



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU HASTALARINDA, DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞ TANI VARLIĞI İLE EMPATİ VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. DİDEM KAYA

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ

AYDIN-2017

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU
HASTALARINDA, DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EŞ TANI
VARLIĞI İLE EMPATİ VE BENLİK SAYGISI
İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. DİDEM KAYA

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ

AYDIN-2017

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimimde bana emeği geçen ve tezimin oluşmasında büyük katkıları olan tez danışmanı sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ ve uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgilerini, engin akademik ve klinik deneyimlerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK hocam başta olmak üzere tüm saygıdeğer hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, psikiyatri ekibinin diğer üyeleri olan hemşire, psikolog, sekreter ve personel arkadaşlarıma;

Beni bu günlere sabırla, sevgiyle, emekle getiren, her zaman yanımda olan, varlıklarının daima bana huzur verdiği annem Gülseren Kaya, babam Hasan Kaya, kardeşim Çiğdem Kaya ve can dostum Ayşe KINCI başta olmak üzere canım ailem ve sevgili dostlarıma;

Tanıştığımız ilk günden bu yana her türlü fedakarlığı ve desteğiyle tüm başarılarımın arkasında olan ve bu stresli süreçte de eksikliğini bir an bile hissettirmeyen sevgili hayat arkadaşım Yaşam Umutlu'ya;

en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Didem KAYA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
EKLER DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)	4
2.1.1. SAB Tanım	4
2.1.2. SAB Tarihçe	4
2.1.3. SAB Epidemiyolojisi.....	5
2.1.4. SAB Etiyolojisi.....	7
2.1.4.1. Kuramlar.....	8
2.1.4.2. Genetik Geçiş ve Ailesellik	12
2.1.4.3. Travmatik Sosyal Yaşantılar	12
2.1.4.4. Nörotransmitter Değişiklikleri.....	13
2.1.4.5. Nörohormonal Sistemler Hipotalamik-Pituer-Adrenal Aks	15
2.1.5. SAB Demografik Özellikleri	17
2.1.6. SAB’da Klinik	17
2.1.6.1. SAB’da Klinik Görünüm.....	17
2.1.6.2. SAB’da Klinik Gidiş	18
2.1.7. SAB Alt Tipleri	19
2.1.7.1. Bir Alt Tıp Belirteci Olarak ‘Korkulan Sosyal Durumlar’	20
2.1.8. SAB Tanı Ölçütleri.....	21
2.1.8.1. DSM IV-TR.....	21

2.1.8.2. SAB’da (Sosyal Kaygı Bozukluğu) DSM-V’e göre tanı ölçütlerindeki değişiklikler	22
2.1.9. SAB’da Eş Tanı	23
2.1.9.1. SAB ve DEHB Eştanı Varlığı	24
2.1.10. SAB’da Ayırıcı Tanı.....	28
2.1.10.1.Utangaçlık.....	29
2.1.10.2. Panik Bozukluğu	29
2.1.10.3. Yaygın anksiyete bozukluğu	30
2.1.10.4. Obsesif-kompulsif bozukluk.....	31
2.1.10.5. Vücut dismorfik bozukluğu	31
2.1.10.6. Major depresyon	31
2.1.10.7. Madde kötüye kullanımı	31
2.1.10.8. Şizofreni spektrumu bozuklukları	32
2.1.10.9. Çekingen kişilik bozukluğu	32
2.1.10.10. Tıbbi durumlar	32
2.1.11. SAB’da Tedavi	33
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	33
2.2.1. DEHB Tanım.....	33
2.2.2. DEHB Tarihçe	34
2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi.....	35
2.2.4. DEHB Etiyolojisi.....	37
2.2.4.1. Nörokimyasal Etmenler	38
2.2.4.2. Genetik Etmenler	39
2.2.4.3. Biyokimyasal Etmenler	39
2.2.4.4. Prenatal ve Doğumsal Etmenler	40

2.2.4.5. Psikososyal ve Çevresel Etmenler	40
2.2.5. Erişkin DEHB Etiyolojisi	40
2.2.6. DEHB’de Klinik	41
2.2.6.1. DEHB’de Klinik Görünüm.....	41
2.2.6.2. DEHB’de Klinik Gidiş	42
2.2.7. DEHB Alt Tipleri	42
2.2.8. DEHB Tanı	43
2.2.8.1. DSM IV-TR.....	44
2.2.8.2. DSM-V	46
2.2.9. DEHB’de Beyin Görüntüleme.....	48
2.2.10. DEHB’de Eş Tanı.....	49
2.2.11. DEHB’de Ayırıcı Tanı.....	50
2.2.12. DEHB’de Tedavi	50
2.3. Empati.....	51
2.3.1. Empati ve SAB İlişkisi	53
2.3.2. Empati ve DEHB İlişkisi	54
2.4. Benlik Saygısı.....	57
2.4.1. Benlik Saygısı Tanım	58
2.4.1.1. Benlik (Kendilik, Self)	58
2.4.1.2. Benlik Kavramı (Self-Concept).....	58
2.4.1.3. Öz-Yeterlilik (Self-Efficacy).....	58
2.4.1.4. Benlik Saygısı (Öz-Güven, Self-Esteem).....	59
2.4.2. Benlik Saygısının Oluşumu	59
2.4.3. Benlik Saygısı ve SAB İlişkisi	60
2.4.4. Benlik Saygısı ve DEHB İlişkisi	61

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	62
3.1. İzinler.....	62
3.2. Araştırma Bölgesi	62
3.3. Araştırmanın Tipi	62
3.4. Araştırma Yeri ve Zamanı	62
3.5. Araştırma Evreni, Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi.....	63
3.5.1. Araştırma Evreni.....	63
3.5.2. Araştırmanın Örnek Büyüklüğü	63
3.5.3. Araştırmanın Örnek Seçimi	63
3.6. Araştırmaya Alınma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri.....	63
3.6.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	63
3.6.2. Araştırmada Dışlama Kriterleri	63
3.6.3. Çıkarılma Kriterleri	64
3.7. Araştırma Süreci.....	64
3.8. Veri Toplama Yöntemi, Veri Toplama Araçları, Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ..	64
3.8.1. Veri Toplama Yöntemi.....	64
3.8.2. Veri Toplama Araçları.....	65
3.8.2.1. Sosyodemografik klinik veri formu.....	65
3.8.2.2. DSM-IV eksen tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I).....	65
3.8.2.3. Empati Ölçeği (EQ).....	65
3.8.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	66
3.8.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	66
3.8.2.6. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)	67
3.8.2.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	67
3.8.2.8. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)	67

3.8.2.9. K-SADS-PL.....	68
3.8.2.10. DSM-IV'e Dayali Erişkin DEB/DEHB Tani ve Değerlendirme Envanteri	69
3.9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	70
3.9.1. Bağımlı değişkenler.....	70
3.9.2. Bağımsız değişkenler.....	70
3.10. Araştırma Takvimi.....	71
3.11. Araştırma Bütçesi ve Destekler	71
3.12. Verilerin Analizi	71
BULGULAR	73
4.1. SAB Hastalarının ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	73
4.2. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri, Liebowitz Ölçek Bakımından Karşılaştırılması	79
4.3. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Empati Q Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması	80
4.4. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması.....	81
4.5. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması	83
4.6. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının SCİD 1 Eştanı Varlığı Bakımından Karşılaştırılması	84
4.7. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının K-SADS Dağılımı Bakımından Karşılaştırılması	85
4.8. K-SADS'a Göre Çocukluk Başlangıçlı SAB Mevcut Olan ve Olmayan Gruplarda Liebowitz Ölçeği ve Alt Ölçekleri Bakımından Karşılaştırılması	85

4.9. Erişkin Dönemde DEHB Mevcut Olmayan Kişilerden, Çocukluk Döneminde DEHB Mevcut Olan ve Olmayanlarda BDÖ, BAÖ, LSAÖ ve Alt Ölçekleri, WUDÖ, EQ Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tani ve Değerlendirme Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması	86
5. TARTIŞMA.....	88
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	98
ÖZET.....	100
SUMMARY	102
KAYNAKLAR.....	104
EKLER	125

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılması	74
Tablo II. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının soygeçmişi ve özgeçmişi değerlendirmesi ile tedavi alma durumu, psikiyatrik yatış öyküsü, intihar girişimi öyküsü ve ek hastalık mevcut olma durumu değerlendirmesi	76
Tablo III. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının yaş, göç öyküsü yaşı, toplam öğrenim yılı, yaşadığı il yıl sayısı, tedavi yaşı ve belirti verme tedavi alma arası geçen süre açısından değerlendirilmesi	77
Tablo IV. Katılımcılarda bulunan ek hastalıkların, onların birinci derece ve ikinci derece akrabalarında bulunan psikiyatrik hastalıkların dağılımı	78
Tablo V. Katılımcıların kullandıkları ilaçlar ve ilaç kombinasyonlarının dağılımı	78
Tablo VI. DEHB alt tipleri ve SAB alt tiplerinin dağılımı.....	79
Tablo VII. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının SAB alt tipi bakımından değerlendirilmesi	79
Tablo VIII. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının LSAÖ ve alt ölçekleri puanları bakımından karşılaştırılması	80
Tablo IX. SAB ve SAB'ye eşlik eden DEHB hastalarının Empati Q ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması.....	80
Tablo X. Katılımcıların ölçekler ve alt boyutlarından aldıkları puanların korelasyon değerlendirmesi.....	81
Tablo XI. Sosyal anksiyete alt tiplerinin Empati Q ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması.....	81
Tablo XII. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması.....	81
Tablo XIII. SAB alt tiplerinin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması	82

Tablo XIV. SAB alt tiplerinin benlik saygısının “yüksek değil” ve “yüksek” şeklinde dağılımı	82
Tablo XV. Sosyal anksiyete şiddet düzeyine göre Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması.....	82
Tablo XVI. Grupların benlik saygısı düzeylerinin dağılımı.....	83
Tablo XVII. Gruplar arasında benlik saygısının “yüksek değil” ve “yüksek” şeklinde dağılımı	83
Tablo XVIII. SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	83
Tablo XIX. SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarından SCID1’de depresyon eş tanısı mevcut olanlar dışlandıktan sonra her iki grubun Beck Depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	84
Tablo XX. SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının SCID 1 eştanı varlığı bakımından karşılaştırılması.....	84
Tablo XXI. Katılımcılarda bulunan SCID 1 eştanı mevcut olanların psikiyatrik hastalıkların dağılımı	84
Tablo XXII. SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının K-SADS dağılımı	85
Tablo XXIII. K-SADS çocukluk başlangıçlı SAB mevcut olan ve olmayanlarda Liebowitz ölçeği ve alt ölçekleri karşılaştırılması	86
Tablo XXIV. Erişkin dönemde DEHB mevcut olmayan kişilerden, çocukluk dönemde DEHB mevcut olan ve olmayanlarda BDÖ, BAÖ, LSAÖ ve alt ölçekleri, WUDÖ, Empathy Q ölçeği, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, DSM-IV’e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Ölçeği bakımından karşılaştırılması	87

SİMGELER VE KISALTMALAR

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
5-HT	: 5 Hidroksitriptamin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
CRF	: Kortikotrop Salgılayıcı Faktör
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
GH	: Growth Hormon
DSM-III	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM IV-TR	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
LSAÖ	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
VDM	: Vücut Dismorfik Bozukluğu
KKB	: Kaçınan Kişilik Bozukluğu
mCCP	: Metaklorofenilpiperazin
SNRI	: Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
SCID-I	: DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
m-CCP	: Metilkloro-Fenil-Piperazin
DAT1	: The human dopamine transporter
ICD	: International Classification of Disease
NA	: Noradrenalin
DA	: Dopamin

DRD 2	: Dopamin D2 Reseptör Geni
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SPECT	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
ARSR	: Kendi Bildirim Ölçeği
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MPH	: Metilfenidat
EQ	: Empati Ölçeği
PFC	: Prefrontal Kortekste
ADHD	: Attention-deficit/hyperactivity disorder
LSAÖ	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BAO	: Beck Anksiyete Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması
K-SADS	: The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
K-SADS-PL	:The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage Children-Present and Lifetime Version
MDB	: Major Depresif Bozukluk
BP	: Bipolar
UP	: Unipolar
PTSD	: Metilfenidat
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
MVP	: Mitral Valv Prolapsusu

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul Onay Belgesi	125
Ek 2. Sosyodemografik Klinik Veri Formu	126
Ek 3. Empati Ölçeği (EQ).....	128
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	132
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	133
Ek 6. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ).....	134
Ek 7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	135
Ek 8. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ).....	136
Ek 9. DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri.....	137

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Genel olarak bakıldığında Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) hastalarının yaklaşık olarak %80 kadarında belirtiler 20 yaşından önce başlamaktadır (1). Mc Evoy ve Ark. SAB'ın en erken başlayan anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (2).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), birçok toplumda oldukça sık görülen, erken çocukluk ve hatta intrauterin dönemde bile kendini belli edebilen bir bozukluktur. Hastaların yarısından fazlasında erişkinlikte de etkinliğini sürdürüp, bireysel gelişim ve sosyal ilişkiler açısından, toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından biri olmaktadır. Tedavi edildiği zaman sağlanan belirgin düzelme, tedavi edilmediğinde psikiyatrik ve sosyal sorunlara yol açması, zaman ilerledikçe hastalığın tanınmışlığının artmasına rağmen etioloji ve patofizyoloji hakkındaki kısıtlı bilgiler hastalığa olan ilgiyi artırmaktadır (3).

DEHB depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi sık görülen psikiyatrik bozukluklarla çok yüksek oranlarda komorbidite göstermekte ve bu bozuklukların tanı ve tedavisinde sorunlara yol açabilmektedir (4).

DEHB ve anksiyete bozuklukları erişkinleri %25-50 kadarında birlikte görürler. DEHB ve anksiyete bozuklukları bir arada görüldüğünde her iki bozukluğun belirtileri birbiriyle iç içe geçip ayrı ayrı tanımlanmaları son derece zor olabilir. DEHB ve anksiyete bozuklukları çok sık olarak birlikte görüldüklerinden ve komorbid durumlarda her iki bozukluğun belirtilerini ayırt etmek güç olduğundan erişkinlerde DEHB değerlendirilmesi yapılan her olguda anksiyete belirtileri sorgulanmalıdır (4).

DEHB olan bireyler çocukluktan başlayarak kronik bir biçimde uyarılmaktadır. Elinde olmayan bir bozukluk nedeniyle sürekli uyarılan bir kişi için özgüven azalması neredeyse kaçınılmazdır. Yıllar içinde bu duruma kendi kapasitesinin altında başarı gösterme ve ilişkilerde sorunlar yaşama gibi DEHB'e bağlı komplikasyonlar eklenince özgüven azalması kronik hale gelmekte, distimi veya depresyona önemli bir yatkınlık yaratabilmektedir (4).

Rosenberg (1965), benlik saygısını bireyin kendisine karşı, olumlu ve olumsuz tutumu olarak tanımlamaktadır (5). Sosyal anksiyeteye ilişkin çok sayıdaki görüş, sosyal anksiyete yaşantısının temelinde benlik saygısının eksikliğine (6, 7) ve büyük ölçüde olumsuz beklentilerden (olumsuz eleştirilme, görmezden gelinme, reddedilme, sahip olunan yetenekleri küçümseme, farklı sosyal durumların gerektirdiği performansı gösterememe vb.) doğan bir korku durumu olması nedeniyle bilişsel yapısına işaret etmektedir (7). Benlik saygısı ve sosyal anksiyete alt boyutları arasında orta düzeyde olumsuz yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (9).

Farklı çalışmalarda DEHB çocuklarda benlik saygısının düşük olduğu bildirilmiştir (10, 11). Benlik saygısındaki düşüklük DEHB olan çocuklarda uzun süre devam eden problemlerin başında gelmektedir (12).

Empati bir bireyin duygusal durumunu diğer bireylere aktararak adeta sosyal bir duygu gibi işlev görür. Mevcut çalışmalar DEHB olan çocuklardaki sorunlu tutum ve davranışların agresiflik ve empati ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (13). Buna ek olarak, DEHB çekirdek belirtileri olan, dikkat ve dürtüsellik sorunları varlığı DEHB olan hastalarda duygu tanıma güçlüğüne neden olabilir (14). Bu nedenle, klinik parametrelere ek olarak psikososyal boyutu, hastalığın çok boyutlu izlenmesini giderek daha önemli hale getirmektedir (15).

Çocukluk DEHB ve SAB arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar son yıllarda artmıştır. Her ne kadar iki tane küçük örneklemlili sosyal anksiyete bozukluğu çalışmasında DEHB tanısı veya semptomları düşük oranda bulunmuş olsa da, çocukluk çağı DEHB’de yüksek oran saptanmıştır (16). İlk çalışmada, 130 ayaktan birincil tanısı SAB olan yetişkinlerden % 72.3’ü, çocukluk çağı DEHB için tanı kriterlerini karşılamış (17). İkinci çalışma ise 142 SAB’lı hastanın % 62,1’inde çocukluk çağı DEHB olduğunu göstermiş (18). Bu gözlemlere dayanarak, SAB bazı hastalarda başka hastalığa (DEHB gibi) sekonder gelişebileceği düşünülebilir. Ayrıca Koyuncu ve Ark. DEHB’e bağlı gelişen sosyal anksiyete, sosyal anksiyetenin bir alt grubu olabileceğini varsaymıştır (19). DEHB ile SAB ilişkisini gösteren çalışmaların yeterli sayıda olmadığını düşünerek, bu ilişkiyi ortaya koyabilecek bir

Çalışmayı yapmayı hedefledik. Elde edilen verilerle ileriki araştırmalara yönelik bilgilere ve verilere ulaşmayı planladık. Bu çalışmada iki hipotez kuruldu; birinci hipotez ‘’ H0: Sosyal anksiyete hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile empati arasında ilişki yoktur, H1: Sosyal anksiyete hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile empati arasında ilişki vardır. ’’ , ikinci hipotez ‘’ H0: Sosyal anksiyete hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile özsaygı arasında ilişki yoktur, H1: Sosyal anksiyete hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile özsaygı arasında ilişki vardır. ’’.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)

2.1.1. SAB Tanım

DSM IV-TR (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Sürüm) tanımına göre, SAB başkaları tarafından aşağılanacağı, utandırılacağı veya olumsuz biçimde yargılanacağına ilişkin korku ile karakterize bir bozukluktur. Hastalar uygunsuz biçimde davranmaktan veya diğerleri tarafından dikkatlice incelenmekten korkabilirler. Ayrıca yanlış yapmaktan, bir şekilde sakarlık yapmaktan veya diğerlerinin kendi huzursuzluğunu ve buna ilişkin fiziksel belirtilerini fark etmelerinden de korkmaktadırlar. Bir sohbeti başlatmak veya sürdürmek; toplum önünde konuşmak, yemek, içmek veya yazı yazmak; yeni insanlarla tanışmak; sosyal buluşmalara katılmak ve telefonda konuşmak sıkıntıyla katlanılan veya kaçınılan durumlara örnek olarak verilebilir. Bu tür sosyal ortamlara maruz kalındığı zaman panik ataklara da yol açabilecek ölçüde bir takım fiziksel belirtiler gözlenebilir. Bunlar kas seğirmesi, yüz kızarması, çarpıntı ve titreme gibi genel korku tepkileri olmakla beraber SAB tanısı için bu bulgu ve belirtileri sosyal durumlarda ortaya çıkması gerekmektedir (20).

SAB'a sıklıkla eşlik eden özellikler arasında eleştirilmeye, olumsuz biçimde değerlendirilmeye ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük çekme ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları yer almaktadır. Toplumsal destek sistemlerinin zayıflığı nedeniyle okuldan atılma, işsiz kalma, iş görüşmesi yapamama gibi sorunlar yaşayabilirler (21).

2.1.2. SAB Tarihçe

Tarihte sosyal anksiyete ile ilişkilendirilebilen en eski metin Hipokrat'ın milattan önce 4. yüzyıla ait olgusudur. Bu olgu “...Suistimal edileceğinden, aşağılanacağından, jest ve konuşmalarında aşırıya kaçacağından veya hastalanacağından korktuğu için toplum içine çıkmazdı, herkesin kendisini gözlediğini düşünürdü...” şeklinde tanımlanmıştır (22). Bu bozukluk 19. yüzyıl sonlarına kadar fazlaca ilgi çekmemiştir. 1890 yılında Beard, nörasteni belirtileri arasında “anthropophobia” yani sosyal etkileşime ilişkin genel bir korku tanımlamıştır. Hartenberg ise 1901 yılında çekingenliği, “çarpıntı, anksiyete, soğuk terleme,

titreme, kızarma gibi belirtilerin eşlik ettiği; endişe, kafa karışıklığı, mahcubiyet, korku, evham ve utancı içeren karmaşık bir durum” olarak tanımlamıştır (23).

1938’de Schilder sosyal nöroz adı altında bugünkü SAB tanımına çok yakın bir klinik tablo tanımlamış, utanç duygusunun bu klinik tablonun merkezi belirtisi olduğunu ifade etmiş ve hastaların işlev yitimine dikkat çekmiştir (24).

SAB ilk kez 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile sosyal fobi başlığı altında tanınan bir kategori olarak tanımlanmıştır. DSM’nin bu sürümünde üç farklı fobi tanımlanmaktaydı; agorafobi, sosyal fobi ve basit fobi. Sosyal fobi kişinin diğer insanlar tarafından dikkatle incelenmesine ilişkin devamlı bir kaygı ve davranışlarının kendisinin küçük düşmesine veya utanmasına yol açacağına ilişkin düşünceler ile karakterizedydi. Zamanla sosyal fobinin genellikle birden çok sosyal duruma ilişkin olabileceği, sanılandan daha çok yeti yitimine yol açabileceği ve sosyal fobisi olan bireylerin bu yakınmalarını genellikle hekime aktarmamaları veya hekimlerin bu yakınmaları uygun biçimde tanıyamamalarından ötürü öngörülenden çok daha yaygın olabileceği fark edilmiştir. Bu nedenle DSM III’teki fobi yaklaşımı eleştiri almaya başlamıştır (25). 1994 yılında bu korkuların ne kadar yaygın olabileceğini ve fobi teriminin bu bozukluğu tanımlamada uygun olamayacağını vurgulamak üzere alternatif bir terim DSM-IV’te “Sosyal Anksiyete Bozukluğu” olarak tanımlanmıştır (20). DSM IV-TR ve DSM-V’de aynı terim kullanılmıştır.

2.1.3. SAB Epidemiyolojisi

SAB’ın yaygınlığı ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır ve bu çalışmalar sonucu en sık görülen anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (27). Batı ülkelerinde SAB’ın yaşam boyu prevalansı çeşitli çalışmalarda %7 ile %13 arasında bulunmuştur (28). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise SAB’ın yaşam boyu prevalansı %9 ile %22 arasında saptanmıştır. Toplum kaynaklı çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu saptanmıştır (29).

Yapılan bir gözden geçirme çalışmasında SAB’ın 16-65 yaş arasında yaşam boyu yaygınlığının %0.53-45.6 arasında, bir yıllık yaygınlığının ise %1-9.1 arasında değiştiği tespit edilmiştir (30). Bir diğer gözden geçirme çalışmasında da yaşam boyu yaygınlık oranlarının

%0.4-13.7 arasında, bir yıllık yaygınlık oranlarının ise %1.3-7.9 arasında değiştiği, yaşa göre değerlendirildiğinde ise yaygınlık oranlarının 18 yaşın altında %1.6, 18 yaş ve üstünde %0.4-17 arasında olduğu görülmüştür (31).

Tayvan, Taipei ve Kore gibi Uzakdoğu ülkelerinde yaşam boyu prevalans %0.4-0.5 arasında değişmekte iken, Almanya'da %12, İsviçre'de ise %16 oranında yaşam boyu prevalans saptanmaktadır. Bu farklılıkları çalışmalardaki örneklem yaş aralığının (ergen grubunu içerip içermemesi), sosyal işlevsellik ölçütü yorumlarının ve kültürel etkenlerin farklı oluşu ile açıklamışlardır. Amerika Birleşik Devletlerinde yürütülen Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda SAB'ın tahmini yaşam boyu yaygınlığı %2.4 bulunurken, "Ulusal Komorbidite Araştırması"nda yaşam boyu SAB prevalansı %13.3 olarak saptanmıştır. Bu oran ABD'de majör depresyon (%17) ve alkol bağımlılığından (%14) sonra SAB'ın 3. yaygın psikiyatrik rahatsızlık ve en sık rastlanılan anksiyete bozukluğu olduğuna işaret etmektedir (32, 33).

Yeni SAB tanısı konulan hastaları araştıran Kanada'da yapılmış bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık %7.1 (34), Almanya'da yapılmış bir diğer çalışmada ise %8.7 (35) olarak saptanmıştır. Çalışmalarda kullanılan tanı ölçütlerindeki farklılıklar sonuç verileri arasında oldukça geniş bir aralık oluşmasına yol açmaktadır.

Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılmış çalışmalarda ise sosyal anksiyete bozukluğu sıklığı %9.8-22 arasında bulunmuştur (36). Yine ülkemizde yapılmış bir çalışmada üniversite öğrencilerinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre SAB varlığını sorgulamış ve SAB tanısının katılımcıların %22'sinde bulunduğunu saptamıştır (37).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında SAB sıklığını bakıldığında genel toplum sonuçlarına benzer biçimde SAB'ın yaşam boyu yaygınlığı %9-14 ve nokta yaygınlığı ise %4.9 olarak saptanmıştır (38). Bu çalışmalar, sık görülen bir bozukluk olmasına karşın SAB tanısının birinci basamakta genellikle atlandığına ve hastaların tedavi göremediğine işaret eder.

Alan çalışmaları sonuçlarına göre genel olarak SAB kadınlarda, genç ve bekar olanlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Bazı alan

alışmalarında SAB kadınlarda daha sık görülürken (%62.7-%70) (32, 34, 39) yapılan klinik çalışmalarda erkek oranının daha yüksek olması kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken bu konuda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır. Yine Türkiyede yapılan bir çalışmada da benzer biçimde tedavi için başvuranların %65'inin erkek olduğu belirlenmiştir (40).

Epidemiyolojik verilere göre SAB tanısı alanlarda evli olmama oranı hem kontrollerden hem de agorafobisi veya basit kaygı bozukluğu olan hastalardan daha fazladır. Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bekar oranı diğer kaygı bozukluğu tanısı alan gruplarla kıyaslandığında anlamlı biçimde sosyal kaygı grubunda daha yüksek bulunmuş (SAB, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunda sırasıyla %63.8, %35, %11 ve %27) (42).

SAB olanların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar da mevcuttur (42).

Magee ve arkadaşları 1996 yılında yaptıkları çalışmada SAB olan hastalarda diğer kaygı bozukluğu olanlara göre algılanan sosyal ve mesleki bozulma derecesinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (29). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise işsiz oranı %18 bulundu. Bu oran hem kontrol grubu hem de obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış gruplarla kıyaslandığında SAB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksekti. Eğitim düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek düzeyde olmasına karşın işsiz oranının yüksek olması hastalığın ne denli yeti kaybı oluşturduğuna ait çarpıcı bir sonuç olarak düşünülebilir (42).

2.1.4. SAB Etiyolojisi

SAB altında yatan mekanizma ya da nedenler tam olarak bilinmemektedir, fakat birden çok yatkınlaştırıcı etkeni içerebilir. Olası etkenler arasında genetik yatkınlık, erken travmatik duygusal yaşantılar, ebeveyn davranışını gözlemleme ya da model alma ve beyin kimya sistemlerindeki biyolojik düzensizlikler bulunmaktadır. Bu bozukluğa sahip kişiler genellikle küçük çocukken utangaç ya da davranışsal olarak baskılandıkları, daha şiddetli

olgularda ise okula gitmek istemeyen sosyal anksiyeteli çocuklar olduklarını bildirmişlerdir (44).

SAB'ın etiyolojisini açıklayan biyolojik, bilişsel ve psikodinamik kuramlar mevcuttur.

2.1.4.1. Kuramlar

2.1.4.1.1. Psikodinamik Model

Bağlanma varsayımına göre bakım veren kişi ile olan erken yaşantılar "nesne ilişkileri" şeklinde yani, "interpersonal şemalar" olarak içselleştirilir. Burada nesne ilişkileri kavramı gerçek interpersonal yaşantılardan farklı olan kendilik ile ilintili diğer insanların içselleştirilmiş zihinsel şemaları yerine kullanılmaktadır. Bu içselleştirilmiş nesne prezantasyonları başkalarının davranış ve tutumları ile ilgili beklentileri oluşturur. Sürekli ve doyum sağlayıcı nesne reprezantasyonları tehlikelere karşı güven ve emniyet duygusunun gelişmesini sağlar. Nesne ilişkilerindeki bozukluklar kişisel güvenliği sarsar ve anksiyeteye karşı yatkınlığı artırır.

2.1.4.1.2. Psikobiyolojik Model: Savunma/Güvenlik Modeli

- Doğuştan savunma düzeneği yapısal olarak çok güçlü ise,
- Doğuştan güvenlik düzeneği yapısal olarak çok zayıf ise,
- Ebeveyn rolü disiplin yönelimli ise,
- Ebeveyn rolünde işbirliği yönelimi zayıf ise, aşırı sosyal anksiyete ve SAB gelişebilir (45).

2.1.4.1.3. Şartlanma Modeli

Diğer özgül fobilerde olduğu gibi bir ya da daha fazla travmatik şartlandırıcı yaşantının sonucu olarak sosyal anksiyete bozukluğu gelişebileceği önemli bir varsayımdır. Doğrudan travmatik şartlanmada SAB olan kişiler fobilerinin kaynağını oluşturan yaşantıları

belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel veya vekaleten şartlanmada ise belirli bir durum veya nesne karşısında bir başkasının korkusunun gözlenmesi korku veya kaygı bozukluğu şartlanması için yeterli olmaktadır (46).

2.1.4.1.4. Kendilik Sunumu Modeli

Sosyal anksiyetenin kendilik sunumu varsayımına göre insanlar şu iki durum birlikte oluşunca sosyal anksiyete yaşarlar . Kişi,

- Diğer insanlar üzerinde özellikle iyi izlenim bırakma konusunda isteklidir,
- İsteddiği izlenimi elde etme konusunda şüpheleri vardır. Bu iki durumdan herhangi biri olmazsa sosyal anksiyete gelişmez (47).

2.1.4.1.5. Sosyal Beceri Modeli

Bu varsayıma göre sosyal anksiyete sosyal beceri eksikliği sonucu oluşur. Bu modelde hem olumsuz değerlendirilme korkusu, hem de şartlanma dönemleri ana zorluğun epifenomenini oluşturur. Önceki yıllarda sosyal anksiyeteyi tedavi için gösterilen çabalar bu hastaların kaygılarının kaynağının sözel (ör: konuşma içeriğinin uygun olması) ve sözel olmayan (ör: göz teması, duruş, jest ve mimikler) sosyal becerilerindeki eksikliklere bağlı olduğu öngörüsüne dayanmaktaydı. Sosyal Beceri Eğitimi ile bu davranış becerilerinin artırıldığına inanılıyordu. Sonuçta kaygının altta yatan nedeni ortadan kaldırılarak sosyal sonuçların başarılı olma olasılığı artırılıyordu. Sosyal etkinlik tedavisi; sosyal beceri eğitimi, modelleme, davranış provası, düzeltici geri bildirim ve sosyal güçlendirmeyi içermektedir (48).

2.1.4.1.6. Bilişsel ve Davranışçı Modeli

SAB'ın temelini hastaların sosyal durumlar ile ilgili olarak getirdikleri olumsuz beklentiler oluşturur (49, 50). Bu beklentiler tipik olarak olumsuz sosyal performans korkuları (yine herşeyi berbat etmemeliyim, kelimeleri unutacağım ve konuşmaya devam edemeyeceğim), başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği (benim çok sıkıcı biri olduğumu düşünecekler) ve kontrol edilemeyen kaygıdır (çok terleyeceğim ve bunu fark edip

benim hasta olduğumu düşünecekler). Bu olumsuz beklentilerin doğal sonucu olarak oluşacak anksiyetede artış meydana gelmektedir. Her ne kadar SAB olan kişi sosyal ortamlara olumsuz sonuçlar olmaması umuduyla girse de sürekli bu konuda tetiktedir. Bu tetikte olma durumu kişiyi iki yönde olumsuz etkileyebilir: İlk olarak kişinin ilgisini konuşmaya katılma, göz teması kurma ve sosyal ipuçlarına yanıt verme gibi sosyal davranışlardan uzak tutar; ikinci olarak da çok küçük olumsuz olayların bile fark edilerek kaygı biçiminde algılanmasını sağlar. Yanlış inanışlar bu hastalarda anksiyeteyi ateşler ve daha fazla olumsuz bilişler gelişmesini körüklerler. Sosyal ortamlarda ufak hatalar veya kaygının anlamı ile ilgili inanışlar sosyal anksiyete bozukluğu olan hastada bu olaylara verilen duygusal tepkiyi arttırmırlar (49).

Özellikle üç inanç ufak olayların bir felaket olarak algılanmasına yol açar:

1. Hatalar, hatta çok ufak hatalar bile kişinin sosyal olarak beceriksiz olduğunun kanıtıdır,
2. Sosyal ortamlardaki anksiyete yanıtı kendi başına kişinin kusurlu ve başarısız olduğunun işaretidir,
3. "Normal"den sapma gösteren herhangi bir hareket kişinin kusurlu olduğuna ve red edilmeyi hak ettiğine dair ek kanıtlardır.

Sosyal performansın gerçek düzeyi ile ilişkisiz olarak bu "yükseltici bilişler" bireyin küçük ipuçları sonucunda kendisini sosyal olarak başarısız algılamasına yol açar. Bu hastalara göre hissettikleri yol başkaları tarafından algılandıkları yoldur (51). Olumsuz sosyal beklentiler, olumsuz sonuçlar konusunda tetikte olma, semptomların artışı ve belirtilerin ve sonuçlarının hatalı yorumlanması sosyal ortamlarda kaçmaya ve kaçınmaya yol açar. Bu kaçma davranışı başlangıçta anksiyetede akut azalmaya yol açar ama olumsuz beklentilerin gerçekleşmediğini görmesini engellemesi nedeniyle sosyal korkular kilitlenir kalır. Sosyal olarak kaygı hisseden her birey için kaçma davranışı katastrofik korkudan kaçınmayı başarmaktır. Sosyal ortamla karşı karşıya kalmaya devam eden bireyde doğal olarak korkularda bir azalma olmamasının nedeninin "incelikle hazırlanmış kaçınma davranışına" yani kendilerini güvende hissedecekleri davranışlara bağlı olduğu öne sürülmüştür. El titremesini gizlemek için ellerini sıkamak; daha doğal görünmek için elinde bir bardak içecek bulundurmak; konuşma sırasında donup kalmayı engellemek için çabuk konuşma, göz

temasından kaçınma ve derin nefes alma; bayılacakmış gibi olduğunda destek olması amacıyla duvara yaslanmak güvenli davranışlara verilebilecek örneklerdendir. Bu davranışlar başlangıçta kişinin güvenliğini artırıp, kaygısını azaltmakla birlikte potansiyel olarak katastrofik olan sosyal durumlardan şanslı olarak kaçabildiği düşüncesine neden olur. Böylece kişinin sosyal korkuları devam eder (49).

Olumsuz beklentiler nedeniyle kişinin sosyal durumlar konusunda sürekli olarak tetikte bulunması sonucu kişinin dikkatini odaklamada zorluk çekmesi ve yeterli sosyal performans gösterememesi kişinin sosyal ipuçlarına daha fazla dikkat etmesine neden olur. Bu olumsuz sosyal ipuçları başlangıç kaygısı, yanlış telaffuz edilen bir kelime veya konuşma sırasında ufak bir duralama gibi belirsiz olmasına karşın bu bilişlerin önemi abartılır ve daha aşırı duygusal tepkilere yol açar (49). Anksiyete belirtilerinin artışı sonucu performansın daha fazla engellenmesi sosyal olarak başarısız olduğu duygusunu artırır. Bunu takip eden kaçma ve kaçınma davranışının sosyal becerilerin edinilmesini veya sürdürülmesini engellemesi daha fazla olumsuz beklentilerin oluşmasına yol açar ve sonuçta kişinin performansı belirgin ölçüde sınırlanır (49).

Sosyal anksiyetesi olmayan kişilerde ise sosyal performans olumsuz duygulanım veya olumsuz beklentilerle ilişkili değildir. Dikkat doğrudan sosyal ipuçlarına yönelir; eğer otonomik olarak bir uyarılma söz konusu olursa bu ipuçlarına yönelen dikkatte de artış meydana gelir. Sonuçta da yeterli ve aversiv özelliği olmayan bir sosyal performans ortaya konur (42).

2.1.4.1.7. Evrimsel Psikiyatrik Açıklamalar

Olası tehlikeleri saptayıp başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirmeye yardımcı olabileceğinden sosyal durumlarla ilgili olarak optimal miktarda kaygı duyabilmek adaptif bir özellik olabilir. Sürü halinde yaşayan hayvanlar genellikle bir baskınlık sıralaması içerisinde bulunurlar ve boyun eğici bir durumu benimsediği durumda bireyin bu sıralamadaki yeri yatıştırıcı sinyaller aracılığıyla türdeşlerine iletilir. İnsanda anksiyete uyandıran durumlarda kızarma, bakışlarını yere çevirme, gergin biçimde gülümseme bu yatıştırıcı sinyallerle ilişkili olabilir (53).

2.1.4.2. Genetik Geçiş ve Ailesellik

SAB'ın ailesel geçişli bir durum olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (54, 55, 56). Bu geçiş zarardan kaçınma kişilik özelliği ile de ilişkili olup, özellikle SABy tipinde varyansın %84'ünü açıklayacak düzeydedir (57). İkiiz alışmalarında SAB olması durumunda diğerinde de SAB olma olasılığı yaygın olmayan tipte %6, yaygın tipte ise %16 olarak belirlenmiştir (58). 707 monozigot ve 491 dizigot ikiiz üzerinde yürütülen bir çalışmada da ikiizlerden birinde SAB olmasının diğerinde riski artırdığı saptanmış ve araştırmacıların yaptıkları modellemede bu riskin 0.36 oranında genetik etkenlerden, 0.59 oranında çevresel etkenlerden kaynaklandığını hesaplamışlardır (56). İngiltere'de 867 ocuk üzerinde yapılan toplum taramasında utangaçlık puanları yüksek çıkan 43 çocuğun annelerinde SAB prevalansı artmış, odds oranı 7,6 olarak bulunmuş (59). Selektif mutizm yaşayan çocukların 1. derece akrabalarında da SAB görülme oranı %70 olarak saptanmıştır (60). Başka bir çalışmada da selektif mutizmi olan çocukların ebeveynlerinde SABy prevalansı %37 iken, kontrol ebeveynlerde %14 olarak saptanmıştır (61).

Dopamin taşıyıcı geni (DAT1) polimorfizminin çocuklarda yaygın anksiyete bozukluğu, SAB, obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette Hastalığı, yani genel anlamda internalizasyon sorunları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (62).

2.1.4.3. Travmatik Sosyal Yaşantılar

Sosyal ilişkilerle ilgili yaşanan travmatik bir olay SAB'ın kökenini oluşturabilmektedir. Hudson ve Rapee (2000), herhangi bir topluluk karşısında ya da sosyal ortamda bireyle alay edilmesi, komik duruma düşmesi ya da rezil olması gibi bir yaşantının travmatik bir yaşantı olarak kabul edilebileceğini belirtmektedirler (63).

İlişkilerle ilgili bu yaşantıların dışında bireylerin erken dönemde fiziksel, cinsel, duygusal istismarı ve ihmal edilmesi gibi olumsuz yaşantıları da travmatik sosyal yaşantılar kapsamında değerlendirilebilir (64).

Ost ve Hugdahl (1981), SAB ile ilgili çalışmalarında SAB'lı bireylerden oluşan örneklemelerinin % 58'inin hastalığın başlangıcı ile ilgili olarak olumsuz bir yaşantıyı bildirdiklerini ifade etmektedirler (65).

Stemberger ve arkadaşlarına göre ise yaygın sosyal anksiyete yaşayan hastaların %40'ı, yaygın olmayan sosyal anksiyete yaşayan hastaların ise % 56'sı hastalığın başlangıcı ya da kaygıların artışı olarak travmatik bir olayı göstermektedirler (66).

Erken dönemde sosyal durumlarla ya da performansla ilgili yaşanan travmatik olaylar ilerleyen dönemlerde klasik koşullanma yoluyla genellenebilmekte ve benzer durumlarda benzer tepkilere neden olabilmektedir. Travmatik bir yaşantıya bağlı olarak sosyal kaygı başladıktan sonra kısır döngü oluşmakta ve bireyde sosyal ortamlarda ya da durumlarda benzer kaygıları yaşayacağı ile ilgili olarak beklenti anksiyetesi ortaya çıkmaktadır (67). Bu beklenti anksiyetesi de bireyin sosyal durumlardan kaçınmasına ve olası olumlu deneyimleri yaşayamamasına buna bağlı olarak da olumsuz inanç ve beklentilerini sürdürmesine neden olmaktadır. Sosyal ilişkilerle ilgili travmatik yaşantıların dışında yine bu kapsamda değerlendirilebilecek çocukluk dönemi travmaları (anne babanın boşanması, cinsel, fiziksel veya duygusal istismar, ihmal, anne-babanın psikopatolojik durumu, terk edilme, aile içi şiddetli geçimsizlik gibi faktörler v.b.) sosyal anksiyete açısından bireyi risk grubuna sokmaktadır (66, 68).

Bununla birlikte söz konusu olumsuz yaşantılar yalnızca SAB ile değil pek çok psikolojik rahatsızlıkla ilgili olabilmektedir. Travmatik sosyal yaşantılar tüm sosyal anksiyetebozukluğu hastalarında hastalığı başlatan bir etken olarak görülmemektedir. Bu durumla ilgili olarak yaşanan travmatik olayın birey tarafından nasıl algılandığının ya da anlamlandırıldığının belirleyici olduğu söylenebilir (63).

2.1.4.4. Nörotransmitter Değişiklikleri

Merkezi reseptörlere yönelik çalışmalarda anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin serotonerjik agonistik ajanlar olan fenluramin (69) ve metilkloro-fenil-piperazin (m-CCP) (70) uygulamalarından sonra kortizol yanıtının kontrollere göre daha fazla arttığının

gösterilmesi SAB olan hastalarda merkezi postsinaptik 5-TH2 reseptör duyarlılığının arttığı yönünde yorumlanmıştır. Bir Selektif Serotonin Reuptake İnhibitör (SSRI) olan sitolopram uygulamasıyla ise kortizol yanıtında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır (71). Sitolopram akut uygulamasından sonra sağlıklı kontrollerin emosyon tanıma becerilerinin artmış bulunması (72) sağlıklı kontrollerde 2 haftalık sitolopram kullanımından sonra boyun eğici davranışların azaldığının, göz temasının ve sosyal yakınlaşmanın arttığının saptanması (73) SAB olan hastalarda amigdalada 5HT- 1A reseptör bağlanmasının azaldığının (74), talamusta ise serotonerjik taşıyıcı bölgelerine bağlanmanın arttığının (75) gösterilmesi SAB etiyojisinde serotonerjik dizgenin rolünü doğrular niteliktedir. SAB tedavisinde essitolopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin ve sertralin gibi pek çok SSRI'nın etkinliğinin gösterilmiş oluşu da SAB'da serotonerjik dizgenin önemine işaret etmektedir (76).

SAB'da tipik fiziksel belirtilerin (çarpıntı, titreme vs...) sempatik aktivitede aşırı artış ve katekolaminlerin hızlı salınımı ile ilişkili olduğu hipoteziyle noradrenerjik dizge de araştırma konusu olmuştur. Sempatik etkinliği ölçmenin dolaylı bir yolu olan ortostatik postüre geçiş ile arteriyel kan basıncı değişikliğinin SAB olan hastalarda kontrollerden daha fazla (77), kontrollerden daha az (78) veya kontrollerle aynı düzeyde (34) olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

SAB olan hastalar sempatik sinir sistemi tarafından düzenlenen terleme, kızarma ve titreme gibi belirtilerden yakınırılar. Performans kaygısında beta blokör ilaçlar etkili olmasına karşın yaygın SAB'da etkili değildir. Olgu örneklerinde alfa-2 agonisti olan klonidinin ise etkisi bildirilmiştir. Ayrıca toplum önünde konuşma gibi davranış challenge testi ile yapılan iki çalışmada da performans fobisinde meydana gelen kalp hızındaki artış normal kontrollerden farklı olmayan yaygın SAB'daki artıştan daha fazladır (79, 80). Bu da yaygın ve yaygın olmayan tip SAB altında yatan nedenlerin farklı olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Ortostatik challenge çalışma sonuçları ise panik bozukluk gibi diğer anksiyete bozukluklarında bulunandan farklı olarak SAB'da otonomik reaktivitede bir anormallik

olabileceğini düşündürmektedir. İstirahat anında veya davranış sonrası plazma noradrenalin veya adrenalin düzeyinde değişiklik olduğunu bildiren tutarlı sonuçlar mevcut değildir (77).

SAB hastalarında dopaminerjik fonksiyonu arttıran bupropion ve MAOI'lerinin tedavide etkili olması (81) dopamini bloke edici ilaçların kullanılması sonrasında sosyal anksiyete benzeri belirtilerin ortaya çıkması (82); depresyonu olan hastalarda beyin omurilik sıvısındaki (BOS) dopamindüzeyinin düşüklüğü ile içe dönüklüğün ilişkili olması (83) ve Parkinson hastalarında sosyal anksiyete hızının yüksek olması sonucunda Liebowitz ve arkadaşları tarafından SAB'ın düşükdopamin düzeyi ile ilişkili olabileceği varsayımı ortaya atılmıştır (84). Ancak Tancer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SAB hastaları kontrollerle kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmamış ve dopaminerjik işlev bozukluğu olduğu gösterilememiştir (85).

2.1.4.5. Nörohormonal Sistemler Hipotalamik-Pituer-Adrenal Aks (HPA)

Anksiyete bozukluklarında genel olarak ilgi çekici bir konu olmuştur. Yapılan çalışmalarda SAB hastalarında toplum önünde aritmetik işlemler yapmak gibi prosedürler içeren Triers Sosyal Stres Test'i uygulandıktan sonra oluşan kortizol yanıtı kan örneklerinden yapılan incelemede kontrollere göre daha çok artmış bulunmuştur (86).

Furlan ve arkadaşları (87) benzer bir paradigmayla tükürük örneklerinden yaptıkları incelemede kortizol düzeylerinin kontrollere göre arttığını, üstelik fiziksel egzersiz ile oluşturulan fizik stres paradigmasında SAB ve kontrol gruplarının kortizol düzeylerinin birbirlerinden farklı olmadığını saptamışlardır. Bu çalışmalarda bazal kortizol düzeyleri kontrol grubundan farklı olarak saptanmamıştır.

Çocuklarda SAB'ın öncülü olarak kabul edilen “davranışsal ketlenme” (behavioural inhibition) kortikotrop salgılayıcı faktör (CRF) genindeki bir nokta mutasyon ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (88).

Oksitosin ilk olarak doğum ve emzirmedeki rolü ile bilinen, sonralarda anne-çocuk bağlanması, çift oluşturma, cinsel davranış ve cinsel olmayan toplumsal davranışlarda

da rolü fark edilen dokuz aminoasitten oluşan bir peptittir (89). Hoge ve arkadaşları (90) oksitosinin sosyal etkileşimdeki bilinen etkilerinden yola çıkarak SABy olan 24 hastanın plazma oksitosin düzeylerini incelemişler ve kontrollerle denk olduğunu görmüşlerdir. Yazarlar SABy grubunda oksitosin düzeylerinin sosyal anksiyete skorları ile doğru orantılı ve sosyal ilişkilerde memnuniyet ile ters orantılı olduğunu saptamışlardır. Thompson ve arkadaşlarının 92 ergen kız üzerinde yaptıkları daha güncel bir çalışmalarında oksitosin reseptör geni rs2254298 tek nükleotid polimorfizmi kızlarda depresyon, fiziksel ve sosyal anksiyete belirtileri ile ilişkili olarak bulunmuştur (91). Labuschagne ve arkadaşları ise 18 SABy ve 18 kontrolden oluşan iki gruba plasebo ve 24 IU oksitosin uygulaması ardından emosyonel yüz ifadelerini inceledikleri sırada fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme fMRI uygulamışlar. Çalışmada SABy grubunda kızgın yüz ifadelerine daha belirgin biçimde olmak üzere amigdala aktivitesinin kontrollere göre arttığı saptanmıştır. Oksitosin uygulamasının kontrol grubuna belirgin etkisi bulunmamış, SABy grubunda ise amigdala aktivitesindeki artışı baskılamıştır. Bulgular oksitosinin özellikle tehdit içeren sosyal sinyallere yanıt olarak patolojik düzeyde anksiyete oluşmasını baskılayabileceği yönünde yorumlanmıştır (92). 24 SAB hastası üzerinde randomize çift kör kontrollü bir çalışmada davranışçı maruz bırakma tedavisine (behavioral exposure therapy) ek olarak oksitosin denenmiştir. Oksitosin maruz kalma durumundaki anksiyete düzeylerini anlamlı ölçüde azaltmış fakat genel olarak tedavi başarısında etkisi saptanmamıştır (93).

Çocukluğunda Growth Hormon (GH) eksikliğine bağlı gelişme geriliği gösteren ve GH replasman tedavisi alan erişkinlerde SAB riskinin artmış olduğu ilk kez 1996 yılında Stabler ve arkadaşları tarafından bildirilmiş, fakat yazarlar bu etkinin kişiler arası etkileşimden kaynaklanan çevresel bir fenomen mi yoksa merkezi kaynaklı nörobiyolojik bir süreç mi olduğu konusundaki tereddütlerini dile getirmişlerdir (94). Aynı ekip daha sonra yürüttükleri çalışmalarında çocukluğunda GH replasman tedavisi alan grupla, GH eksikliği olmadığı halde kısa boylu olan bir kontrol grubunu karşılaştırmış ve SAB prevalansını GH replasman tedavisi alan grupta yine yüksek olarak bulmuşlardır (95). Turner Sendromlu çocuklarda iki yıl süreyle yürütülen GH replasman tedavisi sonucunda çocukların sosyal anksiyete skorları değişmemekle birlikte, sosyal davranışlarının daha olgunlaştığı ve daha fazla sosyal etkileşime girebildikleri gözlenmiştir (96). Oksitosinin in vitro olarak GH

salınımını doza bağımlı biçimde inhibe ettiğinin gösterilmesi GH ile SAB etiyolojisi arasında olası bir bağlantıya işaret ediyor olabilir (97).

2.1.5. SAB Demografik Özellikleri

SAB genellikle, alt tipine de bağlı olarak erken ve geç ergenlik dönemleri arasında başlar (10-17 yaş) (32, 99). Epidemiyolojik çalışmalara göre, sağlıklı bireylere kıyasla SAB olan bireyler, sıklıkla kadın cinsiyetinde ve bekar olup düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitime sahiptir (32). Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiological Catchment Area) (32) ve Ulusal Eştanı Çalışması'nda (National Comorbidity Survey) (29) kadın erkek oranı 3/2 olarak belirtilmiştir. Klinik çalışmalar gözden geçirildiğinde ise tedavi için başvuran kadın ve erkek sayısının eşit olduğu gözlenmektedir (102). Bu bulgular kadınların tedavi için daha az başvurduklarına işaret ediyor olabilir. Tedavi arayışıyla ilgili 'sosyal ataklık' konusundaki beklentilerin cinsiyet farklılığı gösterdiği, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının daha çok kabul gördüğü ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği sonucuna varan yazarlar vardır (21). Diğer yandan ise erkeklerin daha fazla tedavi arayışında bulunmalarını, erkeklerin bu bozukluk nedeniyle daha fazla yeti yitimine uğramaları ile açıklayan yazarlar da olmuştur (104).

2.1.6. SAB'da Klinik

2.1.6.1. SAB'da Klinik Görünüm

SAB fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. Dünya Psikiyatri Birliği SAB çalışma grubu, SAB'ın temel özelliklerini üç grupta toplamıştır;

1. Sosyal bağlamlarda diğer kişiler tarafından incelenme ve yargılanma korkusu,
2. Küçük düşme, utanç duyma olasılığı olan koşullarda belirgin ve sürekli olan performans korkusu yaşama,
3. Korku duyulan koşullardan kaçma

DSM-IV tanı sistemine göre B tanı ölçütünde, korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir. Kişi korktuğu durumlarla

karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar (14).

SAB'da kişinin korkulan durumla karşılaşması halinde panik atak belirtileri de gözlenebilmektedir. Ancak, panik bozukluğunda daha çok çarpıntı, göğüste ağrı ya da sıkışma hissi görülürken SAB'da daha çok terleme, yüz kızarması ve ağız kuruluğu görülür. Güz ve Dilbaz'ın panik bozukluğu ve SAB tanısı konmuş hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, yüz kızarması, titreme gibi dışardan da belli olabilecek belirtilerin SAB olan hastalarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır (21).

SAB'da en sık görülen fiziksel belirtiler; çarpıntı (%79), titreme (%74), kaslarda gerginlik (%64), karında huzursuzluk hissi (%63), ağız kuruluğu (%61), sıcak basması-ürperme hissi (%57), başta basınç-baş ağrısı (%46) olarak bildirilmiştir (36).

2.1.6.2. SAB'da Klinik Gidiş

SAB belirtileri genellikle çocukluk dönemi gibi çok erken bir yaşta başlar ve üretken yaşama katılmayı sağlayacak sosyal becerilerin geliştiği ergenlik döneminde tepe noktasına ulaşır. Başlangıç yaşı çeşitli çalışmalarda 10 ile 16,6 arasında değişmektedir, 25 yaşından sonra başlangıç nadirdir. Topluluk içinde konuşma gibi izole korkuların SAB'ın yaygın alt tipine (SABy) göre daha geç ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Başlangıç yaşı, SAB yaygın olmayan tipte 22,6, çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte yaygın tip SAB'da 16, çekingen kişilik bozukluğu olmaksızın SABy tipte ise 10,9 olarak bildirilmiştir (106).

Yine yapılan bir diğer çalışmada SAB'ın ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır (32, 108). Bu gecikme; SAB'ın tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve SAB olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır.

Wittchen ve arkadaşlarının, 14-24 yaşları arasındaki 3021 vaka üzerinde yürüttükleri çalışmalarında erken ergenlikte başlayan klinik tablonun 19 yaşına gelindiğinde

ya progresif kötüleşme ya da dalgalı bir örüntüyle devam ettiği, hastaların klinik veya eşik altı aşamalar arasında geçiş gösterebilmelerine rağmen çok azının istikrarlı spontan remisyon gösterdiği saptanmıştır (109).

Yine SAB tanısı almış 1116 bireyde iyileşme belirtilerinin incelendiği bir çalışmada, olguların %50'sinin süregenlik gösterdiği gözlenmiştir (42).

SAB hastalarında artan klinik belirtilerle orantılı olarak çok sayıda alkol ve madde bağımlılığı gibi zararlı baş etme yöntemleri gelişebilmektedir. Hastalığın gidişatı eşzamanlı başka bir hastalığın varlığından büyük ölçüde olumsuz olarak etkilenmektedir (41).

2.1.7. SAB Alt Tipleri

SAB'ın alt tiplerinin sınıflandırılma konusu halen tartışmalıdır. DSM-IV'te çoğu toplumsal durumları içeren korkunun "yaygın tip" olarak adlandırılması yaygın tip olmayan kişilerin ayrı bir alt grup kapsamında değerlendirilmeleri gereksimini ortaya çıkarmaktadır. DSM-IV komitesi performans tipi, sınırlı etkileşimsel tip ve yaygın tip olmak üzere 3 ayrı alt tipi ayırtıran yeni bir sistem oluşturulmuştur (14).

Performans tipi, kişinin yalnızken yaptığında anksiyeteye yol açmayan bir veya daha fazla etkinlik nedeniyle toplumsal performans yaşama kaygısı olarak tanımlanmıştır. Sınırlı etkileşimsel alt tipi ise bir veya iki etkileşime yol açan sosyal durumlarda korku duyan olguları içermektedir. Ayrıca DSM-IV'te belirtilen yaygın tip tanımında sözü geçen "çoğu sosyal durumlar"ın anlamının işleme yönelik bir biçimde tanımlanmamış olması tartışmalara yol açmaktadır (14).

Bazı araştırmacılara göre ise yaygın ve yaygın olmayan olmak üzere iki ayrı tipden söz edilmektedir (110). Yaygın tip olan hastalar sosyal durumların büyük bir çoğunluğunda korku ve kaygı yaşarlar (hem performans hem de etkileşim durumlarında) ve hastaların %70-80'inde, çekingen kişilik bozukluğu da birlikte mevcuttur. Yaygın olmayan tipte ise hastalar genellikle performans ile ilintili (toplum önünde konuşma, yazı yazma gibi) bir iki durumda korku ve kaygı yaşarlar.

DSM-IV’e göre, “kişinin korkularının çoğunun sosyal durumlara bağlı olması” koşulunda yaygın tip düşünülmelidir. Fakat DSM yaygın tipi oluşturan sosyal durumların türü ve sayısı hakkında açık bir tanımlamada bulunmaz. Bu nedenle çeşitli çalışma grupları, yaygın tip ve reziduel tip SAB için kullanışlı bir tanım oluşturmaya çalışmışlardır. Örneğin; konuşmayı başlatma veya sürdürme korkusu veya toplantılara katılma korkusunun yaygın tipe özgü belirtiler olduğunu öne sürülür (111). Ayrıca eğer birey sadece; konuşma yapma, toplantıda konuşma, toplum içinde yemek yeme ya da yazma ve/veya topluma açık tuvaletleri kullanma gibi performans odaklı durumlardan korkuyorsa “özgül” bir alt-tip olabileceğini savunmuşlardır.

Alternatif olarak bir çalışmada, SAB’ın alt-tipleri olarak; “yaygın”, “yaygın olmayan” ve “sınırlanmış” alt-tipi önermişlerdir. Tanımlamalarına göre; yaygın tip SAB olan bireyler, en az bir sosyal alanda belirgin bir kaygı yaşayan kişilerdir (112). Sınırlanmış SAB bulunan kişiler ise sadece bir ya da iki ayrı durumda kaygı yaşarlar. Sınırlanmış SAB olan kişiler oldukça küçük bir oranda olduğundan, diğer araştırmacıların çoğu tarafından ya hiç ele alınmamış (113) ya da yaygın olmayan alt-tipin içinde değerlendirilmiştir (114). Sınırlanmış tip sosyal anksiyete bozukluğunu inceleyen araştırmaların çoğunda (79, 115) topluluk içinde konuşma, en yaygın korkulan sosyal durum olarak tarif edilmektedir.

2.1.7.1. Bir Alt Tip Belirteci Olarak ‘Korkulan Sosyal Durumlar’

Korkulan sosyal durumların tipi ve sayısını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar, sosyal anksiyete anketleri ve kendini değerlendirme ölçeklerini temel almışlardır. Örneğin bir çalışmada 24 maddeli Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAO) kullanarak yaptıkları araştırmada resmi konuşma/etkileşim, resmi olmayan konuşma/etkileşim, kendine güvenli etkileşim ve başkaları tarafında gözlenme gibi dört farklı durum belirlemiştir (116). Bunun yanı sıra bir çalışmada SAB belirtilerinin faktör analizinde yabancılarla ilişki, resmi performans ya da ilgi odağı olma, izlenirken yemek yeme ya da içme ve resmi olmayan ortamlarda ya da davetlerdeki davranışlar olarak dört farklı faktör belirtmişlerdir (117). Buna karşın bir çalışmada ise benzer bir çalışmada; sosyal ilişki, toplumda konuşma, başkaları tarafından gözlenme ve topluluk içinde yemek yeme ve içme şeklinde bir diğer dört faktörlü yapı önermişlerdir (118).

Çalışmalar tüm SAB hastalarının yaklaşık %50'sinin yaygın tip, %50'sinin yaygın olmayan tip olduğunu belirtmektedirler. Demografik veriler bakımından yaygın tip olgularının üçte ikisi, yaygın olmayan tip olgularının ise üçte birinin bekar olduğu (58) ve yaygın tip SAB olanların daha genç ve daha düşük sosyoekonomik düzeyde oldukları (119) belirtilmiştir. Yaygın tip SAB hastalarında yaygın olmayan tipe göre hastalığın daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (ortalama başlangıç yaşı; yaygın tipte ortalama 10.9, yaygın olmayan tipte ortalama 16.9) (58). Etiyolojik değişkenler bakımından ele alındığında yaygın tip SAB'ın çocukluk çağı utangaçlık öyküsü ile daha sık ilişkili olduğu, yaygın olmayan tip SAB'de daha sıklıkla geçmişte travmatik bir yaşantının olduğu saptanmıştır. Tedavi sonucu elde edilen veriler yaygın olmayan tip SAB'ın bilişsel tedavilere yanıtının, yaygın tipten daha iyi olduğunu göstermiştir (66).

2.1.8. SAB Tanı Ölçütleri

2.1.8.1. DSM-IV-TR

Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri:

- A.** Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda veya tanımadık insanların önünde ortaya çıkan belirgin ve inatçı korku. Kişi burada aşağılanmasına veya utanmasına neden olacak biçimde davranacağından ya da anksiyete belirtileri göstereceğinden korkar.

Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerde değil, akranlarıyla olan ilişkilerinde de ortaya çıkmalıdır.

- B.** Korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur. Bu duruma bağlı veya durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabilir.

Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk yapma, donakalma veya tanıdık olamayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir.

- C.** Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

- D.** Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E.** Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini(ya da eğitimle ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkileri bozar veya fobi olacağına dair yoğun bir sıkıntı vardır.
- F.** 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
- G.** Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkinlerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental hastalıkla daha iyi açıklanamaz (örneğin, agorafobi ile birlikte olan veya olmayan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizotipal kişilik bozukluğu)
- H.** Genel bir tıbbi durum veya başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örneğin, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme veya anoreksiya nervroza ya da bulimia nervozadaki anormal yeme davranışına ait korku değildir.

Varsa belirtiniz:

Yaygın:Korkular, çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (Örneğin söyleşileri başlatma ve sürdürme küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme).

Not: Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısı koymayı da düşününüz (14).

2.1.8.2. SAB’da (Sosyal Kaygı Bozukluğu) DSM-V’e göre tanı ölçütlerindeki değişiklikler

- B tanı ölçütünden yaşanan anksiyetenin panik atağı biçimini alabileceği ifadesi kaldırılmış olup, “küçük düşeceği ya da utanç duyacağı biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak biçimde” ifadesi eklenmiştir.

- C tanı ölçütünden “Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.” ifadesi kaldırılmıştır.
- E tanı ölçütüne duyulan korku ya da kaygının, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısız olduğu belirtilmiştir.
- F tanı ölçütünde “18 yaş” sınırlaması kaldırılmıştır (14, 226).

2.1.9. SAB’da Eş Tanı

SAB olan hastaların %50-80 arasında komorbid bir psikiyatrik rahatsızlığının olduğu bildirilmiştir. Bunlar arasında özellikle depresyonun sık eşlik ettiği ve SAB’nin genellikle birincil, depresyonun ise ikincil olarak ortaya çıktığı, yaygın tipinde daha sık komorbidite olduğu ve bu hastalarda yaşlılarından ortalama 1-2 yıl daha geç deneyimlemelerine rağmen nikotin ve alkol kullanımının daha sık olduğu saptanmıştır (106).

Yapılan bir çalışmada SAB’a panik bozukluk, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, distimi, madde ve nikotin kötüye kullanımı gibi pek çok psikiyatrik rahatsızlığın eşlik ettiğini ortaya konmuştur (109). Buna karşın Brown ve arkadaşları (120) herhangi bir anksiyete veya duygudurum bozukluğu tanısı ile ayaktan takip edilen 1127 hastada SAB’a sadece panik bozukluğun, özgül fobinin, majör depresyonun ve distiminin anlamlı olarak daha sık eşlik ettiğini bildirmişlerdir.

Türkiye’de Solmaz ve arkadaşlarının (121) yürüttükleri çalışmada da SAB olgularının %52’sinde diğer bir Eksen I bozukluk bulunduğu, bunlar arasında depresyon ile agorafobili panik bozukluğun %33 ile başı çektiği saptanmıştır. Hastaların zaman zaman özkıyım düşüncelerini dile getirebildikleri bilinmesine rağmen, depresyon eşlik etmediği sürece özkıyım girişimi oranlarının kontrollerden farklı olmadığı bildirilmiştir (122). Kaçınan kişilik bozukluğu (KKB) olanlarda %42 oranında SAB eştanısı bulunmaktadır (123). Yazarlar bu iki durumun pek çok özellik açısından örtüşmekle birlikte KKB’nin hem şizotipal kişilik bozukluğu hem de şizofrenlerin akrabalarında görülen kaçınma semptomlarını gösteriyor oluşu ve şizofreni akrabalarında paranoid ve şizotipal kişilik bozuklukları ile birlikte KKB prevalansının da artmasından yola çıkarak, KKB’nin şizofreni spektrumunda yer

alma olasılığını ifade etmişlerdir. SAB ilginç biçimde prematür ejakulasyonla da yüksek oranda birliktelik göstermektedir. Fransa’da DSM IV temelli Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview–CIDI) kullanılarak yapılan bir çalışmada prematür ejakulasyon grubunda %47, kontrol grubunda ise %9 oranında SAB tanısı konulduğu bildirilmiştir (124). Başka bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu bulunan 242 erkek hastadan prematür ejakulasyonu olan 52’si bir grup, diğer bir cinsel işlev bozukluğu olanlar diğer grubu oluşturmuş. Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Hasta Formu (Structured Clinical Interview for Axis I Disorder-SCID I) kullanılarak yapılan incelemede prematür ejakulasyonu olan erkeklerin %25’inde SAB saptanırken, diğer cinsel işlev bozukluğu olanlarda bu oran %11’de kalmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, madde kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, major depresif bozukluk ve bipolar tip I ve tip II tanıları açısından iki grupta anlamlı fark saptanmamıştır. Yazarlar ayrıca örneklemelerinde SAB’nin ortalama başlama yaşının 11, prematür ejakulasyonun ise 23 olduğunu, dolayısıyla primer bozukluğun SAB olduğunu belirtmişlerdir (125). SAB ve kaçınan kişilik bozukluğu eşanlı bir grupta ise cinsel profildeki bazı özellikler ilgi çekici bulunmuştur. Bu hastaların %57’si herhangi bir cinsel deneyimlerinin olmadığını bildirmiş, cinsel deneyimi bulunan %43’lük grubun %63’ü ise bir cinsel işlev bozukluğu tanısı almıştır (126).

2.1.9.1. SAB ve DEHB Eş Tanı Varlığı

SAB hastalarında yüksek oranlarda eştanı varlığı bildirilmesine rağmen, bu çalışmalarda DEHB eştanısına bakılmamıştır. Bunun nedeni ise uzun dönem boyunca DEHB’in bir çocukluk çağı hastalığı olarak görülmesi olabilir. Ayrıca DSM-IV SCID I gibi tarama testlerinde DEHB ilgili bölümün olmaması da, bu gözden kaçma durumunu kolaylaştırmış olabilir (43).

SAB hastalarında erişkin DEHB eştanı sıklığını araştıran az sayıda özgül çalışma mevcuttur ve konu ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bu konuda Safren ve arkadaşlarının çalışmasında 33 SAB hastasında çocukluk DEHB sıklığı % 3, 22 yaygın anksiyete bozukluğu hastasında ise %32 olarak bulunmuştur (16). Van Ameringen ve arkadaşlarının çalışmasında

ise 129 anksiyete bozukluğu hastasında erişkin DEHB sıklığı %27.9 olarak bulunmuştur (127).

Mancini ve arkadaşları ise 149 anksiyete bozukluğu hastasında çocukluk DEHB sıklığını %19.5 olarak bildirmişler ve bu hastaların %45'inde DEHB'in erişkinlikte de devam ettiği gözlenmiştir. Bu çalışmada 34 SAB hastasının 12'sinde (%35.2) çocukluk DEHB varlığı saptanmıştır. Bu çalışmada çocukluk DEHB varlığı ile anksiyete bozukluğu başlangıç yaşının daha erken olması, daha fazla sayıda psikiyatrik eştanı varlığı, daha yüksek anksiyete ve depresyon şiddeti ilişkili bulunmuştur (128).

Adler ve arkadaşları çalışmalarında 442 kişilik erişkin DEHB ve SAB eştanılı grupta atomoksetin'in etkinliği ile plasebo karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada erişkin DEHB ve SAB eştanılı hastalarda atomoksetin tedavisinin, hem SAB'ın, hem de DEHB'in düzelmesinde plaseboda daha etkili olduğu ve iyi tolere edildiği bulunmuştur (129).

Bir çocukluk dönemi çalışmasında ise, 7-18 yaş pediatrik hastalarda yaygın tip SAB ile DEHB ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada DEHB'i olan SAB hastalarında major depresyon riskinde artma bulunmuştur (130).

Diğer yandan bakıldığında ise; erişkin DEHB hastalarında SAB eştanısı sıklığını araştıran çalışmalar daha fazladır. Yapılan genel toplum çalışmalarında erişkin DEHB ile anksiyete bozuklukları eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur (131, 132).

Park ve arkadaşlarının çalışmasında erişkin DEHB ile SAB eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur (odds oranı=7.57). Bu çalışmada DEHB'li erişkinlerin %29.3'ü eşzamanlı olarak SAB eştanısını almışlardır (132). Erişkin DEHB hastalarında yapılan çalışmalarda ise %40-60 anksiyete bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu birlikteliğinin, DEHB'de görülen dürtüselliği arttırdığı, işlevselliğin daha çok bozulmasına neden olmanın yanı sıra tedaviye uyumu bozduğu ve direnç oluşmasına neden olduğu bildirilmektedir (133).

Edel ve arkadaşlarının çalışmasında 73 erişkin DEHB hastasının %40'ı SAB tanı ölçütlerini karşılamıştır (134). Biederman ve arkadaşları çalışmasında erişkin DEHB'li

grubun SAB eşanı oranı %32 olarak bulunmuştur ve erişkin DEHB'li grubun SAB eşanı oranı, kontrol grubunun SAB eşanı oranından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (135).

Sobanski ve arkadaşları ise 70 erişkin DEHB hastası ve 70 kişilik kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Erişkin DEHB'li grubun SAB eşanı oranı %18.6, kontrol grubunun % 10 olarak bulunmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada erişkin DEHB'li grubun yaşam boyu eşanı oranları %77.1 olarak bulunmuştur (136).

Millstein ve arkadaşları ise erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun SAB eşanı oranı %31, erişkin DEHB kombine alt grubunun SAB eşanı oranı %24 bulunmuştur (137). Bir diğer çalışmada, 6-18 yaş arası gençlerde DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun (hiperaktif belirtisi olmayan) SAB eşanı oranı %23.9, erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun (1-3 hiperaktif belirtisi olan) SAB eşanı oranı %15.2, DEHB'siz kontrol grubunun SAB eşanı oranı %5 olarak bulunmuştur. DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun SAB eşanı oranının DEHB'i olmayan kontrol grubunun SAB eşanı oranından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (138).

Fisher ve arkadaşlarının çalışmasında ise major depresif bozukluk (MDB) eşansı alan ve almayan DEHB'li gruplar karşılaştırılmıştır. Erişkin DEHB+MDB eşansı olan grubun SAB eşansı oranı %33.3, erişkin DEHB (MDB eşansı almayan) grubun SAB eşansı oranı %11.7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada MDB eşansı varsa SAB eşansınında daha yüksek olduğu bildirilmiştir (139). McIntyre ve arkadaşları ise MDB+DEHB grubunun son bir aydaki SAB eşanı oranını MDB eşansı olmayan DEHB grubundan daha fazla olduğunu saptamışlardır (140).

Nierenberg ve arkadaşları ise DEHB eşansı olan bipolar hastalarda olmayanlara göre, SAB eşansını daha yüksek olarak bulmuşlardır (141). Bu bulgular DEHB genel olarak duygudurum bozukluğu ve SAB arasında bir ilişki olabileceğini akla getirmektedir.

Ülkemizde Koyuncu ve arkadaşları 2012 çalışmasında birincil tanısı SAB olan hastalarda erişkin DEHB eşanı sıklığını ve bu eşanı varlığının SAB kliniğine ve seyrine

etkileri araştırmıştır (142). Bu çalışmada 108 SAB hastasına erişkin DEHB kendini değerlendirme ölçeği verilmiş ve bu ölçeğe göre 4 ve üzerinde maddesini karşılayan 85 hastaya (%78.7) K-SADS-PL'in DEHB modülü uygulanmıştır (143, 144, 145). Bu hastaların 65'i (%60.2) DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin DEHB tanı ölçütlerini karşılamıştır. Bu hastalardan 31'i dikkat eksikliği baskın tip DEHB, 3'ü hiperaktif baskın tip DEHB, 7'si ise kombine tip DEHB, 24 hasta ise başka türlü adlandırılmayan (BTA) DEHB tanısını almıştır. Bu çalışmada SAB hastalarında erişkin DEHB oranı yüksek bir oranda bulunmuştur. Çocukluktan bu yana DEHB kliniği aynı şiddette devam eden 41 hasta (%37.9), çocuklukta DEHB tanısı alırken, şu an subklinik BTA-DEHB tanı ölçütlerini karşılayan 24 hasta (%22.2) bulunmuştur. Özellikle dikkat eksikliği baskın tip DEHB sıklığının yüksek oranlarda olması (31 hastada aktif düzeyde, 14 hastada ise çocukluk yıllarında aktif düzeyde iken, erişkinlikte subklinik BTA DEHB düzeyinde) dikkat çekicidir (142).

Genel olarak bakıldığında toplumda, DEHB daha çok hiperaktif tip ve aşırı yaramaz çocukları ilk olarak akla getirir. Dikkat eksikliği baskın tip DEHB daha çok gözden kaçmaya elverişli bir subgruptur. Dikkat eksikliğinin baskınlığı ve hiperaktif tipin daha az görülmesi hastalarımızdaki yüksek depresyon eştanısının altta yatan bir neden olduğunu akla getirebilir. Oysa SAB-DEHB grubunun ilk depresif atak yaşı ortalaması 17.07 yıl olması nedeniyle dikkat eksikliği baskın tip DEHB ile SAB arasında yüksek depresyon eştanısından bağımsız özgül bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (142). Bu çalışmada DEHB eştanısı olan SAB grubunda, DEHB olmayan grubu göre Liebowitz Sosyal Anksiyete ölçeği kaygı, kaçınma ve toplam skor ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç SAB ana belirtilerinin etkilendiğini, DEHB eştanısı varlığında daha şiddetli bir SAB kliniğinin ortaya çıktığını göstermiştir (142). Sosyal kaygı ve sosyal kaçınma şiddetinin DEHB varlığında artmış olması, SAB tedavi yaklaşımında önemli olabilir. DEHB olan ve olmayan SAB hastalarında antidepresan ilaç yanıtlarını ya da SAB tedavi edilirken eşzamanlı olarak DEHB tedavisinin katkılarını gösteren yeni çalışmalar konuyu aydınlatacaktır. Bu konuda Adler ve arkadaşlarının 442 erişkin DEHB ve SAB eştanılı grupta yaptığı çalışmada, atomoksetinin etkinliği plasebodan daha üstün bulunmuştur. Bu çalışmada erişkin DEHB ve SAB eştanılı hastalarda atomoksetin tedavisinin, hem SAB'ın, hem de DEHB'in düzelmesinde plasebodan daha etkili olduğu ve iyi tolere edildiği saptanmıştır (129).

Koyuncu ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB eştanısı olan SAB hastalarında, DEHB eştanısı olmayanlara göre yaş, ilk başvuru yaşı ve SAB başlangıç yaşı, ilk major depresyon yaşı, toplam eğitim yılı ortalaması daha düşük, yaşamboyu toplam eştanı sayısı, toplam depresif atak sayısı, depresyonda kronisite ve atipik özellik daha fazla bulunmuştur (142). Ayrıca DEHB eştanısı olan SAB hastalarında Beck Depresyon Ölçeği skor ortalaması daha yüksek, başvuru anında ve geçen yıl İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ölçeği ortalamaları daha düşük, Sheehan Yetiyitimi ölçeği ev, sosyal yaşam ve iş skor ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (142). DEHB eştanısı olan SAB hastalarında DEHB eştanısı olmayanlara göre daha fazla atipik özellik görülmüştür (142).

Alpert ve arkadaşlarıda depresyon tanısı almış erişkinlerde SAB+çekingen kişilik bozukluğu olan grupta, her ikisini de karşılamayan gruba göre depresyonda atipik özelliğin daha fazla oranda olduğunu bildirmiştir (147). Bunun yanısıra, 129 SAB hastasında yapılan bir çalışmada ise, yaygın tip SAB hastalarında, yaygın olmayan tipe göre atipik depresyon daha yüksek oranda görülmüştür (58). Kişilerarası ilişkilerde eleştirilme ve reddedilme duyarlılığı ise hem SAB (148), hem de atipik özellikli depresyonun (149) ortak özelliği olarak görülmektedir. Diğer yandan atipik özellikli depresyonun SAB ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (150, 151). Bunlara destek olarak, Posternak ve Zimmerman çalışmalarında atipik depresyon grubunda, atipik olmayan gruba göre SAB eştanısını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır (152). Mevcut çalışmalar değerlendirildiğinde, SAB, DEHB ve depresyonda atipiklik arasında bir ilişki olabilir. Bu ilişkinin kapsamlı biçimde incelenmesi gerekir.

2.1.10. SAB’da Ayırıcı Tanı

SAB’ı başka bunalıtı bozukluklarından ayıran özelliği hastanın başkalarının kendisi hakkında ne düşüneceği üzerinde fazla durmasıdır. Örneğin SAB olan bir insan yalnız başınayken sıkıntı belirtisi yaşamaktan korkmaz. Oysa, agorafobili panik bozukluğu olan bir kişi panik nöbeti geçirirken yanında başka kimse yoksa, ölmekten her zamankinden daha da çok korkar. Başka bir deyişle, agorafobisi olanlar anksiyete belirtilerinden korkarken, sosyal anksiyete bozukluğu olanların korkusu başkalarının önünde küçük düşmektir. Ülkemizde tipik sosyal anksiyete türünde olmasa bile topluluğa girme, toplulukta konuşma, toplulukta özgürce davranabilme konularında değişik derecelerde çekingenlik oldukça sık görülen bir durumdur.

Bunların büyük bir kısmı klinik düzeyde bir rahatsızlık olarak ele alınmayabilir. Ama gerçekten yüzü kızaracak, elleri titreyecek ya da topluluk içinde yanlış bir şey yapacak diye ileri derecede endişe ve kaygıya kapılan, böyle durumlardan kaçınan kişilerle hekimler oldukça sık karşılaşmaktadır (153).

2.1.10.1. Utangaçlık

Sosyal kaygı genel toplumda çok yaygın rastlanılan bir durumdur. Sosyal kaygı SAB'dan ayıran farklılık ise sosyal ve iş yaşamında oluşan işlevsel kaybın ve kaçınmanın derecesidir. Utangaçlık geniş ölçüde sosyal anksiyete bozukluğu ile bir çakışma göstermesine karşın utangaçlığın kabul görmüş tam bir tanımının yapılmamış olması nedeniyle kesin sınırları tam olarak belirlenememiştir. Utangaç ve SAB tanısı alan gruplar tarafından tanımlanan bilişler çok benzerdir. Her iki grupta sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilecekleri korkusu yaşadıklarından söz etmektedirler. Ayrıca kızarma, çarpıntı, titreme ve terleme gibi somatik uyarılma belirtileri de benzerdir. Ayrıca her iki grupta strese yanıt olarak oluşan kalp hızı ve kan basıncı ölçümleri açısından normal gruptan farklılık göstermektedir. Tüm bu benzerliklere karşın kişinin kendisinin tanımladığı utangaçlık, sosyal anksiyete bozukluğundan çok daha sıklıkla tanımlanmaktadır (42). Üniversite öğrencilerinde utangaçlık prevalans hızı %20-40 iken DSM-III-R tanı ölçütlerine göre sosyal anksiyete bozukluğunun bir yıllık prevalansı %7.9, tahmini yaşam boyu prevalansı ise %13.3 olarak belirlenmiştir (39). Utangaçlık sıklıkla kişi tarafından bildirildiği ve özgül ölçütleri olmaması nedeniyle SAB'a göre daha heterojen bir durumdur.

Sınav kaygısı ise daha çok performans kaygısı olarak kabul edilmiştir, ama sınavdaki performansının başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği korkusunu da içeren sınav kaygısı DSM-IV'de betimleyici olarak SAB örneği içinde yer almıştır (14).

2.1.10.2. Panik Bozukluğu

SAB olan hastalarda yaşam boyu ek tanı olarak panik bozukluğu görülme sıklığı %17-50 arasında değişmektedir. Ayrıca klinik özellikler gözönüne alındığında sosyal anksiyete ve panik atakların her iki sendromda da görülmesi ayırıcı tanının yapılmasını

güçleştirmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunda, panik atakların duruma bağlı ve sosyal ortamlarda gelişmesi; utanma, aşağılanma ve olumsuz değerlendirilme korkularının varlığı; utanacağı veya küçük düşeceği bir şey yapma veya söylemekten kaçınma ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerekli özelliklerdendir. Agorafobili panik bozuklukta ise kişiler başkalarının önünde beklenmedik bir anda veya sosyal olmayan bir uyaran ile oluşacak panik atağa ikincil sosyal korku geliştirirler. SAB olan hastalar yalnız olduklarında daha rahat olmalarına karşın panik hastaları kendilerini başkaları ile birlikte iken daha emniyette hissederler. Sosyal kaygısı olan kişi başka insanlarla konuşma korkusu nedeniyle evden çıkmaktan kaçınırken, agorafobisi olanlarda genel kalabalık korkusu hakimdir. Örneğin, agorafobisi olan kişinin süpermarket içinde iken yaşadığı akut kaygı durumu marketten çıkarken azalır. Buna karşın SAB olanlar süpermarkette etrafı gezinirken ve alışverişini yaparken etkilenmezler ama alışveriş bitiminde ödeme yapmak için kasalara yaklaştıklarında sosyal ilişkide bulunma şansı arttığı için kaygıları aniden artış gösterir. Panik bozuklukta oluşan spontan ve beklenmedik panik ataklar SAB’da oluşmazlar ayrıca SAB olan hastalar panik hastaları gibi nokturnal panik ataklar nedeniyle uyanmazlar. SAB’da kızarma, terleme sıklıkla görülen yakınmalar iken panik bozukluğunda çarpıntı göğüs ağrısı, soluk alamama, baş dönmesi, görme bulanıklığı ve baş ağrısına daha sık rastlanır (154, 155, 156). Ayrıca sosyal anksiyete bozukluklu hastalar anksiyete atakları sırasındanadiren öleceklerinden korkarlarken agorafobili panik bozukluğunda panik atağı sırasında ölme, kontrolünü kaybetme ve delirme korkusu klasik özelliklerdendir. SAB’da sorunun çok daha erken yaşlarda başladığı buna karşın agorafobili panik bozukluğun 20’li yaşların ortalarında başladığı da unutulmamalıdır. Ayrıca SAB’ın tersine agorafobi nedeniyle hekime başvuranların çoğunu kadınlar oluşturmaktadır (157).

2.1.10.3. Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın kaygı bozukluğunda kişi sosyal olan veya olmayan tüm durumlarda yaygın kaygı ve endişe yaşadığı için bir ölçüde SAB ile örtüşmesine karşın, kesin sınırlarını belirleyecek kesin ölçütler henüz belirlenmemiştir. Bu hastalara kıyasla SAB olanlarda baş ağrısı ölüm korkusu, terleme, kızarma ve soluma güçlüğü daha seyrek oluşmaktadır (155, 156). Ayırıcı tanı için önemli olan ölçüt utanma ve aşağılanma korkusudur. Diğer kaygılarla birlikte bu korkular da mevcutsa iki tanı birlikte konulabilir.

2.1.10.4. Obsesif-kompulsif bozukluk

SAB olan kişilerin yaşam boyu obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alma oranı %4-11 arasında değişmektedir. Ayırıcı tanıda fobik kaçınmanın nedeni araştırılmalıdır. Örneğin obsesif kompulsif olan kişiler obsesyonların içeriği ve ritüelleri nedeniyle çevresinde başka insanlar varken anksiyete sergilerlerken SAB olanlar bu kişiler tarafından olumsuz değerlendirilecekleri nedeniyle yoğun bir anksiyete yaşarlar (52).

2.1.10.5. Vücut dismorfik bozukluğu (VDB)

Bu kişiler görünüşlerindeki bozukluk ile ilgili aşırı uğraş içinde olmaları nedeniyle sosyal, iş ve aile yaşamlarında belirgin bir zorlanma yaşarlar. Dış görünüşlerinden utandıkları için sosyal ilişkiden kaçınırlarsa da sosyal ortamlardan uzak durmak sorunlarını azaltmaz. Amerika'da VDB prevalansı %1-2 iken anksiyete bozukluğu ile birlikte görülme sıklığı %11-12 civarındadır. VDB'de sık sık aynaya bakma, doktora gitme, kozmetik kullanma ve sosyal kaçınma görülmektedir (158).

2.1.10.6. Major depresyon

SAB olan hastalarda yaşam boyu major depresyon görülme sıklığı %35-80 arasında değişmektedir (32, 159). Bazı çalışmalara göre panik bozukluğu olan hastalarda sosyal anksiyetenin varlığı depresyon için bir risk oluşturr. Ayrıca major depresyonu olan hastalarda (%45) depresif dönemlerinde sosyal anksiyete bozukluğu benzeri bir tablo oluşturmaktadır; ama bu enerji kaybı ve anhedoniye ikincil olarak gelişmektedir. Buna göre ikisi birlikte olduğu durumlarda eğer major depresyonun olmadığı daha önceki bir dönemde de SAB belirtileri mevcutsa SAB tanısı konmalıdır (52).

2.1.10.7. Madde kötüye kullanımı

Alkolik hastalarda SAB görülme sıklığı %8-56 arasındadır. SAB'da, hasta tarafından sıklıkla, sosyal anksiyeteleri ile başetmede ilaç yerine alkol kullanılmaktadır. Eş tanıli durumlarda SAB'a ait belirtilerin madde kötüye kullanımından önce başlaması ve uzun

yoksunluk dönemlerinde bile süre geliyor olması durumunda SAB'ın bağımsız bir tanı olarak belirlenmesinin uygun olacağı DSM-IV sistemi içinde bildirilmiştir (14).

2.1.10.8. Şizofreni spektrumu bozuklukları

Bu hastalar sıklıkla utanma korkusundan çok, zarar görecekları sanrısı veya sosyal ilgi azlığı nedeniyle sosyal ortamlardan korkar ve kaçınırlar. Bu nedenle sosyal anksiyete ile karışabilir (105).

2.1.10.9. Çekingen kişilik bozukluğu

Tek başına yaygın SAB olanlara kıyasla çekingen kişilik bozukluğu olanlarda anksiyete düzeyi daha yüksek, işlevsel kayıp daha fazladır. DSM-IV'de çekingen kişilik bozukluğu tanı ölçütleri DSM-III-R'nin ölçütlerinden daha fazla SAB ölçütlerine benzemektedir. Bu ölçütler, eleştirilme korkusu ile kişiler arası ilişkilerden kaçınma, alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerden uzak durma, sosyal ortamlarda reddedileceği konusunda aşırı uğraş ve yeni kişilerarası ortamlarda ketlenme, sosyal olarak tümüyle beceriksiz olduğuna inanma, utanacağı korkusuyla yeni aktivitelerden kaçınmayı içermektedir. SAB ile çekingen kişilik bozukluğunun ortak özellikleri de mevcuttur. II. eksen bozukluklarını yoğun psikoterapi ile tedavi edilmesini öneren geleneksel görüşlerin tersine sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ve serotonin geri alım engelleyicilerinin kullanıldığı ilaç tedavisinden ve bilişsel davranışçı tedaviden yarar görmektedirler (52).

2.1.10.10. Tıbbi durumlar

Kişinin utanç duyabileceği başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumun varlığında (kekemelik, obesite, yanıklara bağlı belirgin deformiteler, benign tremor veya Parkinson hastalığı gibi) bu duruma ikincil olarak SAB belirtileri ortaya çıkmaktadır (161, 162)

2.1.11. SAB’da Tedavi

SAB tedavisinde essitolopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin ve sertralin gibi SSRI’ların venlafaksin (163) ve duloksetin (164) gibi SNRI’ların etkin biçimde kullanılabileceği gösterilmiştir. Ayrıca non-selektif bir mono-amin oksidaz inhibitörü fenelzin ve bir olan mono-amin oksidaz-A inhibitörü olan moklobemid’in de etkinliği kanıtlanmıştır (165). Benzodiyazepinler ve antikonvulzanlarla ilgili olumlu çalışmalar da bulunmakla birlikte Stein’e göre bu gruplardaki çalışmalarda kanıt değeri düşüktür (166). Holaway ve Heimberg’e göre SAB’da Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) dört farklı modaliteyle çalışabilirler (167).

- Sosyal Beceri Eğitimi: SAB hastaların göz teması veya iletişim yetenekleri gibi konulardaki yetersizliklerinden ötürü kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşayabildikleri ve diğer insanlarda olumsuz tepkiler uyandırdıkları düşüncesinden yola çıkmaktadır. SAB’da sosyal beceri eksikliğinin olup olmadığı tartışmalı bir durum olsa da yazarlar hastaların egzersizler sayesinde bir tür maruziyet yaşadıklarını ve sadece bundan bile yarar görüyor olabileceklerini ifade etmişlerdir.
- Korkulan Durumlara Maruz Bırakma: Korkulan durumlarla karşılaşma ile habituasyon ve sönme fenomenleri gerçekleşir ve kaygı azaldıkça hastanın çevresel uyarı olumlu biçimde değerlendirme fırsatı olur, bunun sonucunda da kaçınma daha da azalır.
- Gevşeme Eğitimi: Hastaların sıklıkla kaygılandıkları çarpıntı, kızarma, titreme gibi fiziksel belirtilerle başa çıkabilmek amacıyla uygulanır.
- Bilişsel Yeniden yapılandırma: Hastanın sosyal durumuyla ilgili düşünce ve inanışlarını daha nesnel biçimde tekrar ele almasını sağlar (167).

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

2.2.1. DEHB Tanım

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yedi yaşından önce başlayan ve kendini dikkat eksikliği, yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik, dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur (168). Dikkat, konsantrasyon, hareketlilik ve dürtü kontrolü alanlarındaki

sorunlarla karakterize olan DEHB, çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. Tedavi edildiği zaman sağlanan belirgin düzelme, tedavi edilmediğinde psikiyatrik ve sosyal sorunlara yol açması, zaman ilerledikçe hastalığın tanınmışlığının artmasına rağmen etiyoloji ve patofizyoloji hakkındaki kısıtlı bilgiler hastalığa olan ilgiyi artırmaktadır (146).

2.2.2. DEHB Tarihçe

DEHB ile ilgili yapılan ilk tanımlamalar 18. yy'da "Kötü Çocuklar" (Bad Children) (169), 19. yy'da ise "Çılgın Budalalar" (Mad Idiots), "fevri delilik" (impulsive insanity), "yetersiz inhibisyon" (defektive inhibition) şeklinde ifade edilmiştir (170). 1902 yılında George Still, bu hastalığı tıp literatüründe ilk tanımlayan kişi olmuştur. Still, "Defects in Moral Control" olarak tarif ettiği olguların kronik olduğunu düşünüyordu. Böylelikle ilk defa DEHB'in erişkin dönemde de devam edeceği, çocuklukta bulguların erişkinlikte de bulunabileceğinden bahsediliyordu (171). Bu tanımlamalara rağmen erişkinlerin bu bozukluğun belirtilerini sergileyebileceğine ilişkin ilk çalışmalar, 1960'ların sonlarına doğru yayımlanmaya başlanmıştır. Harticollis (1968) ergen ve genç erişkin dönemdeki olguların nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerini yayımladığı makalesinde, ilk defa DEHB'in erişkin dönemde de devam ettiğini belirtti. Cantwell (1975) ve Morison (1973) ise hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğunu ve erişkin dönemde sosyopati, histeri ve alkolizm sorunları yaşadığını bildiren araştırmalarını yayımladılar (172). Tanı ile ilgili geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları ise Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-9 (International Classification of Disease) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-II'de bu bozukluğu "çocuklukta hiperkinetik sendrom" olarak belirlemesiyle başlamıştır. DSM-III'te dikkat eksikliği bozukluğu, hiperaktiviteli veya hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış, DSM-III-R'de DEHB olarak belirlenerek 14 belirti sıralanmış ve tanı için 8 belirti olması şartı bağlanmıştır (173). DSM-IV'te yine "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" adı altında en son şeklini alarak belirtilerin özelliğine göre üç alt tipe ayrılmaktadır:

- 1- Dikkatsizliğin önde geldiği alt tip,
- 2- Hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği alt tip ve
- 3- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bileşik tip (168).

DEHB'in erişkinlerde tanımlanması ve tedavisinin plasebo kontrollü çalışmalarla araştırılması 1976 yılında Utah grubu tarafından başlamıştır. Bozuklukla ilgili çalışmalar halen yapılmaktadır.

DEHB erişkinlerde sık rastlanılan psikiyatrik bozukluktur. İlk tanımlanması DSM-III'te Dikkat Eksikliği Bozukluğu, Tortu Tip şeklinde yapılmıştır. DSM-III-R, çocukların üçte birinin erişkin yaşamlarında bir takım belirtileri gösterdiklerini belirtirken ayrı bir tanı kategorisi olarak kodlamamıştır. DSM-IV belirtilerin geç ergenlik, erişkinlik döneminde azaldığını, sadece az bir bölümünde erişkinlik döneminde devam ettiğini ifade etmektedir (174, 175, 176).

2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi

Tüm dünyada yaygın olarak kabul gören Amerikan Psikiyatri Birliği (APB) yayınlarında; okul yaş grubu çocuklar arasında %3-6 olduğu, erkeklerde kızlardan 4-6 kat fazla görüldüğü, risk altındaki grubun en fazla 6-9 yaş arasındaki çocuklar olduğu bildirilmiştir. Belirtilerin 7 yaş öncesi başladığı ancak tanının genellikle düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkökul yıllarında konulduğu bildirilmektedir (168).

DEHB'in yaygınlığı ile ilgili araştırma sonuçları, olguların tanımlanmasına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Okul çağı çocuklarındaki sıklığının yaklaşık %3-7 olduğu bildirilmektedir. Bozukluğun tüm dünya çapında çocukların %5-10'unu ve yetişkinlerin %4'ünü etkilediği öngörülmektedir (177).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda farklı sıklıklar bildirilmiştir. İlköğretim yaş grubu çocuklarda yapılan yaygınlık çalışmalarında %3.4-%8.9 arasında oranlar saptanmış olup, Erzurum'da %3.4, İstanbul'da %5, Bursa'da %8.6, Malatya'da %9.5, Sivas'ta %8.1 olarak rapor edilmiştir (178, 179, 180, 181, 182). Klinik çalışmalarda bu oranlar %8.6-%12.5 arasında bildirilmiş olup Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %8.6, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %12.5 olarak rapor edilmiştir (183, 184).

Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, örneklemin genel toplum ya da klinikten alınmasına bağlı olarak bu oranın 3/1 ile 9/1 arasında değiştiği belirtilmiştir (168, 185). Ülkemizde Aşkın ve arkadaşlarının (178) çalışmasında bu oran 5/1, Şenol ve arkadaşlarının (183) yaptıkları araştırmada 6/1 olarak bulunmuştur.

Kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görüldüğünden ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipi görüldüğünden kliniğe başvuru oranları erkeklerden 9 kat daha azdır (186).

Bozukluk erkeklerde daha sık görülmekle birlikte her iki cinsiyeti de etkileyebileceği belirtilmektedir. Çocuklukta kadın: erkek oranı 1:8 iken erişkin yaşamda ise oranın 1:1 olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda okul başarısızlığı, kognitif bozukluklar, aileye aşırı bağlılık gözlenmektedir. Kadınların erkekler kadar yıkıcı olmamaları nedeniyle daha az tanı aldıkları öne sürülmektedir (187, 197).

Sadece genel toplum değil hekimlerin bile çoğu DEHB denilince aşırı yaramaz ve yerinde duramayan çocukları bilirler ve hiperaktivitenin ergenlikte sona erdiği şeklinde düşünceye sahiptirler. Yapılan ileriye yönelik çalışmalarda DEHB'nun her beş yılda bir %50 azaldığı düşünülmekteyse de (188) DEHB'in sıklıkla erişkinlikte de sürdüğü, etkilerini devam ettirdiği gözlenmiştir. Lara ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB'li çocukların yaklaşık olarak %50'si erişkinlikte de DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin DEHB tanı ölçütlerini karşıladıkları bulunmuştur (189).

Biederman ve arkadaşları iki ayrı çalışmalarında DEHB'li çocukları 10 ve 11 yıl boyunca takip etmişlerdir. Onbir yıl sonunda DEHB'li çocukların %78'inde erişkinlikte de belirtilerin devam ettiği (%35 tamamen, %22 hastada ise kısmen DEHB'nin devam ettiği, %15'inde işlevsel bozukluğun devam ettiği, %6 hastada ise tedavi almaları nedeniyle remisyonda oldukları) bulunmuştur. Erişkinlikte de devam etme belirteci olarak ise DEHB'in işlevsellikteki yaptığı bozukluğun şiddeti (yani eğitim ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar), özellikle mizaç bozukluğu olmak üzere ailesel psikiyatrik bozukluğa maruziyet ve çocukta gelişen psikiyatrik eştanı varlığı bulunmuştur (190, 191).

DEHB, erişkinlikte sık rastlanılan bozukluklardan biridir. Erişkinlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise, genel popülasyonda DEHB prevalansı ise %4.4, başka bir çalışmada ise 6 aylık prevalansı ise %1.1 olarak bulunmuştur (131, 132).

ABD’de yapılan erişkin DEHB sıklığı araştırmasında, 18-44 yaş arası DEHB sıklığı %4,4 olarak tespit edilmiştir (131). Dünya çapında yaygınlığın araştırıldığı bir diğer araştırmada %3,4 tahmini sıklık tespit edilmiş ve gelişmiş ülkelerde daha yüksek (%4,2) olduğu belirtilmiştir (192).

İstanbul’da genel erişkin psikiyatri polikliniğinde yapılan bir araştırmada, DEHB sıklığı %1,6 bulunmuştur (193). Erişkinlerde erkek/kadın oranı 1,7/1’dir (194). Kadınlara DEHB tanısının daha az konulmasının sebebi, erkeklerde agresif davranışların daha çok görülüyor olmasıdır (195).

DEHB kliniği yaşla birlikte değişebilir. Belirtilerin bazıları yaşla birlikte önemini kaybedebilir. Bu nedenle erişkinlikte belirtiler dikkat eksikliği, dağınıklık, çelinebilirlik, dürtüsellik, akademik ve mesleki başarısızlık olmaktadır. Erişkinlerin %90’ından fazlası dikkat eksikliği nedeniyle başvurmaktadır (196, 197, 198).

2.2.4. DEHB Etiyolojisi

DEHB, karmaşık bir hastalık olup tek bir beyin bölgesi ya da tek bir etkenin sonucu oluşmamaktadır. Etiyolojisinde prefrontal-striatal-serebellar dizgenin yapısal ve metabolik farklılığının en önemli rolü oynadığı ileri sürülmektedir. DEHB kişiye anne babasından miras olarak gelmekte, anne karnında, doğumda veya yaşamın ilk yıllarında toksik maddelerle karşılaşma veya travmaya maruz kalma gibi olumsuz etkenlerle bu miras biçimlenmekte ve sonuçta kişi DEHB olmaktadır. Sonraki yıllarda bireyin karşılaştığı biyolojik ve psikolojik çevre DEHB’in oluşmasına ya da ortadan kalkmasına yol açmayıp var olan DEHB belirtilerinin şiddetinin artmasında veya azalmasında etkili olabilmektedir (4).

Her DEHB vakasında diğerinden farklı bir neden olabileceği gibi, aynı vakada farklı etkenler de bir arada olabilmektedir. Yani DEHB farklı patolojilerin ortak semptomatolojisidir (199).

2.2.4.1. Nörokimyasal Etkenler

Dikkat, konsantrasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde, dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalin (NA) önemli olduğu bilinmektedir (200). Dikkat sistemiyle alakalı iki nöronal döngüden bahsedilmektedir. Prefrontal sistem ve subkortikal bağlantılarını içeren ön dikkat döngüsü dopaminerjik; seçici dikkatin düzenlenmesinden sorumlu arka dikkat döngüsü ise primer olarak noradrenerjiktir (201). DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcılar hem dopamin hem de norepinefrini etkilemektedir (202, 203). Metilfenidat terapötik dozlarda insan beyninde dopamin taşıyıcılarının %50'inden çoğunu bloke ederek hücre dışı dopamini belirgin seviyede arttırmaktadır, bu nedenle dopamin, DEHB etiyolojisinde üzerinde en fazla durulması gereken nörotransmitterdir (204). Uygun prefrontal kortikal işlevler için dopaminde olduğu gibi noradrenalinin de ılımlı seviyeleri önemlidir. Dopamin sisteminin etkilenmesi bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır (205).

DEHB'lilerle yapılan beyin omurilik sıvısı çalışmalarında; dopamin, noradrenalin ve bu nörotransmitterlerin metabolitlerinin DEHB'lilerde kontrollere göre düşük bulunması etyoloji ile dopamin yetersizliği ilişkisini desteklemektedir (206, 207). Noradrenalin, işleyen bellek, dikkatin düzenlenmesi, davranışların inhibisyonu ve plan yapmayı içeren birçok prefrontal kortikal fonksiyonları özellikle postsinaptik alfa 2A reseptörleri vasıtasıyla düzenler (208). Kafa travmasından sonra ortaya çıkan bilişsel ve davranışsal bulguların, beyinde katekolamin sisteminde ortaya çıkan bozulmaya bağlı olabileceği öne sürülmektedir (209). Norepinefrinin daha çok aktivite (hiperaktivite, dürtüsellik ve davranışsal kontrol) ile dopaminin ise dikkat ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (210). DEHB ile serotonin arasındaki ilişki daha çok diğer nörotransmitterlerle etkileşim şeklindedir. Yapılan çalışmalarda azalmış 5-Hidroksi indol asetik asit düzeyi ile dürtüsellik artışı arasında ilişki gösterilmiştir (211).

Prefrontal glutamaterjik nöronlar dopamin ve serotonin nörotransmitterlerinin salınımında rol alır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, DEHB'de glutamaterjik sistemde anormallikler gösterilmiştir. Bu çalışmalarda DEHB olan hastalarda sağ ACC'de kombine glutamat/glutamin kreatin oranında önemli bir azalma gösterilmiştir. Bu çalışmada manyetik

rezonans spektroskopisi ile ölçülen glutamaterjik değişikliklerin DEHB olan erişkin hastaların patogeneğinde rol oynayabileceği belirtilmiştir (212).

2.2.4.2. Genetik Etmenler

Etiyolojik yönden heterojen bir bozukluk olan DEHB, psikiyatrik hastalıklar arasında genetik baskınlığı en yüksek olanlardandır. Yapılan aile araştırmalarında DEHB olan çocukların ebeveynlerinin de DEHB olma riskinin 2 ile 8 kat artış gösterdiği tespit edilmiştir. Fakat etiyolojide genetik geçişle birlikte çevresel faktörlerin de önemli olduğu belirtilmektedir (213, 214).

DEHB’de görülen mutasyonlar; 3. kromozom üzerinde bulunan insan tiroid reseptör beta geni, 11. kromozom üzerinde bulunan D4 reseptör geni ve 5. kromozom üzerinde bulunan dopamin taşıyıcı genindedir (214, 215).

Yapılan bir araştırmada dopamin D2 reseptör geninin (DRD2) a1 allelinin DEHB’li hastalarda %46,2 oranında tespit edildiği ve bu genin DEHB’de modifiye edici etken olarak rol aldığı bildirilmiştir (217).

2.2.4.3. Biyokimyasal Etkenler

DEHB’li çocuklarda serum serbest yağ asitleri seviyesinin kontrollere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (218). Esansiyel yağ asidi suplemantasyonu ile minimal düzeyde iyileşme olduğu belirtilmiştir (219). Eser elementlerin psikiyatrik bakımdan önemi, santral sinir sisteminin gelişimi, metabolizması ve insan davranışındaki etkilerinden kaynaklanmaktadır. Eser elementlerden magnezyum, kalsiyum, demir, bakır, kurşun ve çinkonun serum, idrar ve saç seviyeleri DEHB’li çocuklarda ölçülmüş; bakır ve kurşun dışındaki ölçümlerde genellikle düşük seviyeler bulunmuştur (220).

2.2.4.4. Prenatal ve Doğumsal Etkenler

Yapılan bir meta-analizde DEHB'li çocukların pre veya postnatal strese diğer çocuklara oranla daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiştir (221).

2.2.4.5. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

DEHB'in etiyolojisinden sorumlu olabilecek birçok çevresel faktör araştırılmış; fakat bu faktörlerin tüm olguları açıklamada yeterli olmadığı görülmüştür. Psikososyal çevrenin önemi de araştırılmış; ancak bu tür etkenlerin DEHB'de birincil rol almadığı düşünülmüş, psikososyal faktörlerin komorbid bozuklukların gelişimini etkileyebileceği belirtilmiştir (215). DEHB gelişimi için risk faktörleri; erken yaşta kayıplar ya da ayrılıklar yaşama, ciddi evlilik sorunları, evlat edinilmiş olma, düşük sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, anne ve babanın suç işlemeye yatkın olması ve annenin ruhsal hastalığının bulunması olarak belirlenmiştir (199, 222).

2.2.5. Erişkin DEHB Etiyolojisi

Erişkin dönemin etiyolojik faktörleri çocukluk dönemiyle hemen hemen aynıdır. DEHB'i olan hastaların uyarıcılara verdiği olumlu yanıtta yola çıkılarak, etiyolojide serebral katekolaminlerin disfonksiyonu öne sürülmüştür. Dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik disfonksiyon yapılması gereken görevlerde performans azlığına sebep olabilir. Mesokortikal dopamin eksikliği bilgi işlemede, yüksek fonksiyonlarda, hafızada ve dikkatte problemlere yol açabilir. Norepinefrin ile ilgili devreler dürtüsellik ve agresyonda önemli olabilir. Dopamin D4 reseptör geni çocuk ve erişkinlerde DEHB ile ilişkili bulunmuş ve bu genin ebeveynden etkilenen çocuğa geçişinde daha fazla ifade edildiği düşünülmektedir. Dopamin ve norepinefrin disregülasyonu ile ilgili erişkin DEHB hastaları üzerinde yapılan çalışmada, BOS homovalinik asit düzeyi kontrollerden daha düşük bulunmuştur. Beyin görüntüleme yöntemleriyle DEHB'i olan bireylerin sağ kaudat hacimlerinin daha küçük olduğu öne sürülmüştür. PET ve SPECT ile DEHB'i olanlarda prefrontal ve kaudat nükleus alanında hipofonksiyon olduğu öne sürülmüştür. Bu anormallikler karar verme, planlama ve zamanı

algılamada problemlere yol açabilir. Stres verilerek çekilen EEG incelemesinde prefrontal yavaş dalga aktivitesinin artmış olduğu görülmüştür (223).

Erişkin döneme kadar devam edebilme, ailesellik ve eş tanıli bozuklukların bulunması ile artabilir. Çalışmalar, aileselliğin beyin metabolik aktivitesinde önemli bir azalma ve nöropsikolojik hasarla ayrı bir alt grup oluşturabileceğini öne sürmektedir. Yine çalışmalar kızlarda ailesel tip kalıtsal faktörlerin daha güçlü, erkeklerde ise daha çeşitli etiyolojik faktörlerin olduğu öne sürülmektedir (174, 175, 176, 223, 224, 246)

2.2.6. DEHB’de Klinik

2.2.6.1. DEHB’de Klinik Görünüm

DEHB’in, çoğunlukla çocukluk döneminde başladığı ve bu bireylerin %60’ında da bulguların devam ettiği bildirilmiştir (324). Çocukluk dönemindeki amaçsız hareketlilik erişkinlikte amaçlı bir duruma dönüşür. Aşırı koşan, tırmanan çocuklar erişkinlikte hareketli işlerle uğraşabilir ve bu bozukluk sonucunda oluşan sorunların bir kısmını kompanse edebilirler (325). DSM-IV'e göre erişkinlerde DEHB tanısı konurken; çocukluk başlangıcı, belirgin semptomların varlığı, bu semptomlarda bozulmanın olması gibi 3 ana konuya dikkat edilir (149).

Yetişkinlerde DEHB’i tanımlayan ölçüler; dikkatsizlik, hareketlilik, duygudurumda değişkenlik alınganlık kızgınlık, stresi tolere edememe, organize olamama ve dürtüsellik olarak belirtilmiştir (326). Çocuklarda ise; verilen ödevlerden çabuk sıkılma, çevresel uyarıların varlığında dikkatin kolay dağılması, hayallere dalma, yaş ve gelişimsel düzeyi ile uyumsuz olarak amaçsız ve görevle bağlantısız hareketlilik, düşünmeden hareket etme, sırasını beklememe semptomlarının tanı koymada en büyük etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (327). DEHB'in yetişkinlikte nasıl bir klinik tablo sergileyeceğinin yordanmasında biyolojik gelişim, bilişsel düzey, hastalığın süresi, sosyal çevre, ailesel özellikler, deneyimler ve en önemlisi hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin şiddeti önemli görülmektedir (328).

Erişkinlikteki belirtilerin devamının sorgulandığı araştırmalarda, çoğunlukla sendromik bir düzelme olduğu ve ergenlikte önce hiperaktivite, sonra dürtüsellik

semptomlarında iyileşme olduğu gözlenmiştir. Bu semptomlar en belirginleridir; fakat bozukluğun en gizli semptomu olan dikkat eksikliği büyük oranda devam eder. Hiperaktivite semptomlarının görülemediği daha büyük yaştaki ergen ve erişkinlerde dikkat eksikliği semptomları muhakkak sorgulanmalıdır (229, 329)

Erişkin dönemde çoğunlukla başka psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi nedeniyle klinik uygulamalarda özellikle tedavide iyi yanıt alınmayan psikiyatrik bozukluklarda DEHB eş tanısı düşünülmelidir (330, 331). DEHB ve bipolar bozukluğun birlikteliğiyle ilgili yeterince kanıt yoktur. DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki semptomların benzemesi tanısal karışıklığa neden olmaktadır. Çelinebilirlik, dürtüsellik, hiperaktivite ve duygudurumda oynamalar her iki bozukluk içinde karakteristik olup, bu hastalıklar arasındaki ilişkinin daha iyi aydınlatılması gerekliliğine işaret etmektedir (332).

2.2.6.2. DEHB’de Klinik Gidiş

DEHB’de gidiş üzerinde etkili pozitif faktörler: Psikiyatrik komorbiditenin olmaması, entellektüel kapasitenin iyi olması, öğrenme güçlüklerinin sınırlı olması, geçmiş başarı hikâyesi, kadın cinsiyetine sahip olmak, dikkat eksikliğinin önde geldiği tipin bulunuyor olması, dürtüsellüğün daha az bulunuyor olması ve destekleyici çevrenin bulunmasıdır. Negatif faktörler, ağır duygudurum labilitesi, aşırı impulsivite, psikiyatrik komorbidite, madde kötüye kullanımı, bilişsel yeteneklerin sınırlı olması, tekrarlayıcı başarısızlık ve moralsizlik sayılabilir (174, 187, 224).

DEHB’i olan erişkinlerin üçte biri erişkinlik yıllarını problemsiz geçirdikleri; üçte birinin bazı problemler yaşadıkları; son üçte birinin ise önemli problemler yaşamaya devam ettikleri öne sürülmüştür. DEHB’i olan erişkinlerin %60’ı DEHB belirtilerini yaşamaya devam ederek hafif-orta dereceli sosyal, akademik ve mesleki problemler yaşayabilirler (174, 187, 224).

2.2.7. DEHB Alt Tipleri

DSM-IV’de DEHB’in üç alt tipinden söz edilmektedir;

DEHB-Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütleri tam olarak karşılanmaz (373). Akademik durumları zekalarının altında başarı ile kendini gösterir. Kızlarda erkeklere göre daha sık görülür (374, 375).

DEHB-Aşırı Hareketliliğin Önde Geldiği Tip: Genellikle dikkat eksikliği alt tipinden daha erken yaşta tanı konur. Yaş arttıkça motor aktivite yerini duygusal huzursuzluğa bırakır. Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde kızlara göre daha sıktır (374, 376, 377).

DEHB-Bileşik Tip: Temel belirtilerin üçü de aynı anda bulunur. Sıklıkla erişkin yaşamda da sürer. Her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir (225).

2.2.8. DEHB’de Tanı

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı’sına (DSM-V) göre, erişkinlerde DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ya da her ikisinin birden bulunduğu gösterilmelidir. Belirtiler 12 yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğinin bozulduğuna ya da işlevselliğinin niteliğininin düştüğüne ilişkin açık kanıtlar olmalıdır (226).

DSM-V’de DEHB nörogelişimsel bozukluklar bölümünde sınıflandırılmıştır. DSM-V’de DSM-IV-TR’de olan “oyuncakları kaybetme”, “oynadığı etkinliklerde dikkatin dağılması” gibi erişkin dönemde sorgulanması tartışmalı olabilecek maddeler erişkinlere yönelik olarak düzenlenmiştir. Dikkatsizlik, hareketlilik, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtilerle gelen erişkinlere DEHB tanısı koyabilmek için 12 yaş öncesinde de DEHB öyküsünün ve belirtilerinin olması gerekmektedir (226). Bu belirtilerle gelen erişkinlerin çoğu çocukluklarında psikiyatrik olarak değerlendirilmedikleri için tanının geriye dönük olarak konması gerekmektedir. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), çocuklukta DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (227).

Erişkinde DEHB tanısı koymada yardımcı olabilecek Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Conners Erişkin DEHB Tanısal Görüşme Formu, Barkley Şimdiki Semptomlar Kendi Bildirim Formu, Brown Dikkat Eksikliği Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği gibi birçok araç geliştirilmiştir (228, 229, 230, 231).

Sonuç olarak Erişkin DEHB tanısı ancak klinik değerlendirmeye konabilir. Hastanın yakınlarından alınan çocukluk dönemine ait bilgiler ve uygulanan ölçek sonuçları klinik tanıya destekleyici olarak kullanılır (228, 229, 230).

2.2.8.1. DSM-IV'e göre DEHB Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınıktır.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek şeyleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmeyi ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınıktır.

- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıdır.
- (2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 aysüyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

Hiperaktivite

- (a) Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- (f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (dürtüsellik)

- (g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- (h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. Başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

- B.** Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.
- C.** İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda - ya da işte- ve evde).
- D.** Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.
- E.** Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa

314.00 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve erişkinler) “Kısmi remisyonda” olarak belirtilmelidirler (14).

2.2.8.2. DSM-V’e göre DEHB Tanı Ölçütleri

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

1-Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

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

- a.Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.
- b.Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d.Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e.Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
- f.Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

- g.Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
- h.Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i.Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıdır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

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

- a.Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
- b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır *(yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).*
- d.Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
- e.Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “arkasına bir motor takılmış” gibi davranır.
- f.Çoğu kez, aşırı konuşur.
- g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
- h.Çoğu kez, sırasını bekleyemez.
- i.Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

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

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Görünüme göre kodlama:

1-Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

2-Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

3-Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sırada ki ağırlığı:

Ağır olmayan: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasındadır.

Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar (226).

2.2.9. DEHB’de Beyin Görüntüleme

Yapısal MRG araştırmalarında tüm beyin hacminde azalma olduğu ve frontostriatal işlev bozukluğundan söz edilmektedir (232). Yapılan birçok araştırmada, aşırı hareketlilik ve motor hareketlerin düzenlemesindeki bozulmaların frontostriatal yapılardaki bozulmalarla bağlantılı olduğundan bahsedilmektedir. Dikkat çeşitlerinden biri olan yönelimle ilgili özgül nöral yapılar her iki superior parietal lob, talamus ve orta beyindir. DEHB’de yönelim sürecinde belirgin bozulmalar meydana gelmektedir. Diğer bir dikkat çeşidi yönetici denetimdir; frontal bölge, anterior singulat girus ve bazal gangliyonlar beyindeki ilgili olduğu alanlardır. Yönetici denetim; hedef belirleyerek zihinsel işlevleri başlatıp durdurma ve çoğul tepkileri sıralayarak davranışı belirli bir amaca yöneltmeye özelleşmiştir. Uyanıklık, üçüncü dikkat çeşididir, sağ frontal bölge tarafından düzenlenir ve ard alandaki nöral gürültünün bastırılması, sürdürülen bedensel ve zihinsel etkinliği baskılama ve hedef uyarana tepki vermeye hazır olmayla ilişkilidir (233).

İlk erişkin DEHB MRG araştırmasında beynin lateral bölgesinde dorsolateral prefrontal kortekste belirgin olarak hacimlerin azalmış olduğu ve beynin medyal duvarında dorsoanterior singulatta belirgin hacim azalması bildirilmiştir. DEHB tanılı erişkinlerde beyaz cevher belirgin olarak daha büyük saptanmıştır, sonuç olarak DEHB’li erişkinler daha küçük neokortekse ve daha büyük beyaz cevhere sahiptir. Bu özellikler, yalnızca hacimsel küçülmeye neden olmaz, aynı zamanda işlevselliği de bozar (234).

2.2.10. DEHB’de Eş Tanı

DEHB’de yüksek oranda komorbid psikiyatrik bozuklukların bulunuyor olması:

- 1) Komorbid bozukluklar birbirinden bağımsız tanılar olabilir,
- 2) DEHB komorbid bozukluklarla farklı bir alt tip oluşturabilir,
- 3) Komorbid bozukluklar benzer genetik ve çevresel etmeni yansıtabilir,
- 4) DEHB komorbid bozukluğun öncülü olabilir,
- 5) Sendromlar gelişimsel olarak birbirine bağlıysa, birinin gelişimi diğerinin gelişme riskini arttırabilir.

DEHB’in ergen ve erişkin yaşama kadar devam etmesi, komorbid bozuklukların gelişimini arttırabilir. Çocuklukta komorbid bozuklukların bulunuyor olması, DEHB’in kalıcılığını arttırabilir. Erişkinlikteki komorbid depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu, DEHB’e tepkisel oluşmuş olabilir (235).

DEHB’i olan erişkinler kontrollerle karşılaştırıldığında belirgin olarak daha fazla eşlik eden psikopatoloji ve uyum işlevlerinde belirgin azalma yaşarlar. DEHB eştanı oranları hayli yüksektir ve çeşitli çalışmalarda %65-89 arasında oranlar verilmektedir. Eş tanı durumları hakkındaki veriler erişkinlerde tanı konan hastaların geriye dönük değerlendirmesinden gelir. Erişkinlerde anksiyete ve duygudurum bozuklukları önem kazanmaktadır (236). Erişkin DEHB de %35-50 oranında distimik bozukluk ya da major depresyon eştanısı, %40-50 anksiyete bozukluğu, %40-50 madde bağımlılığı bildirilmektedir. Ayrıca %27-46 oranında alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, alkol kötüye kullanımı olan hastalarda DEHB’in daha fazla görüldüğü, %50 oranında nikotin bağımlılığı bildirilmiştir (237, 238, 239, 240, 241).

Yapılan erişkin çalışmalarında antisosyal davranışların oranları yüksek bulunmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu %10-23 oranında görülebilmektedir. DEHB daha erken yaşta suç işleme ile ilişkilidir. Genetik çalışmalarda antisosyal kişilik bozukluğunun DEHB'in daha ağır bir alt tipini temsil ettiği düşünülmektedir. Ayrıca sınırda kişilik bozukluğunun da artmış olduğu ve sınırda kişilik bozukluğu olan kişilerin bir alt grubunda eştanı olarak DEHB'in olduğuna ilişkin kanıtlar gösterilmiştir (239, 240)

2.2.11. DEHB'de Ayırıcı Tanı

DEHB'de kısa süreli duygudurum belirtileri görülebilir. Bu nedenle kronik duygudurum bozuklukları ile sıklıkla karışabilir. DEHB'de anhedoni ve duygudurum bozukluklarında görülen fizyolojik değişiklikler gözlenmez. Yine DEHB'de yükselme dönemleri öforiden çok, heyecan ile karakterizedir. Bu dönemler, duygudurum bozukluklarında olduğu gibi saatler sürmeyebilir. Dürtüsellik, sıkıntı hissi, öfke patlamaları, duygusal dengesizlikle sınır kişilik bozukluğu ile karışabilir. DEHB'de dürtüsellik ve öfke aniden oluşur ve kısa sürer; sınır kişilik bozukluğunda ise öfke daha uzun sürmektedir. Dikkat edilmesi gereken diğer bozukluklar, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımındır. Metabolik bozukluklardan, hiper/hipotiroidizm ve diyabetis mellitus dışlanmalıdır (174, 176, 187, 224)

2.2.12. DEHB Tedavisi

Erişkin DEHB'de bozukluğun kişinin işlevsellik alanlarına etkisi ve eşlik eden diğer psikopatolojiler belirlenmeli ve buna uygun tedavi planlanmalıdır. Erişkin DEHB tedavisinde ilk tercih psikostimülanlardır. Psikostimülanlar ilk kez 1937 yılında Bradley tarafından hiperaktif çocuklarda benzedrinin (rasemik amfetamin sülfat) faydalı etkileri olduğunu yayınlaması ile bildirilmiştir. 1950 yılında davranış bozukluğu sergileyen çocuklarda klorpromazin gibi çeşitli antipsikotikler kullanılmıştır. 1954 yılında Avrupa'da, 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde depresyon tedavisi için kullanıma giren metilfenidat 1970'lerden sonra DEHB tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve uyarıcılar DEHB'de tercih edilen bir tedavi olmuştur (236). Yine ilaç tedavisine ek olarak DEHB'e psikoterapi eklenmesi faydalıdır (242).

Ülkemizde, uyarıcı ilaçlardan kısa etkili metilfenidat (Ritalin) 10 mg'lık tablet ve uzun etkili OROS metilfenidat (Concerta) 18-27-36-54mg'lık kapsül şeklinde bulunmaktadır. Son yıllarda kısa etkili metilfenidat (Medikinet) 5-10-20mg'lık tablet ve uzun etkili metilfenidat (Medikinet Retard) 5-10-20-30-40 mg'lık kapsül formlarında piyasaya çıkmıştır. Bu ilaçlar kırmızı reçete ile satılmaktadır. Metilfenidat (MPH) katekolamin olmayan bir semptomimetik ilaçtır, farmakolojik etkisini dopaminin taşınmasını bloke ederek dopaminin striatumda ki ekstraselüler seviyesini arttırarak gösterir (243, 244).

Erişkin DEHB'de psikostimülan tedaviler ilk tercihtir, ancak bazı nedenlerle psikostimülan olmayan tedavi seçenekleri de kullanılmaktadır. Bunlar arasında desipramin, imipramin, fluoksetin, bupropiyon, venlafaksin, klonidin, guanfasin, klorpromazin, risperidon gibi ilaçlar tedavide yer alır (245). Erişkin DEHB'de kullanımı onaylanan tek psikostimülan olmayan ilaç atomoksetindir (246). Atomoksetin, prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerinde artmaya neden olarak tedavi edici etkisini göstermektedir (247).

DEHB'e antisosyal davranışların eşlik etmesi halinde, stimülan tedavinin değerlendirilmesi, davranışçı yaklaşımların uygulanması, başarılı olunamaması durumunda atipik antipsikotikler, lityum, valproik asit gibi ilaçların tedaviye eklenmesi önerilmektedir (248).

2.3. Empati

Empati, genellikle karşıdaki kişinin duygusal durumunun anlaşılması ve paylaşılması olarak tanımlanmaktadır (249). İnsan ilişkilerindeki temel motivasyonlardan biri, ilişkideki bireylerin karşısındaki tarafından yaşantısının, duygusunun ve düşüncesinin anlaşılmasıdır. Kısaca her insan diğerleriyle ilişkilerinde diğerleri tarafından anlaşılma ister. İnsan ilişkilerinde bireyin karşısındakini anlama potansiyeli olarak da tanımlanabilecek olan empati önemli bir niteliktir. Bu özelliği nedeniyle empati kavramı insan ilişkileri ve iletişimin temel kavramlarından biridir ve insan ilişkilerinin öneminin anlaşılmasına paralel olarak artan bir şekilde popülerleşmektedir. Nitekim empatinin, sosyal davranışları anlama ve insan

davranışlarını açıklamada önemli bir role sahip olduğu konusunda çok sayıda uzman görüş birliği içerisindedir (250, 251).

19. yüzyılın sonlarından günümüze kadar empati ile ilgili çok sayıda tanım yapılmıştır. Örneğin 20 yüzyılın başlarında McDougall (1908), Freud (1915, 1959), empatiyi diğer kişinin algılanan duygusal durumuna verilen duygusal tepki olarak tanımlarken (252) Kohler (1929) empatide diğerinin duygusunun paylaşılmasından ziyade anlaşılmasının daha önemli olduğunu belirtmiştir (253).

Daha yakın tarihte ise empati, Hoffman (1987) ile Eisenberg ve Strayer (1987) tarafından karşıdaki kişinin durumuna uygun duygusal tepkiyi verebilme, Hollin (1994) tarafından ise bir kişinin diğer kişinin bakış açısından dünyayı görebilme becerisi (254) olarak tanımlanmıştır. Empati tanımı tipik olarak diğer bir kişinin hislerini paylaşmayı sağlayacak afektif/duygusal kapasite ve o kişinin hislerini ve bakış açısını anlamayı sağlayacak bilişsel yeteneği içerir (255). Empati zihin kuramının afektif bileşenidir, diğer insanların duygusal durumlarını ve hislerini bilebilmeyi içerir (256). Empatinin bu kadar tanımının yapılması, çok boyutlu doğasından kaynaklanmaktadır (257). Empatinin çok boyutluluğuna vurgu yapan ilk isim Feshbach'dır (258). Empatiyi, empatik beceri ve empatik eğilim olmak üzere iki boyutta ele almak, kavramın tanımlanmasını kolaylaştırmaktadır. Empatik beceri daha çok diğer kişinin duygusunun anlaşıldığının ve hissedildiğinin karşıdaki kişiye aktarılması, hissettirilmesi ile ilgilidir. Empatik eğilim, bireyin başkalarının yaşantılarını ve duygularını anlama ve hissetme potansiyelidir. Empatik eğilim, bilişsel empati ve duygusal empati olmak üzere iki boyutta ele alınabilir. Empatinin bilişsel boyutu diğer kişinin duygusunun anlaşılmasına işaret etmektedir, ancak bu boyutta kişinin diğer kişiyi anladığını paylaşması gerekli değildir (259, 260). En basit düzeyde diğer kişinin duygusal durumunu doğru olarak değerlendirme, daha karmaşık düzeyde ise olayları diğerinin bakış açısından değerlendirebilme anlamına gelen bilişsel empati, bireylerin sosyal işlevselliğinde etkili olmaktadır (254). Empatinin duygusal boyutu, diğer kişinin yaşadığı duyguyu hissedebilme ve diğerinin duygusal durumuna en uygun tepkiyi verebilme anlamına gelmektedir (259, 260). Duygusal empati, bireylerin ailelerine, arkadaşlarına ve yabancılara karşı fedakarca davranışlarda bulunması için bireyleri güdülerken ahlaki gelişim açısından da oldukça önemlidir. Hatta duygusal empatinin şiddetin bastırılmasında anahtar bir mekanizma

olabileceği açıklamaları da literatürde yer almaktadır. Bilişsel empatiden farklı olarak da bir günlük bebeklerin bile duygusal empati duyarlılığına sahip olduğu bilinmektedir (254). Genellikle kişinin ses tonu ya da yüz ifadesi gibi bazı uyarıcılar, karşımızdaki kişinin duygusunu doğru bir şekilde hissedebilmemizde ve duruma uygun tepkiler vermemizde bize yardımcı olan ipuçlarıdır. Ancak bu ipuçlarının yeteri kadar belirgin olmadığı durumlarda, kişinin duygusunu hissetmekte ve duruma uygun tepkiyi vermekte zorlanabiliriz. Bu durumda da devreye perspektif alma, yani olaylara diğerinin bakış açısından bakabilme becerisi girmektedir.

Günümüzde en yaygın kabul gören görüş ise empatinin hem bilişsel hem duygusal öğelerden oluştuğu ve bu öğelerin birbirleri ile etkileşim içerisinde olduğu görüşüdür (261).

2.3.1. Empati ve SAB İlişkisi

Sosyal alanda tehdit edici bilgileri anlamak ve çevreye ve kendisine için aşırı dikkat kesilmek SAB'da önemli rol oynamaktadır (262, 263). SAB'daki bilişsel yanlılıklar literatürde yaygın olarak belgelenmiş olsa da (264, 265, 266, 267), bu bireylerin sosyal biliş kapasitelerini inceleyen daha önce yeterli sayıda çalışma yoktur. SAB'lı bireyler, yaptıkları izlenim ile meşguldür ve başkaları tarafından olumlu değerlendirilme konusunda temel önem vermektedir. Sosyal kaygılarından ötürü, başkalarının zihin durumuna dair fikir edinmek için kararsız bir şekilde kendilerini ayarlayabilirler, artan benlik bilincini ve toplumsal sinyallere aşırı uyanıklık gösterirler.

Toplumsal bilişin en temel yönü empati kurma yeteneğidir (268). Empati, en geniş anlamıyla, bir bireyin diğerinin gözlemlenen deneyimlerine tepkilerini ifade eder (269). Bazı araştırmacılar, empati kurmayı, bir başkasının psikolojik bakış açısını ("bilişsel empati") benimseme bilişsel sürecine dahil olma yeteneği olarak vurgulamışken diğerleri duygusal yönlerini ("duygusal empati") cevaplama kapasitesine atıfta bulunarak vurgulamışlardır (270).

Empati unsurunu algılayan bilişsel perspektife ek olarak, başka bir perspektif türü de görsel perspektif alma olarak adlandırılır; başkalarının bakış açısını görsel olarak alma becerisi (271). İlginçtir ki, gözlemci bakış açısını görme durumu SAB'da (272, 273, 274, 275) ortak bir görüntü fenomenidir. Kendine odaklı dikkat ve sosyal değerlendirme endişelerinin,

gözlemci bir perspektif benimseme ihtimalini arttırdığı varsayımı, endişesiz (276, 277) ve sosyal kaygılı bireylerde de destek kazanmıştır (274, 275, 278).

Görsel perspektif kabiliyetinin dışsal bir bakış açısı ile sınırlandırılmayacağı ancak sağlıklı bireylerde (279) ve şizotipal bireylerde (280) zihinsel bakış açılarını benimseme kapasitesiyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Toplumsal ipuçları, sosyal konularda diğer farkındalık ve kendini denetleme konusundaki dikkatleri göz önüne alındığında, SAB'lı bireylerin artan empatik eğilim göstereceği düşünen yazarlar vardır (281).

Empatinin yalnızca yeterli sosyal algıdan değil, aynı zamanda karmaşık zihinsel durumları anlama kapasitesini de gerektirdiği düşünülmektedir (282). SAB'da diğerlerinin dışsal bakış açısı da zihinsel yeteneklerin arttığını gösterebilir. Zihinsel Teoriye göre, diğer kişilerin zihinsel durumu, arzuları ve niyetleri ile ilgili çıkarsama yapma kabiliyeti, toplumsal bilişin önemli bir bileşenidir (283). Başkalarının zihinsel durumlarını (akıl yürütme) anlamaya yönelik bu yetenek, empati kurma yeteneğiyle yakından ilişkilidir; ve bu yetenekte ki eksiklik empatik yanıtı etkileyecektir (282, 284).

SAB'larda yapılan bir çalışmada LSAÖ'ye göre yüksek sosyal anksiyete puanı alan bireyler bireylerin, düşük sosyal anksiyete puanı alan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek empati puanı aldıkları görülmüştür (281). Diğer yandan ise SAB hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun Empati Ölçeği (EQ) puanlarını karşılaştıran bir çalışmada SAB hastalarının, kontrol grubuna göre daha düşük empati puanı aldığı saptanmış ancak, her iki grup arasında EQ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (41).

2.3.2. Empati ve DEHB İlişkisi

Sosyal biliş, insanın birbiri ile temas kurmasını sağlayan tüm zihinsel süreçleri içerir. Sosyal biliş modeli, empati, mizah işleme, duygusal yüzler, jestler ve zihin teorisini kapsar. Geçmiş dekatta en önemli sosyal bilişsel modellerden biri, Crick ve Dodge'ın sosyal bilgi işlem modelidir (286). Bu modele göre bireyler, altı adımda sosyal durumu işlerler (i) iç veya dış ipuçlarının kodlanması, (ii) bu ipuçlarının yorumlanması, (iii) hedef seçimi, (iv) yanıt erişimi, (v) yanıt kararı ve (vi) davranışsal harekete geçme. Sosyal biliş, modelin ilk iki basamağını kapsar. Nörofonksiyonel açıdan, lezyon çalışmalarında ve nörogörüntüleme verilerinden toplumsal bilişin esas olarak prefrontal kortekste (PFC) ve frontostriatal nöro

devrelerinde işlendiğine dair kanıtlar vardır (287). Bununla birlikte, DEHB'li hastalarda her basamak bilgi işleminde eksiklik gösterebilir (288).

Bununla birlikte, DEHB çocukluktan ötesine geçerek yetişkinliğe kadar sürebilir; Gerçekten de yetişkin nüfusun % 1-2'sini oluşturmaktadır (289). Çarpıcı bir şekilde, DEHB'li hastalar da dahil olmak üzere görüntüleme çalışmaları, beyin bölgelerinde, PFK ve bazal gangliyon gibi oldukça etkili bir sosyal uyum açısından son derece anlamlı olan nörofonksiyonel değişiklikler gösterir (287). Buna ek olarak, dorsolateral PFC, DEHB'li hastalarda değişen bir alan olan yönetici işlevin primer sinirsel alt tabakası olarak tanımlanmıştır (287).

Mevcut çalışmalar DEHB olan çocuklardaki sorunlu tutum ve davranışların agresiflik ve empati ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (13). Problem çözme becerileri eksiklikleri DEHB tanılı çocuklarda ve ergenlerde saldırganlık ve davranış bozukluklarına yol açabilir. Hiperaktif /dürtüsel ve kombine alt tiplerde saldırganlık, öfke ve duygusal patlamaları oranları artış göstermiştir (290).

Özellikle hiperaktivite komponenti olan çocuklarda olmak üzere empati eksiklikleri DEHB olan çocuklarda sosyal biliş ve akran ilişkilerinde bozukluklar önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (291). Fakat sosyalleşme / mizaç, yüz tanıma, duygu ifade tanıma ve empati ile ilgili endofenotiplerin varlığı da DEHB olan çocuklarda ve ergenlerde sosyal beceri eksiklikleri içinde ileri sürülmüştür (292). Bu DEHB'lerde ki duygusal yüz ifadeleri tanıma zorluğu, akran ilişkilerinde bozukluklara neden olduğu bildirilmiştir (293). Buna ek olarak, DEHB çekirdek belirtileri olan, dikkat ve dürtüsellik sorunları varlığı DEHB olan hastalarda duygu tanıma güçlüğüne neden olabilir (14).

Erişkinlerde yapılan bir çalışmada ise DEHB tanılı hastalar ve kontrol grubu karşılaştırıldığında empati ölçeği (CBS) sonuçları, iki örneklem grubu arasında belirgin bir farklılık ortaya koymuştur. Sonuçlarda, hastaların EQ'si kontrollerin EQ'sı ile karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur. Aynı şekilde, hastalar genellikle duygusal sosyal algılama ve intermodal becerilerde kontrollerden daha kötü sonuç vermişlerdir. DEHB olan yetişkin hastalar sosyal bilişin belirli yönleri, özellikle de duygusal sosyal beceri ve empati

alanında dezavantaj göstermektedir. Özellikle duygularla ilgili olarak, bu hastalar özellikle kızgın duygusal ifadelerin algılanmasında mücadele etmektedir. Mevcut sonuçlar, entelektüel seviyeden, yönetici işlevlerden, diğer psikiyatrik hastalıklardan veya hastaların birincil iç hastalıklarından bağımsız bulunmuş (294).

İnsanlar normalde yüzün her bölümünde sevinç, korku, hüznün, öfke, şaşkınlık veya tiksinti mesajlarını ileten belirli sinyallere mükemmel bir şekilde karar verebilirler. Ekman (295), yüzü 'Zihnin Penceresi' olarak tanımlıyor. Dahası DEHB olan hastalar, sosyal biliş algısına engel oluşturmanın üstesinden gelmek için çok boyutlu uyaranlar kullanabilirler. Bu, sosyal beynin nöronal plastisitesi ile ilgilidir. Burada, sosyal bilişin geliştirilmesinin DEHB olan hastalara hiperaktivite, dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerini aşmasına yardımcı olup olmayacağı sorusu ortaya çıkıyor. Yapılan çalışmada (294) öfkeli duygusal ifadeleri doğru algılama yeteneği özellikle ele alınmış. Öfkeli sinyaller algılamasındaki bu gibi dezavantajlar, bireyler ve toplum arasındaki iletişim eksikliklerinden kaynaklanabilir şeklinde yorumlanmış. Öncelikle agresif işaretleri kendi çevrelerinde deneyimleyen ve algılayan bir kişinin, kendisine zarar vermemek için çeşitli stratejiler kullanması muhtemeldir. Her insanda olduğu gibi, DEHB'li hastalar yalnızca algılayıcı değil, aynı zamanda toplumsal olarak önemli sinyaller veren kişilerdir. Anlamak ve belirsiz sosyal bilgilere ulaşmak insanların çatışmasına ve yanlış anlaşılmalara yol açabilir. DEHB'li hastaların duygusal işaretlerin dağılımında ve algılamasında benzer zorluklar sergilediğini varsayarsak, iletişim sorunları kaçınılmaz olacaktır.

Günlük hayatta, birey, aile üyeleri, arkadaşlar ve meslektaşları da dahil olmak üzere, ilgili tüm insanlar için DEHB ile ilişkili sosyal biliş imkânlarının bilgisini ve farkındalığını artırmak önemlidir. Ayrıca, DEHB hastaları için psikoterapi ve psikoeğitime programlarına entegre edilmeli ve toplumsal açıdan önemli becerileri güçlendirmek için pratik dersler gibi bireysel yaklaşımlar birleştirilmelidir. Bu tür hastalar sosyal biliş bozukluklarının üstesinden gelmek için çoklu-modal sinyaller öğrenebilir ve kullanabilirler. DEHB hastalarının güçlü ve zayıf yönlerini göz önüne alarak, DEHB olan hastaların çocukluk ve yetişkinlikte sıklıkla karşılaştıkları sorunları yumuşatabilir veya hatta önleyebilir. Bu gibi hedeflere ulaşıldığında, hem DEHB tanısı konan hem de çevredeki toplum hastalarından büyük fayda sağlayacaktır.

2.4. Benlik Saygısı

Benlik saygısı ile ilgili olarak farklı kuramcılar farklı tanımlar yapmışlardır. Benlik saygısının evrensel bir tanımının olmadığı ve bu kavrama çeşitli anlamlar yüklendiği, yüklenen bu anlamlar kapsamında benlik saygısının genel olarak kendini sevmek, kendini kabul ve yeterlilik olmak üzere üç anlam taşıdığı ileri sürülmektedir (297, 298).

“Benlik saygısı” kavramı, yüzyıldan fazla bir zaman önce ilk kez William James tarafından kullanılmış, 1960’larda Dr. Abraham Maslow tarafından kavramlaştırılmıştır. Dr. Morris Rosenberg tarafından 1965’te global benlik saygısı ölçeği (RESI) geliştirilmiştir. Susan Harter, 1985’te Çocuklar için Self-Perception Profilini tanımlamış ve benlik kavramını beş alt yapıda incelemiştir. Dr. Nathaniel Brandon ise benlik saygısı hareketinin öncülerindendir (299).

Yörükoğlu'na göre, benlik kavramının, benlik imgesinin beğenilip benimsenmesi benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumudur. Benlik saygısı, kendini olduğundan, aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevmeye değer bulmaktır. Kendini olduğu gibi, gördüğü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir. Benlik saygısı, bireyin benlik imgesi ile ideal benliği arasındaki farkı değerlendirmesidir. Yani bireyin kendisini nasıl algıladığı ile olmak istediği benliği arasındaki fark bize o bireyin özsaygı düzeyini verir (5, 298).

Coopersmith, benlik saygısını kişiliğin önemli bir boyutu ve olumlu kişilik özelliği olarak kabul ederken bireyin kendini yetenekli önemli başarılı ve değerli olarak algılama derecesi şeklinde tanımlamaktadır (298, 300).

Benzer şekilde Rogers benlik saygısını bireyin çevresinden aldığı değerlilik duygusu olarak, Harter bireyin kendisinden ne kadar hoşlandığı ve kendisini ne ölçüde kabul ettiği olarak, W. James ise kişinin kendisini ne kadar başarılı algıladığı ile bu başarıya atfettiği değer arasında yaptığı değerlendirme olarak tanımlamışlardır (298, 301).

2.4.1. Benlik Saygısı Tanım

2.4.1.1. Benlik (Kendilik, Self)

Benlik, bireyin kendine özgü, duygularını, algılarını, değerlerini, isteklerini, yeteneklerini, tutumlarını (bilinçli ve bilinç dışı olarak) “sunumu”dur. İnsan, diğer insanlarla ve toplumla etkileşimi aracılığı ile kendini inşa eder. Bu süreçte insan hem “kendiliği (benlik, self)”ni hem de “sosyal biliş”ini oluşturur (302).

Özetleyecek olursak benlik ile ilgili kavramlardan benlik kavramı, benliğin bilişsel yanını, benlik saygısı ise benliğin duygusal boyutunu ifade eder. Çoğunlukla karıştırılan benlik kavramı ile benlik saygısı birbirlerinden farklı bir anlam taşımaktadırlar. İkisi de bireyin kendi benliği hakkındaki fikirleri kapsamakla birlikte benlik saygısı benlik kavramından daha farklı değerlendirici bileşimleri de içine almaktadır. Öz yeterlilik ile özgüveni karşılaştıracak olursak özgüven daha stabil ve yaşamın daha erken dönemlerinde gelişen bir kavram iken, öz yeterlilik yaşam olayları ile bağlı olarak çok değişkenlik gösterebilmektedir (303).

2.4.1.2. Benlik Kavramı (Self-concept)

Benlik kavramı bireyin sahip olduğu bütün zihinsel ve bedensel özelliklere ilişkin kendini bilmesi (self-knowledge) ve değerlendirmesi olarak tanımlanabilir. Bireyin kendisi ile ilgili düşüncelerinin bütünü, kendini nasıl algıladığıyla, değerlendirdiği ile birlikte kendi hakkındaki ve çevresi tarafından nasıl algılandığı hakkındaki kafasındaki şemadır (304).

2.4.1.3. Öz-Yeterlilik (Self-efficacy)

Psikolog Albert Bandura tarafından tanımlanmıştır ve kişinin yaşam olayları, belli durumlar karşısında kendisine, yetkinliğine olan inancının bir göstergesidir. Sıklıkla benlik saygısı (özgüven) ile karıştırılır (305).

2.4.1.4. Benlik Saygısı (Öz-güven, Self-esteem)

Bir nesnenin varlığını ya da tözünü (cevherini) oluşturan şey olarak tanımlanan “kendilik duygusu (self-sensation)”, sosyal bilişle birlikte bireyin bebeklik döneminden itibaren yakın çevresindeki insanlarla duygusal etkileşimleri aracılığı ile birçok aşamada gerçekleşir (302).

Kendilik duygusunun bileşenlerinden biri olan “benlik saygısı (self-esteem)” kişinin arzu ettiği kendilik imajına ne kadar ulaşabildiğini yansıtan bir kavramdır (306).

2.4.2. Benlik Saygısının (Öz-Güvenin) Oluşumu

Bireyler değerli oldukları ya da olmadıkları fikrini diğer insanların kendilerine yönelik davranışlarından, kendileri hakkındaki düşüncelerinden öğrenmektedirler(299). Benlik saygısı her insanın en çok değer verdiği kişilerin yani anne-babasının kendisine verdiği değere çok sıkı bağlıdır. Benlik saygısının gelişimi ailede başlar, çocuk sosyalleştikçe okul hayatına girmesiyle hızlanır. Çocuğun kendi akranları ile karşılaştırmalar yapması ve başkaları tarafından yapılması da benlik saygısının gelişimi için önemli yer tutmaktadır. Anne-babanın ittiği, değersiz bulduğu, önemsemediği bir çocuğun kendisine saygı göstermesi beklenemez (307).

Benlik saygısının kişinin psikolojik işlevselliğinin çok önemli bir yürütücüsü olduğu (308) yaşamındaki depresyon, anksiyete, motivasyon ve genel memnuniyet-doyum ile çok yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Yüksek benlik saygısının, ebeveynlerle olumlu ilişkiler içinde olma, bireyin kendi yaşamında kontrolü olduğu duygusu, risk almaya istekli olma gibi faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Yüksek benlik saygısı, ailedeki aitlik algısıyla ilişkisi vardır. Ayrıca yüksek benlik saygısı, okullarda akademik başarı ile içsel kontrol, yüksek ailevi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkili bulunmuştur. Düşük benlik saygısı ise, düşük akademik performans, ebeveyn ve öğretmenlerin akademik başarı için çocuk ve gençlere baskı yapması, aile içinde yaşanan güçlükler, kaygı, depresyon, yalnızlık ve mutsuzluk gibi

faktörlerle düşük yaşam tatmini, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle ilişkilidir (309, 304).

Benlik saygısının başatme stratejisinin önemli bir değişkeni olduğunu, yüksek benlik saygısına sahip ergenlerin düşük benlik saygısına sahip olanlara göre sorunlarla daha iyi başettiklerini göstermektedir (310).

2.4.3. Benlik Saygısı ve SAB İlişkisi

SAB olan bireylerin kendilerine yönelik olumsuz düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları oldukça yoğundur. SAB olan birey yaşadığı başarıları, aldığı övgüleri ve olumlu yönlerini küçümserken herkesin yapabileceği küçük hataları ve başarısızlıkları abartma eğilimindedir. Ayrıca herhangi bir olumsuz olayda tüm suçu kendine yükleme yani olayları kişiselleştirme eğilimi vardır. Tüm bunlar düşük benlik saygısından kaynaklanmaktadır (311). SAB olan bireylerin özellikleri ve benlik düzeyleri düşük bireylerin özellikleri karşılaştırıldığında aralarında büyük bir örtüşme olduğu görülecektir. Özdemir (2004), 1010 üniversite öğrencisinden oluşan örnekleme sosyal anksiyete ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir (312). Araştırma sonucunda örneklemin % 36.1' inde SAB, % 27' sinde SAB korku ve % 48.5'inde SABkaçınma tanıları saptanmıştır. SAB tanı kriterlerini karşılayan öğrencilerin benlik saygısı puanları, SAB olmayanlara göre düşük çıkmıştır. De Jong (2002) düşük ve yüksek sosyal anksiyetesi bulunan bireyleri benlik saygısı yönünden karşılaştırdığı araştırmasında düşük benlik saygısının sosyal anksiyete de önemli bir rolü olduğu sonucuna ulaşmıştır (313). Yine ülkemizde İzgiç ve arkadaşlarının (2004) 1003 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir araştırmada en yüksek SAB yaygınlık oranı düşük benlik saygısına sahip grupta bulunmuştur (% 14,9). SAB yaygınlığının en düşük bulunduğu grup ise yüksek benlik saygısına sahip grup olarak bulunmuştur (% 6.6) (314).

Geist ve Borecki (315), kişiler arası ilişkiler ile benlik saygısı arasında ilişki olduğunu belirlemiş ve bunu düşük benlik saygılı kişilerin kişiler arası ilişkilerinin yetersiz olduğu yönünde yorumlamıştır. Kocovski ve Endler (316) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada düşük benlik saygısı, öğrencilerin değersiz olarak değerlendirilecekleri yönündeki kaygının, bu da sosyal anksiyetenin öngörücüsü olduğunu belirtmişlerdir. Benzer çalışmalar yüksek sosyal kaygısı olanların benlik saygılarının düşük olduğunu göstermektedir (317, 318,

319). Ayrıca psikoterapilerin benlik saygısını artırarak sosyal anksiyeteyi azalttığını belirten çalışmalar da mevcuttur (320).

Söz konusu araştırmalar göstermektedir ki benlik saygısı ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında önemli ilişkiler vardır. Bu ilişkilerin kaynağını yani bireyde SAB olduğu için mi benlik saygısı düşük çıktığını yoksa benlik saygısı düşük olduğu için mi sosyal anksiyete ortaya çıktığını belirlemek için başka araştırmalara ihtiyaç vardır.

2.4.4. Benlik Saygısı ve DEHB İlişkisi

DEHB olan çocuklar yıkıcı davranışları ve sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle sıklıkla evde, okulda ve diğer ortamlarda eleştiri ve cezaya fazlaca maruz kalırlar. Özellikle başarı ve başarıma duygularının tadılması gereken ilköğretim yıllarında başarısızlık ile tanışır. Gerek akademik, gerekse ilişkisel bağlamda yaşanan başarısızlıklar sonunda “ben aptalım, hiçbir işe yaramam” gibi ifadelerle kendilerine olan güvensizlik ve mutsuzluğu ifade edebilirler (321).

Voeks, DEHB’li çocukların benlik saygısının kapsamlı değerlendirilmesine vurgu yaptığı yayınında Barkley’in görüşüne de yer vermiştir. Barkley’e göre, DEHB’li çocuklar uygun sosyal becerileri öğrenme girişimlerinde bulunurken akranları tarafından kabul edilmedikleri için kafaları karışır ve bu durumda çoğunlukla onların olumsuz benlik kavramı geliştirmelerine neden olur. Bununla birlikte bütün DEHB’li çocuklar olumsuz benlik kavramına sahip değildir, çünkü onlar sahip oldukları yetenekleri abartarak kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu duygulara sahip olmaktadır. Bu çocuklar çoğunlukla bir çeşit savunma mekanizması ile kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu bakış açısı sayesinde içinde bulundukları çökkün durumu kabul etmezler. Bu çocuklar sınırlı farkındalıkları nedeni ile kendi kusurlarının, başarısızlıklarının sorumluluğunu başkalarının üzerine atarlar (322).

DEHB’li çocukların, öğrenim yetersizlikleri ile kendini gösteren eğitim zorlukları, ebeveynlerin hoşgörüsüzlüğü ile pekişen ailevi zorlukları ve depresif kişisel deneyimleri olumsuz benlik kavramının sebebi olmaktadır (323).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. İzinler

Araştırma; tasarlanıp, araştırma planı hazırlandıktan sonra Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik kurulun 23.02.2017 tarih, 23 no'lu kararı ve 2017/1051 protokol numarası ile onaylanmıştır [Ek-1]. Araştırmaya katılan her bireyden çalışmanın amaçları, yöntemleri, hedefleri açıklandıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam formu, her katılımcıya imzalatılarak alınmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

1996 yılından beri Aydın ve çevre bölgelere hizmet veren Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi 2010 yılından itibaren Aytepe mevkiindeki yeni binasında hizmet vermektedir. 2200 personelin çalıştığı Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin 485 servis yatağı, 102 yoğun bakım yatağı olmak üzere toplam 587 tescilli yatağı bulunmaktadır. Tıp Fakültesi bünyesinde 104 Profesör, 30 Doçent, 85 Yardımcı Doçent, 3 Uzman doktor, 218 Araştırma Görevlisi toplam 440 akademisyen bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel-analitik bir çalışmadır.

3.4. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırmanın planlanması ve gerekli izinlerin alınması, Aralık 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında; araştırma verilerinin toplanması Şubat 2017-Ekim 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Yatan Hasta Servisi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırma Evreni, Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi

3.5.1. Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Yatan Hasta Servisi'nde araştırmaya katılımcı alma dönemi (Şubat 2017-Ekim 2017) içerisinde polikliniğe başvuran veya serviste takip edilen tüm DEHB eş tanı varlığı ile SAB hastalarıdır.

3.5.2. Araştırmanın Örnek Büyüklüğü

G-power 3.1.9.2 istatistik programı kullanılarak yapılan power analizi sonucu 12'si DEHB eş tanı varlığı ile SAB hastası, 12'si SAB hastası olmak üzere en az 24 (%10 yedek ile 27 kişi) katılımcının çalışmamıza dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir (Effect size $d = 1.26$; $1-\beta \text{ err prob} = 0.90$; $\alpha \text{ err prob} = 0.05$). Bu hesaplama, referans kaynak olarak Shaw Zirt ve ark.'nın yaptığı "Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students With Symptoms of ADHD" adlı çalışma alınmıştır (8).

3.5.3. Araştırmanın Örnek Seçimi

Araştırmada örnek seçimi yapılmamış olup, araştırma yerlerinde araştırmaya alınma ve dışlanma kriterleri ışığında, 15'i DEHB eş tanı varlığı ile SAB hastası, 13'ü SAB hastası olmak üzere 28 katılımcı alınmıştır.

3.6. Araştırmaya Alınma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- DSM-IV'e göre; SAB tanı ölçütlerini karşılayan hastalar,
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyup imzalayan hastalar,
- 18-65 yaş arasında olan hastalar.

3.6.2. Araştırmada Dışlama Kriterleri

- DSM-IV'e göre; SAB tanı ölçütlerini karşılamayan hastalar,
- Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalamayan hastalar,

- Öz bildirim ölçeklerini kendi başına anlayıp doldurmasına engel oluşturacak düzeyde zeka geriliği veya psikotik bozukluğu olanlar,
- Delirium, demans, amnestik sendrom gibi bir kognitif bozukluğu olan hastalar,
- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'na ve ayrıntılı açıklamalara rağmen çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar,
- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak.

3.6.3. Çıkarılma Kriterleri

Araştırmanın verilerinin toplanması sırasında, sorgulama formlarını eksik bir şekilde dolduranlar, formları doldurmak istemeyenler ve çalışmaya katılmayı kendi iradesi ile reddeden kişiler.

3.7. Araştırma Süreci

Veri toplama sürecinde, psikiyatri polikliniğine başvuran tüm hastalar içerisinde, daha önce SAB tanısı almış kişiler hastane otomasyon sisteminden takip edilerek belirlenmiş, hastanedeki rutin muayene ve takipleri sonrasında araştırmaya katılmaları için davet edilmiştir. Ayrıca veri toplama sürecinde serviste takip edilen hastalardan Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunanlara da araştırmaya katılım istekleri sorgulanmıştır. Polikliniklerden ve servisten belirlenen hastalara, araştırmacı tarafından çalışma hakkında kısa bir bilgi verilerek çalışmaya katılmaları istenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul edenler, çalışmaya dahil olma kriterleri ışığında değerlendirilmiş, uygun olanlar çalışmaya alınmıştır. Polikliniklerden çalışmaya alınanların verileri poliklinikte, servisten çalışmaya alınanların verileri serviste toplanmıştır.

3.8. Veri Toplama Yöntemi, Veri Toplama Araçları, Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.8.1. Veri Toplama Yöntemi

Belirlenen katılımcılara öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu okutularak imzalatılmıştır. Daha sonra araştırmacı, tüm katılımcılara Sosyodemografik Klinik Veri Formu'nu, DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği'ni (SCID-I), DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tani ve Değerlendirme Envanteri'ni, Liebowitz

Sosyal Anksiyete Ölçeği'ni (LSAÖ), Beck Depresyon Ölçeği'ni (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği'ni(BAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'ni, Empati Ölçeği'ni (EQ), Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'ni (WUDÖ) ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) Türkçe Uyarlaması'nı (ÇDŞG-ŞY-T) uygulamıştır.

3.8.2. Veri Toplama Araçları

3.8.2.1. Sosyodemografik klinik veri formu

Literatür taraması sonrası araştırmacı tarafından oluşturulmuş bu form; hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır ve toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Cinsiyet, doğum tarihi, toplam öğrenim yılı, mezun olduğu okul, meslek, çalışabilirlik, medeni durum, çocuk sayısı, sosyo-ekonomik durum, yaşadığı il, göç öyküsü, yaşadığı kişiler, nikotin kullanım öyküsü, alkol kullanım öyküsü, esrar kullanım öyküsü, kokain kullanım öyküsü, ekstazi kullanım öyküsü, opiat kullanım öyküsü, ek hastalık, birinci derece ve ikinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü, geçmiş diğer psikiyatrik öykü ve bunların herhangi biri nedeniyle ilk tedavi yaşı, tedavi süresi, çocukluk döneminde psikiyatrik tanı, intihar girişimi öyküsü, psikiyatrik yatış öyküsü ve sayısı, şu anda kullandığı ilaçlar soruları kapsamaktadır [Ek-2].

3.8.2.2. DSM-IV eksen tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I)

SCID-I, 1997'de, First ve ark. tarafından geliştirilen DSM-IV'e yönelik olarak hazırlanan şu anda veya yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır.

3.8.2.3. Empati Ölçeği (EQ)

Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve empatiyi ölçen 40 soru ve çeldirici özellikte 20 soruyu içeren bir öz bildirim ölçeğidir. EQ, empatiyi ölçmeye yönelik 40 (1, 4, 6, 8, 10-12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25-29, 32, 34-39, 41-44, 46, 48-50, 52, 54, 55, 57-60) ve kişinin testin amacına odaklanmasına engel olmaya yönelik 20 çeldirici maddeden oluşmaktadır. Kişi soruları, iki ucunda “kesinlikle katılıyorum” ve “kesinlikle

katılmıyorum” yanıtları olan 4 seçenek arasından işaretlemektedir. Puanlandırmada sadece empatiyi ölçen 40 soru dikkate alınmaktadır. En az empatik 2 yanıt 0 puan, en empatik yanıt 2, ikinci empatik yanıt 1 puan verilir. Ölçekten alınabilen toplam puan 0 ile 80 arasında 59 değişmektedir. Maddelerin bir kısmında “kesinlikle katılıyorum” bazılarındaysa “kesinlikle katılmıyorum” empatik bir yanıtı işaret etmektedir. Empati Ölçeğinin (EQ) Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve öngeçerliği Bora ve Baysan tarafından 2007 yılında gerçekleştirilmiştir (333) [Ek-3].

3.8.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Hisli (30) tarafından yapılmıştır. Yirmi bir sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmekte olup ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yirmi bir ve üzerindeki puanlar orta şiddette ya da ağır depresyonun varlığına işaret etmektedir (334) [Ek-4].

3.8.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck, Epstein, Brown ve Steer (335) tarafından geliştirilen Beck Anksiyete ölçeği WSKÖ’nin benzer ölçek geçerliliği çalışmasında kullanılmıştır. Beck anksiyete ölçeği 21 maddeden, sübjektif anksiyete ve somatik belirtiler isimli iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanından alınan yüksek değerler yüksek kaygı düzeyini gösterirken alınan düşük değerler ise düşük kaygı düzeyine işaret etmektedir. Ulusoy (1993) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin orijinal formundaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .92, test tekrar test güvenirlik katsayıları $r = .75$ ve $r = .67$ düzeyinde olduğu belirtilirken Türkiye’de yürütülen uyarlama çalışmasında ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93, test tekrar test güvenirliği ise .57 olarak raporlaştırılmıştır. Ölçeğin madde toplam korelasyon katsayılarının .45 - .72 arasında değerlere sahip olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada Beck anksiyete ölçeğinin toplam puan için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .89, olarak hesaplanmıştır [Ek-5].

3.8.2.6. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Kaygı için 24, kaçınma için 24 olmak üzere toplam 48 sorudan oluşan Likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Çeşitli sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulamaktadır. İlki sosyal ortamlarda yaşanan kaygı düzeyini, ikincisi kaçınma davranışının şiddetini ölçmeye yönelik iki alt ölçek içermektedir. Her bir soru 1 ile 4 arası puan verilerek hesaplanır ve her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ve 72 arasında değişebilmektedir. Bu şekilde toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında değişebilmektedir. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Ölçek Liebowitz tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Heimberg ve arkadaşları (1999), Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (336). Ölçeğin Türkçe versiyonunun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır [Ek-6].

3.8.2.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlama çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin 12 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar: “Benlik Saygısı, Kendilik Kavramı Sürekliliği, Eleştiriye Duyarlılık, Tartışmalara Katılma, Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme, İnsanlara Güven Duyma, Depresif Duygulanım, Hayalperestlik, Ana-Baba İlgisi, Babayla ilişkisi, Psişik İzolasyon ve Psikosomatik Belirtiler” göstermedir. Bu araştırmada benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Rosenberg benlik saygısı ölçeğinden yüksek puan düşük benlik saygısını göstermektedir. Rosenberg Benlik Saygısı alt testinden yanıtlar 0-6 puan ile değerlendirilir. Puanların yorumlanmasında; 0-1 puan alanların “yüksek”; 2-4 puan alanların “orta”, 5-6 puan alanların ise “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir [Ek-7].

3.8.2.8. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

DEHB ile ilişkili erişkinlerin çocukluk çağındaki belirti ve bulgularını değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir. İlk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır (337). Her bir maddesinin 0 ile 4 arasında derecelendirildiği (0=hiç, 4=aşırı)

beşli likert tipinde cevaplanan bir özbildirim ölçeğidir. DEHB tanısı için kesme puanı 46 ve üstü gerekmektedir. WUDÖ'nun hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (338). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 saptanmıştır (339) [Ek-8].

3.8.2.9. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve araştırmalarda kullanılmak üzere çok sayıda yapılandırılmış yada yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi bulunmaktadır. Bu görüşme ölçekleri arasında K-SADS-PL oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. K-SADS-PL çocuk ve ergenlerin DSM-III-R (APA 1987) ve DSM-IV (APA 1994) tanıölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. DSM-IV, 1994 yılında yayımlandıktan sonra K-SADS-PL Kaufman ve arkadaşları tarafından K-SADS-P'den uyarlanmıştır. Kaufman ve arkadaşları (1997) K-SADS-PL'nin geçerli ve güvenilir bir tanı ölçeği olduğunu bildirmişlerdir.

Form üç bölümden oluşmaktadır. 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan 'tanı amaçlı tarama görüşmesi' 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla aşağıdaki 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır: Duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Her bir tanı için DSM-III-R (APA 1987) ve DSM-IV (APA 1994) tanı ölçütleri verilmiştir. Kişinin şu andaki işlev düzeyini belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise 'çocuklar için genel değerlendirme ölçeği' olarak adlandırılır. K-SADS-PL belirti şiddetini "yok", "eşik altı" ve "eşik" şeklinde derecelendirir, tanı konulan bireylerde

belirtilerin varlığına ilişkin bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. Testin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Bahar Gökler, Fatih Ünal, Berna Pehlivan Türk, Ebru Çengel Kültür, Devrim Akdemir, Yasemen Taner tarafından yapılmıştır (144).

Bu yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi çocuk ve ergenlerin yanı sıra erişkinde de kullanılabilir. Literatürlerde bu formun erişkinlerde de kullanıldığı bir çok çalışma mevcuttur (17, 18, 340). Çalışmamızda DEHB'in SAB gibi genellikle süregen karakterde olan ve çocukluk çağından itibaren etkileri olan bir bozuklukla ilişkisi değerlendirileceği için DEHB belirtilerinin çocukluk çağındaki etkilerini de değerlendirebilen K-SADS-PL ölçeğinin kullanılmasının uygun olacağı düşünüldü. Çalışmamızda SAB ön tanısıyla yönlendirilmiş hastalarda tanıyı doğrulamak amacıyla tüm katılımcılara, anksiyete modülünün SAB bölümü ve DEHB komorbiditesi araştırmak için davranış bozuklukları modülünün dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bölümünü uygulayacağız.

3.8.2.10. DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri

Erişkin DEHB hastalığında DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri hastalığın şiddetini ölçmeye yaramaktadır [Ek-9]. Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Atilla Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır:

1. Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM IV'deki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş, toplam 9 madde vardır.
2. Bölüm: Aşırı Hareketlilik/ Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV'deki aşırı hareketlilik belirtileri alınmış toplam 9 maddeden oluşmaktadır.
3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

3.9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.9.1. Bağımlı değişkenler

DEHB eşlik etme durumu: Bu çalışmanın temel bağımlı değişkeni olarak “SAB hastalarına DEHB eşlik etme durumu” dur. Bu durum klinik görüşme ve DSM-IV’e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri aracılığı ile değerlendirilmiştir.

3.9.2. Bağımsız değişkenler

Cinsiyet (erkek ve kadın seçenekleriyle kategorik olarak), doğum tarihi (açık uçlu), doğum yeri (açık uçlu), toplam öğrenim yılı (açık uçlu), mezun olduğu okul (açık uçlu), meslek (açık uçlu), medeni durum (bekar, evli, dul, boşanmış ve ayrı yaşıyorseçenekleriyle kategorik olarak), çocuk sayısı (açık uçlu), çalışma durumu (çalışıyor, işsiz, çalışmıyor, ev hanımı, emekli ve öğrenci seçenekleriyle kategorik olarak), ailenin gelir düzeyi (gelir giderden az, gelir gidere denk, gelir giderden fazla seçenekleriyle kategorik olarak), yaşadığı il (açık uçlu), yaşadığı il yıl sayısı (açık uçlu), yaşadığı il (kent içi, varoş, kasaba, köy seçenekleriyle kategorik olarak), göç öyküsü (var, yok seçenekleriyle kategorik olarak), göç öyküsü yaşı (açık uçlu), yaşadığı kişiler (son 10 yıl ve çoğunlukla, eş/çocuklar, anne/baba/kardeşler, arkadaşlar, yalnız ve yurt/kurumseçenekleriyle kategorik olarak), psikoaktif madde (nikotin, alkol, esrar, kokain, ekstazi, opiat) kullanım öyküsü (yok, var seçenekleriyle kategorik, var şeklinde cevap verenler de adet/gün/yıl açık uçlu olarak, süre yıl cinsinden açık uçlu olarak), sorgulanmıştır. Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü (var ve yok seçenekleriyle kategorik olarak), birinci derece akrabasında psikiyatrik hastalık olanların hangi hastalık olduğu (BP, UP, siklotomi, distimi, şizofreni, panik bozukluk, alkol kullanımı, madde kullanımı, intihar öyküsü, yeme bozukluğu, diğer seçenekleriyle kategorik olarak), ikinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü (var ve yok seçenekleriyle kategorik olarak), ikinci derece akrabasında psikiyatrik hastalık olanların hangi hastalık olduğu (BP, UP, siklotomi, distimi, şizofreni, panik bozukluk, alkol kullanımı, madde kullanımı, intihar öyküsü, yeme bozukluğu, diğer seçenekleriyle kategorik olarak), geçmiş diğer psikiyatrik öyküsü (yetersiz bilgi, yok, eşikaltı, var seçenekleriyle kategorik olarak), geçmiş diğer psikiyatrik öyküsü olanların ne öyküsü olduğu (panik bozukluk, Sosyal Anksiyete, okb, yeme bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, psikoz, hipokondriasis, kişilik bozukluğu, PTSD, intihar öyküsü, alkol-madde kullanımı, diğer seçenekleriyle kategorik

olarak), geçmiş psikiyatrik öyküsü olanların ilk tedavi yaşı (yıl cinsinden, açık uçlu), geçmiş psikiyatrik öyküsü olanların hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay cinsinden, açık uçlu), çocukluk psikiyatrik tanı (yetersiz bilgi, yok, eşikaltı, var seçenekleriyle kategorik olarak), nörolojik tanı öyküsü (var, yok seçenekleriyle kategorik olarak), nörolojik tanı öyküsü olanlarda ne öyküsü olduğu (açık uçlu), psikiyatrik tanı harici diğer tanı öyküsü (var, yok seçenekleriyle kategorik olarak), psikiyatrik tanı harici diğer tanı öyküsü olanlarda ne öyküsü olduğu (açık uçlu), intihar girişimi (var ve yok seçenekleriyle kategorik olarak ayrıca intihar girişimi sayısı ve türü açık uçlu olarak), psikiyatrik yatış öyküsü ve sayısı (açık uçlu), şu anda tedavi alma durumu (evet ve hayır seçenekleriyle kategorik olarak), tedavi alanların tedavi alma süresi (açık uçlu), hastaların kullandıkları ilaçlar (açık uçlu) sorgulanmıştır.

3.10. Araştırma Takvimi

Faaliyet	Eylül 2016	Aralık 2016	Şubat 2017-Ekim 2017	Ekim 2017	Kasım 2017
Tez konusunun belirlenmesi	X				
Veri toplama araçlarının hazırlanması	X				
Etik kurul başvurusunun yapılması		X			
Verilerin Toplanması			X		
Veri tabanı hazırlanması ve veri girişi				X	
Veri analizi				X	X
Araştırma raporunun yazımı				X	X

3.11. Araştırma Bütçesi ve Destekler

Araştırmanın maddi giderlerinin karşılanabilmesi için herhangi bir destek alınmamıştır.

3.12. Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğugörsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri için normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca, minimum ve maksimumkullanılarak gösterilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli

değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının karşılaştırılmasında Student-t Testi, bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek için normal dağılım göstermeyenlerde Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük saptanması koşulu aranmıştır.



4. BULGULAR

4.1. SAB Hastalarının ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

Çalışma 28 katılımcıyla yapılmış olup, bunlardan 13'ünün SAB, 15'inde SAB'a eşlik eden DEHB tanıları mevcuttu. SAB hastalarının %53,8'i, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %66,7'si kadındı. Her iki grupta bekarlar çoğunlukta olup, SAB hastalarının %61,5'i, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %86,7'si bekindir. Her iki grupta çocuk mevcut olmama durumu yüksek, çocuk mevcut olma durumu düşük ve benzer bulundu. Çalışma durumu değerlendirildiğinde; SAB hastalarının %38,5'i çalışmakta iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %26,7'si çalışmaktaydı. SAB grubunda ilçe/belde/köyde doğanlar %53,8 oran ile çoğunlukta iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarında il merkezinde doğanlar %66,7 oran ile çoğunlukta bulundu. Her iki gruptaki katılımcıların çoğunluğu kent içi alanda yaşadığını belirtmekteydi. SAB hastalarının %69,2'si, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %86,7'si kent içinde yaşamaktaydı. Ayrıca; her iki grup katılımcılar ağırlıklı ailesi ile birlikte yaşadığını belirtti. Her iki grupta nikotin tüketmeyenlerin ve alkol kullanmayanların oranı daha yüksek bulundu. Sosyo-ekonomik durum değerlendirildiğinde; geliri gidere denk olanlar her iki grupta çoğunlukta olup ve yakın değerlerde bulundu. Eğitim durumu incelendiğinde lise ve lisans mezunu olanlar eğitim durumu yüksek, ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olanlar eğitim durumu düşük olarak tanımlandı. Eğitim durumu yüksek olanlar her iki grupta çoğunlukta bulunmuş olup, SAB hastalarının %84,6'sının eğitim durumu yüksek iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %73,3'ünün eğitim durumu düşük bulundu. Göç öyküsü incelendiğinde SAB hastalarının %76,9'unda, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %40,0'ında göç öyküsü bulunmamaktaydı. Her iki hasta grubu sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılmış; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, katılımcıların yetiştiği çevre, doğum yeri, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, katılımcıların son 10 yıl içerisinde birlikte yaşadığı kişiler, nikotin ve alkol kullanma durumu bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ancak göç öyküsü durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=3,877$, $p=0,049$). Ayrıntılar Tablo I'de verilmiştir.

Tablo I. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılması

	SAB		SAB+DEHB		χ^2	df	p
	s	%	s	%			
Cinsiyet							
Kadın	7	53,8	10	66,7	0,480	1	0,488
Erkek	6	46,2	5	33,3			
Doğum yeri							
İl	6	46,2	10	66,7	-	-	0,445 ^σ
İlçe/Belde/Köy	7	53,9	5	33,3			
Medeni durum							
Bekar	8	61,5	13	86,7	-	-	0,198 ^σ
Bekar olmayan	5	38,5	2	13,3			
Eğitim durumu							
Eğitim durumu düşük	2	15,4	4	26,7	-	-	0,655 ^σ
Eğitim durumu yüksek	11	84,6	11	73,3			
Çocuk mevcut olma durumu							
Evet	2	84,6	2	86,7	-	-	1,000 ^σ
Hayır	11	15,4	13	13,3			
Göç öyküsü							
Var	3	23,1	9	60,0	3,877	1	0,049
Yok	10	76,9	6	40,0			
Çalışma durumu							
Çalışıyor	5	38,5	4	26,7	-	-	0,689 ^σ
Çalışmıyor	8	61,5	11	73,3			
Katılımcıların yaşadığı çevre							
Kent içi	9	69,2	13	86,7	-	-	0,372 ^σ
Belde/Köy	4	30,8	2	13,3			
Sosyoekonomik durum							
Gelir giderden az	2	15,4	4	26,7	0,526	2	0,769
Gelir gidere denk	8	61,5	8	53,3			
Gelir giderden fazla	3	23,1	3	20,0			
Katılımcıların birlikte yaşadığı kişiler (son 10 yıl ve çoğunlukla)							
Ailesi ile yaşayanlar	9	69,2	10	66,7	-	-	1,000 ^σ
Ailesi ile yaşamayanlar	4	30,8	5	33,3			
Sigara kullanma durumu							
Sigara kullanıyor	2	15,4	7	46,7	-	-	0,114 ^σ
Sigara kullanmıyor	11	84,6	8	53,3			
Alkol kullanma durumu							
Alkol kullanıyor	0	0,0	4	26,7	-	-	0,102 ^σ
Alkol kullanmıyor	13	100,0	11	73,3			

^σFisher's Exact Test

Katılımcıların akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulandı, akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu her iki grupta da düşük bulundu. SAB hastalarında bu oran %23,1 iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarında %40,0'dır. SAB hastalarının % 15,4'ünün, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının % 33,3'ünün birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunan kişiler ağırlıklı olarak annelerdi. İkinci derece akrabalarında

psikiyatrik hastalık öyküsü SAB hastalarının %23,1'inde, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %20,0'sinde tespit edildi. İntihar girişiminde bulunan kişi sayısı incelendiğinde; SAB hastalarında intihar girişim öyküsü bulunmazken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarında %6,7 bulunmuştur. Her iki grupta da geçmiş psikiyatrik öykü mevcut olma durumu çoğunlukta tespit edildi. SAB hastalarının % 69,2'sinde, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının % 66,7'sinde geçmiş psikiyatrik öykü mevcuttu. Psikiyatrik yatış öyküsü her iki grupta çok düşük bulundu. Her iki grupta çocukluğunda psikiyatrik tanı mevcut olma durumu düşük bulunmuştur ve SAB hastalarının %15,4'ünde, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının %20,0'sinde çocukluğunda psikiyatrik tanı mevcuttu. Ancak gruplardaki hastaların hiçbiri çocukluk çağında DEHB tanısı almamıştır. Ayrıca; ek hastalık bulunma durumu her iki grupta da düşük düzeyde gözlendi. SAB'a eşlik eden DEHB hasta grubunda %26,7 oranında iken, SAB grubunda %7,7 oranındaydı. Hastalara şu an tedavi alıp almadıkları sorulduğunda her iki gruptaki hastaların tamamı tedavi aldıklarını belirtti. Ancak; geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu, psikiyatrik yatış öyküsü bulunma durumu, çocukluğunda psikiyatrik tanı mevcut olma durumu, akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu, her iki grup arasında birinci derece ve ikinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu, psikiyatrik hastalık öyküsünün kimde olduğu, intihar girişiminde bulunma durumu, ek hastalık bulunma durumu ve şu anda tedavi alma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilemedi. Ayrıntılar Tablo II'de verilmiştir.

Tablo II. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının soygeçmişi ve özgeçmişi değerlendirmesi ile tedavi alma durumu, psikiyatrik yatış öyküsü, intihar girişimi öyküsü ve ek hastalık mevcut olma durumu değerlendirmesi

		SAB		SAB+DEHB		χ^2	df	p
		s	%	s	%			
Geçmiş psikiyatrik öykü								
	Var	9	69,2	10	66,7	-	-	0,604 ^σ
	Yok	4	30,8	5	33,3			
Psikiyatri yatış öyküsü								
	Var	2	15,4	0	0,0	-	-	0,206 ^σ
	Yok	11	84,6	15	100,0			
Akraba psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?								
	Var	3	23,1	6	40,0	-	-	0,435 ^σ
	Yok	10	76,9	9	60,0			
Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü								
	Var	2	15,4	5	33,3	-	-	0,258 ^σ
	Yok	11	84,6	10	66,7			
Çocukluk psikiyatrik tanı								
	Yetersiz bilgi	4	30,8	3	20,0	0,452	2	0,798
	Yok	7	53,8	9	60,0			
	Eşikaltı/Var	2	15,4	3	20,0			
İkinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü								
	Var	3	23,1	3	20,0	-	-	0,600 ^σ
	Yok	10	76,9	12	80,0			
İntihar girişim öyküsü								
	Var	0	0,0	1	6,7	0,899	1	0,343
	Yok	13	100,0	14	93,3			
Ek hastalık mevcut olma durumu								
	Evet	1	7,7	4	26,7	-	-	0,333 ^σ
	Hayır	12	92,3	11	73,3			
Şu an tedavi alıyor mu?								
	Evet	13	100,0	15	100,0	-	-	1,000 ^σ
	Hayır	0	0,0	0	0,0			

^σFisher's Exact Test

Sayısal değişkenlerin dağılımları incelendiğinde yaş, göç öyküsü yaşı, toplam öğrenim yılı, yaşadığı il yıl sayısı ve hastalık belirtisi verme ile tedavi alması arası geçen süre normal dağılmaz iken, tedavi yaşı ve SAB başlangıç yaşı normal dağılmaktaydı. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastaları, yaş, göç öyküsü yaşı, toplam öğrenim yılı, yaşadığı il yıl sayısı ve SAB başlangıç yaşı bakımından karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiş olup, tedavi yaşı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($t=2,223$, $p=0,035$). SAB hastalarında tedavi yaşı ortalaması $25,0\pm6,3$ iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarında $20,2\pm5,1$ 'dir. Her iki grup hastalık belirtisi verme ile tedavi alması arası geçen süre bakımından karşılaştırıldığında; SAB hastalarında bu süre ortalamaları SAB'a eşlik eden DEHB hastalarından daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulundu (**u=27,0, p=0,001**). Belirti tedavi arası geçen süre SAB hastalarında ortalama 56,3±33,3 ay iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarında 23,1±29,4 ay olarak bulundu. Ayrıntılar tablo III'te verilmiştir.

Tablo III. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının yaş, göç öyküsü yaşı, toplam öğrenim yılı, yaşadığı il yıl sayısı, tedavi yaşı ve belirti verme tedavi alma arası geçen süre açısından değerlendirilmesi

	Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	u	df	p
Yaş	SAB	13	27,9	7,5	28,0	18,0-43,0	-	69,0	-	0,187
	SAB+DEHB	15	25,2	8,4	22,0	19,0-48,0				
Göç öyküsü yaşı	SAB	3	20,3	4,0	18,0	18,0-25,0	-	8,5	-	0,346
	SAB+DEHB	9	15,0	6,9	18,0	5,0-25,0				
Toplam öğrenim yılı	SAB	13	13,5	2,7	14,0	8,0-17,0	-	96,0	-	0,944
	SAB+DEHB	15	12,8	3,9	14,0	5,0-17,0				
Yaşadığı il yıl sayısı	SAB	13	17,6	11,1	20,0	2,0-38,0	-	69,5	-	0,196
	SAB+DEHB	15	13,2	12,4	10,0	1,0-40,0				
Tedavi yaşı	SAB	13	25,0	6,3	24,0	18,0-40,0	2,223	-	26,0	0,035^o
	SAB+DEHB	15	20,2	5,1	20,0	15,0-36,0				
Belirti-tedavi geçen süre (ay)	SAB	13	56,3	33,3	48,0	24,0-120,0	-	27,0	-	0,001
	SAB+DEHB	15	23,1	29,4	12,0	1,0-96,0				
SAB başlangıç yaşı	SAB	13	20,3	5,5	19,0	12,0-32,0	1.037	-	26,0	0,309 ^o
	SAB+DEHB	15	18,4	4,1	18,1	12,0-28,0				

^oStudent T Test

SAB hastası olanların %7,7'sinde ek hastalık mevcut iken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarında %26,7 olarak bulundu. Katılımcılarda ek hastalık olarak astım, distoni (ilaca bağlı), hipertiroidi, mitral valv prolapsusu (kardiyak sorun), selektif İg A eksikliği tespit edildi. Katılımcıların birinci derece akrabalarında bulunan psikiyatrik hastalıklarda en sık %30,0 ile bipolar iken, ikinci derece akrabalarında en sık %50,0 ile Panik bozukluktu. Ayrıntılar tablo IV'te verilmiştir.

Tablo IV. Katılımcılarda bulunan ek hastalıkların, onların birinci derece ve ikinci derece akrabalarında bulunan psikiyatrik hastalıkların dağılımı

	s	%
Katılımcıların birinci derece akrabalarında bulunan psikiyatrik hastalıkların dağılımı		
Bipolar	3	30,0
Unipolar	2	20,0
DEHB	1	10,0
Obsesif kompulsif bozukluk	1	10,0
Panik bozukluk	1	10,0
Şizofreni	1	10,0
Distimi	1	10,0
Katılımcıların ikinci derece akrabalarında bulunan psikiyatrik hastalıkların dağılımı		
Panik bozukluk	3	50,0
Şizofreni	1	16,7
Distimi	1	16,7
Alkol	1	16,7
Ek hastalık dağılımı		
Astım	1	20,0
Distoni (İlaça bağlı)	1	20,0
Hipertiroidi	1	20,0
MVP (Kardiyak sorun)	1	20,0
Selektif igA eksikliği	1	20,0

**Sütun yüzdesi alınmıştır*

Düzenli ilaç kullandığını belirten 26 katılımcının kullandıkları ilaçların ve ilaç kombinasyonlarının dağılımı tablo V’te verilmiştir. Her iki gruptaki hastaların tümü çocukluk döneminde DEHB tedavisi almaz iken, SAB + DEHB grubunda 2 hasta erişkin dönemde DEHB tedavisi almaktadır.

Tablo V. Katılımcıların kullandıkları ilaçlar ve ilaç kombinasyonlarının dağılımı

	s	%
Katılımcıların kullandıkları ilaçların dağılımı (s=28)		
Essitalopram 10 mg/gün	4	14,3
Sertralin 50 mg/gün	4	14,3
Fluoksetin 20 mg/gün	4	14,3
Paroksetin 20 mg/gün	4	14,3
Paroksetin 40 mg/gün	2	7,1
Sertralin 75 mg/gün	1	3,6
Fluoksetin 20 mg/gün, Amisulprid 100 mg/gün	1	3,6
Fluoksetin 20 mg/gün, Olanzapin 2,5 mg/gün	1	3,6
Paroksetin 10 mg/gün	1	3,6
Paroksetin 20 mg/gün, metilfenidat 10 mg/gün	1	3,6
Venlafaksin 112,5 mg/gün	1	3,6
Venlafaksin 75 mg/gün	1	3,6
Venlafaksin 37,5 mg/gün	1	3,6
Valproik asit 1250 mg/gün, Sertralin 25 mg/gün	1	3,6
Metilfenidat 10 mg/gün	1	3,6

**Sütun yüzdesi alınmıştır*

Katılımcıların DEHB alt tipleri incelendiğinde dikkat eksikliği alt tipi oranı % 60,0 iken, karma alt tipinde bu oran % 40,0'dır. SAB alt tipleri incelendiğinde yaygın alt tipi % 33,3 , yaygın olmayan alt tipi % 66,7 oranında bulundu. Ayrıntılar tablo VI'da verilmiştir.

Tablo VI. DEHB alt tipleri ve SAB alt tiplerinin dağılımı

	s	%
DEHB alt tipi		
Dikkat eksikliği	9	60,0
Hiperaktivite/Dürtüsellik	0	0,0
Karma	6	40,0
SAB alt tipi		
Yaygın	5	33,3
Yaygın olmayan	10	66,7

**Sütun yüzdesi alınmıştır*

4.2. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının SAB Alt Tipleri, Liebowitz Ölçek Bakımından Karşılaştırılması

Her iki grup SAB alt tipi bakımından karşılaştırılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,700$). SAB yaygın alt tipi SAB + DEHB grubunda çoğunlukta, yaygın olmayan alt tipi SAB grubunda çoğunlukta bulundu. Ayrıntılar tablo VII'da verilmiştir.

Tablo VII. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının SAB alt tipi bakımından değerlendirilmesi

	SAB		SAB+DEHB		χ^2	df	p
	s	%	s	%			
SAB alt tipi							
Yaygın	7	41,2	10	58,8	-	-	0,700 ^o
Yaygın olmayan	6	54,5	5	45,5			

^oFisher's Exact Test

Liebowitz ve alt ölçek puanları her iki grupta normal dağılmakta olup, iki grup karşılaştırıldı ve iki grup arasında bu puanlar bakımından anlamlı fark tespit edilemedi. Ayrıntılar tablo VIII'de verilmiştir.

Tablo VIII. SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının LSAÖ ve alt ölçekleri puanları bakımından karşılaştırılması

	Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	df	P
LSAÖ	SAB	13	124,3	33,8	129,0	72,0-178,0	0,905	26,0	0,374
	SAB+DEHB	15	114,6	22,6	121,0	74,0-155,0			
Kaygı performans	SAB	13	36,3	8,4	38,0	21,0-47,0	0,819	26,0	0,421
	SAB+DEHB	15	33,9	6,8	33,0	22,0-45,0			
Kaygı sosyal etkileşim	SAB	13	30,0	9,4	31,0	17,0-43,0	1,017	26,0	0,318
	SAB+DEHB	15	27,0	6,5	26,0	18,0-40,0			
Kaygı toplam	SAB	13	66,3	17,4	68,0	41,0-87,0	0,957	26,0	0,347
	SAB+DEHB	15	60,9	12,6	60,0	40,0-83,0			
Kaçınma performans	SAB	13	31,7	9,5	29,0	17,0-50,0	0,673	26,0	0,507
	SAB+DEHB	15	29,7	6,3	30,0	17,0-39,0			
Kaçınma sosyal etkileşim	SAB	13	26,1	8,6	26,0	14,0-41,0	0,967	26,0	0,342
	SAB+DEHB	15	23,4	6,3	23,0	13,0-35,0			
Kaçınma toplam	SAB	13	57,6	17,7	56,0	31,0-91,0	0,910	26,0	0,371
	SAB+DEHB	15	52,4	13,0	53,0	29,0-72,0			

4.3. SAB ve SAB’a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Empati Q Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması

SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının Empati Q ölçek puanı bakımından karşılaştırması yapılmış olup, bu puanlarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($t=2,305$, $p=0,029$). SAB hastalarının puan ortalamaları SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının puan ortalamalarından daha yüksekti. Ayrıntılar tablo IX’da verilmiştir.

Tablo IX. SAB ve SAB’ye eşlik eden DEHB hastalarının Empati Q ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması

Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	df	p
SAB	13	41,0	10,0	41,0	21,0-62,0	2,305	26,0	0,029
SAB+DEHB	15	32,0	10,0	31,0	21,0-60,0			

Korelasyon değerlendirmesi Spearman Korelasyon Testi ile yapılmış olup ayrıntıları Tablo X’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde empati puanları ile Beck depresyon ölçek puanları ve Wender Utah ölçek puanları arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Beck depresyon ölçek puanları ile Beck anksiyete, Wender Utah, Rosenberg ve DSM IV DEHB toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Ayrıca LSAÖ puanı ile hiçbir ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon saptanmadı.

Tablo X. Katılımcıların ölçekler ve alt boyutlarından aldıkları puanların korelasyon değerlendirmesi (s=28)

	BDÖ	BAÖ	LSAÖ	Wender Utah	Empathy Q	Rosenberg	DSM4-DEHB Toplam
BDÖ	1,000	0,559**	0,327	0,522**	-0,430*	0,740**	0,420*
BAÖ	0,559**	1,000	0,299	0,308	0,022	0,454*	0,255
LSAÖ	0,327	0,299	1,000	0,166	-0,244	0,203	0,043
Wender Utah	0,522**	0,308	0,166	1,000	-0,402*	0,300	0,601**
Empathy Q	-0,430*	0,022	-0,244	-0,402*	1,000	-0,165	-0,356
Rosenberg	0,740**	0,454*	0,203	0,300	-0,165	1,000	0,262
DSM4-DEHB Toplam	0,420*	0,255	0,043	0,601**	-0,356	0,262	1,000

*p<0,05 **p<0,01

SAB alt tipleri Empati Q ölçek puanı bakımından karşılaştırması yapılmış olup, bu puanlarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilemedi. SAB kısıtlı alt tipi puan ortalamaları SAB yaygın alt tipi puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Ayrıntılar tablo XI’de verilmiştir.

Tablo XI. Sosyal anksiyete alt tiplerinin Empati Q ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması

SAB alt tipi	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	Df	p
Kısıtlı	11	38,4	13,9	40,0	21,0-62,0	0,876	26,0	0,389
Yaygın	17	34,7	8,4	33,0	21,0-54,0			

4.4. SAB ve SAB’a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması

SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği puan bakımından karşılaştırması yapılmış olup, bu puanlarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının puan ortalamaları SAB hastalarının puan ortalamalarından daha yüksekti. Ayrıntılar tablo XII’de verilmiştir.

Tablo XII. SAB ve SAB’a eşlik eden DEHB hastalarının Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması

Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	df	p
SAB	13	1,8	1,0	2,0	0,0-3,5	-1,444	26,0	0,161
SAB+DEHB	15	2,4	1,0	2,1	0,7-4,1			

SAB alt tiplerine göre Rosenberg Benlik Saygısı ölçek puanı karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilemedi. SAB yaygın alt tipinde Rosenberg benlik saygısı ölçek puanı kısıtlı alt tipine göre daha yüksek bulundu. Ayrıntılar tablo XIII’de verilmiştir. SAB alt tipleri benlik saygısı düzeyleri bakımından karşılaştırılmış olup iki grup arasında anlamlı fark tespit edilemedi. Ayrıntılar tablo XIV’de verilmiştir.

Tablo XIII. SAB alt tiplerinin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması

SAB alt tipi	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	Df	p
Kısıtlı	11	1,9	0,7	2,0	0,5-3,6	-1,019	25,9	0,318
Yaygın	17	2,3	1,1	2,6	0,0-4,1			

Tablo XIV. SAB alt tiplerinin benlik saygısının “yüksek değil” ve “yüksek” şeklinde dağılımı

	SF kısıtlı		SF yaygın		χ^2	df	p
	s	%	s	%			
Benlik saygısı düzeyleri							
Benlik saygısı yüksek	5	45,5	7	41,2	-	-	1,000 ^o
Benlik saygısı yüksek değil	6	54,5	10	58,8			

^oFisher’s Exact Test

SAB şiddet düzeyini çok şiddetli olan (LSAÖ puanı 95+ olan) ve olmayan şeklinde gruplandırdık. SAB şiddet düzeylerine göre Rosenberg ölçek puanı karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (**t=-2,147, p=0,041**). SAB çok şiddetli olanlarda Rosenberg Benlik Saygısı ölçek puanı çok şiddetli olmayanlara göre daha yüksek ve sırasıyla 2,4±1,0, 1,4±0,5 bulundu. Ayrıntılar tablo XV’de verilmiştir.

Tablo XV. Sosyal anksiyete şiddet düzeyine göre Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği puan ortalamaları bakımından karşılaştırılması

SAB şiddet düzeyi	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	Df	p
Çok şiddetli olmayan	6	1,4	0,5	1,4	0,5-2,0	-2,147	26,0	0,041
Çok şiddetli	22	2,4	1,0	2,3	0,0-4,1			

Grupların benlik saygısı düzeyleri dağılımı incelendiğinde; SAB’ı olan grupta yüksek benlik saygısı %46,2, orta benlik saygısı %53,8 iken, SAB’a eşlik eden DEHB grubunda yüksek benlik saygısı % 40,0, orta benlik saygısı % 60 bulundu. Ayrıntılar tablo XVI’da verilmiştir. Gruplar arasında benlik saygısı düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilemedi. Ayrıntılar tablo XVII’de verilmiştir.

Tablo XVI. Grupların benlik saygısı düzeylerinin dağılımı

	SAB		SAB+DEHB	
	s	%	s	%
Benlik saygısı düzeyleri				
Yüksek benlik saygısı	6	46,2	6	40,0
Orta benlik saygısı	7	53,8	9	60,0
Düşük benlik saygısı	0	0,0	0	0,0

Tablo XVII. Gruplar arasında benlik saygısının “yüksek değil” ve “yüksek” şeklinde dağılımı

	SAB		SAB+DEHB		χ^2	df	p
	s	%	s	%			
Benlik saygısı düzeyleri							
Benlik saygısı yüksek	6	46,2	6	40,0	-	-	1,000 ^σ
Benlik saygısı yüksek olmayan	7	53,8	9	60,0			

^σFisher's Exact Test

4.5. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması

SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeği puan bakımından karşılaştırması yapılmış olup, Beck Anksiyete ölçek puanı her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olup ($p=0,079$), Beck Depresyon ölçek puanı arasında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-2,551$, $p=0,017$). SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeği puan ortalamaları SAB hastalarının puan ortalamalarından daha yüksek bulundu. Ayrıntılar tablo XVIII'de verilmiştir. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarından SCID1'de depresyon eş tanısı mevcut olanlar dışlandıktan sonra her iki grubun Beck Depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması yapılmış olup her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($u=22,5$, $p=0,049$). Ayrıntılar tablo XIX'da verilmiştir.

Tablo XVIII. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	u	df	p
BDÖ	SAB	13	14,0	9,0	12,0	1,0-29,0	-2,551	-	26,0	0,017
	SAB+DEHB	15	23,0	10,0	25,0	6,0-39,0				
BAÖ	SAB	13	17,0	15,0	12,0	1,0-54,0	-	59,5	-	0,079 ^σ
	SAB+DEHB	15	22,0	7,0	21,0	10,0-33,0				

^σMann Whitney U

Tablo XIX. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarından SCID1'de depresyon eş tanısı mevcut olanlar dışlandıktan sonra her iki grubun Beck Depresyon ölçeği puanlarının karşılaştırılması

	Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	u	df	p
BDÖ	SAB	12	14,0	9,0	12,0	1,0-29,0	22,5	-	0,049
	SAB+DEHB	8	22,0	11,0	20,0	12,0-37,0			

4.6. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının SCID 1 Eştanı Varlığı Bakımından Karşılaştırılması

Katılımcıların SCID 1 eş tanı mevcut olma durumu sorgulandı SCID 1 eş tanı mevcut olanların % 27,8'i SAB grubunda iken, % 72,2'si SAB + DEHB grubunda bulundu. Her iki grupta SCID 1 eş tanı mevcut olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p=0,016**). Ayrıntılar Tablo XX'de verilmiştir.

Tablo XX. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının SCID 1 eştanı varlığı bakımından karşılaştırılması

		SAB		SAB+DEHB		χ^2	df	p
		s	%	s	%			
SCID 1 eştanı mevcut olma durumu								
	Var	5	27,8	13	72,2	-	-	0,016 ^σ
	Yok	8	80,0	2	20,0			

^oFisher's Exact Test

SCID 1 eş tanı hastalığı mevcut olanlarda psikiyatrik hastalıklarda en sık %33,3 ile Depresyon ve Distimi olduğu görüldü. Ayrıntılar tablo XXI'te verilmiştir.

Tablo XXI. Katılımcılarda bulunan SCID 1 eştanı mevcut olanların psikiyatrik hastalıkların dağılımı

	s	%
SCİD eş tanı mevcut olanların psikiyatrik hastalık dağılımları		
Depresyon	8	33,3
Distimi	8	33,3
Bipolar bozukluk	2	8,3
Obsesif kompulsif bozukluk	2	8,3
Yaygın anksiyete bozukluğu	2	8,3
Panik bozukluk	1	4,2
Somatoform bozukluk	1	4,2

*Sütun yüzdesi alınmıştır

4.7. SAB ve SAB'a Eşlik Eden DEHB Hastalarının K-SADS Dağılımı Bakımından Karşılaştırılması

Gruplar arası K-SADS dağılımı incelendiğinde; SAB mevcut olan hasta grubunda %46,2 SAB ve DEHB birlikte, %38,5 SAB gözlenirken, SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının mevcut olduğu grupta % 73,0 SAB ve DEHB birlikte, % 26,7 DEHB gözlemlendi. SAB grubunda çocukluk DEHB oranı % 46,2'dir. Ayrıca SAB + DEHB grubunun % 73,0'ünde SAB'ın çocukluk çağında başladığını görüyoruz. Ayrıntılar tablo XXII'te verilmiştir.

Tablo XXII. SAB ve SAB'a eşlik eden DEHB hastalarının K-SADS dağılımı

	SAB		SAB+DEHB		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
K-SADS^o						
Yok	2	15,4	0	0,0	2	7,1
Sosyal Anksiyete	5	38,5	0	0,0	5	17,9
DEHB	0	0,0	4	26,7	4	14,3
Sosyal Anksiyete+DEHB	6	46,2	11	73,0	17	60,7

^oSütun yüzdesi alınmıştır

4.8. K-SADS'a Göre Çocukluk Başlangıçlı SAB Mevcut Olan ve Olmayan Gruplarda Liebowitz Ölçeği ve Alt Ölçekleri Bakımından Karşılaştırılması

K-SADS'a göre SAB'ı mevcut olan ve olmayanlar Liebowitz ölçeği ve alt ölçekleri bakımından karşılaştırması yapıldı ve bu puanlarda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Liebowitz ölçek puanı K-SADS'a göre SAB'ı mevcut olan grupta 122,3±28,6 iken, K-SADS'a göre SAB'ı mevcut olmayan grupta 107,6±25,5'dir. Ayrıntılar tablo XXIII'te verilmiştir.

Tablo XXIII. K-SADS çocukluk başlangıçlı SAB mevcut olan ve olmayanlarda Liebowitz ölçeği ve alt ölçekleri karşılaştırılması

	Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	df	p
Kaygı	K-SADS SAB (-)	6	30,8	6,2	31,0	23,0-41,0	-1,567	26,0	0,129
Performans	K-SADS SAB (+)	22	36,1	7,6	37,5	21,0-47,0			
Kaygı Sosyal	K-SADS SAB (-)	6	26,1	9,3	26,0	17,0-43,0	-0,777	26,0	0,444
Etkileşim	K-SADS SAB (+)	22	29,0	7,7	29,0	18,0-41,0			
Kaygı Toplam	K-SADS SAB (-)	6	57,0	15,4	57,0	41,0-84,0	-1,200	26,0	0,241
	K-SADS SAB (+)	22	65,2	14,7	67,0	40,0-87,0			
Kaçınma	K-SADS SAB (-)	6	28,0	6,2	28,0	17,0-35,0	-0,935	26,0	0,358
Performans	K-SADS SAB (+)	22	31,4	8,2	30,0	17,0-50,0			
Kaçınma Sosyal	K-SADS SAB (-)	6	22,6	5,1	23,0	16,0-28,0	-0,735	26,0	0,469
Etkileşim	K-SADS SAB (+)	22	25,2	8,0	24,5	13,0-41,0			
Kaçınma	K-SADS SAB (-)	6	50,6	11,0	51,0	33,0-63,0	-0,750	26,0	0,460
Toplam	K-SADS SAB (+)	22	56,0	16,3	56,0	29,0-91,0			
Liebowitz	K-SADS SAB (-)	6	107,6	25,5	108,0	74,0-147,0	-1,132	26,0	0,268
	K-SADS SAB (+)	22	122,3	28,6	123,0	72,0-178,0			

4.9. Erişkin Dönemde DEHB Mevcut Olmayan Kişilerden, Çocukluk Döneminde DEHB Mevcut Olan ve Olmayanlarda BDÖ, BAÖ, LSAÖ ve Alt Ölçekleri, WUDÖ, Empati Q Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Ölçeği Bakımından Karşılaştırılması

Erişkin dönemde DEHB mevcut olmayan kişilerden, çocukluk döneminde DEHB mevcut olan ve olmayanlar BDÖ, BAÖ, LSAÖ ve alt ölçekleri, WUDÖ, EQ ölçeği, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, DSM-IV'e dayalı erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme ölçeği bakımından karşılaştırılması yapılmış olup, BDÖ, BAÖ, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, WUDÖ puanları bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (**BDÖ; t=-2,643, p=0,023**) (**BAÖ; t=-2,437, p=0,033**) (**WUDÖ t=-2,492, p=0,030**) (**Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; t=-2,237, p=0,047**). Ayrıntılar tablo XXIV'te verilmiştir.

Tablo XXIV. Erişkin dönemde DEHB mevcut olmayan kişilerden, çocukluk döneminde DEHB mevcut olan ve olmayanlarda BDÖ, BAÖ, LSAÖ ve alt ölçekleri, WUDÖ, Empathy Q ölçeği, Rosenberg benlik saygısı ölçeği, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Ölçeği bakımından karşılaştırılması

	Hastalık	s	Ort.	SS	Ortanca	Min-Max	t	u	df	p
BDÖ	Çocuklukta DEHB (-)	7	8,8	6,8	10,0	1,0-20,0	-2,643	-	11,0	0,023
	Çocuklukta DEHB (+)	6	19,3	7,3	20,0	11,0-19,0				
BAÖ	Çocuklukta DEHB (-)	7	9,5	6,8	10,0	1,0-18,0	-2,437	-	11,0	0,033
	Çocuklukta DEHB (+)	6	26,1	16,5	24,0	10,0-54,0				
Kaygı Performans	Çocuklukta DEHB (-)	7	34,5	10,0	39,0	21,0-47,0	-0,786	-	11,0	0,449
	Çocuklukta DEHB (+)	6	38,3	6,5	37,5	31,0-46,0				
Kaygı Sosyal Etkileşim	Çocuklukta DEHB (-)	7	29,0	10,9	29,0	17,0-43,0	-0,431	-	11,0	0,675
	Çocuklukta DEHB (+)	6	31,3	8,0	31,5	20,0-41,0				
Kaygı Toplam	Çocuklukta DEHB (-)	7	63,5	20,2	68,0	41,0-84,0	-0,613	-	11,0	0,553
	Çocuklukta DEHB (+)	6	69,6	14,4	69,0	51,0-87,0				
Kaçınma Performans	Çocuklukta DEHB (-)	7	31,8	10,5	35,0	17,0-43,0	-	21,0	11,0	1,000 ^σ
	Çocuklukta DEHB (+)	6	31,6	9,2	29,0	24,0-50,0				
Kaçınma Sosyal Etkileşim	Çocuklukta DEHB (-)	7	26,0	9,6	28,0	14,0-41,0	-0,066	-	11,0	0,948
	Çocuklukta DEHB (+)	6	26,3	8,2	23,5	19,0-41,0				
Kaçınma Toplam	Çocuklukta DEHB (-)	7	57,4	19,6	63,0	31,0-83,0	-0,056	-	11,0	0,957
	Çocuklukta DEHB (+)	6	58,0	16,9	52,5	45,0-91,0				
Liebowitz	Çocuklukta DEHB (-)	7	121,4	39,3	138,0	72,0-166,0	-0,328	-	11,0	0,749
	Çocuklukta DEHB (+)	6	127,8	29,2	124,0	99,0-178,0				
WUDÖ	Çocuklukta DEHB (-)	7	20,5	7,9	23,0	9,0-30,0	-2,492	-	11,0	0,030
	Çocuklukta DEHB (+)	6	35,5	13,3	31,0	20,0-55,0				
Empathy Q	Çocuklukta DEHB (-)	7	40,5	10,8	38,0	27,0-62,0	-0,126	-	11,0	0,902
	Çocuklukta DEHB (+)	6	41,3	10,9	43,0	21,0-54,0				
Rosenberg	Çocuklukta DEHB (-)	7	1,3	0,8	1,7	0,0-2,0	-2,237	-	11,0	0,047
	Çocuklukta DEHB (+)	6	2,4	0,9	2,7	1,2-3,5				
DSM4 DEHB 1	Çocuklukta DEHB (-)	7	9,0	4,0	7,0	5,0-15,0	-	12,5	11,0	0,216 ^σ
	Çocuklukta DEHB (+)	6	12,0	3,0	12,0	7,0-15,0				
DSM4 DEHB 2	Çocuklukta DEHB (-)	7	3,7	2,9	3,0	0,0-9,0	-1,441	-	11,0	0,177
	Çocuklukta DEHB (+)	6	6,0	2,6	6,0	3,0-9,0				
DSM4 DEHB 3	Çocuklukta DEHB (-)	7	28,1	12,7	22,0	14,0-49,0	-1,017	-	11,0	0,331
	Çocuklukta DEHB (+)	6	34,6	9,9	36,0	18,0-46,0				
DSM4 DEHB Toplam	Çocuklukta DEHB (-)	7	41,0	16,3	37,0	20,0-67,0	-1,406	-	11,0	0,187
	Çocuklukta DEHB (+)	6	52,6	12,9	57,0	34,0-67,0				

^σMann Whitney U

TARTIŞMA

Bu çalışmada, SAB ve SAB+DEHB hastalarının sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri ve klinik gidişleri belirlenmiş, ölçekler vasıtası ile de iki grubun empati ve benlik saygısı düzeyleri ve bu iki hastalığın birbiri üzerine olan etkisi araştırılmıştır.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlardan en önemlisi grupların küçük olması nedeniyle istatistiksel testlerin gücünün azalması ve pür DEHB grubunun olmamasıdır. Bir diğer kısıtlama ise, verilerin geriye dönük hatırlamaya dayalı olması ve katılımcıların bildirimine dayalı olması nedeniyle sonuçlar etkilenmiş olabilir. Ayrıca, bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olması (saha çalışması olmaması), depresyon eş tanısının tam olarak dışlanamaması, çalışmaya alınan hastaların ilaç-naif olmamaları (klinik belirtiler azalmış olabilir) kısıtlılıklar arasında sayılması gereken noktalardır.

Bu çalışmanın güçlü yönlerine bakıldığında ise; SAB ve SAB+DEHB gruplarını benlik saygısı veya empati düzeyleri açısından karşılaştıran çalışma sayısının yetersiz olmasıdır. Çocuk ve ergen DEHB’de empati araştırılmış çalışmalar varken bununla ilgili literatüre baktığımızda erişkin DEHB’de yapılmış çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Çalışmamız erişkin DEHB’de empati incelenmesi yönüyle de nadir çalışmalardan biridir. Ayrıca, SAB ve SAB+DEHB grubunun empati ve benlik saygısı düzeylerinin birlikte araştırılması yönüyle de literatür araştırmalarında gördüğümüz ilk çalışmadır.

SAB, genel popülasyonda oldukça yaygındır ve yapılan çalışmalarda özellikle duygudurum bozuklukları ve alkolizm başta olmak üzere psikiyatrik eş tanı sık olarak bulunmuştur (39, 98, 99). SAB hastalarında yüksek oranlarda eş tanı varlığı bildirilmesine rağmen, bu çalışmalarda DEHB eş tanısının varlığı yeterince araştırılmamıştır. Bunun nedeni uzun dönem boyunca DEHB’in bir çocukluk çağı hastalığı olarak görülmesi olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamakla birlikte ($\chi^2=0,480$, $p=0,488$) ve her iki grupta da kadınlar çoğunlukta bulundu. Benzer şekilde Koyuncu ve arkadaşlarının 130 erişkin SAB hastasında gerçekleştirmiş olduğu bir çalışmada DEHB eşlik eden grup ve DEHB eşlik etmeyen grup sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılmış, her iki grupta cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca aynı çalışmada DEHB eş tanı varlığı sorgulanmış ve %68’inde DEHB eş tanısı saptanmıştır

(17). Bu çalışmadaki grupların bizim çalışmamızdaki gruplar ile benzerlik göstermesi çalışmaların karşılaştırılabilmesi açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde hastaların yaş ortalaması ve SAB başlangıç yaş ortalaması DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba göre daha düşük bulundu, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Benzer şekilde Koyuncu ve arkadaşları da çalışmalarında DEHB eşlik eden grubun yaş ortalamasını ve SAB başlangıç yaşını anlamlı derecede düşük bulmuşlardır (17). Çalışmamızda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamasının sebebi örneklem sayımızın küçük olması olabilir. Ayrıca çalışmamızda her iki grubun şikayetlerin başlangıcı ile ilk tedavi arasında geçen süre sorgulandı, SAB+DEHB grubunda bu süre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa bulundu ($u=27,0$, $p=0,001$). Bu sonuç bize DEHB eş tanı varlığında SAB'ın kliniğinin daha belirginleştiğini ve bu nedenle hastaların DEHB varlığında tedaviyi erken aradıklarına işaret edebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda her iki grupta göç öyküsü sorgulandı ve SAB+DEHB grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde göç etme öyküsü daha fazla bulundu ($\chi^2=3,877$, $p=0,049$). Bunun nedeni göç etme cesaretini ve enerjisini DEHB'li olanlar daha fazla bulmuş olmaları olabilir. Nitekim bu olasılığı destekleyen Chen ve arkadaşlarının (341) yaptığı bir çalışmada göç paternleri ve DRD4 geninin (DEHB ile ilişkili bulunmuş genlerden birisi) prevalansına bakılmış ve uzun mesafeler göç etmiş kültürlerde bu oran 0,85 iken, sedanter ya da göçer konar kültürlerde 0,52 olarak bulunmuş. Yazarlar bu sonucu dünyanın bilinmeyen bölgelerine uzun yollar katederek gitmenin DEHB'in özellikleri olan dürtüsellik ya da yenilik arayışıyla ilişki olabileceği şeklinde yorumlamışlar. Ancak bu sonuca varmak için göç nedenlerinden DEHB harici diğer nedenleri de incelemek gerektiğinden bizim çalışmamızda böyle bir ilişki kurmak güçtür.

Çalışmamızda her iki grubun eş tanı oranları karşılaştırıldığında ise, literatürle uyumlu şekilde SAB+DEHB grubunda eş tanı oranı daha yüksek bulundu. DEHB eşlik eden grupta eş tanı oranı %86,7 iken, eşlik etmeyen grupta %38,5'di. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,016$). Benzer şekilde Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da SAB+DEHB eş tanısı olan grupta eksen 1 eş tanı oranı daha yüksek bulunmuştur (17). Anksiyete bozukluğu olan hastalarda, çocukluk DEHB'i, anksiyete ruh hali ve madde kullanım bozuklukları gibi daha fazla komorbid tanı sayısı ile korelasyon göstermiştir (128).

Bir epidemiyolojik çalışmada, erişkin DEHB'in, diğer DSM-IV bozukluklarıyla yüksek derecede eşlik ettiği gözlenmiş (131) ve erişkin DEHB'deki yaşam boyu komorbidite oranı % 77.1 iken, DEHB olmayan katılımcılardaki yalnızca % 45.7 bulunmuştur (136).

Solmaz ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı bir çalışmada SAB hastalarının %52,3'ünün eksen 1 eş tanıya sahip oldukları, bunlar arasında depresyonun en sık görülen eş tanı olduğu bildirilmiştir. Çeşitli araştırmalarda SAB ve major depresyon bozukluğunun (MDB) yaşam boyu beraber görülme oranları %17-80 arasında bildirilmiştir (121). Schneier ve arkadaşlarının ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında SAB hastalarında MDB eş tanı sıklığı % 17 olarak bildirilmiştir (32). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SAB hastalarında MDB eş tanı oranı %35,4 olarak bildirilmiştir (343). Çalışmamızda ise SAB hastalarında eş tanı olarak en sık %33,3 oranla MDB eş tanısı saptandı. Sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Diğer yandan DEHB ile depresyon arasında da yakın bir iliksi bulunduğu çeşitli çalışmalar ile ortaya konulmuştur. Çocuk ve ergenlerde yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda olguların %9-38'inde DEHB ve major depresyonun birlikte bulunduğu bildirilmiştir (344). DEHB tanısı alan erişkinlerde %16 ile % 31'inde MDB eş tanısı bulunmuştur (135).

Bir başka çalışmada erişkin major depresif bozukluk hastalarının %16'sının çocukluk çağı DEHB tanı ölçütlerini karşıladığı ve bu ölçütlerin karşılanmasının hastaların %75'inde erişkin dönemde de devam ettiği bildirilmiştir (345). Ayrıca bunun yanında moleküler çalışmalarda dopamin D2 reseptör geninin hem DEHB hem de depresyonda rol aldığı bildirilmiştir (346). Her iki bozuklukta da annede depresyon varlığı, işlevselliği bozulmuş aile ortamı ve ebeveyn çatışması gibi stres etkenlerinin ortak psikososyal risk faktörleri olduğu vurgulanmıştır (347). Bu ve benzer bulgulara dayanılarak bazı yazarlar tarafından DEHB ve depresyonun ortak bir etiyolojinin farklı görünüşleri olabileceği ileri sürülmüştür (348). Bazı yazarlar ise DEHB ve depresyonun genetik veya çevresel bazı ailevi risk faktörlerini paylaştıklarını fakat depresyonun eşlik ettiği ve etmediği DEHB arasında ki farklılıkları belirleyenin diğer çevresel faktörler olabileceğini belirtmişlerdir (347).

Weiss ve Hechtman'ın 1993 yaptıkları çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %75'inin kişiler arası ilişkilerde problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların

%10'u intihara teşebbüs etmiş ve %5'i kaza veya intihar nedeniyle ölmüştür. Bunun depresif özelliklerin fazla olması (349, 350) ve DEHB'in temel belirtilerinden olan dürtüselliikle ilişkili olması mümkündür. Yine Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Beck depresyon skorları anlamlı derecede DEHB'li grupta daha yüksek bulunmuş (17). Bizim çalışmamızda da SAB ve SAB+DEHB gruplarının Beck depresyon skorları karşılaştırıldığında DEHB eşlik eden grubun istatistiksel olarak anlamlı farkla daha depresif olduğu saptandı. Bu durum, depresyonun karıştırıcı etkisini eradike edebilmek için, her iki gruptan depresyon eş tanısı mevcut olan hastalar çıkartılarak tekrar incelendiğinde; SAB + DEHB grubunda Beck depresyon ölçeği puanı SAB grubuna göre yine daha yüksek bulundu. Bu sonuç bize DEHB'in depresyon eş tanısından bağımsız olarak Beck depresyon ölçek puanını yükselttiğini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda çocukluk çağı DEHB tanısı olan grupla çocukluk çağı DEHB tanısı olmayan grup Beck depresyon skorları açısından karşılaştırıldığında da çocukluk DEHB olan grubun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha depresif olduğunu gördük. Bu sonuç, anksiyete bozukluğu hastalarında çocukluk DEHB öyküsünün depresyon semptomlarının şiddeti ile korele olduğu bulgusu ile uyumludur (128). Bu sonuçlar ışığında DEHB'in depresyona yatkınlık oluşturduğu ve erişkin dönemde DEHB belirtileri geçse dahi depresyona yatkınlığın devam ettiği yorumu yapılabilir.

Genel olarak eş tanı sayısı arttıkça akademik başarının bundan olumsuz etkilenmesi beklenebilir. Özellikle DEHB gibi çocukluk çağında başlayan bir bozukluğun bu sonucu doğurma olasılığı daha yüksektir. Birçok çalışmada DEHB hastalarının akademik performansının ve eğitime devamının DEHB olmayanlara göre daha kötü olduğu bulunmuştur (103, 187, 224, 235). Diğer yandan epidemiyolojik araştırmalar işsizlik artışının yetişkin DEHB ile ilişkili olduğunu bulmuştur (131, 132). Ayrıca, mesleki bozukluk yetişkin DEHB'inde yüksektir (136, 351). Literatüre bakıldığında DEHB'i olan kişilerin son 10 yıl içinde değiştirdikleri iş ortalaması 5,4 olarak saptanırken sağlıklı kişilerde bu oran 3,4'tür (352). Başka bir literatür incelendiğinde DEHB grubunun daha çok akademik sorun yaşadıkları, akademik disiplin soruşturmalarına daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir. Ayrıca DEHB'li öğrencilerin üniversiteye devam etme ve mezun olma oranları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (353, 354). SAB araştırmaları ise, SAB'ın da işlevsellikte ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan bir bozukluk olduğunu bildirmektedir (99, 216). Tüm bu bulgular, DEHB'in SAB'a eklenmesinin, SAB'daki eğitim süresi ve

Çalıřma durumunu olumsuz etkileyebileceđini dūřündürmektedir. Çalıřmamızda; her iki grubun eđitim sūreleri karřılařtırıldıđında SAB+DEHB grubunda daha dūřūk bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,944$). Benzer řekilde çalıřma durumu deđerlendirildiđinde de çalıřanların oranı SAB+DEHB grubunda daha dūřūk oranda bulundu, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,689$). Hasta sayımızın az olması ve gōreceli yūksək eđitimi rneklemimizden kaynaklanan olası seçim yanlılıđı, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamasının altında yatıyor olabileceđi dūřūnūlebilir.

Diđer yandan DEHB ile ilgili literatūrū incelediđimizde DEHB'li kiřilerin DEHB olmayanlara gōre iletiřim kurma becerilerinin gōreceli olarak daha zayıf olduđunu ayrıca sosyal iliřkileri sūrdūrmede zorlandıklarını gōrūyoruz (135, 352). DEHB'li kiřilerin daha fazla evlilik uyumsuzluđu yařadıklarını, evliliklerinin daha sık ayrı yařama veya bořanma ile sonuçlandıđını bildiren çalıřmalar vardır (135, 351). Çalıřmamızda; medeni durum deđerlendirildiđinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Bunun nedeni hasta sayımızın az olması ve örneklem grubumuzun genç yař ve đrenci çođunluklu hastalardan oluřuyor olması olabileceđi dūřūnūlebilir.

Çalışmamızda SAB ve SAB+DEHB grubunun liebowitz sosyal fobi puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu konuyla ilgili literatūre bakıldığında Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB eř tanısı olan SAB grubunda, DEHB olmayan grubu gōre Liebowitz Sosyal Anksiyete leđi kaygı, kaçınma ve toplam skor ortalamaları daha yūksək bulunmuştur. Bu sonuç SAB ana belirtilerinin etkilendiği, DEHB eř tanısı varlığında daha şiddetli bir SAB kliniğinin ortaya çıktığı şeklinde yorumlanmıştır (142). Çalışmamızda anlamlı fark bulunamamasının hastaların yūksək eğitim dūzeyi ile ilgili olabilecek sosyal anksiyete belirtileri ile erken karşılaşmaya bağlı erken başvuru sūresine ve örneklem sayısının az olmasına bağlı olabileceğini dūřūndūk. Diđer yandan çalışmamızda her iki grupta SAB alt tipleri bakımından karşılaştırıldığında DEHB eşlik eden grupta yaygın tip daha fazlayken, SAB grubunda yaygın ve yaygın olmayan tip birbirine benzer oranlarda bulundu.

Mevcut alışmalar DEHB olan çocuklardaki sorunlu tutum ve davranışların agresiflik ve empati ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (13). Empati ve DEHB ilişkisini

inceleyen çalışmalara bakıldığında DEHB olan erkek çocukların, DEHB olmayan erkek çocuklara göre daha az empatik tepki verdikleri bulunmuştur (356). DEHB’de davranışsal ketlenmedeki eksikliklerinin, sosyal bilişsel alanlarda bozulmalara neden olduğu, bunun da empati becerilerini olumsuz etkilediği ileri sürülmüştür (357). Erişkinlerde bu konuyla ilgili yapılan az sayıda çalışma olmakla beraber yapılan çalışmalarda ise DEHB tanılı hastalar ve kontrol grubu karşılaştırıldığında empati ölçeği sonuçları, iki örneklem grubu arasında belirgin bir farklılık ortaya koymuştur. Sonuçlarda, hastaların EQ’su kontrollerin EQ’su ile karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur (294). Çalışmamızda da benzer şekilde SAB+DEHB hastalarında empati düzeyi SAB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($t=2,305$, $p=0,029$). SAB hastalarında empati puanı ortalama $40,9\pm10,4$ iken, SAB’a eşlik eden DEHB hastalarında ortalama $32,1\pm9,7$ idi. Bu sonuçlarla DEHB varlığının empati üzerine olumsuz etkisinin olabileceğini düşünüyoruz.

SAB hasta grubunda empati düzeyinin değerlendirildiği çalışmalarda ise SAB ile empati düzeyleri arasında net bir ilişki ortaya konulamamıştır. Morrison’un 2009 yılındaki çalışmasında EQ düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür. Jason ve arkadaşlarının 2009 yılında gerçekleştirdikleri çalışmada SAB olanlarda kontrol grubuna göre empati skorlarının daha düşük olduğu, ancak bu durumun SAB ile ilişkisinin zayıf olduğu, SAB ile düşük empati skorları arasındaki ilişkinin net olmadığı ancak SAB olan erkeklerde empati skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (358). Elhanany’nın 2011 yılındaki çalışmasında ise sosyal anksiyete ile empati düzeyleri arasında pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (281). Jason ve arkadaşlarının 2009 yılındaki çalışmasında ayrıca SAB hastalarında anksiyete düzeyi ile empati skorları arasında negatif ilişki olduğunu gözlemlemişlerdir (358). Çalışmalar arasındaki farklı değerlerin empati becerilerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler (duygusal ve bilişsel empati düzeylerinin ayrı ayrı değerlendirildiği kişiler arası duyarlılık endeksi- The Interpersonal Reactive Index), seçilen hasta grubu (ayaktan ve yatan hastaların çalışmaya alındığı, anksiyete bozuklukluğu grubunda SAB grubunun ayrı ele alındığı), yöntem (tedavi alan SAB hastalarının dışlanmadığı) farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda da SAB hastalarında sosyal anksiyete düzeyi arttıkça empati puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($t=2,437$, $p=0,022$). Ancak Tablo XXIX. incelendiğinde empati ile LSAÖ puanları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Diğer

yandan empati puanları ile Wender Utah ölçek puanları arasında negatif yönde bir korelasyon saptandı. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu nedenle her iki gruptaki empati puanları arasındaki farkın DEHB ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Ülkemizde İzgiç ve arkadaşlarının 2004 yılında 1003 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir araştırmada en yüksek sosyal fobi yaygınlık oranı düşük benlik saygısına sahip grupta bulunmuştur (%14,9). Sosyal fobi yaygınlığının en düşük bulunduğu grup ise yüksek benlik saygısına sahip grup olarak bulunmuştur (%6.6) (318). Araştırma bulguları sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin benlik saygısı düzeylerinin sosyal anksiyete düzeyi düşük, hafif ve orta düzeyde olanlara göre düşük olduğunu ortaya koymuştur. Yani sosyal anksiyete düzeyi yükseldikçe benlik saygısı, kişinin kendisinden hoşnut olma derecesi, düşmektedir (360). Literatür incelendiğinde benlik saygısı düşük olan bireylerin özellikleri ile sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerin özelliklerinin örtüştüğü görülmektedir (312, 361). Sosyal anksiyete ve bir kendini değerlendirme yolu olan benlik saygısı arasındaki ilişkilere yönelik tüm bu sonuçlar göstermektedir ki bireyin benlik saygısı yaşanan sosyal kaygı açısından belirleyici bir rol oynamaktadır. Çalışmamızda benzer şekilde SAB hastalarında sosyal anksiyete düzeyleriyle rosenberg benlik saygısı ölçek puanı ilişkisi incelendi ve literatürle uyumlu şekilde sosyal anksiyete düzeyi yüksek olanlarda benlik saygısı ölçek puanı $2,3 \pm 1,0$ iken, yüksek olmayanlarda $1,4 \pm 0,6$ idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=-2,147$, $p=0,041$).

Literatürde DEHB’de benlik saygısının araştırıldığı, benlik saygısı ile ilişkilendirilen benlik kavramı, benlik algısı gibi kavramların karşılaştırıldığı yayınlar vardır. Bunlardan Slomkowski ve arkadaşlarının, 1995 yılında yayınlanan bir çalışmada, DSM-III ölçütleri ile DEHB tanısını koydukları 65 DEHB’li olgunun benlik saygısını Weis ve Hechtman’ın 1986’da tanımladığı 11-itemli bir anket ile değerlendirmişler (altı başlık; fizik görünüm, entellektüalite, genel sağlık, yaratıcılık, fiziksel beceriklik, sosyal beceriklik) ve 62 sağlıklı kontrol ile karşılaştırmışlar. DEHB grubundaki çocukların anketteki altı başlıklı alt-değerlendirmede kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunduğunu göstermişlerdir (100). Benlik saygısı ile DEHB arasındaki ilişkiye bakıldığında farklı çalışmalarda da DEHB olan çocuklarda benlik saygısının düşük olduğu bildirilmiştir (8, 10, 11, 101). Benlik saygısındaki düşüklük DEHB olan çocuklarda uzun süre devam eden problemlerden birisi

olarak değerlendirilmektedir (12, 98, 107). Duran, DEHB tanısı alan erişkinlerde sık görülen depresyon ve distimik bozukluğun çocukluk çağından itibaren var olan başarısızlık beklentisi ve sosyal ilişki güçlükleriyle bağlantılı “düşük benlik değeri” ve genel mutsuzluğun bir sonucu olabileceğini ileri sürmüştür (362). Barkley ise DEHB nedeniyle tedavi arayan erişkinlerin en önemli şikayetlerinden birisinin düşük benlik saygısı olduğunu bildirmiştir (363). Çalışmamızda SAB ve SAB+DEHB grubunun rosenberg benlik saygısı puanları karşılaştırıldığında, DEHB eş tanı varlığında benlik saygısının DEHB olmayan gruba göre daha düşük olduğu tespit edildi. Fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bunun nedeni çalışmamızdaki örneklem sayısının az olmasının olabileceği düşünüldü.

Ülkemizde Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 125 erişkin SAB’lı hastada çocukluk DEHB sorgulanmış ve çocukluk DEHB’i olan hastalarla çocukluk DEHB’i olmayan hastaların kişiler arası duyarlılığı ve benlik saygısı karşılaştırılmış. Yine aynı çalışmada çocukluk çağı DEHB’i olan grupta benlik saygısı anlamlı derecede daha düşük bulunmuş (364). Çalışmamızda da benzer şekilde çocukluk çağı DEHB olan ve olmayan grupta benlik saygısına bakıldığında, çocukluk çağı DEHB olan hastalarda benlik saygısı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($t=-2,237$, $p=0,047$).

Alkol bağımlılığına bakıldığında epidemiyolojik çalışmalarda alkol kullanımı ile SAB eş tanısının yüksek olduğunu gösterilmiştir (368). SAB hastalarında alkol kötüye kullanımı olanların oranı % 13,9, sağlıklı kontrol grubunda ise % 13,3 olarak bildirilmektedir. Alkol bağımlılığı olan hasta örnekleminde SAB yaygınlığının %2,4 ile %57 (ortalama %21) arasında değiştiği, SAB olan örneklemelerde ise alkol bağımlılığı tanısının %14,3 ile %43,3 (ortalama %26,5) arasında değiştiği bildirilmiştir (369). Evren ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada alkol bağımlılarında SAB oranları % 9,8–11,4 olarak saptanmıştır (370). Benzer birçok çalışmada SAB ile alkol kullanım bozukluğu tanıları arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiş olmasına karşın bu ilişkinin yönü ya da nedenselliği konusunda halen belirsizlik bulunmaktadır. Alkol kullanımının SAB belirtilerini yatıştırıyor olması, aynı zamanda alkol kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal alanlarda yetersizlikler yaşanması da olumsuz değerlendirilme ile ilgili gözlem korkuları nedeniyle sosyal anksiyeteyi artırabildiği bildirilmektedir. Diğer yandan erişkin DEHB’de alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının fazla olduğu bilinmektedir (371). Bu veriler ışığında her iki hastalığın

birlikteliğinde alkol bağımlılığı eş tanısının artması beklenmektedir. Çalışmamızda SAB grubunda hiç alkol kullananan bulunmazken SAB+DEHB grubunda %26,7 oranında alkol kullanımı mevcuttur. Bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olup her iki grupta yüksek olması beklenen alkol kullanım oranı düşük bulunmuştur. Bunun nedeni diğer çalışmalara göre sosyo-kültürel farklılıklar ve yüksek eğitim düzeyi ile ilgili olabilecek sosyal anksiyete belirtileri ile erken karşılaşmaya bağlı erken başvuru süresi ile ilişkili olabileceği gibi hastaların alkol kullandıklarını söylemekte yaşadıkları çekincelere bağlı da olabilir.

Sigara kullanımı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Literatürde Sonntag ve arkadaşlarının (2000) 3021 hastada yaptıkları bir çalışmada, sigara içenlerin %27'sinde en azından bir sosyal korku bulunduğu, %7,2'sinde ise SAB geliştiği ve SAB gelişenlerin çoğunda korkuların sigara içmeye başlamadan önce geliştiğini, sigara kullanımının sosyal olarak kabullenebilirliği arttırdığını ve bunun da kişideki anksiyeteyi azalttığını, SAB olmadan mevcut sosyal korkuların da daha sonraki sigara alışkanlıklarının gelişmesi için bir belirleyici olabileceğini bildirmişlerdir (372).

Diğer yandan yakın zamanda elde edilen bulgular, teşhis için gereken eşik değerinin altındaki seviyelerde bile DEHB belirtilerinin sigara kullanımı riskiyle önemli ölçüde ilişkili olduğu izlenimini vermektedir (296). DEHB ile sigara kullanımı arasındaki iyi temellendirilmiş ilişkilere rağmen, göreceli olarak az sayıda araştırma bu komorbidite üzerine odaklanmıştır. Klinik örneklerin kullanıldığı araştırmalar, DEHB'li bireylerin genel nüfusu oluşturan bireylerden hem yetişkinler (DEHB ve DEHB-harici için, sırasıyla %41-%42 ve %26) hem ergenler (DEHB ve DEHB-harici için, sırasıyla %19,0-%46 ve %10-%24) arasında tanı konulmamış kontrollerden belirgin şekilde daha yüksek oranlarda sigara içtiklerini göstermektedir (160, 285, 359). Çalışmamızda bulunan sonuç istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte SAB grubunun %15,4 sigara kullanırken SAB+DEHB grubunda bu oran %46,7 idi. Bu sonuçlara bakılarak SAB hastalarında DEHB eş tanı varlığının sigara bağımlılığını artırdığı yorumu yapılabilir.

Literatüre göre yetişkin hayata geçince genellikle hiperaktivite belirtileri geri plana çekiliyor ya da sekil değiştiriyor, dikkat eksikliği belirtileri daha kalıcı seyrediyor (175, 197, 198, 224). Bu da tanının gözden kaçmasına ya da hastanın iyileştiğinin düşünülmesine

yol açıyor veya yetişkindeki dikkat eksikliği klinik anlamda fazla önemsenmiyor. Oysa bu bulgular dikkat eksikliğinin ön planda olduğu hastaların yaşadığı problem ve zorlukların karma tiptekiler kadar fazla olduğunu göstermektedir. Yine Koyuncu ve arkadaşları yüksek depresyon komorbiditesinden bağımsız olarak dikkatsizlik tipi DEHB ve SAB arasında spesifik bir ilişki olduğunu önermiştir (17). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde dikkat eksikliği baskın tip daha fazla (%60) bulundu.

Bu sonuçlar bize dikkat eksikliği baskın tip DEHB ile SAB arasında özgül bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Genellikle SAB ve DEHB arasındaki yakın ilişki göz ardı edilir. DEHB'in neden olduğu sosyal zorluklar ve caydırıcı olaylar, ikincil SAB gelişimine neden olabilir. Bununla birlikte, hastalarda DEHB'e sekonder gelişen SAB, genellikle birincil SAB olarak kabul edilir ve rutin psikiyatrik uygulamada antidepresan alırlar. DEHB tedavisinin eş zamanlı kaygıyı artırdığı gerçeği göz önüne alındığında, eşlik eden DEHB ve SAB hastalarında birincil nedeni hedef alan tedavilerin kullanılması önemlidir. Bu gelişimsel hipotez, doğrulanırsa, tedavinin odak noktasını hastalığın erken müdahalelerine cevap veren öncül evrelerine yönlendirerek tedavi algoritmalarını değiştirme potansiyeline sahiptir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Bu çalışma 13 SAB hastası grubu ve 15 SAB'a eşlik eden Erişkin DEHB hasta grubu olmak üzere toplamda 28 hasta ile yapıldı. Gerek istatistiksel değerlendirmede grup temsiliyetinin yüksek olması bakımından, gerekse de örneklem küçüklüğünden kaynaklı tespit edilemeyen etkilerin tespiti açısından benzer çalışmaların daha büyük bir örneklemde yapılması gerekmektedir.
- Süre kısıtlılığının bulunmadığı durumlarda, gerek medikal gerekse de davranışsal tedavi yöntemlerinin klinik gidiş, empati ve benlik saygısı üzerine etkisinin tespiti açısından, izlem ve müdahale çalışmaları yapılmalıdır. Böylece hasta beyanı üzerine kurgulanmış olan bu çalışmadaki en önemli kısıtlılıklardan birinin etkisi bertaraf edilmiş olacaktır.
- Her iki grup karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, yaşadığı çevre ve intihar girişim öyküsü bakımından anlamlı fark bulunmadı.
- Yapılan çalışmalara bakıldığında DEHB hastalarının empati yeteneklerinin düşük olması, hastaların kişiler arası ilişkilerde sorun yaşamasına ve agresif davranışlara neden olması açısından empatinin geliştirilmesinin gerekliliğini gösteriyor.
- DEHB hastaları, hastalığın doğası gereği dürtüsel ve dikkatsiz olmaları nedeniyle çocukluktan itibaren sürekli toplum tarafından uyarılırlar. Benlik saygısının düşmesi süreçte sosyal alanda kendine sürekli eleştirel bir dış göz olarak bakmaya neden olur ve bunun sonucunda da sosyal anksiyete belirtileri oluşur. Bu bilgiler ve yorumlamalar sonucunda biz de 'SAB hastalarında DEHB eş tanı varlığı ile empati ve benlik saygısı arasında ilişki vardır.' hipotezini kurduk.
- Çalışmamızda da bu hipotezi destekler şekilde SAB+DEHB grubunda SAB grubuna göre empati ve benlik saygısı düzeylerini daha düşük bulduk ve bu fark empati için anlamlıyken benlik saygısı için anlamlı değildi.
- Ayrıca çocukluk DEHB'nin erişkinlikte DEHB belirtileri devam etmiyor olsa dahi benlik saygısını düşürdüğünü gördük.
- SAB ve SAB+DEHB gruplarını karşılaştırdığımızda DEHB eş tanısı olan grupta SAB 'ın daha erken yaşta başladığını ve hastalık başlangıç ve tedaviye başlama arasında geçen sürenin kısalıldığını, depresif belirtilerin, eş tanı sayısının ve sigara kullanımının arttırdığını gördük. Bu sonuçlara bakarak DEHB eş tanısının prognozu kötüleştirdiğini söyleyebiliriz.

- Alkol kullanımı açısından her iki grupta anlamlı fark bulamadık. Bunun nedenini hastaların alkol kullanımını saklama eğiliminde olmaları olarak görülebilir.
- Çalışmamızda her iki grupta eğitim süreleri, medeni durum ve çalışma durumları açısından anlamlı fark bulunmadı. Biz bu literatürle uyumlu olmayan sonucu hasta sayımızın az olmasına ve örneklemimizin genç, öğrenci ve eğitim düzeyi görece yüksek hastalardan oluşmasına bağlayabiliriz.
- Her iki grup göç öyküsü açısından karşılaştırıldığında DEHB eşlik eden grupta göç öyküsünün anlamlı farkla daha fazla olduğunu bulduk. Literatürde bu konuyla ilgili az sayıda çalışmaya rastladık. Bu nedenle DEHB ve göç ilişkisini inceleyen daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde sosyal anksiyete hastalarında dikkat eksikliği baskın tip DEHB daha fazla bulundu. Bu sonuçlar bize dikkat eksikliği baskın tip DEHB ile SAB arasında özgül bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu ilişkinin incelendiği daha çok çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Bu sonuçlar ve hipotezimiz çerçevesinde DEHB hastalarına çocukluktan itibaren empati yeteneklerinin gelişmesine yönelik eğitim ve tedavi müdahalelerinin yapılması ve bu hastaların sosyal alandaki işlevselliğinin artırılmasının önemli ve elzem olduğunu düşünüyor ve bu yapılacak müdahaleler sayesinde ilerleyen süreçte işlevselliğin artırılabilceği, prognozun daha iyi seyredeceği ve sosyal anksiyete bozukluğu gelişme riskinin azaltılabilceğini öngörüyoruz.

ÖZET

Başlık: Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile empati ve benlik saygısı ilişkisi

Amaç ve hipotez: Çalışmanın amacı; SAB ve SAB+DEHB grubunun, sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra empati ve benlik saygısı düzeylerini karşılaştırmalı biçimde incelenmesidir. Çalışmanın sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile empati arasında ilişki vardır ve sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile özsaygı arasında ilişki vardır şeklinde iki hipotezimiz vardır.

Yöntem: Araştırma, kesitsel-analitik bir çalışmadır. Araştırma verilerinin toplanması şubat 2017-ekim 2017 tarihleri arasında, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Yatan Hasta Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni, araştırmaya katılımcı alma döneminde polikliniğe başvuran veya serviste takip edilen tüm SAB ve SAB+DEHB hastalarıdır. Araştırmaya 13 SAB, 15 SAB+DEHB olmak üzere toplam 28 hasta alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Klinik Veri Formu, DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Rosenberg benlik saygısı ölçeği, Empati ölçeği, Wender-Utah derecelendirme ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi -şimdi ve yaşam boyu şekli Türkçe uyarlaması, Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği ve DSM-IV'e dayalı erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri uygulanmıştır. Tip-1 hata düzeyi %5 alınmıştır.

Bulgular: SAB ve SAB+DEHB hastalarının sosyo-demografik karşılaştırmasında; göç öyküsü dışında anlamlı fark tespit edilememiştir. SAB+DEHB grubunda daha yüksek oranda göç etme öyküsü varken, SAB grubunda bu oran daha düşüktü. SAB+DEHB grubunda SAB grubuna göre empati ve benlik saygısı düzeylerini daha düşük bulduk. Bu fark empati için istatistiksel olarak anlamlıyken benlik saygısı için anlamlı değildi. Sosyal anksiyete düzeyi ile benlik saygısı arasında negatif ilişki vardı. Benzer şekilde DEHB ile empati arasında negatif ilişki vardı. Çocukluk DEHB'i olan SAB hastalarında çocukluk DEHB'i olmayanlara göre benlik saygısı anlamlı derecede düşük bulundu. SAB+DEHB grubunda SAB grubuna göre SAB başlangıç yaşı daha gençti ve hastalık başlangıç ve

tedaviye başlama arasında geçen süre daha kısaydı. Ayrıca SAB+DEHB grubunda depresif belirtilerin, eş tanı sayısının ve sigara kullanımının daha fazla olduğu tespit edildi. DEHB alt tipe bakıldığında ise dikkat eksikliği baskın tip çoğunlukta idi

Sonuç: Çalışmamızda SAB ve DEHB eş tanı varlığının empati ve benlik saygısıyla ilişkili olduğu, DEHB eş tanı varlığının SAB'ın prognozunu kötüleştirdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle DEHB hastalarına çocukluktan itibaren empati yeteneklerinin gelişmesine yönelik eğitim ve tedavi müdahalelerinin yapılmasının ve bu hastaların sosyal alandaki işlevselliğinin artırılmasının önemli ve elzem olduğunu düşünüyor ve bu yapılacak müdahaleler sayesinde ilerleyen süreçte işlevselliğin artırılacağı, prognoz daha iyi seyredeceği ve sosyal anksiyete bozukluğu gelişme riskinin azaltılabileceğini öngörüyoruz. Bu konuda daha büyük örneklerde, tedavi sürecini ve klinik sürecin takip edilebildiği yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Sosyal anksiyete bozukluğu, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, empati, benlik saygısı

İletişim adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Merkez/Aydın, Tel: 0256 444 12 56- 4119.

SUMMARY

Title: The Relationship of A Co-Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Emphy and Self Esteem in Patients with Social Anxiety

Objective and hypothesis: The aim of this study is the comparative examination of the empathy and self esteem levels, as well as the sociodemographic and clinical features of the SAD and SAD+ADHD groups. We have two hypotheses: There is a relationship between a co-diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder and empathy in patients with social anxiety disorder and there is a relationship between a co-diagnosis of attention deficit and hyperactivity disorder and self-esteem in patients with social anxiety disorder.

Method: This research is an analytical cross sectional study. The collection of research data was carried out between February 2017 and October 2017 at the Aydın Adnan Menderes University Research and Practice Hospital Psychiatry Polyclinic and Psychiatry Inpatient Department. The universe of the study was all SAD and SAD+ADHD patients who were admitted to the polyclinic or were being followed up during the period of finding participants for the study. A total of 28 patients, including 13 SAD patients and 15 SAD+ADHD patients, were included in the study. The Sociodemographic Clinical Data Form, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I), Rosenberg Self Esteem Scale, Empathy Scale, Wender-Utah Rating Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version Turkish version, Liebowitz Social Anxiety Scale, and DSM-IV based Adult ADD/ADHD Diagnostic and Evaluation Inventory were applied to all participants. The Type-1 error level was taken as 5%.

Results: The Sociodemographic comparison of SAD and SAD+ADHD patients did not reveal any significant difference other than a history of migration. The SAD+ADHD group had a higher rate of history of migration, while this rate was lower in the SAD group. We found empathy and self-esteem levels to be lower in the SAD+ADHD group compared to the SAD group. This difference was statistically significant for empathy, but not for self-esteem. There was a negative correlation between social anxiety level and self-esteem. Similarly, there was a negative correlation between empathy and ADHD. Self-esteem was found to be significantly lower in SAD patients with childhood ADHD compared to those

without childhood ADHD. The age of onset of SAD was younger and the period between the onset of the disorder and start of treatment was shorter in the SAD+ADHD group compared to the SAD group. There was also a higher number of depressive symptoms and co-diagnosis and a higher rate of smoking in the SAD+ADHD group. When the ADHD subtypes were examined, attention deficit was the predominant type.

Conclusion: This study revealed that there is a correlation between SAD with a co-diagnosis of ADHD and empathy and self esteem, and that a co-diagnosis of ADHD worsens the prognosis of SAD. For this reason, we think that it is important and necessary to provide empathy training and treatment interventions to ADHD patients starting in childhood and to improve the social functioning of these patients, and we anticipate that these interventions will increase functioning in further periods, improve prognosis, and reduce the risk of developing a social anxiety disorder. In this regard, in the new studies with larger samples where the treatment process and clinical process can be followed are needed.

Key words: Social Anxiety, Attention Deficit Hyperactivity Disorder , Self Esteem, Empathy

Contact address: Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Aydın, Tel: 0256444 12 56- 4119.

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*. 2007;20(4):359.
2. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(11):957-67.
3. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin (adult add/adhd dsm iv-based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenirlik ve norm çalışması, 2005.
4. Sabri Ercan E. , Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, 2010.
5. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965:3-36.
6. Berent, J. Beyond shyness. How to conquer social anxieties, First freside edition, New York: Freside Book, 2011:50-75.
7. Dayhoff S.A. Diagonally-parked in a Parallel Universe: Working Through Social Anxiety, New Mexico, Effectiveness-Plus Publications, 2000.
8. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of attention disorders*. 2005;8(3):109-20.
9. Eriş Y, İkiz FE. Ergenlerin benlik saygısı ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki ve kişisel değişkenlerin etkileri. *Turkish Studies*. 2013;8(6):179-93.
10. Cohen NJ, Thompson L. Perceptions and attitudes of hyperactive children and their mothers regarding treatment with methylphenidate, *Can J Psychiatry*; 1982; 27:40-42.
11. Horn WF, Wagner AE, Lalongo N. Sex differences in school-aged children with pervasive attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 1989;17(1):109-25.
12. Weiss G, Hectman LT . Hyperactive children grown up. New York: Guilford Press; 1986.
13. Hastings PD, Zahn-Waxler C, Robinson J, Usher B, Bridges D. The development of concern for others in children with behavior problems. *Developmental psychology*. 2000;36(5):531.
14. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association and Task Force on DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
15. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2010;46(3):209-17.
16. Safren SA, Lanka GD, Otto MW, Pollack MH. Prevalence of childhood ADHD among patients with generalized anxiety disorder and a comparison condition, social phobia. *Depression and anxiety*. 2001;13(4):190-1.
17. Koyuncu A, Ertekin E, Yuksel C, Aslantas Ertekin B, Celebi F, Binbay Z, et al. Predominantly Inattentive Type of ADHD is Associated With Social Anxiety Disorder. *Journal of attention disorders*. 2015;19(10):856-64.

18. Koyuncu A, Celebi F, Ertekin E, Kok BE, Tükel R. Clinical Effects of ADHD Subtypes in Patients With Social Anxiety Disorder. *Journal of attention disorders*. 2015.
19. Koyuncu A, Alkin T, Tükel R. Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis). *Early intervention in psychiatry*. 2016.
20. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E.(Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
21. Dilbaz N, Güz H, Sosyal anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi*. Tükel R, Alkin T (ed), 2001; 4: 185-212.
22. Burton R. *The Anatomy of Melancholy*, vol. 1, 11th ed, London, England, Thomas Tegg, Cheapside; 1845.
23. Mckay D, Abramowitz JS, Taylor S, Asmundson GJG, Historical Perspectives on Psychiatric Classification and Anxiety Disorders. In: *Current Perspectives on the Anxiety Disorders Implications for DSM-V and Beyond*. Perspective. Springer Publishing Company. New York, 2009, 9-36.
24. Schilder P, *The Social Neurosis*, *Psychoanal Rev* 1938;25:1-19.
25. Weiner BI, Stricker G, Widiger TA (editors). Barlow DH, Pincus DB, Heinrichs N, Choate ML, *Anxiety Disorders in Handbook of Psychology*, John Wiley&Sons New York, 2003;8:129-30.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E.(Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
27. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American journal of psychiatry*. 2005;162(6):1179-87.
28. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;105(2):84-93.
29. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(2):159-68.
30. Pietrini F, Lelli L, Lo SC, Faravelli C. Epidemiology of social phobia. *Rivista di psichiatria*. 2009;44(4):203-13.
31. Çakin Memik N, Yıldız Ö, Tural Ü, Ağaoğlu B. Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2011;48(3):1.
32. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general Psychiatry*. 1992;49(4):282-8.
33. Crozier WR, Alden LE, *Handbook of Social Anxiety for Clinicians* . Westussex:JohnWiley&Sons, 2005:2.
34. Stein MB, Asmundson GJ, Chartier M. Autonomic responsivity in generalized social phobia. *Journal of affective disorders*. 1994;31(3):211-21.
35. Wittchen H-U, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*. 1999;29(2):309-23.

36. Gultekin BK, Dereboy IF, The prevalence of socialphobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students, *Türk Psikiyatri Derg*, 2011;22(3):150-8.
37. N Dilbaz, H Güz Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2002; 39(2-4):79-86.
38. Chavira DA, Stein MB, Malcarne VL. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of anxiety disorders*. 2002;16(6):585-98.
39. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
40. Dilbaz N (baskıda) Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği, Dilbaz N. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliği 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul 2001, s. 132
41. Bayraktutan M. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi Ve Tıbbi Tedavinin Etkileri, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, 2014.
42. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri* 2000;Ek 2:3-21
43. Koyuncu A, Binbay Z. Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(1):10-21.
44. Book SW, Randall CL. Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Res Health* 2002; 26:130-135., 16. Beidel DC. Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 17):27-31.
45. Cloitre, M., & Shear, M. K. Psychodynamic perspectives. In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1995;pp. 163-187
46. Mineka S, Zinbarg R. Conditioning and ethological models of social phobia. RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Eds). *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press, 1995: 134-162.
47. Leary MR, Kowalski RM. The self-presentation model of social phobia. RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Eds). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press, 1995: 94-112
48. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):467-86.
49. Wells A, Clark DM. Social phobia: a cognitive approach. GCL Davey (Ed). *Phobias. A handbook of Theory, Research and Treatment*. White Sussex, Wiley, 1997: 3-26.
50. Clark DM, Wells AA. A cognitive model of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment*, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York: Guilford Press, 1995: 69-93
51. McEwan KL, Devins GM. Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *J Abnorm Psychol* 1983; 92: 417-421
52. Tai, Y. M., Gau, C. S., Gau, S. S., & Chiu, H. W. Prediction of ADHD to anxiety disorders: An 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *Journal of Attention Disorders*, 2013;17,660-669.

53. Stein DJ, Bouwer C. A neuro-evolutionary approach to the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 1997;11(4):409-29
54. Reich J, Yates W. Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*. 1988;29(1):72-5.
55. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF. A direct interview family study of social phobia. *Archives of General psychiatry*. 1993;50(4):286-93.
56. Fyer AJ, Mannuzza S, Gallops M, Martin LY, Aaronson C, Gorman JM, et al. Familial transmission of simple phobias and fears: a preliminary report. *Archives of General Psychiatry*. 1990;47(3):252-6.
57. Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000;41(6):713-26.
58. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(3):230-7.
59. Cooper PJ, Eke M. Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *Br J Psychiatry* 1999;174:439-43
60. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:847–856
61. Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein MB. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(11):1464-72.
62. Rowe DC, Stever C, Gard JM, Cleveland HH, Sanders ML, Abramowitz A, Kozol ST, Mohr JH, Sherman SL, Waldman ID. The relation of the dopamine transporter gene (DAT1) to symptoms of internalizing disorders in children. *Behav Genet* 1998;28(3):215-25
63. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behavior Modification*. 2000;24(1):102-29.
64. Topcu A. Sosyal Fobi Olgularında Aile Yaşantılarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004.
65. Öst L-G, Hugdahl K. Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1981;19(5):439-47.
66. Stemmerger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;104(3):526.
67. Kasper, S. "Social Phobia: The Nature of The Disorder", *Journal of Affective Disorder*, 1998;Vol.50, s.3-9.
68. Chartier MJ, Walker J, Stein M. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*. 2001;31(2):307-15.
69. Tancer ME, Mailman RB, Stein MB, Mason GA, Carson SW, Golden RN. Neuroendocrine responsivity to monoaminergic system probes in generalized social phobia. *Anxiety*. 1994;1(5):216-23.
70. Hollander E, Kwon J, Weiller F, Cohen L, Stein DJ, DeCaria C, et al. Serotonergic function in social phobia: comparison to normal control and obsessive-compulsive disorder subjects. *Psychiatry research*. 1998;79(3):213-7.
71. Shlik J, Maron E, Tru I, Aluoja A, Vasar V. Citalopram challenge in social anxiety disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 2004;7(2):177-82.

72. Harmer CJ, Bhagwagar Z, Perrett DI, Völlm BA, Cowen PJ, Goodwin GM. Acute SSRI administration affects the processing of social cues in healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology* 2003;28(1):148-52
73. Tse WS, Bond AJ. Serotonergic intervention affects both social dominance and affiliative behaviour. *Psychopharmacology* 2002;161(3):324-30
74. Lanzenberger RR, Mitterhauser M, Spindelegger C, Wadsak W, Klein N, Mien LK, Holik A, Attarbaschi T, Mossaheb N, Sacher J, Geiss-Granadia T, Kletter K, Kasper S, Tauscher J. Reduced serotonin-1A receptor binding in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2007;61(9):1081-9
75. van der Wee NJ, van Veen JF, Stevens H, van Vliet IM, van Rijk PP, Westenberg HG. Increased serotonin and dopamine transporter binding in psychotropic medication-naïve patients with generalized social anxiety disorder shown by 123I-beta-(4-iodophenyl)-tropane SPECT. *J Nucl Med* 2008;49(5):757-63
76. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Simpson W. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: an update. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(1):53-61
77. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(4):311-7
78. Coupland NJ, Wilson SJ, Potokar JP, Bell C, Nutt DJ. Increased sympathetic response to standing in panic disorder. *Psychiatry Res* 2003;118(1):69-79
79. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS ve ark. DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of general phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis,* 1990;178: 172-179
80. Levin AP, Saoud J, Strauman T ve ark. Responses of generalized and discrete social phobics during public speaking. *J Affect Disorders,* 1993;7: 207-221
81. Emmanuel NP, Lydiard RB, Ballenger JC. Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of clinical psychopharmacology.* 1991;11:276-277.
82. Mikkelsen EJ, Deltor J, Cohen DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidols in patients with Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry,* 1981;138:1572-1576
83. King R, Mefford I, Wang C ve ark. CSF dopamine levels correlate with extraversion in depressed patients. *Psychiatr Res,* 1986;19:305.
84. Liebowitz MR, Campaes R, Hollander E. MAOI's : Impact on social phobia on social behaviour (letter). *Psychiatry Res,* 1987;22:89-90
85. Tancer ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry,* 1993;54 (Supl 12): 26-30
86. Condren RM, O'Neill A, Ryan MC, Barrett P, Thakore JH. HPA axis response to a psychological stressor in generalised social phobia. *Psychoneuroendocrinology* 2002;27(6):693-703
87. Furlan PM, DeMartinis N, Schweizer E, Rickels K, Lucki I. Abnormal salivary cortisol levels in social phobic patients in response to acute psychological but not physical stress. *Biol Psychiatry* 2001;50(4):254-9
88. Smoller JW, Rosenbaum JF, Biederman J, Kennedy J, Dai D, Racette SR, et al. Association of a genetic marker at the corticotropin-releasing hormone locus with behavioral inhibition. *Biological Psychiatry.* 2003;54(12):1376-81.
89. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(8):819-35

90. Hoge EA, Pollack MH, Kaufman RE, Zak PJ, Simon NM. Oxytocin levels in social anxiety disorder. *CNS Neurosci Ther* 2008;14(3):165-70
91. Thompson RJ, Parker KJ, Hallmayer JF, Waugh CE, Gotlib IH. Oxytocin receptor gene polymorphism (rs2254298) interacts with familial risk for psychopathology to predict symptoms of depression and anxiety in adolescent girls. *Psychoneuroendocrinology* 2011;36(1):144-7
92. Labuschagne I, Phan KL, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, Stout JC, Nathan PJ. Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology* 2010;35(12):2403-13.
93. Guastella AJ, Howard AL, Dadds MR, Mitchell P, Carson DS. A randomized controlled trial of intranasal oxytocin as an adjunct to exposure therapy for social anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34(6):917-23.
94. Stabler B, Tancer M, Ranc J, Underwood L. Evidence for social phobia and other psychiatric disorders in adults who were growth hormone deficient during childhood. *Anxiety*. 1996;2(2):86-9.
95. Nicholas LM, Tancer ME, Silva SG, Underwood LE, Stabler B. Short stature, growth hormone deficiency, and social anxiety. *Psychosomatic medicine*. 1997;59(4):372-5.
96. Huisman J, Slijper FM, Sinnema G, Akkerhuis GW, Brugman-Boezeman A, Feenstra J, den Hartog L, Heuvel F. Psychosocial effects of two years of human growth hormone treatment in Turner syndrome. The Dutch Working Group: Psychologists and Growth Hormone. *Horm Res*. 1993;39 Suppl 2:56-9
97. Hulting AL, Grenbäck E, Pineda J, Coya R, Hökfelt T, Meister B, Uvnäs-Moberg K. Effect of oxytocin on growth hormone release in vitro. *Regul Pept* 1996;67(2):69-73
98. Öztürk M, Sayar K, Tüzün Ü, Kandil ST. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda metilfenidat ve benlik saygısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2000;10(3):139-43.
99. Davidson JRT., Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 1993;23, 709–718
100. Slomkowski C, Klein RG, Mannuzza S. Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *J Abnorm Child Psychol*, 1995;23(3):303-15.
101. Glass K, Flory K, Martin A. ADHD and comorbid conduct problems among adolescents: associations with self-esteem and substance use. *Attention Deficit And Hyperactivity Disorders*, 2011; 3: 29–39 142.
102. Heimberg RG, Juster HR. Cognitive behavioral treatments: literature review. In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York; Guilford, 1995; s.261-309
103. Biederman J, Munir K, Knee D, Armentano M, Autor S, Waternaux C, Tsuang M. High Rate Affective Disorders in Probands With Attention Deficit Disorders and in Their Relatives: A Controlled Family Study. *Am J Psychiatry*, 1987;144:330–333.
104. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 84-93
105. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı*, Ankara, 2015; p349-350.
106. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(417):4-18
107. Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry*, M Lewis (Ed), 2. Baskı, Baltimore Williams and Wilkins, 1996;s.544-563.

108. Davidson, J. R. T. & Foa, E. B. Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond Stress Disorder: DSM-IV and Beyond (eds J.R.T. Davidson & E. B. Foa), 1993;pp. 229-235
109. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28(1):109-26.
110. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity survey. *Am J Psychiatry*, 1998;155: 613-619
111. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992;101, 326–331
112. Heimberg RG, Holt, CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 1993;7, 249–269
113. Herbert JD., Hope DA, Bellack AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992;101, 332–339
114. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 1995;26, 467– 489
115. McNeil DW, Ries BJ, Taylor LJ, Boone ML, Carter LE, Turk CL. Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 1995;9, 47–57
116. Holt CS., Heimberg RG, Hope DA, Liebowitz MR. Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 1992;6, 63–77
117. Slavkin SL, Holt CS, Heimberg RG, Jaccard JJ, Liebowitz MR. The liebowitz social phobia scale: An exploratory analysis of construct validity. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC, 1990.
118. Safren SA, Heimberg RG, Horner K J, Juster HR., Schneier FR, Liebowitz MR. Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999;13, 253–270
119. Brown E, Heimberg R, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behav Ther*, 1995;26: 467-486
120. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol* 2001;110(4):585-99
121. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal Fobide Klinik Özellikler ve Eştanı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(3):207-214
122. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248(2):87-95
123. Alden LE, Laposa JM, Taylor CT, Rider AG. Avoidant personality disorder: current status and future directions. *J Person Disord* 2002;16:1–29
124. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety* 2006;23(3):153-7

125. Corretti G, Pierucci S, De Scisciolo M, Nisita C. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):183-7
126. Greenberg D, Stravynski A. Patients who complain of social dysfunction as their main problem: I. Clinical and demographic features. *Can J Psychiatry* 1985;30(3):206- 11
127. Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W, Patterson B. Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2011;17(4):221-6.
128. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit /hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med* 1999; 29:515-525
129. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M et al. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009; 26:212–221
130. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *J Affect Disord* 2004; 80:163-171
131. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-723
132. Park S, Cho MJ, Chang MS, Jeon HJ, Cho S, Kim BS. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011;186 :378-383
133. Semerci B. Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda anksiyete ve tik bozuklukları birlikteliği. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2012; 5(1):54-59
134. Edel MA, Rudel A, Hubert C, Scheele D, Brüne M, Juckel G et al. Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *Eur J Med Res* 2010; 15:403-409
135. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792– 1798
136. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T et al: Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:371–377
137. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten Disord* 1997; 2:159-166
138. Schmitz M, Ludwig H, Rohde LA. Do hyperactive symptoms matter in ADHD-I restricted phenotype? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010;39:741-748
139. Fischer AG, Bau CHD, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL et al. The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatric Res* 2007; 41:991-996
140. McIntyre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12:PCC.09m00861
141. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime comorbidity of attention-

- deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder. data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1467–1473
142. Koyuncu A, Tutkunkardaş D, Binbay Z, Özyıldırım I, Ertekin E, Tükel R. The prevalence and clinical features of adult attention deficit hiperactivity disorder in social anxiety disorder. *Eur Psychiatry* 2012; 27(suppl 1): P-119
 143. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E et al: The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35:245–256
 144. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980–988
 145. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kultur EC, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11:109-116
 146. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı, Ankara, 2015; p581-585.
 147. Alpert KE, Uebelacker LA, McLean NE, Nierenberg AA, Pava JA, Worthington JJ et al. Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychol Med* 1997; 27:627-633
 148. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:729-736
 149. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC , American Psychiatric Press, 1994
 150. Stein MB. An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 suppl(12): 3-8
 151. Sullivan PF, Kessler RC, Kendler KS. Latent class analysis of lifetime depressive symptoms in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1398-1406
 152. Posternak MA, Zimmerman M. Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:70-76
 153. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 11. Baskı Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2008:464-5
 154. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. Social phobia: A comparative clinical study. *Br J Psychiatry*, 1983; 142:174-179.,
 155. Reich J, Noyes R, Yates W. Anxiety symptoms distinguishing social phobia from panic and generalized anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*, 1998; 176:510-513
 156. Cameron O, Thyer B, Nesse R. Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 1986; 143: 1132-1137
 157. Manuzza S, Fyer AJ, Liebowitz MR ve ark. Delineating the boundary of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disorders*, 1990; 4: 41-59
 158. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry*, 1999; 60(Suppl 9): 27-31.
 159. Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM ve ark. Syndrome co-morbidity in patients diagnosed with a DSM-III revised anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*, 1990; 99:308-312.
 160. Molina BS, Pelham WE Jr. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 2003 Aug; 112(3):497-507.

161. Stein MB, Heuser IJ, Juncos JL ve ark. Anxiety disorders in patients with Parkinson disease. *Am J Psychiatry*, 1990;147:217-220
162. Stein MB, Leslie WD. A brain SPECT study of social phobia. *Biol Psychiatry*, 1996;39:825-828
163. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Simpson W. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: an update. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46(1):53-61
164. Simon NM, Worthington JJ, Moshier SJ, Marks EH, Hoge EA, Brandes M, Delong H, Pollack MH. Duloxetine for the treatment of generalized social anxiety disorder: a preliminary randomized trial of increased dose to optimize response. *CNS Spectr* 2010;15(7):367-73
165. Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, Alves AB, Liebowitz MR, Amrein R. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. *Br J Psychiatry* 1992;161:353-60
166. Stein DJ. Pharmacotherapy of social anxiety disorders. In: Bandelow B, Stein DJ, eds. *Social Anxiety Disorder*. New York, NY: Marcel Dekker; 2004;235-263
167. Holaway RM, Heimberg RM. Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Treatment Review In: Bandelow B, Stein DJ, eds. *Social Anxiety Disorder*. New York, NY: Marcel Dekker; 2004;207-220
168. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, 4 Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM –IV-TR), (çev. ed Köroğlu E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007:116-130
169. Schachar RJ: Hyperkinetic Syndrome: historical development of the concept. *The Overactive Child*. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, 1986; 19-41
170. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 1944;144: 16-34
171. Still GF. Some abnormal physical conditions in children. *Lancet* 1902; 1: 10081012, 1077-1082, 1163-1168
172. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says. 1st ed. Newyork, London: The Guilford Press, 2008:1-467
173. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın 2007:820-837
174. Wender, P, Wolf, L. & Wassertein, J. Adults with ADHD: An overview. In J.Wasserstein, L.Wolf,&F.F.LeFever (Eds.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. New York Academy of Science Annals 2001; 931: 1–16
175. Wilens TE, Biederman J Spencer T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Across Life Span. *Ann Rev Med*. 2002;53.113–131.
176. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy, Safi M, Lippmann S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14:105–111.
177. Şenol S: Bölüm 30. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar: 2008;293-294.
178. Aşkın R, Akdağ R, Banoğlu R, Karakelleoğlu C, Kahya H, Ulaşmış Y: Erzurum’da 7-12 yaş arası çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı. *Karadeniz Tıp Dergisi*, 1993;6(2):207-210.

179. Motavallı N: Kentsel Kesimde Türk İlkokul Çocuklarında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nozolojik Bağlamda Prevalansının Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul, 1994
180. Albayrak EC: Bursa İlinde Bir İlkokul Örnekleminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ile ilgili Sosyodemografik Özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bursa, 1998.
181. Özcan ME, Eğri M, Kutlu NO, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M: Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Ön Çalışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 1998;5(2-3):138-142.
182. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H: The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004;13(6):354-361.
183. Şenol S: Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, Risklerin ve Tedavi , Eğilimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara, 1997.
184. Aras S, Tas FV, Unlu G: Psychotropic medication practices of a child and adolescent psychiatry out-patient clinic in Turkey. Child Care Health Dev, 2007;33(4):482-90.
185. Şenol S: Bölüm 30. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar: 2008;293-294.
186. Ercan Es, Avcı A, Mukaddes Motavallı N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y: Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu. Türkiye-2008.
187. Turgay A. Diagnosing and Treating ADHD in Adults. The Canadian J of CME 2001;182-190.
188. Hill, J.C. & Schoener, E.P. Age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. American Journal of Psychiatry 1996;153:1143-1146. Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology, 8:282-292
189. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M et al. Childhood predictors of adult attentiondeficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. Biol Psychiatry 2009; 65:46-54.
190. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? acontrolled 10-year follow-up study of boys with ADHD. Psychiatry Res 2010; 177:299-304.
191. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study.J Psychiatr Res 2011; 45:150-155.
192. Fayyad J, DeGraaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. et al. Cross-National Prevalence And Correlates Of Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.British Journal of Psychiatry 2007;190:402-9.
193. Özdemiroğlu FA, Yargıç İ, Oflaz S. Genel psikiyatri polikliniğinde erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğua eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. Nöropsikiyatri arşivi dergisi 2011;48:119-24.

194. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, Revisited. *Biol Psychiatry* 2004;55:692–700.
195. Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73: 211-221.
196. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Across Life Span. *Ann Rev Med*. 2002;53:113–131
197. Schmidt K, Freidson S. Atypical Outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:566–570
198. Mattes JA, Boswell L, Oliver H. Methylphenidate Effects on Symptoms of Attention Deficit Disorder in Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41: 1059–1063.
199. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorder. In: HI Kaplan, BJ Sadock, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins. 1995; 2295-310
200. Yüksel N. Temel Psikofarmakoloji. Ankara: Tuna Matbaacılık 2010: 41-88
201. Rohde LA, Halpern R. Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal de Pediatria* 2004; 80:61-70
202. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri, Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri, İstanbul, Gendas A.S. 2005: 25- 63
203. Yeo RA, Hill DE, Campbell RA, Vigil J, Petropoulos H, Hart B et al. Proton magnetic resonance spectroscopy investigation of the right frontal lobe in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 303-310
204. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Ding YS, Gatley SJ. Role of dopamine in the therapeutic and reinforcing effects of methylphenidate in humans: results from imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12(6):557-66
205. Nieoullon A. Dopamine and the regulation of cognition and attention. *Prog. Neurobiology*. 2002; 67: 53-88
206. Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Çev eds.: Taneli B, Taneli Y. 2.baskı., Ankara, Yelkovan Yayıncılık. 2003; 59-467
207. Cabral P. Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *Eur J Paediatr Neurol*. 2006; 10: 66–77
208. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları (Çev. Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler). Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8.baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007: 3183-3205
209. Mick E, Biederman J, Faraone S V, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002; 41: 378-385
210. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention deficit/hyperactivity disorders: current perspectives. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 35: 264-272
211. Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci*. 1983; 33: 2609-14
212. Perlov E, Philipsen A, Hesslinger B, Buechert M, Ahrendts J, Feige B, Bubl E, Hennig J, Ebert D, Tebartz van Elst L. Reduced cingulate glutamate/glutamine-to-creatine

- ratios in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder- A magnet resonance spectroscopy study. *J Psychiatr Res.* 2007; 41: 934-941
213. Curran S, Taylor EA. Attention deficit hyperactivity disorder: biological causes and treatment, review. *Current Opinion in Neurology* 2000; 13: 397-40
 214. Akgün G.M, Tufan A. E,Yurteri N. Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, genetik boyutu psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(1):15-48
 215. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:111-119
 216. Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606-1613
 217. Comings DE, Comings BE, Muhleman D, Dietz G, Shahbahrani B, Tost D et al. The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA* 1991; 266: 1793-1800
 218. Bekaroglu M, Aslan Y, Gedik Y, Deger O, Mocan H, Erduran E, Karahan C. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J. Child Psychol. Psychiat* 1996;37(2): 225–227
 219. Mitchell EA, Aman MG, Turbott SH, Manku M, Clinical Characteristics and Serum Essential Fatty Acids Levels Hyperactive Children. *Clinical Pediatrics.* 1987;26(8):406–411
 220. Koziellec T, Starobrat HB, Kotkowiak L. Deficiency of certain trace elements in children with hyperactivity. *Psychiatry pol* 1994; 28: 345-353
 221. Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 542- 548
 222. Biderman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E et al. Family environment risk factors of attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 464-470
 223. Faraone SV. Genetics of Childhood Disorders: xx. ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogeneous. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000;39: 1455–1460
 224. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinician's to Adult ADHD Assessment and Intervention. Academic Press, California, USA 2002
 225. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005;6(1): 5-10.
 226. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
 227. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psych.* 1993; 50: 885-890.
 228. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2004; 27: 187-201
 229. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *JCLP.* 2005; 61: 535-547
 230. Weis M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ.* 2003; 168: 715-22

231. Kessler RC, Lane M, Stang PE, van Brunt DL. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychol Med.* 2008; 21: 11
232. Güney E, Şenol S, Şener Ş Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Nörogörüntüleme Yöntemleri, *Klinik Psikiyatri* 2008;11:84-94
233. Erdoğan E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda frontal ve parietal bölge disfonksiyonları. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5: 145-150
234. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex volumetric abnormalities in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by magnetic resonance imaging. *Biol. Psychiatry* 2006;60:1071-80
235. Wasserstein J, Wolf LE, Lefever FF. Adult Attention Deficit Disorder Brain Mechanisms and Life Outcomes. The New York Academy of Sciences New York, New York 2001, 2001;s. 216–238
236. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2010; 2: 75-116
237. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler). 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007; 3183-3205
238. Adler LA, Spencer TJ, Stein MA, Newcorn JH. Best practices in adult ADHD: Epidemiology, impairments, and differential diagnosis. *CNS Spectr.* 2008; 13: 2-19
239. Weiss M, Hetchman LT, Weis G. ADHD in Adults. A Guide to Current Theory, Diagnosis and Treatment. 1st Ed. Maryland, John Hopkins University Pres. 1999: 1-345
240. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256: 26–31
241. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *Am J Psychiatry.* 2005; 162: 1621–1627
242. Philipsen A, Heblinger B, van Elst LT. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood Diagnosis, Etiology and Therapy. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2008; 105: 311- 317
243. Teo SK, San RH, Wagner VO, Gudi R, Stirling DI, Thomas SD, Khetani VD. D-Methylphenidate is non-genotoxic in in vitro and in vivo assays. *Mutat Res.* 2003; 537: 67–79
244. Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, et al. summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 40: 1352–5
245. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroglu M, Yildirmis S. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2004; 28: 181- 90
246. Öncü B. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Editör: Karakaş S. *Kognitif Nörobilimler.* İstanbul: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi 2008: 417-36
247. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future.* 2004; 29: 1235-44.
248. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS. The Texas children's medication algorithm project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45: 642-57

249. Cohen, D., Strayer, J. Empathy in conduct disordered youth. *Developmental Psychology* 1996; 32: 988-998.; Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Sadovsky, A. Empathy-related responding in children. In M. Killen, & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development* 2006; 517-549
250. Hunter, H.R. Affective empathy in children, measurement and correlation. Unpublished PhD. Dissertation, Griffith University 2003
251. Haigh, M. Fostering cross-cultural empathy with non-western curricular structures. *Journal of Studies in International Education*, 2009;13, 271-284.
252. Pecukonis, E.U. A cognitive / affective empathy training program as a function of ego development in aggressive adolescent females. *Adolescence* 1990; 25(97): 59-74
253. Palmeri-Sams, D., Truscott, S.D. Empathy, exposure to community violence use of violence among urban, at risk adolescents. *Child & Youth Care Forum* 2004; 33(1): 33-50
254. Smith A. Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record* 2006; 56: 3-21
255. Cotton, K. Developing empathy in children and youth. 23.02.2012 tarihinde www.nwrel.org adresinden alınmıştır, 2001.
256. Ickes, W., Stinson, L., Bissonette, V., Garcia, S. Implementing and using the dyadic interaction paradigm. In: Handricks, C., Clark, M. (Eds.), *Review of Personality and Social Psychology: Research Methods in Personality and Social Psychology* 2009; pp. 16-4
257. Lawrence, E.J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., David, A.S. Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine* 2004; 34: 911-924
258. Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., Altoe, G. Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior? *Aggressive Behavior* 2007; 33: 467-476
259. Minet de Wied, Paul P. Goudena, and Walter Matthys. Empathy in boys with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(8): 867-880
260. De Kemp, R.A.T., Overbeek, G., de Wied, M., Engels, R.C.M.E., Scholte, R.H.J. Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *The Journal of Genetic Psychology* 2007; 168 (1): 5-18
261. Chlopan, B.E., mccain, M.L., Carbonell, J.L. & Hagen, R.L. (1985). Empathy: Review of available measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 635-653
262. Bogels SM, Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 827-856
263. Spurr JM, Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 947-975
264. Musa CZ, Lepine JP. Cognitive aspects of social phobia: A review of theories and experimental research. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 59-66
265. Amir N, Foa EB. Cognitive basis in social phobia. In Hofmann SG, DiBartolo PM, editors. *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*. Needham Heights: Allyn & Bacon, 2001: pp. 254-267
266. Heinrichs N, Hofmann SG. Information processing in social phobia: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 751-770
267. Hirsch CR, Clark DM. Information-processing bias in social phobia. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 799-825

268. Lee KH, Farrow TF, Spence SA, Woodruff PW. Social cognition, brain networks and schizophrenia. *Psychol Med* 2004; 34: 391-400
269. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS* 1980; 10: 85
270. Davis MH. *Empathy: A social psychological approach*. Madison, Wisconsin: Brown and Benchmark, 1994
271. Eisenberg N, Murphy BC, Shepard S. The development of empathic accuracy. In Ickes W, editor. *Empathic accuracy*. New York: Guilford, 1997: pp. 73-116
272. Spurr JM, Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 947-975
273. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford, 1995: pp. 69-133
274. Spurr JM, Stopa L. The observer perspective: Effects on social anxiety and performance. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1009-1029
275. Wells A, Clark DM, Ahmad S. How do I look with my mind's eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behav Res Ther* 1998; 36: 631-634
276. Hass RG. Perspective taking and self-awareness: Draw an "E" on your forehead. *J Pers Soc* 1984; 46: 788-798
277. Stephenson B, Wicklund RA. Self-directed attention and taking the other's perspective. *J Exp Soc Psychol* 1983; 19: 58-77
278. Wells A, Papageorgiou C. The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/ injury phobia. *Behav Res Ther* 1999; 37: 653-658
279. Hodges SD, Wegner DM. Automatic and controlled empathy. In Ickes W, editor. *Empathic accuracy*. New York: Guilford, 1997: pp. 311-341
280. Langdon R, Coltheart M. Visual perspective-taking and schizotypy: Evidence for a simulation-based account of mentalizing in normal adults. *Cognition* 2001; 82: 1-26
281. Tibi-Elhanany Y. Social cognition in social anxiety: first evidence for increased empathic abilities. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2011;48(2):98.
282. Ickes W, editor. *Empathic accuracy*. New York: Guilford, 1997
283. Premack D, Woodruff G. Chimpanzee problem-solving: A test for comprehension. *Science* 1978; 202: 532-535
284. Shamay-Tsoory SG, Tomer R, Berger BD, Aharon-Peretz J. Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: The role of the right entromedial prefrontal cortex. *J Cog Neurosci* 2003; 15: 324-337
285. Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Pomerleau CS. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Subst Abuse*.1995;7(3):373-8.
286. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychol Bull* 1994;115:74-101
287. Uekermann J, Kraemer M, Abdel-Hamid M et al. Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neurosci Biobehav Rev* 2010;34:734-743
288. Nijmeijer JS, Minderaa RB, Buitelaar JK, Mulligan A, Hartman CA, Hoekstra PJ. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev* 2008;28:692-708
289. Kaplan RF, Stevens M. A review of adult ADHD: a neuropsychological and neuroimaging perspective. *CNS Spectr* 2002;7:355-362

290. Bagwell CL, Molina BSG, Pelham WE, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1285–1292
291. Maoz H, Tsviban L, Gvirts HZ, Shamay Tsoory SG, Levkovitz Y, Watenberg N, Bloch Y. Stimulants improve theory of mind in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Psychopharmacol* 2014;28: 212–219
292. Hattori J, Ogino T, Abiru K, Nakano K, Oka M, Ohtsuka Y. Are pervasive developmental disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder distinct disorders? *Brain Dev*, 2006;28:371–374
293. Pelc K, Kornreich C, Foisy ML, Dan B. Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatr Neurol*, 2006;35:93–97
294. Kis B, Guberina N, Kraemer M, Niklewski F, Dziobek I, Wiltfang J, et al. Perception of emotional prosody in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;135(6):506-14.
295. Ekman P. Gefühle lesen: Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren [Reading emotions: how to recognize and interpret emotions]. München, Germany: Spektrum Akademischer Verlag; 2007
296. Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Oct;62(10):1142-7.
297. Wells E, Marwell G. Self-Esteem: It's Conceptualization and Measurement, Beverly Hills: Sage Publications Inc, 1976
298. Aktaran Koçak E. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2008
299. Harter S: Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life span perspective. In J. Kolligian and R. Stenberg (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life span*. New Haven, CT, sayfalar: 67- 97, 1990
300. Coopersmith S. *The Antecedents of Self-Esteem*, San Fransisco: Consulting Psychologists Pres, 1967
301. Harter S. *Developmental Perspectives on the Self-System*. Handbook of Child Psychology: Social and personality developmental, New York: Guilford Pres, 1993
302. Marans S, Cohen DJ: Child Psychoanalytic Theories of Development. Chapter 13. In: Melvin Lewis. *Child And Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Third Edition. Lippincott Williams & Wilkins, sayfa:206, 2002
303. Willoughby C, Polatajko H, Currado C, Harris K, King G: Measuring the self-esteem of adolescents with mental health problems: theory meets practice. *Can J Occup Ther*, 67(4):230-8, 2000
304. Rosenberg M: Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 3, pp. 107 136). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986
305. Bandura A: The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 13(3):195-9, 1982
306. Yager J, Gitlin MJ: Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. Chapter 8. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Eighth Edition. Volume One. Lippincott Williams&Wilkins, PA, USA, sayfalar: 983-984, 2005

307. Yörükoğlu A: “Gençlik Çağı” Ruh Sağlığı Ruhsal Sorunlar, 4. Basım, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara, 1987
308. Crocker J, Major B: Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 26 (4): 608-630, 1989
309. Harter S: Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In J.Suls & A.G. Greenwald (Eds.), *Psychology perspectives on the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, volume 3, pp: 136-182, 1986
310. Dumont M, Provost MA: Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3):343-363, 1999
311. Gruber, Karin & Richard G. Heimberg, (2007), “Sosyal Anksiyete İçin Bir Bilişsel Davranışçı Terapi Paketi”, Editorler: ROTH, W.T., Irvin D. Yalom, Anksiyete Terapisi, Prestij Yayınları, s. 287.322
312. Ozdemir, Nurgul, Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.
313. De Jong, P.J. “Implicit Self-Esteem and Social Anxiety: Differential Self- Favouring Effects in High and Low Anxious Individuals”, *Behaviour Research and Therapy*, 2002;Vol. 40, No.5, pp.501-508
314. İzgic, F., G. Akyuz, O. Doğan & N. Kuğu. “ Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi Yaygınlığı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000;Sayı 1(4), s.207-214
315. Geist CR, Borecki S. Social avoidance and distress as a predictor of perceived locus of control and level of self-esteem. *J Clin Psychol* 1982;38(3):611-3
316. Kocovski NL, Endler NS. Social anxiety, self-regulation, and fear of negative evaluation. *Eur J Pers* 2000;14(4):347-58
317. Acarturk C, Smit F, De Graaf R, Van SA, Ten HM, Cuijpers P. Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119(1):62-70
318. Izgic F, Akyuz G, Dogan O, Kugu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004;49(9):630-4
319. Li X. The relative research on rejection sensitivity, self-esteem, social support and social anxiety of teenagers education and management. *Communications in Computer and Information Science* 2011;210:54-60
320. Rasmussen MK, Pidgeon AM. The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping* 2010;24(2):227-33
321. Şenol S, İşeri E, Koçkar Aİ: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*. HYB Yayıncılık, Ankara, sayfa:54, 2005
322. Voeks JL: A Comprehensive Study of Self-Esteem in Children Diagnosed with Attention Deficit And Hyperactivity Disorder. A Research Paper. University of Winconsin-Stout, 2003
323. Bouden E, Halayem MB: Attention Deficit and Hyperactivity in the Child. *Tunis Med*. 79 (6-7): 335-40, 2001
324. Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a guide for the primary care physician. *South Med J*. 2002; 95: 736-742
325. Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 8-11

326. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with DEHB. An overview. *Ann NY Acad Sci* 2001; 931:1-16
327. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Kitabevi, 2008: 779-783
328. Torun NY, Özşahin A, Sütçigil L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yetişkinlikteki Yansımaları. *Klinik Psikiyatri* 2009;12:43-50
329. Clarke S, Kohn HMR. Attention deficit disorder: not just for children. *Internal Medicine Journal* 2005;35:721-5
330. Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler As, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12:177-184
331. Alyanak FÖ, Yargıç İ, Oflaz S. Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı Ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. *Archives Of Neuropsychiatry* 2011; 48: 119-24
332. Tuğlu C. Bipolar bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişki. *Duygudurum Dizisi* 2001;5:247-251
333. Bora E, Baysan, L. Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.2009; 19(1), 39-47
334. Hisli N. Almanya'dan geri dönüş yapan ikinci kuşağın psikolojik uyum sorunları. *Seminer Dergisi*, 1989;6: 1-17
335. Ulusoy, M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
336. Soykan C, Özgüven HD, Gençöz T ve ark. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychology Report*. 2003; 93:1059-69
337. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psych*, 1993;50(6): 885-890
338. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2000;12:240-5
339. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(4):252-259
340. Koyuncu A, Çelebi F, Ertekin E, Kök BE, Tükel R., Attention deficit and hyperactivity in social anxiety disorder: relationship with trauma history and impulsivity, *ADHD Atten Def Hyp Disord* (2016) 8:95–100
341. Chen C, Burton M, Greenberger E, Dmitrieva J. Population migration and variation of dopamine D4 receptor (DRD4) allele frequencies around the globe. *Evol HUM Behav* 1999;20:309-324
342. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behav Res Ther*. 2011 Dec;49(12):875-84.
343. Turan M, Çilli S, Aşkın R, Herken H, Kaya N, Kucur R. Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği. *Klinik Psikiyatri Derg*. 2000;3:170-175.
344. Pliszka SR . Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(suppl 7):50–58.

345. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in children among adults with major depression. *Psychiatry Res* 1996;62:213–219
346. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:526–533.
347. Faraone SV, Biederman. Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:533–541.
348. Marks DJ, Newcorn JH, Halperin JM. Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ann NY Acad Sci.*2001;931:216–238
349. Turgay, A. Gençlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB): sınıflandırma, tanı ve tedavide yenilikler. *Ergenlikte Ruhsal Sorunlara Yaklaşım-I*, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997; 2: 413–451.
350. Loeber, R.L., Burke, J.D., Lahey, B.B. ve ark. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part I. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000; 39: 1468–1484.
351. Murphy, K., & Barkley, R. A. Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 1996;37, 393-401.
352. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry.* 2006 Apr;67(4):524-40.
353. Wolf LE. College students with ADHD and other hidden disabilities. Outcomes and interventions. *Ann N Y Acad Sci.* 2001 Jun;931:385-95.
354. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Mar;190(3):147-57.
355. Westby CE, Cutler SK. Language and ADHD: Understanding the bases and treatment of self-regulatory deficits. *Top Lang Disord*, 1994; 14(4): 58-76.
356. Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord* 1996;1(3):147-61.
357. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry.*2000 Jul 1;48(1):9-20.
358. Morrison JM. Empathy and theory of mind in schizophrenia and anxiety disorders. Department of Psychiatry. McGill University, Montreal. August, 2009.
359. Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997 Jan;36(1):37-44.
360. Doğan T, Bilişsel ve Kendini Değerlendirme Süreçlerinin Sosyal Anksiyete Açısından İncelenmesi Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aralık 2009
361. Erözkan, Atılğan, “Üniversite Öğrencilerinin Reddedilme Duyarlılıkları ile Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi”, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, Malatya, 2004.
362. Duran Ş. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda erişkin dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve eştanı durumları. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul 2006.

363. Barkley RA. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: clinical and research implications. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 1990; 11(6): 343-352.
364. Koyuncu A, Çelebi F, Ertekin E, Memiş ÇÖ, Tükel R. The Presence of Childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder May Be Associated With Interpersonal Sensitivity in Patients With Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2017;23(4):254-9.
365. Ek U, Westerlund J, Holmberg K, Fernell E: Self-esteem in children with attention and/or learning deficits: the importance of gender. *Acta Paediatr*, 2008;97(8):1125-30.
366. Baybek H, Yavuz S. Muğla üniversitesi öğrencilerinin benlik saygılarının incelenmesi. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 2011;1(14).
367. Yılmaz, S. Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Atılabilirlik Düzeyi Arasındaki ilişki, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2000.
368. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147:685-695.
369. Lepine JP, Pelissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *J Affect Disord*. 1998; 50(Suppl 1):23-28.
370. Evren C. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 2010;2(4):473-515.
371. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEPBD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1467-1473.
372. Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kessler RC, Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Eur Psychiatry* 2000; 15: 67-74.
373. Şenol S, Şener Ş, Köroğlu E. Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar. E Köroğlu (Çev ed). *DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nda, dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994, s.43-49.
374. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002; 159:36-42.
375. Touzin M. Academic difficulties in hyperactive children. *Rev Prat* 2002; 15;52:1998-2001
376. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. M Lewis (ed): *Child and Adolescent Psychiatry*'de, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, s.645-670.
377. Salbach H, Huss M, Lehmkuhl U. Impulsiveness in children with hyperkinetic syndrome. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatri* 2002; 51:466-475.

EK-1 Etik Kurul Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/12/2017-E.68335



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd.Doç.Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.02.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 23 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 23

Protokol No : 2017/1051
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Çağdaş Öykü MEMİŞ'in "Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eş tanı varlığı ile empati ve benlik saygısı ilişkisi" başlıklı klinik araştırmasının 05.01.2017 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 17.02.2017 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri dosya halinde görüldü.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

EK-2 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı:	Formu Dolduran:				
2. Cinsiyet:	1. Kadın	2. Erkek	Tarih:		
3. Doğum tarihi (GG/AA/YY):	 / /		Doğum Yeri (il-ilçeKöy):		
4. Toplam öğrenim yılı:	yıl		Mezun olduğu okul:		
5. Meslek:					
6. Çalışabilirlik:	1. Çalışıyor/öğrenci	2. İşsiz	3. Çalışmıyor	4. Emekli 5. Ev kadını	
7. Medeni durum:	1. Bekar	2. Evli	3. Dul	4. Boşanmış 5. Ayrı	
8. Çocuk sayısı:	K (D. yılı __, __, __, __, __)		E (D. yılı __, __, __, __)		
9. Sosyo-ekonomik durum (hasta ve klinisyene göre):	1. Alt		2. Orta	3. Üst	
10. Yaşadığı il..... Yıldır	1. Kent içi		2. Varoş	3. Kasaba 4. Köy	
11. Göç öyküsü:	1. Varyaşında		2. Birden fazla kez	3. Yok	
12. Aşağıda kodlanmış (kesinleşmiş olan) hastalıkları akrabalarındaki varlık durumlarına göre işaretleyiniz:					
1. BP	2. UP	3. Siklotimi	4. Distimi	5. Şizofreni	
6. Panik boz.	7. Alkol	8. Madde	9. İntihar	10. Yeme boz	11. Diğer(.....)
1° akrabalar: Anne ____ , ____		Baba ____ , ____		Erkek kardeş ____ , ____	
Kız kardeş ____ , ____		Oğlu ____ , ____			
2° akrabalar: (_____ : _____)					
13. Geçmiş Diğer Psikiyatrik Öykü (SCID):		1. Yetersiz bilgi	2. Yok	3. Eşikaltı	4. Var
Panik Boz.	Sosyal Anksiyete	OKB	Yeme boz	Yaygın anksiyete bozukluğu	
Psikoz	Hipokondriasis	Kişilik boz	PTSD	İntihar öyküsü:.....	
Alkol-madde	Diğer(.....)				
14. Bunların herhangi biri nedeniyle ilk tedavi yaşı:.....yaş					
15. Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre:.....ay					
16. Çocuklukta Psikiyatrik Tanı	1. Yetersiz bilgi	2. Yok	3. Eşikaltı	4. Var	
<u>GENEL TIBBİ DURUMDA HASTALIK ÖYKÜSÜ</u>					
17. Nörolojik Tanı:	0. Yok		1. Var (.....)		

18. Diğer Tanı: 1. Yok 2. Var (.....)

PSİKOAKTİF MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ

19. Sigara	0. Yok	1. Var (Miktar)adet/gün/yıl	2. Süre:
20. Alkol	0. Yok	1. Var (Miktar)adet/gün/yıl	2. Süre:
21. Esrar	0. Yok	1. Var (Miktar)adet/gün/yıl	2. Süre:
22. Kokain	0. Yok	1. Var (Miktar)adet/gün/yıl	2. Süre:
23. Ekstazi	0. Yok	1. Var (Miktar)adet/gün/yıl	2. Süre:
24. Opiat	0. Yok	1. Var (Miktar)adet/gün/yıl	2. Süre:

DİĞER

25. Yaşadığı kişiler

26. Psikiyatrik yatış öyküsü ve sayısı

27. İntihar girişimi öyküsü

28. Şu anki tedavi

EK 3- EMPATİ ÖLÇEĞİ

CAMBRIDGE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

(Baron-Cohen & Wheelwright 2004)

TÜRKÇE UYARLAMASI

TÜM BİLGİLER KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAKTIR

İsim :

Cinsiyet :

Doğum Tarihi :

Bugünün Tarihi:

Anketi Nasıl Dolduracaksınız?

Aşağıda bazı ifadelerin listesi bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi çok dikkatli okuyunuz ve hangi şiddetle kabul veya red ettiğinizi, cevabınızı daire içine alarak oranlayınız. Bu testte doğru veya yanlış cevap yoktur.

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ HİÇBİR İFADEYİ BOŞ BIRAKMAYINIZ

Örnekler :

Ö.1: Eğer her gün müzik dinleyemezsem kendimi üzgün hissederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.2 : Arkadaşlarıma mektup yazmaktansa onlarla telefonda görüşmeyi tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.3 : Dünyanın farklı bölgelerine seyahat etme isteğim yoktur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.4 : Kitap okumayı dans etmeye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

1. Birisi sohbete katılmak istediğinde bu durumu kolaylıkla anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2. Hayvanları insanlara tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3. Güncel eğilimler ve modayı takip etmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4. Benim kolaylıkla anladığım şeyleri anlamadıklarında, başkalarına açıklama yapmak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5. Çoğu gece rüya görürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6. Diğer insanlarla ilgilenmekten hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7. Problemlerimi diğerleri ile tartışmaktansa kendi başıma çözmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8. Sosyal ortamlarda ne yapacağımı bilmekte zorlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9. Sabahları günün kendimi en iyi hissettiğim vaktidir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10. İnsanlar sıklıkla tartışmada kendi görüşümü söylerken çok ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11. Bir arkadaşım ile buluşmaya geç kalırsam bu durumdan çok rahatsız olmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12. Arkadaşlıklar ve ilişkiler benim için çok zordur, bu nedenle onlarla canımı sıkmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13. Ne kadar küçük olursa olsun, asla kuralları/kanunları çiğnemem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14. Bir şeyin kaba ya da nazik olup olmadığına karar vermek bana sıklıkla zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15. Sohbet sırasında dinleyenin ne düşünüyor olabileceğinden çok kendi fikirlerime odaklanma eğilimindeyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
16. Sözlü şakalardansa el şakalarını tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17. Hayatı gelecekte çok bugün için yaşarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18. Çocukken ne olacağını görmek için solucanları kesmeyi severdim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19. Eğer bir kişi bir şey söylüyor fakat görünürde söylediğinden başka bir şeyi kastediyorsa bunu çok çabuk kavrarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20. Ahlaki konularda çok katı fikirlerim vardır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21. Bazı şeylerin insanları neden çok üzdüğünü anlamak benim için zordur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

22. Kendimi başka birinin yerine koymak benim için kolaydır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23. İyi davranışların bir ailenin çocuğuna öğreteceği en önemli şey olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
24. Anlık kararlarla bir şeyler yapmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25. Başka birinin nasıl hissedeceğini tahmin etmekte iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26. Gruptan bir kişinin kendini huzursuz ya da mahcup hissettiğini çok çabuk fark ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
27. Başka birinin güceneceği bir şey söylersem, bu durumun benim değil onların problemi olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28. Eğer birisi yeni saç kesimini nasıl bulduğumu sorarsa, beğenmemiş de olsam doğruyu söylemeyi tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
29. Neden bazılarının bir söz ile gücenebileceğini anlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
30. İnsanlar sıklıkla sağımın solumun belli olmadığını söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
31. Herhangi bir sosyal faaliyette ilgi odağı olmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
32. Ağlayan insanları görmek beni (gerçekten) üzmez.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33. Politika hakkında tartışmalara katılmayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
34. Bir kastım olmamasına rağmen son derece açık sözlü biriyim ki bazı insanlar bunu kabalık olarak görüyor.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
35. Sosyal ortamlarda ne yapacağımı bilmekte zorlanmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
36. İnsanlar onların nasıl hissettiklerini ve ne düşündüklerini anlamada iyi olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
37. İnsanlarla konuşurken kendimle ilgili şeylerden çok onlarla ilgili konulardan bahsetmeye eğilimliyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38. Bir hayvanı acı içinde görmek beni mutsuz eder.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39. Diğer insanların düşüncelerinden etkilenmeden kararlar verebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
40. O gün için planladığım her şeyi yapmadan rahatlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41. Ben konuşurken birisi ilgilenir ya da sıkılırsa bunu kolayca anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Haberlerde acı çeken insanlar gördüğümde mutsuz olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

43. Arkadaşlarım çoğunlukla problemlerini bana açarlar çünkü benim çok anlayışlı birisi olduğumu söylüyorlar.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44. Eğer birini rahatsız ediyorsam, o kişi bunu bana söylemese bile ben bunu anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45. Sürekli yeni hobilere başlarım ama onlardan kolaylıkla sıkılıp başka şeyler aramaya yönelirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
46. İnsanlar bazen çok fazla alay edip ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
47. Gerçekten büyük bir hızlı trene binecek olsaydım çok sinirli ve tedirgin olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48. Nedenin anlayamama rağmen insanlar çoğu kez duygusuz biri olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49. Eğer gruba yeni birisi katılırsa ortamla kaynaşmak için çabalaması gereken odur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50. Bir filmi genellikle karakterlerin duygularına kendimi kaptırmaksızın izlemeyi beceririm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
51. Günlük yaşamda organize olmayı çok severim ve sıklıkla yapmam gereken gündelik işlerin bir listesini çıkarırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
52. Başka birinin belli bir durumda ne hissettiğini hızla ve kolayca anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
53. Risk almayı sevmem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
54. Karşımdaki kişinin ne hakkında konuşmak isteyebileceğini kolaylıkla tahmin edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
55. Birisinin gerçek duygularını saklıyor olduğunu anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
56. Karar vermeden önce destekleyen ve karşıt olan yönleri tartarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
57. Sosyal ortamlarda doğru davranabilmeyi çaba harcamaksızın başarabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
58. Başkalarının ne yapacağını tahmin etmekte iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
59. Arkadaşlarımın problemleri olduğunda duygusal olarak etkilenirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
60. Diğer kişilerin bakış açılarına katılmasam da genellikle değer veririm (saygı duyuyum).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

Türkçe uyarlama- Dr. Emre Bora, Leyla Baysan, 2007

EK-4 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgin az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-5 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-6 LİEBOWİTZ SOSYAL FOBİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

LİEBOWİTZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınırım
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınırım
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınırım

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlendiği sırada çalışmak		10. Gözlendiği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak		15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

MADDE – 1			
1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
2. Bazı önemli 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
MADDE - 2			
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
MADDE - 3			
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
MADDE - 4			
7. Genel olarak kendimden memnunum.			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
MADDE - 5			
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
MADDE - 6			
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.			
a. Çok Doğru	b. Doğru	c. Yanlış	d. Çok Yanlış

EK-8 Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği

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

1. BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da işyerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örneğin: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

2. BÖLÜM

a) Aşırı hareketlilik

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3

b) Dürtüsellik

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

1.ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

3. BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hiç Hemen hiç	Biraz ya da bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da, aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sakalmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygudurumda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlamaya, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

