bireylerde aşırı hayal kurma eğilimini artırarak UHK gelişimini destekleyebileceğini vurgulamaktadır [30].

DEHB ile UHK'nin bazı temel dikkat kaynakları açısından benzerlikleri olmasına rağmen, DEHB'deki dikkat dağınıklığı genellikle dışsal nedenlere

bağlıyken, UHK'deki dikkat dağınıklığının içsel fantezilerle ilişkili olduğu, UHK'nin kinestetik hareketler ve müzikle olan karakteristik ilişkisinin DEHB'de görülmediği belirtilmektedir [10].

Katz ve ark.'larının (2022) çalışmasında, UHK ve DEHB arasındaki farklar ve benzerlikler ele alınmış, UHK'nin DEHB'den bağımsız bir patoloji olduğu, ancak DEHB'li bireylerde de sık görüldüğü belirtilmektedir. UHK ve DEHB'nin birlikte görüldüğü bireylerde depresyon, düşük benlik saygısı ve yalnızlık gibi ek psikopatolojilere daha sık rastlandığı, bu vakalarda, UHK'nin DEHB tedavisinde fark yaratan önemli bir bileşen olduğu, depresyon ve anksiyete gibi semptomların daha belirgin olduğu görüldüğü belirtilmektedir. DEHB semptomları kontrol altına alındığında bile UHK'nin depresyon ve düşük benlik saygısıyla ilişkisi devam etmektedir. Bu da, UHK'nin bağımsız bir psikopatolojik yapı olabileceğini ve DEHB tedavisi sırasında dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır [14].

Çalışmamız, DEHB ve UHK arasındaki ilişkiye dair önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcıların ASRS-5 ortalama puanı 9.45 ± 4.31 olup, bu değer ölçeğin kesme puanının altında kalmaktadır (Tablo 3). Buna karşın, çalışmada DEHB sıklığı %46.6 olarak tespit edilmiştir (Tablo 6). Cinsiyetler arası karşılaştırmalarda ASRS-5 skorları ve DEHB sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 7, Tablo 8). UHK'si olan katılımcıların ASRS-5 ortalaması, UHK'si olmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuş (11.68 ± 4.47 ve 8.95 ± 4.11 ; $p < 0.001$) (Tablo 10). Benzer şekilde, UHK'si olan bireylerde DEHB sıklığı %69, UHK'si olmayan bireylerde ise %41.6 olarak tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$) (Tablo 11). Korelasyon analizleri, UHK ve DEHB arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r = 0.335$, $p < 0.001$) (Tablo 15). Ayrıca, regresyon analizleri, DEHB belirtilerinin UHK'nin güçlü bir yordayıcısı olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 17, Tablo 18).

Bu bulgular, DEHB ve UHK'nin sıkça bir arada görüldüğünü ve ortak semptomatolojik özellikler taşıdığını göstermektedir. DEHB'nin, dikkat eksikliği semptomlarını ağırlaştırarak UHK'nin daha belirgin hale gelmesine yol açtığı ve bu iki bozukluğun klinik olarak birbirini beslediği tespit edilmiştir. DEHB belirtilerinin artışı, UHK semptomlarının şiddetlenmesine katkıda bulunmakta ve her iki bozukluğun birlikte görülme olasılığını artırmaktadır.

Sonuç olarak, DEHB ve UHK dikkat eksikliği üzerinden birbirini güçlendiren bozukluklar olarak ele alınmalıdır. Klinik değerlendirme ve tedavi süreçlerinde bu iki bozukluğun birlikte değerlendirilmesi, entegre yaklaşımların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

5.3.2. UHK ve OSB İlişkisi

UHK ve OSB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, bu iki bozukluğun bazı ortak özellikler taşıdığını göstermektedir. OSB’li bireyler sıklıkla sosyal iletişim ve etkileşim problemleri, sosyal izolasyon, yalnızlık, duygu düzenleme güçlükleri, tekrarlayıcı/kalıplaşmış davranış örüntüleri ve aşırı odaklanma eğilimi sergilerler [31-33]. Özellikle, OSB’de belirli bir ilgi alanına yoğun ilgi, diğer aktivitelere müdahale edebilir ve bu durum kesintiye karşı dirençle karakterize edilen aşırı odaklanma (*hyperfocus*) durumunu doğurabilir [34, 35]. Bu odaklanma, UHK’daki dissosiyatif emilim ile benzerlik gösterir; UHK’ya sahip bireyler de sosyal ilişkilerden uzaklaşma, kinestetik hareketler ve gerçek dünyadan koparak kendi hayal dünyalarına dalma eğilimi gösterirler [11, 12]. OSB’li bireylerde görülen aşırı odaklanma, kısıtlı ilgi alanlarına yoğunlaşırken, UHK’daki dissosiyatif emilim bireylerin hayal dünyalarına aşırı derecede dalmalarına yol açar; her iki durumda da bireylerin gerçek dünyadan uzaklaşmaları benzer bir tablo sunmaktadır [11, 16]. OSB’li bireylerde UHK belirtilerinin sosyal izolasyon ve duygu düzenleme güçlükleriyle bağlantılı olduğu, bu iki durumun da nörogelişimsel süreçlerdeki ortaklıkları yansıtabileceği belirtilmiştir [16, 36]. Bu durum, UHK ve OSB’nin nörobiyolojik ve psikolojik süreçlerinin bazı noktalarda örtüşebileceğine işaret etmektedir [10, 15, 16].

OSA, normal zeka kapasitesine sahip erişkinlerde otistik özellik spektrumunu ve/veya geniş otizm fenotipine (*broader autism phenotype, BAP*) sahip olduğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir öz-bildirim anketidir. OSA’da 26 puan ve üzeri sonuçlar klinik değerlendirme için önemli bir eşik olarak kabul edilmekte, Yüksek İşlevli Otistik Bozukluk (YİO) olan bireylerde ortalama puan 35.8 ± 6.5 olarak verilmektedir [231]. Orta otizm fenotipi (*medium autism phenotype, MAP*) ve dar

otizm fenotipi (*narrow autism phenotyp, NAP*) gibi kavramlar, otistik özelliklerin şiddetini ölçmek amacıyla öngörü amaçlı oluşturulmuş alt gruplardır [223].

OSB’de gözlemlenen stereotipik hareketler ile UHK’da görülen kinestetik hareketler arasında bazı benzerlikler bulunabilir [16, 34]. OSB’li bireylerde görülen tekrarlayıcı motor davranışlar, bilişsel ve duygusal stresle başa çıkmalarına yardımcı olabilir [16, 17]. Benzer şekilde, UHK’daki kinestetik hareketler de bireyin hayal dünyasında derinleşmesine yardımcı olan bir mekanizma olarak işlev görebilir. Ancak bu benzerliklerin altında yatan nörobiyolojik ve psikolojik faktörler henüz tam olarak açıklanamamıştır ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır [4, 15, 143].

Çalışmamızda elde edilen bulgular, UHK ile OSB arasındaki ilişkiye dair önemli ipuçları sunmaktadır. Katılımcıların OSA ortalama puanı 20.30 ± 6.51 olarak bulunmuş ve bu değer ölçek kesme puanının altında kalmıştır. Alt ölçeklerde ise, iletişim ortalaması 6.42 ± 2.85 , ayrıntılar alt ölçeği ortalaması 5.24 ± 1.84 , ve sosyal beceri ortalaması 3.96 ± 2.47 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3). Çalışmada OSB sıklığı %19.3 olarak belirlenmiş, cinsiyetler arasında OSA skorları ve OSB sıklığı açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 6, Tablo 7, Tablo 8). UHK’si olan katılımcıların OSA ortalaması (22.29 ± 6.06), UHK’si olmayanlara kıyasla (19.85 ± 6.53) anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 10). Ayrıca, UHK’si olan bireylerde OSB sıklığı %26.5, UHK’si olmayanlarda ise %17.7 olarak tespit edilmiş ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 11). Korelasyon analizleri, UHK ile OSB arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur ($r = 0.218$, $p < 0.001$) (Tablo 15). Bulgular ayrıca, OSB belirtilerinin şiddeti arttıkça UHK semptomlarının da arttığını, özellikle geniş ve orta otizm fenotipine sahip bireylerde UHK belirtilerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tablo 12, Tablo 13). Regresyon analizleri, OSB belirtilerinin UHK’yi nispeten güçlü bir şekilde yordadığını ortaya koymuştur (Tablo 17, Tablo 18).

Bu bulgular, OSB'nin daha belirgin olduğu bireylerde UHK'nın da arttığını ve iki bozukluğun ortak patofizyolojik mekanizmalara sahip olabileceğini göstermektedir. OSB'li bireylerde sosyal izolasyon, yalnızlık ve duygu düzenleme güçlükleri gibi psikososyal faktörlerin UHK semptomlarını tetikleyebileceği göz

önüne alındığında [16, 36], bu iki bozukluğun nörogelişimsel süreçlerde ortak özellikler taşıdığı anlaşılmaktadır. Ayrıca, OSB belirtilerinin artmasıyla UHK seviyelerinin de arttığı ve iki bozukluğun benzer psikolojik ve biyolojik süreçlere dayandığı görülmektedir.

Sonuç olarak, OSB ve UHK, bireylerin sosyal, akademik ve kişilerarası işlevselliklerini olumsuz etkileyen benzer zihinsel süreçlere sahiptir. Bu iki bozukluğun nörobiyolojik temelleri, klinik değerlendirmelerde entegre müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmalar, özellikle dar otizm fenotipi ve UHK ilişkisini daha detaylı incelemeli ve bu iki bozukluğun etkileşimlerine odaklanmalıdır.

5.3. UHK ve Davranışsal Bağımlılıklar

UHK ile davranışsal bağımlılıklar arasındaki ilişki, her iki durumun ortak mekanizmalara sahip olduğunu gösteren çalışmalarda ele alınmıştır. UHK, bireylerin hayal kurma süreçlerini kontrol edememesi ve bu süreçlerin sosyal, akademik veya mesleki işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratmasıyla tanımlanırken, davranışsal bağımlılıklar belirli bir aktiviteye karşı kontrol kaybı, tekrarlayıcı katılım ve bu aktivitenin bireyin yaşam kalitesini bozmasıyla karakterize edilir [18, 154, 234]. Literatürde, aşırı hayal kurma süreçlerinin ödüllendirici bir deneyim sunması ve bireyin bu davranışı tekrarlama zorunluluğu hissetmesi nedeniyle, UHK'nın, davranışsal bağımlılıklar ile benzerlik taşıdığı belirtilmektedir [18, 20].

UHK ve davranışsal bağımlılıklar, her iki durumda da bireyin belirli bir aktiviteye aşırı odaklanması ve bu odaklanmanın kontrol edilememesi yönünden benzerlik göstermektedir. UHK'da bireyler, hayal kurma sürecini sınırlandırmakta veya durdurmakta zorluk çekerken, davranışsal bağımlılıkta da bireyler belirli bir davranışı tekrarlama eğilimindedir. Her iki durumda da bu süreç, bireylerin sosyal ve kişisel işlevselliklerinde olumsuz etkiler yaratabilir [37]. Ancak, UHK daha çok içsel bir zihinsel süreç olup bireyin kendi hayal dünyasına dalmasını içerirken, davranışsal bağımlılıklar genellikle dış dünyadaki somut aktivitelerle (sosyal medya, oyunlar, kumar gibi) ilgilidir [234, 235].

Literatürde, UHK'nın davranışsal bağımlılıklarla benzer özellikler taşıdığı ve bu durumun kontrol kaybı, tekrarlayıcı davranışlar ve ödül mekanizmalarıyla açıklanabileceği belirtilmektedir [9, 18, 154]. DSM-5'te bağımlılık, bireyin bir aktiviteyi sürdürme konusunda yaşadığı kontrol kaybı ve bu süreçte yaşanan yoksunluk gibi belirtilerle tanımlanmaktadır [7]. UHK da benzer şekilde bireylerin hayal kurma süreçlerini kontrol edememesi ve bu süreçten uzaklaştıklarında rahatsızlık yaşamalarıyla tanımlanır. Bu açıdan UHK'nın ödüllendirici bir süreç olarak tekrarlanması, davranışsal bağımlılık kriterleriyle örtüşmektedir [18, 20].

Çalışmamızda sosyal medya bağımlılığı (SMB) ve dijital oyun bağımlılığı (DOB) ile UHK arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sosyal medya bağımlılığına ilişkin bulgulara göre, katılımcıların BSMBÖ ortalama puanı 17 ± 6.57 olarak bulunmuş, kadınların ortalaması 17.76 ± 6.43 , erkeklerin ise 14.95 ± 6.53 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$) (Tablo 3, Tablo 7). UHK'si olan bireylerin BSMBÖ ortalaması 19.54 ± 6.44 , UHK'si olmayan bireylerin ise 16.44 ± 6.47 olarak bulunmuş ve bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$) (Tablo 10). Korelasyon analizleri, UHK ile SMB arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = 0.309$, $p < 0.001$) (Tablo 15). Regresyon analizleri, SMB belirtilerinin UHK'nin varlığı ve semptomlarını güçlü bir şekilde yordadığını ortaya koymuştur (Tablo 17, Tablo 18).

Dijital oyun bağımlılığına ilişkin bulgulara göre, katılımcıların DOBÖ ortalama puanı 12.32 ± 6.29 olarak tespit edilmiş, DOBÖ sıklığı %18.9 olarak bulunmuştur (Tablo 3, Tablo 6). Cinsiyetler arasında, erkeklerin ortalaması 15.77 ± 7.25 , kadınların ise 11.06 ± 5.38 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$) (Tablo 7). Ayrıca, erkeklerde DOBÖ sıklığı %34.4, kadınlarda ise %13.2 olarak bulunmuş ve bu fark da anlamlıdır ($p < 0.001$) (Tablo 8). UHK'si olan bireylerde DOBÖ sıklığı %27.10, UHK'si olmayanlarda ise %17.03 olup, bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.004$) (Tablo 11). Korelasyon analizleri UHK ile DOB arasında daha zayıf, fakat pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = 0.155$, $p < 0.01$) (Tablo 15). Regresyon analizlerinde ise DOB belirtilerinin UHK'yi anlamlı şekilde yordamadığı görülmüştür (Tablo 17, Tablo 18).

Çalışmamız, UHK ile davranışsal bağımlılıklar arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Özellikle SMB ile UHK arasındaki pozitif ilişki,

ekran başı davranışsal bağımlılıkların UHK semptomları ile ilişkisine işaret etmektedir. DOB ise UHK ile ilişkilendirilse de, etkisinin daha zayıf olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, SMB ve DOB arasında farklı nörobiyolojik ve psikolojik süreçlerin devrede olduğunu göstermektedir.

Sosyal medya bağımlılığı, bireylerin sanal dünyada kendilerini buldukları ve gerçek dünyadan uzaklaşmalarına neden olan ödüllendirici bir deneyim sunarken, UHK'nın da benzer bir şekilde bireylerin hayal dünyasına dalmalarına ve gerçeklikten uzaklaşmalarına yol açtığı bilinmektedir [18, 234]. Bu bağlamda, sosyal medya kullanımının tekrarlayıcı ve ödüllendirici yapısının, UHK'li bireylerde hayal kurma süreçlerini tetikleyebileceği ve yoğunlaştırabileceği öne sürülebilir. UHK'daki dissosiyatif emilim ile SMB'nin sunduğu sanal kaçış deneyimi arasında bir paralellik kurulabilir. Her iki süreç de bireylerde dikkat dağınıklığına, gerçek dünyayla olan bağın zayıflamasına ve günlük işlevselliğin azalmasına yol açabilir.

Dijital oyun bağımlılığı ile UHK arasındaki ilişkinin daha zayıf olması ise farklı bir psikolojik etki mekanizmasına işaret edebilir. Dijital oyunlar, genellikle dışa dönük, aktif bir katılım ve sürekli strateji geliştirme gibi zihinsel süreçler gerektirir [235]. Bu nedenle, dijital oyun oynayan bireylerde UHK'nın pasif hayal kurma süreçlerinin daha az devreye girdiği düşünülebilir. Ayrıca, oyun bağımlılığına sahip bireylerin sosyal medya kullanıcılarına kıyasla gerçek dünyadan uzaklaşma eğilimlerinin daha kontrollü olduğu ve bu nedenle UHK semptomları üzerinde daha az etkili olduğu speküle edilebilir. Literatürde dijital oyun bağımlılığının, bireylerin dikkatini sürdürme ve stratejik düşünme becerilerini daha çok kullandıkları için UHK'nın zihinsel kaçış eğilimlerine daha az katkıda bulunabileceği belirtilmiştir [233, 236]

Bu bulgular, davranışsal bağımlılıkların UHK semptomlarını nasıl artırdığını ve bu iki bozukluk arasındaki etkileşimi anlamının önemini vurgulamaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmalar, UHK ve modern bağımlılıklar arasındaki nörobiyolojik ve psikolojik süreçlerin daha detaylı incelenmesini sağlamalıdır. Özellikle SMB ve UHK arasındaki ilişkinin anlaşılması, tedavi stratejilerinde yeni yaklaşımların gelişmesine katkı sunabilir.

5.4.UHK ve Ruhsal Esenlik Faktörleri

Anksiyete bozuklukları, bireylerin içsel dünyalarına çekilme eğilimlerini artırarak UHK ile güçlü bir ilişki içerisindedir. UHK'yi deneyimleyen bireylerin, kaygı hisleriyle başa çıkmak amacıyla hayal dünyalarına sığındıkları ve bu kaçış davranışının zamanla patolojik bir hale dönüştüğü bilinmektedir. Bu durum, bireylerin gerçek dünya ile olan bağlarını zayıflatarak UHK'nin devam etmesine yol açabilir [1, 38, 144]. Özellikle travmatik yaşantılar ve sosyal stres faktörleri, anksiyete seviyelerini artırarak UHK'yi tetikleyebilir [73, 143]. Somer ve ark.'ları (2020), psikiyatrik geçmişi olan bireylerde UHK'nin daha yaygın olduğunu ve özellikle anksiyete gibi ruhsal bozuklukların UHK'yi tetikleyen önemli faktörler arasında yer aldığını belirtmektedir [156].

Anksiyete bozuklukları, özellikle sosyal anksiyete ve genel kaygı bozukluğu, UHK'si olan bireylerde sıklıkla gözlemlenen ruhsal bozukluklardır. Greene ve ark.'larının (2020) yaptığı çalışmada, UHK ile anksiyete arasında çift yönlü bir ilişki olduğu, yani anksiyetenin UHK'yi tetiklediği ve UHK'nin artan kaygı seviyeleri ile ilişkilendirildiği bulunmuştur [41]. Anksiyete bozukluğu yaşayan bireyler, stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmakta zorlanırken, bu durumu UHK ile telafi etmeye çalışırlar. Bu süreç, bireylerin ruhsal esenlikleri üzerinde ciddi bir baskı yaratmakta ve günlük yaşam aktivitelerine katılımını engellemektedir. UHK'nin kısır döngüsü, anksiyete seviyelerini yükselterek bireylerin gerçek dünyadan uzaklaşmasına neden olabilir [38, 41]

Literatür, depresyon ve UHK ilişkisini, anksiyeteye kıyasla daha temkinli ele almaktadır. Depresyon, genellikle UHK'nin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve bireylerin sosyal izolasyona sürüklenmesine neden olabilir. Uzun süreli UHK deneyimi, zamanla depresif semptomların gelişmesine yol açabilir. Ancak, depresyon UHK'nin tetiklenmesinde birincil bir etken değildir; daha çok, UHK'nin uzun vadeli olumsuz etkilerinin bir yan ürünü olarak ortaya çıkmaktadır. UHK, bireylerin işlevselliğini ve sosyal yaşamlarını bozarak depresyonun gelişimine zemin hazırlayabilir, ancak doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi bulunmamaktadır [3, 4, 6, 14].

UHK ile depresyon arasındaki zayıf ilişki, UHK'nin daha çok anksiyete ile başa çıkma amacı güdülen bir kaçış mekanizması olduğunu göstermektedir. Bireyler,

anksiyetenin yarattığı stresli durumlarla baş edemediklerinde hayal kurarak geçici bir rahatlama sağlayabilirler [10]. Ancak, bu geçici rahatlama zamanla bireyin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini bozarak depresif belirtilerin gelişmesine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda da anksiyete ve depresyon belirtilerinin UHK'si olan bireylerde daha yaygın olduğu görülmüş ve UHK varlığı ile korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 11, Tablo 17). Ancak, bu iki faktör arasında UHK ile olan ilişkide önemli bir fark dikkat çekmektedir. Regresyon analizlerimizde anksiyetenin UHK üzerinde daha güçlü bir yordayıcı olduğu görülürken, depresyon bu ilişkiyi anlamlı bir şekilde etkilememektedir (Tablo 17, Tablo 18). Bu sonuçlar literatürle uyumlu olarak anksiyetenin, UHK ile güçlü bir bağı olduğu ve gelişiminde baskın bir rol oynadığını, depresyonun UHK ile ilişkisinin daha da zayıf kaldığını ortaya koymaktadır.

5.5. UHK ve Psikolojik Faktörler

Çalışma bulgularına göre, UHK ile yalnızlık, benlik saygısı ve narsisizm arasında anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Yalnızlık, benlik saygısı ve narsisizm gibi psikolojik faktörlerin UHK ile ilişkili olduğu, ancak en güçlü belirleyicinin düşük benlik saygısı olduğu anlaşılmaktadır. Yalnızlık ve narsisizm, UHK ile ilişkili olmakla birlikte, UHK'nin gelişiminde daha sınırlı etkilere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, UHK'nin bireyin psikolojik zorluklarla başa çıkmak için kullandığı bir kaçış mekanizması olabileceğini göstermektedir.

Yalnızlık skorları ve UHK varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu (UH olanlarda UYÖ-KF skoru: 15.97, UH olmayanlarda UYÖ-KF skoru: 14.00, $p<0.001$) (Tablo 9), yalnızlık skorları ile UHK skorları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu ($r: 0.235$, $p<0.001$) (Tablo 15) gözlenmiştir. Ancak yapılan regresyon analizlerinde, yalnızlığın UHK varlığı üzerinde doğrudan bir belirleyici etkisinin bulunmadığı, UHK ile ilişkili bir faktör olmakla birlikte bağımsız bir sebep olarak öne çıkmadığı belirlenmiştir (Tablo 17, Tablo 18).

Yalnızlık ile UHK arasındaki ilişkinin literatür ışığında değerlendirilmesi, yalnızlığın doğrudan UHK'nin sebebi olmadığını ancak önemli bir etken olduğunu

göstermektedir. Somer ve ark'larının çalışmaları, UHK'li bireylerin sosyal ilişkilerde zorlandıklarını ve sosyal etkileşimlerin yetersizliği nedeniyle yalnızlık hissettiklerini vurgulamaktadır [142]. Bu durum, bireylerin gerçek dünyadan kaçış ihtiyacı duymasına ve bu kaçışı UHK aracılığıyla gerçekleştirmelerine neden olmaktadır. Yalnızlık, sosyal çekilme davranışını artırarak bireylerin içsel fantezi dünyalarına yönelmelerini kolaylaştırabilir [3]. Bununla birlikte, yalnızlığın UHK'ye katkıda bulunmasının sosyal ilişkilerde yaşanan zorluklar ve içe kapanma eğilimleriyle bağlantılı olduğu görülmektedir.

Literatürde, yalnızlığın travmatik geçmişi olmayan bireylerde bile sosyal destek eksikliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yalnızlık, bireyin sosyal dünyadan kopmasını ve hayal dünyasına daha fazla dalmasını sağlayan bir faktördür [2]. Pandemi dönemi gibi sosyal izolasyonun arttığı zamanlarda, yalnızlığın UHK semptomlarını şiddetlendirdiği ve sosyal izolasyonun UHK üzerindeki etkisinin daha belirgin hale geldiği görülmüştür [156, 296]. Pandemi sürecinde sosyal ilişkilerin azalması ve bireylerin yalnız kalması, UHK'nin daha sık ve yoğun yaşanmasına neden olmuştur. Yalnızlık, DEHB ve OSB gibi nörogelişimsel bozukluklarla birlikte ortaya çıktığında, UHK'ye katkıda bulunabilen karmaşık bir psikolojik faktör haline gelmektedir [14, 16]. Özellikle sosyal etkileşimlerde yaşanan zorlukların bireyleri içsel dünyalarına yönelttiği ve UHK'nin bu süreçte bir başa çıkma mekanizması olarak devreye girdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, yalnızlık çocukluk döneminde yaşanan sosyal izolasyon ve travmatik deneyimlerle ilişkili olabilir, bu da yalnızlığın bireyin içe kapanmasına ve hayal dünyasına sığınmasına yol açtığını göstermektedir [143].

Benlik saygısı ise UHK ile en güçlü ilişkilerden birini göstermiştir. Benlik saygısı skorları ve UHK varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu (UH olanlarda RBSÖ skoru: 2.22 vs UH olmayanlarda RBSÖ skoru: 1.28, $p < 0.001$, Cohen'd: -0.739) (Tablo 9), benlik saygısı skorları ile UHK arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu ($r: 0.315$, $p < 0.001$) (Tablo 15) gözlenmiştir. Ayrıca yapılan regresyon analizlerinde de benlik saygısının UHK varlığı ve UHK skorları üzerinde doğrudan bir belirleyici faktör olduğu görülmüştür (Tablo 17, Tablo 18). Bu bulgular, benlik saygısının UHK gelişiminde önemli bir rol oynadığını ve düşük benlik

saygısına sahip bireylerin UHK'yi bir kaçış mekanizması olarak kullanma eğiliminde olabileceğini göstermekte olup literatür bulgularıyla örtüşmektedir.

Benlik saygısının düşük olması, bireylerin gerçek dünyada kendilerini yetersiz veya değersiz hissetmelerine neden olabilir. UHK, bu bireylere fantezi dünyasında idealize edilmiş benlikler yaratarak kendilerini daha güçlü ve değerli hissetme fırsatı sunar. Benlik saygısı düşük olan bireylerin, hayal dünyasında kendilerini daha başarılı, güçlü ya da çekici olarak hayal etmeleri, onların UHK'ye olan bağımlılıklarını artırabilir [2, 141]. Regresyon analizlerindeki bulgular, benlik saygısının UHK üzerinde doğrudan belirleyici bir faktör olduğunu ve UHK'nin sadece sosyal izolasyon ya da yalnızlıkla değil, bireyin öz algılarıyla da güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir [14]. Bu kaçış, kısa vadede bir rahatlama sağlasa da, uzun vadede bireylerin gerçek dünyayla olan bağlarını zayıflatarak işlevselliklerini bozabilir. Düşük benlik saygısına sahip bireyler, UHK'yi bir savunma mekanizması olarak kullanarak gerçek dünyadaki zorluklardan kaçınma yoluna başvurabilirler [44].

Narsisizm skorları ve UHK varlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu (UH olanlarda NHRÖ-KF skoru: 21.48, UH olmayanlarda NHRÖ-KF skoru: 18.42, $p<0.001$) (Tablo 9) narsisizm skorları ile UHK skorları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu ($r:0.256$, $p<0.001$) (Tablo 15) gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizlerinde de narsisizmin UHK varlığı ve UHK skorları üzerinde doğrudan bir belirleyici faktör olduğu, ancak bu etkinin benlik saygısına kıyasla daha zayıf kaldığı gözlenmiştir (Tablo 17, Tablo 18). Bu bulgular narsisizmin UHK ile ilişkili olduğunu, ancak diğer psikolojik faktörlerle karşılaştırıldığında UHK üzerinde belirleyici etkisinin daha sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde narsisizm ile UHK arasındaki ilişki özellikle kırılğan narsisizm bağlamında ele alınmıştır. Narsisistik kişilik özelliklerine sahip bireyler, gerçek dünyada yaşadıkları hayal kırıklıklarını telafi etmek ve düşük özsaygılarını dengelemek için UHK'yi bir başa çıkma mekanizması olarak kullanabilirler [1, 47]. Özellikle kırılğan narsisistik bireyler, hayal dünyasında kendilerini daha güçlü, başarılı ve idealize edilmiş bir şekilde hayal ederek UHK'nin içine çekilebilirler [1, 48, 49]. Bu bağlamda, kırılğan narsisizm ile UHK arasında literatürde daha kuvvetli bir ilişki olduğu sıkça vurgulanmaktadır. Ancak, bizim çalışmamızda kullanılan

Narsisistik Hayranlık ve Rekabet Ölçeği-Kısa Formu (NHRÖ-KF) daha çok büyüklenmeci narsisizmi ölçmektedir. Bulgularımız büyüklenmeci narsisizm ile orta kuvvetli bir ilişki olduğunu açıkça göstermektedir. Yine de, kırılğan narsisizmi doğrudan ölçme imkanımız olmamasına rağmen, bulgularımızda benlik saygısı ile UHK arasında güçlü bir ilişki gözlemlenmiş olması, kırılğan narsisizm ile UHK arasındaki potansiyel kuvvetli ilişkiye dolaylı bir atıf yapmamıza olanak sağlamaktadır. Benlik saygısının düşük olması, genellikle kırılğan narsisizmle ilişkilendirilen bir özelliktir, bu da kırılğan narsisizm ile UHK arasında daha kuvvetli bir ilişkinin olabileceğine işaret edebilir [45-49].

Narsisizmin iki türü olan büyüklenmeci ve kırılğan narsisizm arasında farklılıklar olsa da, elimizdeki bulgular büyüklenmeci narsisizm ile UHK arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Literatüre dayanarak, kırılğan narsisizm ile UHK arasında daha kuvvetli bir ilişki olabileceği düşünülmekle birlikte, bu ilişki mevcut çalışmamızda dolaylı olarak benlik saygısı üzerinden değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak, UHK ile yalnızlık, benlik saygısı ve narsisizm gibi psikolojik faktörler arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Bu ilişkiler arasında en güçlü belirleyicinin düşük benlik saygısı olduğu, yalnızlık ve narsisizmin ise UHK üzerinde daha sınırlı etkilere sahip olduğu anlaşılmıştır.

5.6. UHK ile İlişkili ve Yordayıcı Faktörlerin İncelenmesi

Çalışmamızda UHK ile çeşitli demografik, akademik, klinik, nörogelişimsel, davranışsal ve psikolojik faktörler arasındaki bağlantılar incelenmiştir.

- Korelasyon analizleri yaş, akademik değişkenler (eğitim yılı, üniversitede geçirilen yıl, akademik başarı düzeyi), alkol kullanımı, psikiyatrik özgeçmiş, nörogelişimsel bozukluklar (DEHB, OSB), ekran önü davranışsal bağımlılıklar (SMB, DOB), anksiyete, depresyon, yalnızlık, benlik saygısı ve narsisizm faktörlerinin UHK üzerinde anlamlı etkiler yarattığını tespit etmiştir (Tablo 14, Tablo 15).
- Lojistik regresyon analizi modellerinde, UHK varlığı için en güçlü yordayıcılar olarak DEHB ve benlik saygısı öne çıkmaktadır. DEHB, her

modelde en güçlü ve anlamlı yordayıcı olarak kalmış ve UHK varlığını önemli ölçüde artırmıştır. Benzer şekilde, benlik saygısı UHK varlığı üzerinde en güçlü psikolojik yordayıcı olarak belirlenmiştir. Düşük benlik saygısına sahip bireylerin, UHK olma olasılığı daha yüksektir. Narsisizm de anlamlı bir yordayıcı olarak ortaya çıkmış ancak DEHB ve benlik saygısı kadar güçlü bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Eğitim yılı seviyesi de başlangıçtan itibaren anlamlı kalmış, akademik ilerlemenin UHK olma olasılığını azaltıcı bir etkisi olduğu görülmüştür. Ayrıca, SMB ve anksiyetenin ara modellerde anlamlı yordayıcılar olarak görülmüş, ancak son modelde etkilerini kaybetmişlerdir. Sonuç olarak, DEHB ve Benlik Saygısı, UHK olma olasılığını en güçlü şekilde açıklayan yordayıcılar olarak değerlendirilmektedir (Tablo 17).

- Hiyerarşik regresyon modellerinde, UHK belirtilerini yordayan en güçlü faktörler arasında DEHB ve benlik saygısı öne çıkmaktadır. DEHB her modelde anlamlı bir yordayıcı olarak kalmış ve UHK belirtilerini en güçlü şekilde artıran değişkenlerden biri olmuştur. Benzer şekilde, son modele kadar eklenen benlik saygısı da en güçlü psikolojik yordayıcı olarak belirlenmiştir. Düşük benlik saygısının UHK belirtileri üzerindeki etkisi oldukça büyüktür ve bu iki değişken, UHK'yi en anlamlı şekilde açıklayan faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Bunlara ek olarak, narsisizm ve eğitim yılı seviyesi de UHK skorlarını anlamlı şekilde yordayan değişkenlerdir. Narsisizm, bireylerin narsistik eğilimlerinin artmasıyla birlikte UHK puanlarının da arttığını göstermektedir. Eğitim yılı seviyesi ise akademik süreçlerin UHK üzerinde baskılayıcı bir etkisi olduğunu işaret etmekte ve daha yüksek eğitim yılına sahip bireylerde UHK puanlarının azaldığını göstermektedir. OSB, DEHB kadar güçlü olmasa da anlamlı bir yordayıcı olarak öne çıkmış ve UHK puanlarını artıran önemli bir nörogelişimsel faktör olarak yer almıştır. Bununla birlikte, SMB ve anksiyete gibi faktörler de belirli modellerde anlamlı bulunmuş, ancak diğer psikolojik ve nörogelişimsel değişkenler eklendikçe etkileri nispeten zayıflamıştır (Tablo 18).

- DOB ve yalnızlık, korelasyon analizlerinde UHK ile anlamlı ilişki göstermesine karşın regresyon analizlerinde bu faktörlerin UHK'yi yordayıcı güçlerinin sınırlı olduğu belirlenmiştir. Bu durum, DOB ve yalnızlığın UHK üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olmadığını, daha çok dolaylı faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Psikiyatrik özgeçmiş, alkol ve madde kullanımı, UHK ile korelasyon göstermesine karşın regresyon analizlerinde bu faktörlerin de UHK'yi doğrudan yordamadığı görülmüştür. Alkol ve madde kullanımının bireylerin bilişsel süreçleri üzerinde kısa vadeli kaçış mekanizmaları yaratmasına rağmen, UHK'yi açıklamakta yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Depresyon da korelasyon analizlerinde UHK ile anlamlı ilişki göstermesine karşın regresyon analizlerinde UHK'yi açıklamada zayıf kalmıştır. Bu durum, depresyonun ruminatif yapısı nedeniyle, bireylerin daha çok olumsuz düşüncelerle meşgul oldukları ve UHK'nin aktif bir baş etme mekanizması olarak kullanılmadığı şeklinde açıklanabilir.
- Lojistik ve hiyerarşik regresyon analizleri, DEHB ve benlik saygısının en güçlü yordayıcılar olduğunu göstermiştir. Diğer faktörlerin (eğitim yılı, SMB) bazı modellerde anlamlı olmasına rağmen, UHK'yi açıklamada DEHB ve düşük benlik saygısının açık bir şekilde öne çıktığı görülmüştür. Bu sonuçlar, UHK'nin özellikle bilişsel kontrol zorlukları ve düşük öz-değer algısıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

UHK ile korelasyon gösteren tüm ölçekler, UHK'nin birçok psikolojik ve davranışsal süreçle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşmektedir. Örneğin, DEHB, anksiyete ve depresyon gibi bozukluklarla UHK'nin güçlü bir şekilde ilişkilendirilmesi, bu bozuklukların zihinsel kaçış ve dikkat dağınıklığı gibi ortak mekanizmalar içerdiğini göstermekte aynı zamanda, UHK'nin yalnızca tek bir bozuklukla değil, daha geniş bir psikopatoloji spektrumuyla ilişkili olmasının da olası olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, UHK'nin yaygın bir şekilde çoklu bozukluklarla ilişkilendirilmesi, hayal kurma süreçlerinin her birey için farklı fonksiyonlar üstlendiğini, hayal kurmanın çok boyutlu bir fenomen olduğunu ve farklı bozuklukların semptomlarını içselleştirdiğini destekler niteliktedir [3, 4, 6, 10, 14].

Korelasyon analizlerinde, UHK dışındaki tüm ölçeklerin de birbiriyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermesi, bu ölçeklerin ölçtüğü psikolojik ve davranışsal süreçlerin ortak patolojik mekanizmalara sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, psikopatolojik süreçlerin çok boyutlu olduğunu ve her bir bozukluğun kendi içinde bağımsız olmaktan ziyade, geniş bir spektrum içinde, ortak bir zemin oluşturduğunu destekler niteliktedir. Bu bulgu, literatürde sıklıkla tartışılan psikopatolojik örtüşme hipoteziyle uyum içerisindedir. Krueger ve Markon'un (2006) psikolojik bozuklukların bağımsız bir şekilde ele alınmaktan ziyade, ortak semptom kümeleri üzerinden ilişkili olduğunu öne sürdüğü çalışmaları, bu korelasyonları açıklamakta önemli bir referans noktası sunmaktadır [297]. UHK ile ilişkili ölçeklerin birbirleriyle korelasyon göstermesi, bu örtüşen semptomlar teorisine dayandırılabilir ve UHK'nin yalnızca bir bozukluk değil, çeşitli psikopatolojiler arasında bir "bağlayıcı" işlev görebileceğini ortaya koymaktadır [1, 3, 156, 298, 299]. Bu bağlamda, UHK'nin farklı psikolojik bozukluklarla olan ilişkisi, geniş bir psikopatoloji spektrumu içinde değerlendirildiğinde, onun zihinsel sağlık üzerindeki etkilerinin daha derin bir perspektifle ele alınmasını gerektirir.

Korelasyon analizlerinde, tüm ölçekler arasındaki korelasyonel ilişkilerin anlamlı olmasına rağmen, çoklu doğrusal bağıntı (kolineerlik) analizi sonuçlarına göre, sadece üniversitede geçirilen yıl değişkeni modelden çıkarılmaya uygun görülmüştür. Diğer akademik değişkenler ve psikolojik ölçütler bağımsız kalmıştır. Bu sonuç, özellikle DEHB, anksiyete ve benlik saygısı gibi değişkenlerin UHK üzerinde birbirlerinden bağımsız olarak güçlü etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, UHK'nin çoklu psikolojik faktörlerle ilişkili olduğunu ve bu faktörlerin birbirinden bağımsız işleyebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, UHK'nin bireylerin yaşamında yer alan çeşitli değişkenlerle etkileşim halinde gelişen karmaşık bir süreç olduğu fikrini desteklemektedir [3, 4, 6, 8].

Lojistik ve hiyerarşik regresyon analizleri, UHK'nin varlığı ve belirtilerinin geniş yelpazedeki faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Genç yaş, akademik süreçlerin başında olma ve düşük akademik başarı gibi değişkenler UHK'nin belirgin yordayıcıları olarak öne çıkmıştır. Özellikle nörogelişimsel bozukluklardan DEHB ve davranışsal bağımlılıklardan SMB, UHK belirtilerini şiddetlendiren güçlü faktörler olarak dikkat çekmektedir. Bu bulgular, genç bireylerde bilişsel kontrol zorlukları,

dikkat dağınıklığı, ekran başı davranışsal bağımlılıkların ve akademik belirsizliklerin UHK'nin ortaya çıkışını yordayabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda, psikolojik faktörler, özellikle düşük benlik saygısı ve narsistik eğilimler, UHK'nin psikolojik bir kaçış mekanizması olarak kullanılabileceğini işaret etmektedir.

Sonuç olarak, UHK'nin varlığı ve belirtileri, bireysel, akademik ve psikolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Bu bulgular, UHK'nin yalnızca kişisel zayıflıklarla değil, aynı zamanda çevresel ve akademik stres faktörleriyle de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yüzden UHK'yi anlamak ve yönetmek için multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi gereklidir. Gerek akademik başarı sorunları, gerekse kişisel psikolojik özellikler göz önünde bulundurularak bireysel destek programlarının oluşturulması, UHK'nin olumsuz etkilerini azaltmada önemli olabilir.

5.7. Kısıtlılıklar

- Çalışmamızın kesitsel doğası, değişkenler arasındaki karmaşık etkileşimlerin nedensel açıklamalarını yapmayı engellemiştir.
- Çalışmamız büyük ölçüde İstanbul'da ve çevrimiçi platformlar aracılığıyla yapılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu İstanbul ve çevresindeki üniversitelerden geldiği için farklı bölgelerden ve sosyo-kültürel farklılıklar taşıyan üniversite öğrencilerinin deneyimlerini tam olarak yansıtamamaktadır. Bu durum, bulguların genellenebilirliği kısıtlamaktadır.
- Çalışmamızda, katılımcılar gönüllü olarak çevrimiçi anketlere katılmış, kolayda ve kar topu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Gönüllü katılımın doğası gereği, psikolojik açıdan kendini ifade etmeye daha yatkın bireylerin çalışmaya çalışmaya katılma eğiliminde oldukları ve ilgili örnekleme yöntemleri nedeni ile katılımcıların birbirine benzer sosyal çevrelerden gelebilmeleri sebebiyle örneklemin heterojenliği azaltmaktadır. Bu durum, sonuçların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.
- Çalışmamızda çevrimiçi anketlerin kullanılması, çevrimiçi platformlarda daha az dikkatli olma, sorulara aceleyle cevap verme, gözlemsel kontrol

eksikliği ve esasen niteliklerini belirlemeye çalıştığımız örneklem göz önünde bulundurulursa veri kalitesini de sınırlandırmış olabilir.

- Çalışmamızda belirgin bir kontrol grubu bulunmamaktadır. Bu eksiklik, fenomenin farklı popülasyonlarla karşılaştırmalı olarak analiz edilmesini zorlaştırması açısından çalışmanın sınırlayıcı bir unsurudur.
- Çalışmamızda kullanılan ölçekler özbildirim temelli olduğundan, katılımcılar yanıtlarında yanlılık gösterebilirler ve bu durum veri kalitesini olumsuz etkilemiş olabilir.
- Çalışmamızda kullanılan özbildirim ölçeklerinin ardından yapılandırılmış tanı görüşmelerinin yapılmamış olması, özbildirim ölçeklerine dayalı bulguların doğrulanamaması, çalışmanın tanısal geçerliliğini sınırlamakta ve sonuçların güvenilirliği açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır.
- Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği (UHKÖ-16), özbildirim temelli bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2022 yılında 18-30 yaş arasındaki popülasyonda yapılmış olup, bu çalışmada herhangi bir kesme puanı belirtilmemiştir. Literatürde, Somer ve ark.'nın (2017) MDS-16'yı geliştirmesiyle yaygın olarak kullanılan 50 kesme puanı tercih edilmektedir. Ancak, corrigendum makalesi ve diğer geçerlilik-güvenirlik çalışmalarında 40 ile 60 puan arasında değişen kesme puanları da kullanılmıştır. Çalışmamızda her ne kadar literatürde yaygın olarak kullanılan 50 kesme puanı tercih edilmiş olsa da, bu durum sonuçların genellenebilirliğini kısıtlayabilmektedir.
- Çalışmamızda kullanılan Otizm Spektrum Anketi (OSA), yüksek işlevli otizm ve Asperger sendromu olan bireyler için geliştirilmiştir; ancak daha ağır semptomlar gösteren bireylerin tespitinde yetersiz kalabilmektedir. Bu durum, OSA'nın Türkiye'deki otizm spektrumunu tam olarak kapsayamamasına yol açmakta ve ölçeğin belirli bir kesime hitap ettiğini göz önünde bulundurmaya gerektirmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda, Türkiye’deki üniversite öğrencileri arasında UHK yaygınlığı %18.1 olarak bulunmuştur (Tablo 4).
- Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun 20’li yaşlarının başında olduğu, %73,2’sinin kadın, genellikle birden fazla kardeşe sahip olduğu, aileleriyle birlikte yaşadığı, çoğunlukla tıp veya psikoloji bölümlerinde okuyan, birinci veya ikinci sınıf düzeyinde eğitim gören ve orta düzeyde akademik başarıya sahip bireylerden oluştuğu tespit edilmiştir (Tablo 2).
- Katılımcıların %33,3’ünün alkol kullanmakta, %2’sinin madde kullanmakta, %30,8’inin tütün kullanmakta olduğu, psikiyatrik ilaç kullanımının %15,2 (halen %6,5), diğer ilaç kullanımının %42,3 (halen %3,4), alternatif tıp tedavisi kullanımının %24,4 (halen %0,6) olduğu, %9,8’inde tıbbi özgeçmiş, %15,7’sinde psikiyatrik özgeçmiş ve %31,1’inde psikiyatrik soygeçmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 2).
- UHK üzerinde cinsiyet farkı anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, UHK’nin daha çok bireysel psikolojik süreçlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Cinsiyetin UHK üzerindeki etkisinin anlamlı çıkmaması, gelecekte daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak çalışmalarla daha detaylı incelenmelidir.
- UHK’nin bireylerin sosyal ve akademik işlevselliği üzerinde olumsuz etkileri tespit edilmiştir. UHK’si olan bireylerin akademik başarıları ve sosyal işlevsellikleri belirgin şekilde düşmektedir. Bu bulgular, UHK’nin günlük yaşam ve akademik başarı üzerindeki olumsuz etkilerini vurgulamaktadır. Üniversite öğrencilerine yönelik UHK farkındalık programları ve destek grupları oluşturulmalı, bu programlar hem akademik hem de sosyal işlevselliği destekleyecek nitelikte olmalıdır.
- Psikiyatrik özgeçmiş, alkol ve madde kullanımı ile UHK arasında korelasyon bulunmuştur. Ancak, regresyon analizlerinde bu faktörlerin UHK’yi doğrudan yordamadığı görülmüştür. Alkol ve madde kullanımı, kısa vadeli kaçış mekanizmalarını tetikleyebilirken, uzun vadede UHK’yi açıklamakta yetersiz kalmaktadır.
- Çalışma sonuçları, UHK’si olan bireylerde DEHB belirtilerinin yaygın olduğunu ve UHK ile DEHB arasında güçlü bir pozitif korelasyon

bulunduğunu göstermektedir. Lojistik ve hiyerarşik regresyon analizleri, DEHB'nin UHK'nin en önemli belirleyicilerinden biri olduğunu ortaya koymuştur.

- UHK'si olan bireylerde OSB belirtilerinin de yaygın olduğu ve UHK ile OSB arasında DEHB'ye göre daha zayıf ama pozitif bir korelasyon bulunduğu tespit edilmiştir. Özellikle geniş ve orta otizm fenotipine sahip bireylerde UHK düzeyleri daha yüksek bulunmuş ve bu iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir. Bu sonuçlar, otizm spektrumu üzerindeki bozulmanın UHK ile ilişkili olduğunu göstermektedir. OSB'nin UHK ile ilişkisi üzerine daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Özellikle geniş ve orta otizm fenotipine sahip bireylerde UHK düzeylerinin daha yüksek olduğu göz önüne alındığında, OSB belirtileri gösteren bireylerde UHK'nin nasıl geliştiği daha detaylı incelenmelidir.
- Sosyal medya bağımlılığı (SMB), UHK ile güçlü bir ilişki göstermiştir. Ancak, dijital oyun bağımlılığı (DOB) ile UHK arasında beklenen güçlü ilişki saptanamamıştır. Bu bulgu, dijital oyun bağımlılığının UHK ile dolaylı olarak ilişkili olabileceğini veya farklı bilişsel süreçler ve demografik faktörlerle bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Dijital oyun bağımlılığının UHK üzerindeki etkisi, gelecekteki çalışmalarda daha detaylı incelenmelidir.
- UHK ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. UHK'si olan bireylerde anksiyete belirtileri daha yüksek düzeyde gözlemlenmiş ve anksiyete, UHK'nin güçlü bir yordayıcısı olarak tespit edilmiştir. Buna karşın, depresyonun UHK üzerindeki etkisi beklenenden daha zayıf bulunmuştur. Bu nedenle, depresyonun UHK üzerindeki dolaylı etkilerinin daha detaylı araştırılması önerilmektedir.
- Benlik saygısı, UHK ile negatif ve kuvvetli bir ilişki göstermiştir. Ancak, yalnızlık ile UHK arasında beklenen güçlü ilişki saptanamamıştır. UHK'si olan bireylerde yalnızlık düzeylerinin daha yüksek, benlik saygısının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizlerinde, yalnızlık UHK'nin bir belirleyicisi olarak bulunmazken, düşük benlik saygısının UHK'nin en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu görülmüştür. Yalnızlığın ve UHK ilişkisinin daha geniş örneklem gruplarında ve farklı bağlamlarda incelenmesi

gerekmektedir. Gelecekteki çalışmalar, yalnızlığın dolaylı etkilerini veya farklı türlerini (sosyal yalnızlık, duygusal yalnızlık gibi) UHK ile ilişkilendirerek daha kapsamlı değerlendirmelidir. Ayrıca, benlik saygısını artırmaya yönelik terapötik müdahalelerin, UHK semptomlarını azaltmada önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir.

- Narsisizm ile UHK arasındaki ilişki beklenenden daha zayıf bulunmuştur. Büyüklenmeci narsisizm ve UHK arasında belirgin bir ilişki vardır; ancak bu ilişki çok güçlü değildir. Narsisizmin UHK üzerindeki etkisi dolaylı olarak gerçekleşiyor olabilir ve bu alan gelecekteki çalışmalarda daha detaylı incelenmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Somer, E., *Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry*. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2002. **32**: p. 197-212.
2. Bigelsen, J. and C. Schupak, *Compulsive fantasy: proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers*. Conscious Cogn, 2011. **20**(4): p. 1634-48.
3. Bigelsen, J., et al., *Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder*. Conscious Cogn, 2016. **42**: p. 254-266.
4. Somer, E., et al., *Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS)*. Conscious Cogn, 2016. **39**: p. 77-91.
5. Metin, S., Gocmen, B., & Metin, B., *Turkish Validity and Reliability Study of Maladaptive Daydreaming Scale*. Psychiatry and Behavioral Sciences, 2022. **1**: p. 1.
6. Somer, E., Soffer-Dudek, N., Ross, C. A., & Halpern, N., *Maladaptive daydreaming: Proposed diagnostic criteria and their assessment with a structured clinical interview*. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 2017. **4**(2): p. 176.
7. American Psychiatric Association, D. and D. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Vol. 5. 2013: American psychiatric association Washington, DC.
8. Somer, E., N. Soffer-Dudek, and C.A. Ross, *The Comorbidity of Daydreaming Disorder (Maladaptive Daydreaming)*. J Nerv Ment Dis, 2017. **205**(7): p. 525-530.
9. Somer, E., *Maladaptive daydreaming: Ontological analysis, treatment rationale; a pilot case report*. Frontiers in the Psychotherapy of Trauma and Dissociation, 2018. **1**(2): p. 1-22.
10. Schimmenti, A., Somer, E., & Regis, M., *Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2019. **177**(9): p. 865-874.
11. Ross, C.A., J. Ridgway, and N. George, *Maladaptive Daydreaming, Dissociation, and the Dissociative Disorders*. Psychiatr Res Clin Pract, 2020. **2**(2): p. 53-61.
12. Soffer-Dudek, N., *Dissociative absorption, mind-wandering, and attention-deficit symptoms: Associations with obsessive-compulsive symptoms*. Br J Clin Psychol, 2019. **58**(1): p. 51-69.
13. Salomon-Small, G., et al., *Maladaptive Daydreaming and Obsessive-Compulsive Symptoms: A confirmatory and exploratory investigation of shared mechanisms*. J Psychiatr Res, 2021. **136**: p. 343-350.
14. Theodor-Katz, N., et al., *Could immersive daydreaming underlie a deficit in attention? The prevalence and characteristics of maladaptive daydreaming in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Clin Psychol, 2022. **78**(11): p. 2309-2328.
15. West, M.J., E. Somer, and I.M. Eigsti, *Immersive and maladaptive daydreaming and divergent thinking in autism spectrum disorders*. Imagin Cogn Pers, 2023. **42**(4): p. 372-398.
16. West, M.J., Somer, E., & Eigsti, I. M., *Shared challenges and cooccurrence of maladaptive daydreaming and autism spectrum disorder*. Advances in Neurodevelopmental Disorders, 2023. **7**(1): p. 77 - 87.

17. Nauman, J., *Narrative Review of a Link Between Proposed Maladaptive Daydreaming (MD) and Reports of Motor Stereotypy in Autism Spectrum Disorder*. Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 2023: p. 1-7.
18. Pietkiewicz, I.J., et al., *Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction*. Journal of Behavioral Addictions, 2018. **7**(3): p. 838-843.
19. Costanzo, A., et al., *Attached to virtual dreams: The mediating role of maladaptive daydreaming in the relationship between attachment styles and problematic social media use*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2021. **209**(9): p. 656-664.
20. Soffer-Dudek, N., et al., *Different cultures, similar daydream addiction? An examination of the cross-cultural measurement equivalence of the Maladaptive Daydreaming Scale*. Journal of Behavioral Addictions, 2021. **9**(4): p. 1056-1067.
21. Chirico, I., et al., *Maladaptive daydreaming and its relationship with psychopathological symptoms, emotion regulation, and problematic social networking sites use: A network analysis approach*. International Journal of Mental Health and Addiction, 2022: p. 1-17.
22. Yam, F.C., *Uyumsuz hayal kurma kavramının film analizi yöntemiyle incelenmesi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2021. **13**(Suppl. 1): p. 27-39.
23. Karpat, G., *Uyumsuz hayal kurma ile oyun bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişki üzerine bir çalışma*. 2021, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul.
24. Akyüz, T., *Uyumsuz hayal kuranların hayal kurma deneyimlerinin incelenmesi*. 2022, İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
25. Bogar, A.R., *Çocukluk çağı travmaları ile kumar oynama eğilimi ilişkisinde uyumsuz gündüzdüşü kurmanın aracı rolü* 2022, Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü: İstanbul.
26. Soffer-Dudek, N. and N. Theodor-Katz, *Maladaptive daydreaming: Epidemiological data on a newly identified syndrome*. Frontiers in Psychiatry, 2022. **13**: p. 871041.
27. Soffer-Dudek, N. and E. Somer, *Maladaptive daydreaming is a dissociative disorder: Supporting evidence and theory*. Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future, 2022: p. 34.
28. Seli, P., et al., *On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology*. Psychonomic bulletin & review, 2015. **22**: p. 629-636.
29. Irving, Z.C., *Mind-wandering is unguided attention: Accounting for the "purposeful" wanderer*. Philosophical Studies, 2016. **173**: p. 547-571.
30. Franklin, M.S., et al., *Tracking distraction: The relationship between mind-wandering, meta-awareness, and ADHD symptomatology*. Journal of attention disorders, 2017. **21**(6): p. 475-486.
31. Anthony, L.G., et al., *Interests in high-functioning autism are more intense, interfering, and idiosyncratic than those in neurotypical development*. Development and psychopathology, 2013. **25**(3): p. 643-652.
32. Cai, R.Y., et al., *Emotion regulation in autism spectrum disorder: Where we are and where we need to go*. Autism Research, 2018. **11**(7): p. 962-978.
33. Stice, L.V. and J.A. Lavner, *Social connectedness and loneliness mediate the association between autistic traits and internalizing symptoms among young adults*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2019. **49**: p. 1096-1110.
34. Golan, O., et al., *The 'Reading the Mind in the Voice' test-revised: a study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions*. Journal of autism and developmental disorders, 2007. **37**: p. 1096-1106.
35. Ashinoff, B.K. and A. Abu-Akel, *Hyperfocality: The forgotten frontier of attention*. Psychological Research, 2021. **85**(1): p. 1-19.

36. Davis, P.E., et al., *Imaginary companions in children with autism spectrum disorder*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2018. **48**: p. 2790-2799.
37. Griffiths, M., A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of Substance use, 2005. **10**(4): p. 191-197.
38. Soffer-Dudek, N. and E. Somer, *Trapped in a Daydream: Daily Elevations in Maladaptive Daydreaming Are Associated With Daily Psychopathological Symptoms*. Front Psychiatry, 2018. **9**: p. 194.
39. Zsila, Á., et al., *A path analytic review of the association between psychiatric symptoms and celebrity worship: The mediating role of maladaptive daydreaming and desire for fame*. Personality and Individual Differences, 2019. **151**: p. 109511.
40. Pietkiewicz, I.J., et al., *Validity and reliability of the Polish Maladaptive Daydreaming Scale (PMDS-16) and its short form (PMDS-5)*. Clinical Psychology & Psychotherapy, 2023.
41. Greene, T., M. West, and E. Somer, *Maladaptive daydreaming and emotional regulation difficulties: A network analysis*. Psychiatry Res, 2020. **285**: p. 112799.
42. West, M.J. and E. Somer, *Empathy, emotion regulation, and creativity in immersive and maladaptive daydreaming*. Imagination, Cognition and Personality, 2020. **39**(4): p. 358-373.
43. Sándor, A., et al., *Attachment characteristics and emotion regulation difficulties among maladaptive and normal daydreamers*. Current Psychology, 2021: p. 1-18.
44. Abu-Rayya, H.M., E. Somer, and S. Meari-Amir, *The psychometric properties of the Arabic 16-item Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-16-AR) in a multicountry Arab sample*. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 2019. **6**(2): p. 171.
45. Raskin, R. and J. Novacek, *Narcissism and the use of fantasy*. Journal of clinical psychology, 1991. **47**(4): p. 490-499.
46. Somer, E., H.M. Abu-Rayya, and R. Brenner, *Childhood Trauma and Maladaptive Daydreaming: Fantasy Functions and Themes In A Multi-Country Sample*. J Trauma Dissociation, 2021. **22**(3): p. 288-303.
47. Brenner, R., E. Somer, and H.M. Abu-Rayya, *Personality traits and maladaptive daydreaming: Fantasy functions and themes in a multi-country sample*. Personality and Individual Differences, 2022. **184**: p. 111194.
48. Pietkiewicz, I.J., et al., *Maladaptive daydreaming and narcissism*. Personality and Individual Differences, 2023. **212**: p. 112279.
49. Ghinassi, S., G. Fioravanti, and S. Casale, *Is shame responsible for maladaptive daydreaming among grandiose and vulnerable narcissists? A general population study*. Personality and Individual Differences, 2023. **206**: p. 112122.
50. Killingsworth, M.A. and D.T. Gilbert, *A wandering mind is an unhappy mind*. Science, 2010. **330**(6006): p. 932-932.
51. Klinger, E. and W.M. Cox, *Dimensions of thought flow in everyday life*. Imagination, Cognition and Personality, 1987. **7**(2): p. 105-128.
52. Singer, J.L., *Daydreaming: An introduction to the experimental study of inner experience*. 1966.
53. Sigmund, F., *Creative Writers and Day-Dreaming*. The Standard Edition, 1908. **9**: p. 141-54.
54. Varendonck, J., *The psychology of day-dreams*. 1921: George Allen & Unwin.
55. Singer, J.L., *The inner world of daydreaming*. 1975: Harper & Row.
56. Singer, J.L., *Daydreaming and fantasy (psychology revivals)*. 2014: Routledge.
57. Klinger, E., *Structure and functions of fantasy*. 1971.
58. Person, E.S., *By force of fantasy: How we make our lives*. 1995: Basic Books.

59. Regis, M., *Daydreams and the Function of Fantasy*. 2013: Springer.
60. Singer, J.L. and J.S. Antrobus, *Imaginal processes inventory*. 1970: ETS m 1977.
61. Fox, K.C., et al., *Dreaming as mind wandering: evidence from functional neuroimaging and first-person content reports*. *Frontiers in human neuroscience*, 2013. **7**: p. 412.
62. Klinger, E., *Daydreaming and fantasizing: Thought flow and motivation*, in *Handbook of imagination and mental simulation*. 2012, Psychology Press. p. 225-239.
63. Kucyi, A. and K.D. Davis, *Dynamic functional connectivity of the default mode network tracks daydreaming*. *Neuroimage*, 2014. **100**: p. 471-480.
64. Smallwood, J. and J.W. Schooler, *The restless mind*. *Psychol Bull*, 2006. **132**(6): p. 946-958.
65. Stawarczyk, D., et al., *Using the daydreaming frequency scale to investigate the relationships between mind-wandering, psychological well-being, and present-moment awareness*. *Frontiers in psychology*, 2012. **3**: p. 363.
66. Zedelius, C.M., et al., *What types of daydreaming predict creativity? Laboratory and experience sampling evidence*. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 2021. **15**(4): p. 596.
67. Teasdale, J.D., et al., *Stimulus-independent thought depends on central executive resources*. *Memory & cognition*, 1995. **23**: p. 551-559.
68. Andrews-Hanna, J.R., et al., *A penny for your thoughts: dimensions of self-generated thought content and relationships with individual differences in emotional wellbeing*. *Frontiers in psychology*, 2013. **4**: p. 900.
69. Lawson, E. and E. Thompson, *Daydreaming as spontaneous immersive imagination: a phenomenological analysis*. 2024.
70. Klinger, E., *Daydreaming: Using waking fantasy and imagery for self-knowledge and creativity*. 1991: Tarcher.
71. Zhiyan, T. and J.L. Singer, *Daydreaming styles, emotionality and the big five personality dimensions*. *Imagination, Cognition and Personality*, 1997. **16**(4): p. 399-414.
72. Butler, L.D., *Normative dissociation*. *Psychiatric Clinics*, 2006. **29**(1): p. 45-62.
73. Abu-Rayya, H.M., E. Somer, and H. Knane, *Maladaptive Daydreaming Is Associated With Intensified Psychosocial Problems Experienced by Female Survivors of Childhood Sexual Abuse*. *Violence Against Women*, 2020. **26**(8): p. 825-837.
74. Somer, E., et al., *Reality shifting: psychological features of an emergent online daydreaming culture*. *Curr Psychol*, 2021: p. 1-13.
75. Soffer-Dudek, N., et al., *Dissociative absorption: An empirically unique, clinically relevant, dissociative factor*. *Consciousness and Cognition*, 2015. **36**: p. 338-351.
76. Hilgard, J.R., *Personality and hypnosis: A study of imaginative involvement*. (No Title), 1970.
77. Tellegen, A. and G. Atkinson, *Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility*. *Journal of abnormal psychology*, 1974. **83**(3): p. 268.
78. Carlson, E.B. and F.W. Putnam, *An update on the dissociative experiences scale*. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*, 1993.
79. Ross, C.A., S. Joshi, and R. Currie, *Dissociative experiences in the general population: A factor analysis*. *Psychiatric Services*, 1991. **42**(3): p. 297-301.
80. Frischholz, E., et al., *Construct validity of the Dissociative experiences scale (DES): I. The relationship between the DES and other self-report measures of DES*. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1991. **4**(4): p. 185-188.

81. Smyser, C.H. and D.A. Baron, *Hypnotizability, absorption, and subscales of the Dissociative Experiences Scale in a nonclinical population*. Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 1993.
82. Tellegen, A. and G. Atkinson, *Tellegen absorption scale*. Journal of Abnormal Psychology, 1981.
83. Leavitt, F., *MMPI profile characteristics of women with varying levels of normal dissociation*. Journal of Clinical Psychology, 2001. **57**(12): p. 1469-1477.
84. Putnam, F.W., *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. 1997: Guilford press.
85. Organization, W.H., *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. 2018.
86. Holmes, E.A., et al., *Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications*. Clinical psychology review, 2005. **25**(1): p. 1-23.
87. Kihlstrom, J.F., *Dissociative disorders*. Annu. Rev. Clin. Psychol., 2005. **1**(1): p. 227-253.
88. Lilienfeld, S.O., *The relation of anxiety sensitivity to higher and lower order personality dimensions: implications for the etiology of panic attacks*. Journal of Abnormal Psychology, 1997. **106**(4): p. 539.
89. Leavitt, F., *Dissociative experiences scale taxon and measurement of dissociative pathology: does the taxon add to an understanding of dissociation and its associated pathologies?* Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 1999. **6**: p. 427-440.
90. Levin, R. and E. Spei, *Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion*. Assessment, 2004. **11**(2): p. 160-168.
91. Soffer-Dudek, N., *Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework*. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 2014. **1**(3): p. 243.
92. Soffer-Dudek, N., *Daily elevations in dissociative absorption and depersonalization in a nonclinical sample are related to daily stress and psychopathological symptoms*. Psychiatry, 2017. **80**(3): p. 265-278.
93. Soffer-Dudek, N., *Dissociative absorption, mind-wandering, and attention-deficit symptoms: Associations with obsessive-compulsive symptoms*. British Journal of Clinical Psychology, 2019. **58**(1): p. 51-69.
94. Schimmenti, A. and V. Sar, *A correlation network analysis of dissociative experiences*. Journal of Trauma & Dissociation, 2019. **20**(4): p. 402-419.
95. Smallwood, J. and J.W. Schooler, *The science of mind wandering: Empirically navigating the stream of consciousness*. Annual review of psychology, 2015. **66**(1): p. 487-518.
96. Wilson, S.C. and T.X. Barber, *Inventory of childhood memories and imaginings*. Framingham, MA: Cushing Hospital, 1983.
97. Wilson, S.C. and T.X. Barber, *The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena*. Psi Research, 1982.
98. Hilgard, E.R., *Hypnotic susceptibility*. 1965.
99. Wilson, S.C. and T.X. Barber, *Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects ("somnambules")*: Preliminary report with female subjects, in *Concepts, results, and applications*. 1981, Springer. p. 133-149.

100. Rhue, J.W. and S.J. Lynn, *Fantasy proneness: Developmental antecedents*. Journal of Personality, 1987. **55**(1): p. 121-137.
101. Rhue, J.W., et al., *Child abuse, imagination and hypnotizability*. Imagination, Cognition and Personality, 1990. **10**(1): p. 53-63.
102. Rauschenberger, S.L. and S.J. Lynn, *Fantasy proneness, DSM-III—R Axis I psychopathology, and dissociation*. Journal of Abnormal Psychology, 1995. **104**(2): p. 373.
103. Rhue, J.W. and S.J. Lynn, *Fantasy proneness and psychopathology*. Journal of personality and social psychology, 1987. **53**(2): p. 327.
104. Klinger, E., V.R. Henning, and J.M. Janssen, *Fantasy-proneness dimensionalized: Dissociative component is related to psychopathology, daydreaming as such is not*. Journal of Research in Personality, 2009. **43**(3): p. 506-510.
105. Merckelbach, H., H. Otgaar, and S.J. Lynn, *Empirical research on fantasy proneness and its correlates 2000–2018: A meta-analysis*. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 2022. **9**(1): p. 2.
106. La Berge, S.P., et al., *Lucid dreaming verified by volitional communication during REM sleep*. Perceptual and motor skills, 1981. **52**(3): p. 727-732.
107. Tholey, P., *Consciousness and abilities of dream characters observed during lucid dreaming*. Perceptual and Motor Skills, 1989. **68**(2): p. 567-578.
108. Voss, U., et al., *Lucid dreaming: An age-dependent brain dissociation*. Journal of sleep research, 2012. **21**(6): p. 634-642.
109. Van Eeden, F. *A study of dreams*. in *Proceedings of the society for psychical research*. 1913.
110. Bleuler, E., *Dementia praecox: oder Gruppe der Schizophrenien*. 1911: F. Deuticke.
111. Bleuler, E., *Autistic thinking*, in *Organization and pathology of thought: Selected sources*. 1951, Columbia University Press. p. 399-437.
112. Granieri, A., et al., *The relationship between defense patterns and DSM-5 maladaptive personality domains*. Frontiers in psychology, 2017. **8**: p. 1926.
113. Cramer, P., *Seven pillars of defense mechanism theory*. Social and Personality Psychology Compass, 2008. **2**(5): p. 1963-1981.
114. Perry, J.C. and M.E. Kardos, *A review of the Defense Mechanism Rating Scales*. 1995.
115. Fairbairn, W.R.D., *Observations on the nature of hysterical states*. British Journal of Medical Psychology, 1954.
116. Guntrip, H., *A study of Fairbairn's theory of schizoid reactions*. British Journal of Medical Psychology, 1952. **25**(2-3): p. 86-103.
117. McWilliams, N., *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. 2011: Guilford Press.
118. Corruble, E., et al., *Defense styles in depressed suicide attempters*. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2004. **58**(3): p. 285-288.
119. Watson, D.C., *Predicting psychiatric symptomatology with the Defense Style Questionnaire-40*. International Journal of Stress Management, 2002. **9**: p. 275-287.
120. Smallwood, J. and J.W. Schooler, *The science of mind wandering: Empirically navigating the stream of consciousness*. Annual review of psychology, 2015. **66**: p. 487-518.
121. Raichle, M.E., et al., *A default mode of brain function*. Proceedings of the national academy of sciences, 2001. **98**(2): p. 676-682.
122. Greicius, M.D., et al., *Functional connectivity in the resting brain: a network analysis of the default mode hypothesis*. Proceedings of the national academy of sciences, 2003. **100**(1): p. 253-258.

123. Buckner, R.L., J.R. Andrews-Hanna, and D.L. Schacter, *The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease*. Annals of the new York Academy of Sciences, 2008. **1124**(1): p. 1-38.
124. Raichle, M.E., *The brain's dark energy*. Scientific American, 2010. **302**(3): p. 44-49.
125. Fox, M.D., et al., *The human brain is intrinsically organized into dynamic, anticorrelated functional networks*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2005. **102**(27): p. 9673-9678.
126. Smallwood, J. and J. Andrews-Hanna, *Not all minds that wander are lost: the importance of a balanced perspective on the mind-wandering state*. Frontiers in psychology, 2013. **4**: p. 441.
127. McMillan, R.L., S.B. Kaufman, and J.L. Singer, *Ode to positive constructive daydreaming*. Frontiers in psychology, 2013. **4**: p. 626.
128. Smallwood, J., et al., *Shifting moods, wandering minds: negative moods lead the mind to wander*. Emotion, 2009. **9**(2): p. 271.
129. Lanier, J., E. Noyes, and J. Biederman, *Mind wandering (internal distractibility) in ADHD: A literature review*. Journal of attention disorders, 2021. **25**(6): p. 885-890.
130. Barkley, R.A., *Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2013. **42**(2): p. 161-173.
131. Garner, A.A., et al., *Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2010. **38**: p. 1097-1107.
132. Saxbe, C. and R.A. Barkley, *The second attention disorder? Sluggish cognitive tempo vs. attention-deficit/hyperactivity disorder: update for clinicians*. Journal of Psychiatric Practice®, 2014. **20**(1): p. 38-49.
133. Penny, A.M., et al., *Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability*. Psychological assessment, 2009. **21**(3): p. 380.
134. Barkley, R.A., *Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults*. Journal of abnormal psychology, 2012. **121**(4): p. 978.
135. Wåhlstedt, C. and G. Bohlin, *DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity*. Child Neuropsychology, 2010. **16**(4): p. 350-365.
136. Adams, Z.W., R. Milich, and M.T. Fillmore, *Examining manual and visual response inhibition among ADHD subtypes*. Journal of abnormal child psychology, 2010. **38**: p. 971-983.
137. Becker, S.P. and R.A. Barkley, *Sluggish cognitive tempo*. Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder, 2018: p. 147-153.
138. Schupak, C. and J. Rosenthal, *Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness*. Consciousness and cognition, 2009. **18**(1): p. 290-292.
139. Mason, M.F., et al., *Wandering minds: the default network and stimulus-independent thought*. science, 2007. **315**(5810): p. 393-395.
140. Glausiusz, J., *Living in a dream world*. Scientific American Mind, 2011. **22**(1): p. 24-31.
141. Somer, E., *From adaptive fantasy to dissociative psychopathology: On forms of daydreaming*. Clinical Corner, ISSTD News, 2013. **31**(2): p. 3-4.

142. Somer, E., L. Somer, and D.S. Jopp, *Parallel lives: A phenomenological study of the lived experience of maladaptive daydreaming*. J Trauma Dissociation, 2016. **17**(5): p. 561-576.
143. Somer, E., L. Somer, and D.S. Jopp, *Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming*. J Nerv Ment Dis, 2016. **204**(6): p. 471-8.
144. Somer, E. and O. Herscu, *Childhood trauma, social anxiety, absorption and fantasy dependence: Two potential mediated pathways to maladaptive daydreaming*. J Addict Behav Ther Rehabil, 2017. **5**: p. 2-5.
145. Merckelbach, H., R. Horselenberg, and P. Muris, *The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): A brief self-report measure of fantasy proneness*. Personality and Individual differences, 2001. **31**(6): p. 987-995.
146. Kessler, R.C., et al., *The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population*. Psychological medicine, 2005. **35**(2): p. 245-256.
147. Foa, E.B., et al., *The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version*. Psychological assessment, 2002. **14**(4): p. 485.
148. Bernstein, E.M. and F.W. Putnam, *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. 1986.
149. Alenizi, M.M., et al., *Impact of maladaptive daydreaming on grade point average (GPA) and the association between maladaptive daydreaming and generalized anxiety disorder (GAD)*. Cureus, 2020. **12**(10).
150. Somer, E., H.M. Abu-Raya, and Z. Nsairy Simaan, *Maladaptive daydreaming among recovering substance use disorder patients: Prevalence and mediation of the relationship between childhood trauma and dissociation*. International Journal of Mental Health and Addiction, 2019. **17**: p. 206-216.
151. Bashir, M.M.I., *Prevalence of maladaptive daydreaming among medical students at the University of Khartoum, Sudan, in 2020–2021*. Middle East Current Psychiatry, 2021. **28**: p. 1-7.
152. Ross, C.A., M. West, and E. Somer, *Self-Reported Medication and Recreational Drug Effectiveness in Maladaptive Daydreaming*. J Nerv Ment Dis, 2020. **208**(1): p. 77-80.
153. Herscu, O., et al., *Mindfulness meditation and self-monitoring reduced maladaptive daydreaming symptoms: A randomized controlled trial of a brief self-guided web-based program*. J Consult Clin Psychol, 2023. **91**(5): p. 285-300.
154. Robbins, T.W. and L. Clark, *Behavioral addictions*. Current opinion in neurobiology, 2015. **30**: p. 66-72.
155. Zsila, Á., L.E. McCutcheon, and Z. Demetrovics, *The association of celebrity worship with problematic Internet use, maladaptive daydreaming, and desire for fame*. Journal of behavioral addictions, 2018. **7**(3): p. 654-664.
156. Somer, E., et al., *Heightened levels of maladaptive daydreaming are associated with COVID-19 lockdown, pre-existing psychiatric diagnoses, and intensified psychological dysfunctions: A multi-country study*. Frontiers in psychiatry, 2020. **11**: p. 587455.
157. Thapar, A., M. Cooper, and M. Rutter, *Neurodevelopmental disorders*. The Lancet Psychiatry, 2017. **4**(4): p. 339-346.
158. Boland, R. and M. Verduin, *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. 2021: Lippincott Williams & Wilkins.
159. McKenzie, K., et al., *Systematic review of the prevalence and incidence of intellectual disabilities: current trends and issues*. Current Developmental Disorders Reports, 2016. **3**: p. 104-115.
160. Aksoy, U.M., *Nörogelişimsel bozukluklar: bir ağacın farklı dalları*. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi, 2019. **11**(1): p. 1-4.

161. Faraone, S.V. and H. Larsson, *Genetics of attention deficit hyperactivity disorder*. Molecular psychiatry, 2019. **24**(4): p. 562-575.
162. Salvi, V., et al., *ADHD in adults: clinical subtypes and associated characteristics*. Rivista di Psichiatria, 2019. **54**(2): p. 84-89.
163. Biederman, J., et al., *Towards operationalising internal distractibility (Mind Wandering) in adults with ADHD*. Acta neuropsychiatrica, 2017. **29**(6): p. 330-336.
164. Fayyad, J., et al., *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. The British Journal of Psychiatry, 2007. **190**(5): p. 402-409.
165. Thapar, A. and M. Cooper, *Attention deficit hyperactivity disorder*. Lancet, 2016. **387**(10024): p. 1240-50.
166. Willcutt, E.G., *The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review*. Neurotherapeutics, 2012. **9**(3): p. 490-499.
167. Simon, V., et al., *Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry, 2009. **194**(3): p. 204-211.
168. Zalsman, G. and T. Shilton, *Adult ADHD: A new disease?* International journal of psychiatry in clinical practice, 2016. **20**(2): p. 70-76.
169. de Graaf, R., et al., *The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative*. Occupational and environmental medicine, 2008. **65**(12): p. 835-842.
170. Doyle, R., *The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder*. Psychiatric Clinics, 2004. **27**(2): p. 203-214.
171. Kooij, J.S., et al., *Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD*. Journal of attention disorders, 2012. **16**(5_suppl): p. 3S-19S.
172. *National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines, in Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management*. 2019, National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
Copyright © NICE 2018.: London.
173. Moffitt, T.E., et al., *Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study*. American Journal of Psychiatry, 2015. **172**(10): p. 967-977.
174. Song, P., et al., *The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis*. Journal of global health, 2021. **11**.
175. Faraone, S.V., J. Biederman, and M.C. Monuteaux, *Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder*. Genetic Epidemiology: The Official Publication of the International Genetic Epidemiology Society, 2000. **18**(1): p. 1-16.
176. Biederman, J., et al., *Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples*. Archives of general psychiatry, 1992. **49**(9): p. 728-738.
177. Chen, W., et al., *DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: A sampling strategy for QTL linkage*. American journal of medical Genetics part B: Neuropsychiatric Genetics, 2008. **147**(8): p. 1450-1460.
178. Sprich, S., et al., *Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. **39**(11): p. 1432-1437.
179. Gizer, I.R., C. Ficks, and I.D. Waldman, *Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review*. Human genetics, 2009. **126**: p. 51-90.

180. Wu, J., et al., *Role of dopamine receptors in ADHD: a systematic meta-analysis*. Molecular neurobiology, 2012. **45**: p. 605-620.
181. Faraone, S.V., C. Bonvicini, and C. Scassellati, *Biomarkers in the diagnosis of ADHD—promising directions*. Current psychiatry reports, 2014. **16**: p. 1-20.
182. Demontis, D., et al., *Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder*. Nature genetics, 2019. **51**(1): p. 63-75.
183. Demontis, D., et al., *Risk variants and polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Nature communications, 2021. **12**(1): p. 576.
184. Greven, C.U., et al., *Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings*. JAMA psychiatry, 2015. **72**(5): p. 490-499.
185. Silk, T.J., et al., *Cortical morphometry in attention deficit/hyperactivity disorder: contribution of thickness and surface area to volume*. Cortex, 2016. **82**: p. 1-10.
186. Hart, H., et al., *Meta-analysis of fMRI studies of timing in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2012. **36**(10): p. 2248-2256.
187. Hoogman, M., et al., *Current self-reported symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder are associated with total brain volume in healthy adults*. PloS one, 2012. **7**(2): p. e31273.
188. Bush, G., *Cingulate, frontal, and parietal cortical dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder*. Biological psychiatry, 2011. **69**(12): p. 1160-1167.
189. Quintero, J., J.R. Gutiérrez-Casares, and C. Álamo, *Molecular characterisation of the mechanism of action of stimulant drugs lisdexamfetamine and methylphenidate on ADHD neurobiology: a review*. Neurology and therapy, 2022. **11**(4): p. 1489-1517.
190. Dunn, G.A., J.T. Nigg, and E.L. Sullivan, *Neuroinflammation as a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder*. Pharmacology Biochemistry and Behavior, 2019. **182**: p. 22-34.
191. Bull-Larsen, S. and M.H. Mohajeri, *The potential influence of the bacterial microbiome on the development and progression of ADHD*. Nutrients, 2019. **11**(11): p. 2805.
192. Caye, A., et al., *Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment*. Molecular psychiatry, 2019. **24**(3): p. 390-408.
193. Corona, J.C., *Role of oxidative stress and neuroinflammation in attention-deficit/hyperactivity disorder*. Antioxidants, 2020. **9**(11): p. 1039.
194. Bulut, M., et al., *Malondialdehyde levels in adult attention-deficit hyperactivity disorder*. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 2007. **32**(6): p. 435-438.
195. Selek, S., et al., *Oxidative imbalance in adult attention deficit/hyperactivity disorder*. Biological psychology, 2008. **79**(2): p. 256-259.
196. Sezen, H., et al., *Increased oxidative stress in children with attention deficit hyperactivity disorder*. Redox Report, 2016. **21**(6): p. 248-253.
197. Zalcman, S., et al., *Cytokine-specific central monoamine alterations induced by interleukin-1,-2 and-6*. Brain research, 1994. **643**(1-2): p. 40-49.
198. Iuga, C., J.R. Alvarez-Idaboy, and A. Vivier-Bunge, *ROS initiated oxidation of dopamine under oxidative stress conditions in aqueous and lipidic environments*. The Journal of Physical Chemistry B, 2011. **115**(42): p. 12234-12246.
199. Anand, D., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder and inflammation: what does current knowledge tell us? A systematic review*. Frontiers in psychiatry, 2017. **8**: p. 228.

200. Darwish, A.H., T.M. Elgohary, and N.A. Nosair, *Serum interleukin-6 level in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)*. Journal of child neurology, 2019. **34**(2): p. 61-67.
201. Koç, S., et al., *Oxidative and inflammatory parameters in children and adolescents with ADHD*. Journal of Attention Disorders, 2023. **27**(8): p. 880-886.
202. Yang, L.L., et al., *Proinflammatory mediators and their associations with medication and comorbid traits in children and adults with ADHD*. European Neuropsychopharmacology, 2020. **41**: p. 118-131.
203. Wong, R.S.Y., *Psychopathology of attention deficit/hyperactivity disorder: from an inflammatory perspective*. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 2022. **58**(1): p. 123.
204. Instanes, J.T., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring of mothers with inflammatory and immune system diseases*. Biological psychiatry, 2017. **81**(5): p. 452-459.
205. Nielsen, P.R., M.E. Benros, and S. Dalsgaard, *Associations between autoimmune diseases and attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2017. **56**(3): p. 234-240. e1.
206. Verlaet, A.A., et al., *Rationale for dietary antioxidant treatment of ADHD*. Nutrients, 2018. **10**(4): p. 405.
207. Sciberras, E., et al., *Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence*. Current psychiatry reports, 2017. **19**: p. 1-8.
208. Bouchard, M.F., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder and urinary metabolites of organophosphate pesticides*. Pediatrics, 2010. **125**(6): p. e1270-e1277.
209. Eubig, P.A., A. Aguiar, and S.L. Schantz, *Lead and PCBs as risk factors for attention deficit/hyperactivity disorder*. Environmental health perspectives, 2010. **118**(12): p. 1654-1667.
210. Oner, O., et al., *Effects of zinc and ferritin levels on parent and teacher reported symptom scores in attention deficit hyperactivity disorder*. Child Psychiatry & Human Development, 2010. **41**: p. 441-447.
211. Antalis, C.J., et al., *Omega-3 fatty acid status in attention-deficit/hyperactivity disorder*. Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids, 2006. **75**(4-5): p. 299-308.
212. Howard, A.L., et al., *ADHD is associated with a “Western” dietary pattern in adolescents*. Journal of attention disorders, 2011. **15**(5): p. 403-411.
213. Del-Ponte, B., et al., *Dietary patterns and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review and meta-analysis*. Journal of affective disorders, 2019. **252**: p. 160-173.
214. Shareghfarid, E., et al., *Empirically derived dietary patterns and food groups intake in relation with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis*. Clinical nutrition ESPEN, 2020. **36**: p. 28-35.
215. Bateman, B., et al., *The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children*. Archives of disease in childhood, 2004. **89**(6): p. 506-511.
216. Kanarek, R.B., *Artificial food dyes and attention deficit hyperactivity disorder*. Nutrition reviews, 2011. **69**(7): p. 385-391.

217. Vitola, E., et al., *Exploring DSM-5 ADHD criteria beyond young adulthood: phenomenology, psychometric properties and prevalence in a large three-decade birth cohort*. *Psychological medicine*, 2017. **47**(4): p. 744-754.
218. Irving, Z.C. and A. Glasser, *Mind-wandering: A philosophical guide*. *Philosophy Compass*, 2020. **15**(1): p. e12644.
219. Stawarczyk, D., *Phenomenological properties of mind-wandering and daydreams*, in *The Oxford Handbook of Spontaneous Thought: Mind-wandering, Creativity, and Dreaming*. 2018, Oxford University Press. p. 193-214.
220. Fox, K.C., et al., *The wandering brain: Meta-analysis of functional neuroimaging studies of mind-wandering and related spontaneous thought processes*. *Neuroimage*, 2015. **111**: p. 611-621.
221. Mowlem, F., et al., *Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms*. *Psychiatry research*, 2019. **272**: p. 765-773.
222. Lord, C., et al., *The Autism Diagnostic Observation Schedule—Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism*. *Journal of autism and developmental disorders*, 2000. **30**: p. 205-223.
223. Wheelwright, S., et al., *Defining the broader, medium and narrow autism phenotype among parents using the Autism Spectrum Quotient (AQ)*. *Molecular autism*, 2010. **1**: p. 1-9.
224. Baio, J., *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014*. *MMWR. Surveillance Summaries*, 2018. **67**.
225. Maenner, M.J., *Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020*. *MMWR. Surveillance Summaries*, 2023. **72**.
226. Fombonne, E., *Epidemiology of pervasive developmental disorders*. *Pediatric research*, 2009. **65**(6): p. 591-598.
227. Woodbury-Smith, M.R., et al., *Screening adults for Asperger syndrome using the AQ: A preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice*. *Journal of autism and developmental disorders*, 2005. **35**: p. 331-335.
228. Geschwind, D.H., *Gene hunting in autism spectrum disorder: on the path to precision medicine*. *The Lancet Neurology*, 2015. **14**(11): p. 1109-1120.
229. Satterstrom, F.K., et al., *Large-scale exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism*. *Cell*, 2020. **180**(3): p. 568-584. e23.
230. Lyall, K., R.J. Schmidt, and I. Hertz-Picciotto, *Maternal lifestyle and environmental risk factors for autism spectrum disorders*. *International journal of epidemiology*, 2014. **43**(2): p. 443-464.
231. Baron-Cohen, S., et al., *The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians*. *Journal of autism and developmental disorders*, 2001. **31**: p. 5-17.
232. Robertson, C.E. and S. Baron-Cohen, *Sensory perception in autism*. *Nature Reviews Neuroscience*, 2017. **18**(11): p. 671-684.
233. Schou Andreassen, C. and S. Pallesen, *Social network site addiction-an overview*. *Current pharmaceutical design*, 2014. **20**(25): p. 4053-4061.
234. Andreassen, C.S., *Online social network site addiction: A comprehensive review*. *Current addiction reports*, 2015. **2**(2): p. 175-184.
235. Brand, M., et al., *Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An*

- Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2016. **71**: p. 252-266.
236. Van Den Eijnden, R.J., J.S. Lemmens, and P.M. Valkenburg, *The social media disorder scale*. Computers in human behavior, 2016. **61**: p. 478-487.
 237. Pantic, I., et al., *Association between online social networking and depression in high school students: behavioral physiology viewpoint*. Psychiatria Danubina, 2012. **24**(1.): p. 90-93.
 238. Andreassen, C.S., S. Pallesen, and M.D. Griffiths, *The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey*. Addictive behaviors, 2017. **64**: p. 287-293.
 239. Kuss, D.J. and M.D. Griffiths, *Online social networking and addiction—a review of the psychological literature*. International journal of environmental research and public health, 2011. **8**(9): p. 3528-3552.
 240. Lemmens, J., P. Valkenburg, and J. Peter. *Development and validation of a game addiction scale*. in *Conference papers: International Communication Association: annual meeting*. 2008.
 241. Griffiths, M. and R.T. Wood, *Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the Internet*. Journal of gambling studies, 2000. **16**: p. 199-225.
 242. Mehroof, M. and M.D. Griffiths, *Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety*. Cyberpsychology, behavior, and social networking, 2010. **13**(3): p. 313-316.
 243. Lo, S.-K., C.-C. Wang, and W. Fang, *Physical interpersonal relationships and social anxiety among online game players*. Cyberpsychology & behavior, 2005. **8**(1): p. 15-20.
 244. Gentile, D., *Pathological video-game use among youth ages 8 to 18: A national study*. Psychological science, 2009. **20**(5): p. 594-602.
 245. Ko, C.-H., et al., *Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents*. The Journal of nervous and mental disease, 2005. **193**(4): p. 273-277.
 246. Ng, B.D. and P. Wiemer-Hastings, *Addiction to the internet and online gaming*. Cyberpsychology & behavior, 2005. **8**(2): p. 110-113.
 247. Grüsser, S.M., R. Thalemann, and M.D. Griffiths, *Excessive computer game playing: evidence for addiction and aggression?* Cyberpsychology & behavior, 2006. **10**(2): p. 290-292.
 248. Ryff, C.D., *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. Journal of personality and social psychology, 1989. **57**(6): p. 1069.
 249. Seligman, M.E. and M. Csikszentmihalyi, *Positive psychology: An introduction*. Vol. 55. 2000: American Psychological Association.
 250. Cacioppo, J.T., et al., *Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses*. Psychology and aging, 2006. **21**(1): p. 140.
 251. Cacioppo, J.T., L.C. Hawkley, and R.A. Thisted, *Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study*. Psychology and aging, 2010. **25**(2): p. 453.
 252. Twenge, J.M. and W.K. Campbell, *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. 2009: Simon and Schuster.
 253. Weiss, R., *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. 1975: MIT press.

254. Cacioppo, J.T. and L.C. Hawkley, *Perceived social isolation and cognition*. Trends in cognitive sciences, 2009. **13**(10): p. 447-454.
255. Hawkley, L.C. and J.T. Cacioppo, *Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms*. Annals of behavioral medicine, 2010. **40**(2): p. 218-227.
256. Holt-Lunstad, J., T.B. Smith, and J.B. Layton, *Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review*. PLoS medicine, 2010. **7**(7): p. e1000316.
257. Mann, M., et al., *Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion*. Health Education Research, 2004. **19**(4): p. 357-372.
258. Rosenberg, M., *Society and the adolescent self-image*. 1965, Princeton university press.
259. Orth, U., R.W. Robins, and K.F. Widaman, *Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes*. Journal of personality and social psychology, 2012. **102**(6): p. 1271.
260. Baumeister, R.F., *Self-esteem: The puzzle of low self-regard*. 2013: Springer Science & Business Media.
261. Pincus, A.L. and M.R. Lukowitsky, *Pathological narcissism and narcissistic personality disorder*. Annual review of clinical psychology, 2010. **6**(1): p. 421-446.
262. Campbell, W.K. and J.D. Foster, *The narcissistic self: Background, an extended agency model, and ongoing controversies*, in *The self*. 2011, Psychology Press. p. 115-138.
263. Pincus, A.L. and M.J. Roche, *Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability*. The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments, 2011: p. 31-40.
264. Dickinson, K.A. and A.L. Pincus, *Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism*. Journal of personality disorders, 2003. **17**(3): p. 188-207.
265. Miller, J.D., et al., *Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model*. Journal of personality assessment, 2013. **95**(3): p. 284-290.
266. Genç, H.A., et al., *Validity and reliability of the Turkish version of the adult ADHD Self-Report Screening Scale for DSM-5*. Balkan medical journal, 2021. **38**(2): p. 111.
267. Köse, S., et al., *Otizm-Spektrum Anketi Türkçe formunun psikometrik özellikleri*/Psychometric features of Turkish version of Autism-Spectrum Quotient*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010. **11**(3): p. 253.
268. YALÇIN IRMAK, A. and S. Erdoğan, *Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği*. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015. **16**.
269. Lemmens, J.S., P.M. Valkenburg, and J. Peter, *Development and validation of a game addiction scale for adolescents*. Media psychology, 2009. **12**(1): p. 77-95.
270. Demirci, İ., *Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, depresyon ve anksiyete belirtileriyle ilişkisinin değerlendirilmesi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2019. **20**: p. 15-22.
271. Aydemir, O., *Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği*. Turk Psikiyatri Derg., 1997. **8**: p. 187-280.
272. Yıldız, A.M. and B. Duy, *UCLA Yalnızlık ölçeği kısa formunun ergenler için Türkçe'ye uyarlanması*. 2014.
273. Çuhadaroglu, F., *Adolesanlarda benlik saygısı*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 1986.
274. Demirci, İ. and E. Fusun, *Büyükleme narsisizmin iki farklı yüzü: Narsistik hayranlık ve rekabetin mutlulukla ilişkisi*. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2017. **46**(46): p. 37-58.

275. Montgomery, D.C., E.A. Peck, and G.G. Vining, *Introduction to linear regression analysis*. 2021: John Wiley & Sons.
276. Musetti, A., et al., *Maladaptive Daydreaming in an Adult Italian Population During the COVID-19 Lockdown*. *Front Psychol*, 2021. **12**: p. 631979.
277. Schimmenti, A., et al., *Reliability, validity, and factor structure of the maladaptive daydreaming scale (MDS-16) in an Italian sample*. *Journal of Personality Assessment*, 2020. **102**(5): p. 689-701.
278. Bekker, M.H. and J. van Mens-Verhulst, *Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment*. *Gender medicine*, 2007. **4**: p. S178-S193.
279. Rutz, W., *Prevention of suicide and depression*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1996. **50**(sup37): p. 61-67.
280. Kuss, D.J. and M.D. Griffiths, *Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research*. *International journal of mental health and addiction*, 2012. **10**: p. 278-296.
281. Downey, D.B. and D.J. Condron, *Playing well with others in kindergarten: The benefit of siblings at home*. *Journal of Marriage and Family*, 2004. **66**(2): p. 333-350.
282. Tucker, C.J., S.M. McHale, and A.C. Crouter, *Conditions of sibling support in adolescence*. *Journal of Family Psychology*, 2001. **15**(2): p. 254.
283. Adler, A., *Understanding human nature (Psychology revivals)*. 2013: Routledge.
284. Ernst, C. and J. Angst, *Birth order: Its influence on personality*. 2012: Springer Science & Business Media.
285. Sulloway, F.J., *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives*. 1996, Pantheon Books.
286. Eckstein, D., et al., *A review of 200 birth-order studies: Lifestyle characteristics*. *Journal of Individual Psychology*, 2010. **66**(4).
287. Berkman, L.F. and T. Glass, *Social integration, social networks, social support, and health*. *Social epidemiology*, 2000. **1**(6): p. 137-173.
288. Cohen, S. and T.A. Wills, *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. *Psychological bulletin*, 1985. **98**(2): p. 310.
289. Segal, B. and J.L. Singer, *Daydreaming, drug and alcohol use in college students: A factor analytic study*. *Addictive Behaviors*, 1976. **1**(3): p. 227-235.
290. Sulmasy, D.P., *A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*. *The gerontologist*, 2002. **42**(suppl_3): p. 24-33.
291. Saad, M., R. De Medeiros, and A.C. Mosini, *Are we ready for a true biopsychosocial-spiritual model? The many meanings of "spiritual"*. *Medicines*, 2017. **4**(4): p. 79.
292. Hatala, A.R., *Towards a biopsychosocial-spiritual approach in health psychology: Exploring theoretical orientations and future directions*. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 2013. **15**(4): p. 256-276.
293. Bokor, G. and P.D. Anderson, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Journal of Pharmacy Practice*, 2014. **27**(4): p. 336-349.
294. Jacobson, L.A., et al., *Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children*. *Journal of abnormal child psychology*, 2012. **40**: p. 1327-1337.
295. Robinson, S., et al., *Intense imagery movements: a common and distinct paediatric subgroup of motor stereotypies*. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2014. **56**(12): p. 1212-1218.
296. Metin, B., et al., *Perceived Stress During the COVID-19 Pandemic Mediates the Association Between Self-quarantine Factors and Psychological Characteristics and Elevated Maladaptive Daydreaming*. *Int J Ment Health Addict*, 2021: p. 1-13.

297. Krueger, R.F. and K.E. Markon, *Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology*. Annu. Rev. Clin. Psychol., 2006. **2**(1): p. 111-133.
298. Mancinelli, E., et al., *Maladaptive daydreaming as emotion regulation strategy: exploring the association with emotion regulation, psychological symptoms, and negative problem-solving orientation*. Current Psychology, 2024: p. 1-12.
299. Chirico, I., et al., *Maladaptive daydreaming and its relationship with psychopathological symptoms, emotion regulation, and problematic social networking sites use: A network analysis approach*. International Journal of Mental Health and Addiction, 2024. **22**(3): p. 1484-1500.



8. EKLER

8.1. EK-1. Gönüllü Onay Formu



8.2. EK-2. Etik Kurul Onay Formu



8.3. EK-3. Sosyodemografik Veri Anketi

1. Yaş
.....
2. Cinsiyet
☐ Erkek
☐ Kadın
3. Kardeş

	1	2	3	4	5	6	7	8
Kaç kardeşsiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Siz kaçınıcsınız	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Okumakta olduğunuz bölüm (AÖ: Açıköğretim, ÖL: Önlisans, YL: Yüksek Lisans durumlarını belirtiniz)
.....
5. Okumakta olduğunuz sınıf / yıl

	Hazırlık	1	2	3	4	5	6	7	8
Kaçıncı sınıftasınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Üniversitede kaçınıcı yılınız?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Akademik performans/ders başarınız genel olarak hangi düzeydedir?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

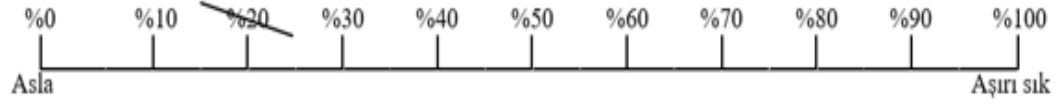
Oldukça DüşükOldukça Yüksek
7. Kimlerle yaşıyorsunuz?
☐ Aile (anne, baba, kardeş)
☐ Büyük Aile (nene, dede, yenge vs)
☐ Öğrenci Yurdu
☐ Ev (bir veya birden çok ev arkadaşı)
☐ Ev (eş veya partner ile)
☐ Ev (tek başına)
☐ Diğer
8. Alkol, madde, tütün ve/veya ilaç kullanımınız nedir?
1 = Hiçbir zaman 2 = Zaman zaman, bazen 3 = Birçok zaman 4 = Çoğu zaman 5 = Sürekli, halen

	1	2	3	4	5
Alkol	☐	☐	☐	☐	☐
Madde	☐	☐	☐	☐	☐
Tütün	☐	☐	☐	☐	☐
Psikiyatrik ilaç kullanımı	☐	☐	☐	☐	☐
Psikiyatrik olmayan ilaç kullanımı	☐	☐	☐	☐	☐
Alternatif tıp tedavileri	☐	☐	☐	☐	☐
9. Geçmiş sağlık durumunuz nedir?
1 = Tanılı hastalık ve/veya bozukluk yok
2 = Tanılı hastalık ve/veya bozukluk var

	1	2
Kişide tıbbi hastalık (örn: diyabet, hipertansiyon vs.)	☐	☐
Kişide psikiyatrik hastalık (örn: bipolar bozukluk, depresyon vs.)	☐	☐
Akrabalarda psikiyatrik hastalık (örn: bipolar bozukluk, depresyon vs.)	☐	☐

8.4.EK-4. Uyumsuz Hayal Kurma Ölçeği

Aşağıdaki soruları cevaplarken, eğer başka türlü bir şey belirtilmemişse, son bir ay içerisinde kurduğunuz hayalleri dikkate alın. Deneyiminize en çok uyan seçeneği işaretleyin. Örneğin: Bazı insanlar o kadar çok hayal kurarlar ki, nerede olduklarını unuturlar. Siz hayal kurduğunuzda nerede olduğunuzu ne sıklıkla unutuyorsunuz? Bu örnekte %20 seçilmiştir.



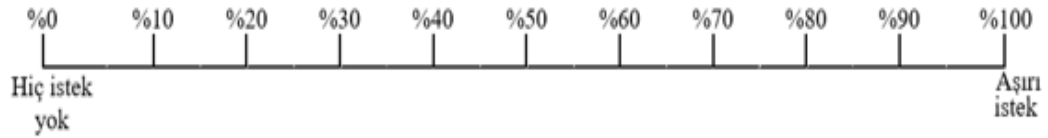
1. Bazı insanlar belli türden müziklerin hayal kurmayı tetiklediğini fark ederler. Müzik sizin hayal kurmanızı ne ölçüde tetikler?



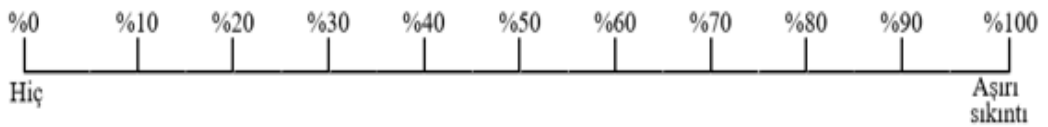
2. Bazı insanlar gerçek bir yaşam olayı tarafından kesintiye uğrayan hayallerine kaldığı yerden devam etmek isterler. Kurduğunuz hayallerden biri gerçek bir yaşam olayı tarafından kesintiye uğradığı zaman, mümkün olan en kısa zamanda bu kurduğunuz hayale geri dönme ihtiyacınız veya isteğiniz ne kadar güçlüdür?



3. Halihazırdaki hayal kurmanıza, sesiniz veya yüz ifadeniz ne sıklıkla eşlik etmektedir? (örneğin; gülme, konuşma veya mırıldanma)



4. Gerçek yaşam yükümlülüklerinizi yerine getirmeniz sebebiyle hayal kuracak vakit bulamazsanız, hayal kurmak için zaman bulamamanız size ne kadar sıkıntı verir?



5. Hayal kurmak bazı insanların günlük iş ve görevlerini yerine getirmelerine engeller. Hayal kurmak günlük temel işlerinizi başarıyla tamamlamanızı ne kadar engellemektedir?



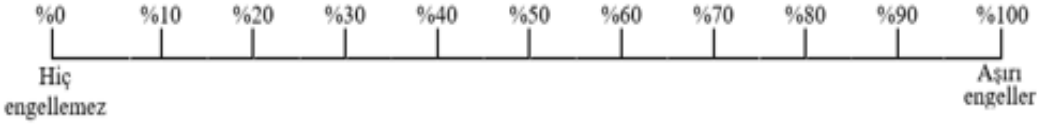
6. Bazı insanlar hayal kurmaya harcadıkları zaman konusunda kendilerini sıkıntılı veya endişeli hissederler. Bugünlerde hayal kurmaya harcadığınız zaman konusunda kendinizi ne kadar sıkıntılı hissediyorsunuz?



7. Dikkat etmeniz veya bitirmeniz gereken zorlu ya da önemli bir iş olduğunda, işinizi hayal kurmadan tamamlamanız sizin için ne kadar zordur?



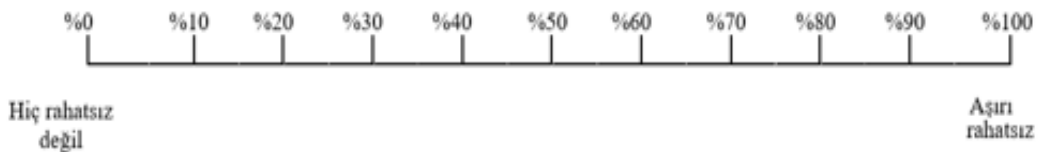
8. Hayal kurmak bazı insanların hayatlarındaki önemli şeylere engel olmaktadır. Hayal kurmanız hayattaki hedeflerinize ulaşmanızı ne kadar engellemektedir?



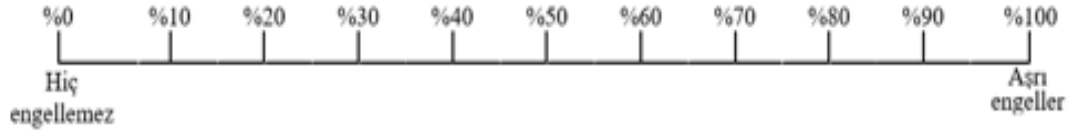
9. Bazı insanlar hayal kurmalarını kontrol etmekte ya da hayal kurmalarına limit koymakta zorlanırlar. Hayal kurmanızı kontrol altında tutmak sizin için ne kadar zor olmaktadır?



10. Bazı insanlar kurduğu hayallerden biri gerçek bir yaşam olayı tarafından kesintiye uğradığında rahatsızlık hissetmektedirler. Gerçek bir yaşam olayı, kurduğunuz hayallerden birini kesintiye uğrattığında, ortalama olarak ne kadar rahatsızlık hissedersiniz?



11. Hayal kurmak bazı insanların akademik/mesleki veya kişisel başarılarını engeller. Hayal kurmak sizin akademik/mesleki başarılarınızı ne kadar engellemektedir?



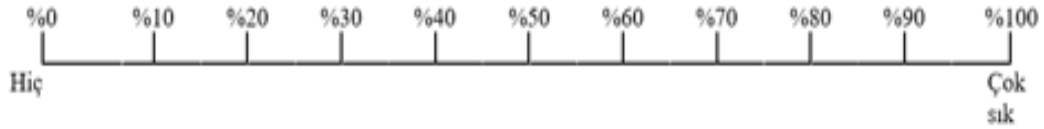
12. Bazı insanlar hayal kurmayı başka birçok şeyi yapmaya yeğler. Başka insanlarla etkileşimde bulunmak, sosyal faaliyetlere katılmak veya hobilerinizle uğraşmak yerine hayal kurmayı tercih etme dereceniz nedir?



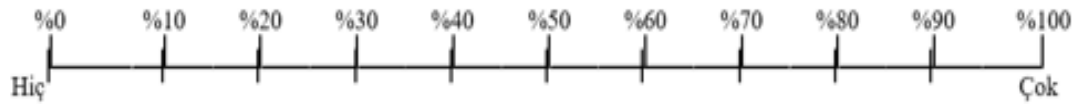
13. Sabah ilk uyandığınızda, hemen hayal kurma arzunuz ne kadar güçlüdür?



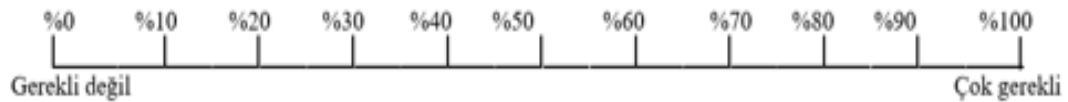
14. Hali hazırdaki hayal kurmanıza, tempo tutmak, sallanmak ve ellerinizi sallamanız gibi fiziksel aktiviteler ne sıklıkla eşlik etmektedir?



15. Bazı insanlar hayal kurmayı severler. Hayal kurduğunuzda, hayal kurmayı ne kadar rahatlatıcı veya eğlenceli bulursunuz?



16. Bazı insanlar müzik dinlemiyorken hayal kurmakta zorlanırlar. Sizin hayal kurmanız için müzik dinlemeniz ne kadar gereklidir?



8.5.EK-5. DSM 5 için Erişkin DEHB Tarama Ölçeği

Tarih					
Son 6 ay içerisinde nasıl hissettiğinizi ve davrandığınızı en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen tamamlanmış anketi bir sonraki randevunuzda sağlık çalışanınıza teslim ediniz ve sonuçları tartışınız. 1. Doğrudan sizinle konuşuyor olsalar bile, insanların söylediklerine odaklanmakta ne sıklıkla güçlük çekersiniz? 2. Toplantılarda veya yerinizden kalkmamanız beklenen diğer durumlarda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız? 3. Kendinize zaman ayırdığınızda gevşemekte ve rahatlamakta ne sıklıkla güçlük çekersiniz? 4. Sohbet esnasında kendinizi, ne sıklıkla karşınızdaki kişiler sözünü bitiremeden onların cümlesini tamamlarken bulursunuz? 5. İşleri ne sıklıkla son dakikaya kadar ertelersiniz? 6. Yaşamınızı düzende tutmaları ve detaylarla ilgilenmeleri için ne sıklıkla başkalarına ihtiyaç duyarsınız?	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık

8.6.EK-6. Otizm Spektrum Anketi

Aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Her ifadenin sizin için uygunluk derecesini eğer çok uygun ise Kesinlikle Katılıyorum (1) eğer hiç katılmıyorsanız Kesinlikle Katılmıyorum (4) arasındaki 1'den 4'e kadar olan dereceleme ölçeğinde değerlendiriniz.

1. Kesinlikle Katılıyorum
2. Kısmen Katılıyorum
3. Kısmen Katılmıyorum
4. Kesinlikle Katılmıyorum

	1	2	3	4
1. Bir şeyi yalnız başına yapmaktansa başkalarıyla beraber yapmayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐
2. Bir şeyi sürekli aynı şekilde yapmayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐
3. Bir şeyi hayal etmeye çalışırsam, resmi zihnimde canlandırmam kolay olur.	☐	☐	☐	☐
4. Kendimi sıklıkla bir şeye öyle güçlü kaptırırm ki gözüm başka şeyleri görmez olur.	☐	☐	☐	☐
5. Sıklıkla başkalarının fark etmediği hafif sesleri fark ederim.	☐	☐	☐	☐
6. Araba plakası ya da ona benzer bilgi dizilerini genellikle fark ederim.	☐	☐	☐	☐
7. Ben söyledığım şeylerin nezaket kurallarına uygun olduğunu düşünsem de başkaları sıklıkla uygun olmadığını söylüyorlar.	☐	☐	☐	☐
8. Bir hikaye okurken, hikayedeki karakterlerin neye benzediklerini kolaylıkla hayal edebilirim.	☐	☐	☐	☐
9. Tarihleri büyüleyici bulurum.	☐	☐	☐	☐
10. Bir grubun içindeyken, farklı birçok insanın konuşmalarını kolaylıkla takip edebilirim.	☐	☐	☐	☐
11. Sosyal ortamlarda rahat ederim.	☐	☐	☐	☐
12. Başkalarının fark etmedikleri ayrıntıları fark etme eğilimim vardır.	☐	☐	☐	☐
13. Bir partiye gitmek yerine bir kütüphaneye gitmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐
14. Hikayeler uydurmak bana kolay gelir.	☐	☐	☐	☐
15. Eşyalardan çok insanlar ilgimi çeker.	☐	☐	☐	☐
16. Sürdüremezsem üzüldüğüm çok güçlü ilgilere sahibimdir.	☐	☐	☐	☐
17. Sosyal ortamlarda sohbet etmekten keyif alırım.	☐	☐	☐	☐
18. Ben konuşurken, diğerlerinin araya (söze) girmesi her zaman kolay olmaz.	☐	☐	☐	☐
19. Sayılar beni büyüler.	☐	☐	☐	☐
20. Bir hikaye okurken, hikayedeki karakterlerin niyetlerini anlamakta zorlanırım.	☐	☐	☐	☐
21. Kurgu eserler okumaktan pek zevk almam.	☐	☐	☐	☐
22. Yeni arkadaşlar edinmekte zorlanırım.	☐	☐	☐	☐
23. Nesnelerdeki desenleri her zaman fark ederim.	☐	☐	☐	☐
24. Müzeye gitmek yerine tiyatroya gitmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐
25. Günlük düzenimin bozulması beni rahatsız etmez.	☐	☐	☐	☐
26. Sıklıkla bir konuşmayı nasıl sürdüreceğimi bilmediğimi fark ederim.	☐	☐	☐	☐
27. Biri benimle konuşurken kolayca "satır aralarını" okurum.	☐	☐	☐	☐
28. Genellikle küçük ayrıntılardan çok resmin tümüne odaklanırım.	☐	☐	☐	☐
29. Telefon numaralarını hatırlama konusunda çok iyi değilimdir.	☐	☐	☐	☐
30. Genellikle bir durumdaki ya da bir kişinin görünüşündeki küçük değişiklikleri fark etmem.	☐	☐	☐	☐
31. Birinin beni dinlerken sıkılıp sıkılmadığını anlayabilirim.	☐	☐	☐	☐
32. Birden çok işi aynı anda kolayca yapabilirim.	☐	☐	☐	☐
33. Telefonda konuşurken konuşma sırasının bana geldiğinden emin olamıyorum.	☐	☐	☐	☐
34. Spontan (planlanmadan yapılan) şeyler yapmaktan keyif alırım.	☐	☐	☐	☐
35. Bir şakadaki espriyi anlayan son kişi genellikle ben olurum.	☐	☐	☐	☐
36. Yalnızca yüzüne bakarak bir kişinin ne düşündüğünü ya da hissettiğini çözmek benim için kolaydır.	☐	☐	☐	☐
37. Bir şey araya girse de yapmakta olduğum işe hızla geri dönebilirim.	☐	☐	☐	☐
38. Sosyal ortamlarda çene çalmak konusunda iyiyimdir.	☐	☐	☐	☐

39. İnsanlar sıklıkla aynı şeyi tekrar tekrar konuştuğumu söyler. □□□□
40. Çocukken diğer çocuklarla birlikte taklit oyunları oynamaktan zevk alırdım. □□□□
41. Araba, kuş, tren, bitki vs. türler gibi kategorileriyle ilgili bilgi toplamaktan hoşlanırım. □□□□
42. Başka birinin yerinde olmanın nasıl bir şey olabileceğini hayal etmekte zorlanırım. □□□□
43. Katıldığım her etkinliği dikkatlice planlamayı severim. □□□□
44. Sosyal etkinliklerden (misafirlik, parti vs.) keyif alırım. □□□□
45. İnsanların niyetlerini anlamakta zorlanırım. □□□□
46. Yeni durumlar beni kaygılandırır. □□□□
47. Yeni insanlarla tanışmaktan keyif alırım. □□□□
48. İyi bir diplomatımdır (içinde bulunduğum zor durumlarda diğer insanlarla çatışmadan □□□□
49. İnsanların doğum tarihlerini hatırlamak konusunda çok iyi değilimdir. □□□□
50. Çocuklarla taklit oyunları oynamakta zorlanmam. □□□□

8.7.EK-7. Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği

Aşağıdaki soruları **son 6 ay içinde** hangi sıklıkla yaşadığınızı işaretleyiniz.

1. Bir bilgisayar oyununu tüm gün boyunca oynamayı düşündün mü?
()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Bazen ()Sık sık ()Her zaman
2. Oyun için harcadığın zamanı giderek arttırdın mı?
()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Bazen ()Sık sık ()Her zaman
3. Günlük yaşamdan uzaklaşmak için oyun oynadığın oldu mu?
()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Bazen ()Sık sık ()Her zaman
4. Yakınındaki kişiler (aile bireyleri, arkadaşlar gibi) oyun süreni azaltmada başarısız oldu mu?
()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Bazen ()Sık sık ()Her zaman
5. Oyunda harcadığın zaman konusunda yakınındaki kişiler ile (aile bireyleri, arkadaşlar gibi) kavga ettin mi?
()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Bazen ()Sık sık ()Her zaman
6. Oyun oynamak için diğer önemli faaliyetleri (okul, iş, spor gibi) ihmal ettin mi?
()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Bazen ()Sık sık ()Her zaman

8.8.EK-8. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği

YÖNERGE: Son bir yılınızı düşünerek sosyal medya (Facebook, Instagram, Twitter, vb.) kullanımınız hakkındaki aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

(1) Çok nadir, (2) Nadir, (3) Bazen, (4) Sıkça, (5) Oldukça sık

1	Sosyal medyayı düşünerek ya da sosyal medya kullanmayı planlayarak çok fazla zaman harcadınız mı	1	2	3	4	5
2	Sosyal medyayı giderek daha fazla kullanma arzusu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
3	Sosyal medyayı kişisel sorunlarınızı unutmak için kullandınız mı?	1	2	3	4	5
4	Sosyal medya kullanmayı bırakma denemeleriniz başarısızlıkla sonuçlandı mı?	1	2	3	4	5
5	Sosyal medya kullanmanız yasaklansaydı rahatsız ve sıkıntılı olur muydunuz?	1	2	3	4	5
6	Sosyal medyayı çok fazla kullanmanız işlerinizi/çalışmalarınızı olumsuz etkiledi mi?	1	2	3	4	5

8.9.EK-9. Hastane Anskiyete Ve Depresyon Ölçeği

Hasta adı soyadı: _____ Tarih: _____

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve geçen haftayı göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum. ☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, bazen ☐ Hiçbir zaman	8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum. ☐ Hemen hemen her zaman ☐ Çok sık ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman
2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum. ☐ Aynı eskisi kadar ☐ Pek eskisi kadar değil ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil	9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum. ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Oldukça sık ☐ Çok sık
3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum. ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil ☐ Biraz, ama beni endişelendirmiyor. ☐ Hayır, hiç öyle değil	10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim. ☐ Kesinlikle ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum. ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Şimdi pek o kadar değil ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil	11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum. ☐ Gerçekten de çok fazla ☐ Oldukça fazla ☐ Çok fazla değil ☐ Hiç değil
5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor. ☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil ☐ Yalnızca bazen	12) Olacakları zevkle bekliyorum. ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Her zamankinden biraz daha az ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az ☐ Hemen hemen hiç
6) Kendimi neşeli hissediyorum. ☐ Hiçbir zaman ☐ Sık değil ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman	13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum. ☐ Gerçekten de çok sık ☐ Oldukça sık ☐ Çok sık değil ☐ Hiçbir zaman
7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum. ☐ Kesinlikle ☐ Genellikle ☐ Sık değil ☐ Hiçbir zaman	14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum. ☐ Sıklıkla ☐ Bazen ☐ Pek sık değil ☐ Çok seyrek

8.10. EK-10. UCLA Yalnızlık Ölçeği

Aşağıdaki ölçekte kendinize ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerde yer alan durumu ne sıklıkta hissettiğinizi ve yaşadığınızı gösteren cevaplardan hangisi size daha çok uyuyorsa o durumun altında yer alan parantezin içine bir çarpı (X) işareti koyunuz. Lütfen her soru için tek bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Her Zaman
1 Arkadaşım yok.	☐	☐	☐	☐
2 Başvurabileceğim hiç kimse yok.	☐	☐	☐	☐
3 Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
4 Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
5 İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	☐	☐	☐	☐
6 Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	☐	☐	☐	☐
7 Çevremde insanlar var ama benimle değil.	☐	☐	☐	☐



8.11. EK-11. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8.12. EK-12. Narsistik Hayranlık Ve Rekabet Ölçeği Kısa Formu

Aşağıdaki ifadelerin her birine ne derece katıldığınızı, yanındaki kutucuklarda yer alan “1= Hiç katılmıyorum” ile “6= Tamamen Katılıyorum” arasındaki rakamlardan yalnızca birinin üstüne (X) işareti koyarak gösteriniz.

	1	2	3	4	5	6
1 Başka biri beni gölgede bırakırsa sinirlerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 Harika bir kişilik olarak görülmeyi hak ediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 Rakiplerimin başarısız olmasını isterim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 Çok özel bir insan olmak bana çok büyük bir güç verir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 Yaptığım olağanüstü işlerle ilgi odağı olmayı başarıyorum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 Çoğu insan öyle ya da böyle eziktir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

