



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**YATARAK TEDAVİ GÖREN ALKOL KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN ERKEK HASTALARDA DEHB’NİN
SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ VE BU
İLİŞKİ ÜZERİNE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLER**

Dr. Elvan ÇİÇİKCİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL -2018



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**YATARAK TEDAVİ GÖREN ALKOL KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN ERKEK HASTALARDA DEHB’NİN
SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ VE BU
İLİŞKİ ÜZERİNE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLER**

Dr. Elvan ÇİÇİKCİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gökhan UMUT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL -2018

I. TEŞEKKÜR

Hastanemizin Yöneticisi ve Başhekimi Sayın Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a

Eğitim sürecim boyunca, bilgi birikimi ve tecrübelerinden her daim yararlandığım, bu süreçte her konuda desteğini ve emeğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN'e,

Tezimin her aşamasında yardımcı olan, bilgi ve emeğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Gökhan UMUT'a,

Bu çalışmaya katılmak için vakit ayıran hastalarım,

Kliniklerinde rotasyon yaptığım ve çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Ömer SAATCİOĞLU, Doç. Dr. Güliz ÖZGEN, Doç. Dr. Ayhan KÖKSAL, Doç. Dr. Ejder YILDIRIM, Uz. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,

Asistanı olmaktan gurur duyduğum AMATEM kliniğinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm uzman, asistan doktor, psikolog, hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve yardımcı sağlık personeline,

Desteğini her koşulda hissettiren İstanbul Valiliği İl Sosyal Etüt ve Proje Müdürlüğü'nden psikolog Kübra DURMUŞ'a,

Hastanemizde, birlikte çalışırken keyif aldığım, çok şey öğrendiğim, tüm uzman ve asistan hekim arkadaşlarıma ve tüm hastane çalışanlarına,

Sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen anne, babam ve kardeşlerime,

Mesleki ve kişisel gelişimimde kendilerinden çok şey öğrendiğim, öğrenmeye de devam edeceğim hastalarım, teşekkür ederim.

Dr. Elvan ÇİÇİKCİ

İstanbul, 2018

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR	viii
VI. TABLO LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma	3
2.1.2. Etiyoloji ve Epidemiyoloji	5
2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	6
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Klinik Özellikler ve Tanı	7
2.2.3. Komorbidite	8
2.3. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU	10
2.3.1. Klinik Özellikler	10
2.3.2. Psikodinamik Model	11
2.3.3. SAB'nin Bilişsel ve Davranışçı Modeli	12
2.3.4. SAB ve Komorbidite	12
2.3.5. SAB ve DEHB İlişkisi	13
2.4. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN DEHB VE SAB İLİŞKİSİ	15
2.4.1. Mizaç ve Karakter Özelliklerinin AKB ile İlişkisi	16
2.4.2. Mizaç ve Karakter Özelliklerinin SAB ile İlişkisi	16
2.4.3. Mizaç ve Karakter Özelliklerinin DEHB ile İlişkisi	17
2.5. BENLİK SAYGISININ DEHB VE SAB İLE İLİŞKİSİ	18
2.5.1. Benlik Saygısı ve AKB İlişkisi	18
2.5.2. Benlik Saygısı ve DEHB İlişkisi	18
2.5.3. Benlik Saygısı ve SAB İlişkisi	19
2.6. SAVUNMA BİÇİMLERİNİN DEHB VE SAB İLE İLİŞKİSİ	19
2.6.1. İnmatür Savunma Mekanizmaları	20
2.6.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları	20
2.6.3. Matür Savunma Mekanizmaları	20
2.6.4. AKB ile Savunma Biçimleri İlişkisi	21

2.6.5. Savunma Biçimleri ile DEHB İlişkisi.....	21
2.6.6. Savunma Biçimleri ile SAB İlişkisi.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. ÖRNEKLEM.....	23
3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri:	23
3.1.2. Dışlama Kriterleri	23
3.2. YÖNTEM.....	24
3.3. GEREÇLER	24
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:	24
3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	25
3.3.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ):.....	25
3.3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):.....	26
3.3.5. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) Zarardan Kaçınma (ZK) Alt Boyutu: ..	26
3.3.6. Savunma Biçimleri Testi (SBT- 40):	26
3.4. Uygulanan İstatistiksel Yöntemler	27
4. BULGULAR	28
4.1. SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	28
4.1.1. AKB Hastalarında ASRS Puanları ile LSKÖ Puanları Arasındaki İlişki İlişkinin İncelenmesi.....	29
4.1.2. AKB Hastalarında ASRS Puanları, RBSÖ Puanları ile ZK Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	30
4.1.3. AKB Hastalarında ASRS Puanları ile SBT-40 Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	31
4.1.4. AKB Hastalarında DEHB'nin Sosyal Anksiyete Belirtileri, Benlik Saygısı, ZK ve Savunma Biçimleri ile İlişkisi.....	32
4.1.5. AKB Hastalarında DEHB Olan ve Olmayan Grubu Birbirinden Ayıran Özellikler	36
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	52
6.1. SONUÇLAR	52
6.2. ÖNERİLER	53
7. KAYNAKLAR.....	55
8. ÖZGEÇMİŞ.....	67
9. EKLER.....	69
EK 1-Etik Kurul Onayı.....	69
EK 2-Sosyodemografik Veri Formu	70
EK 3-Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	71
EK 4-Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	73
EK 5-Rosenberg Self-Esteem Scale (Benlik Saygısı Ölçeği).....	74
EK 6-Mizaç Ve Karakter Envanteri (mke) Zarardan Kaçınma (ZK) Alt Boyutu ...	75
EK 7-Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)	78

III. ÖZET

YATARAK TEDAVİ GÖREN ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN ERKEK HASTALARDA DEHB’NİN SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ VE BU İLİŞKİ ÜZERİNE ETKİLİ OLABİLECEK FAKTÖRLER

Dr. Elvan ÇİÇİKCİ

Amaç: Alkol kullanım bozukluğu (AKB) olanlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) normal popülasyona göre daha sık görülmektedir. Ayrıca DEHB ile SAB arasında da yüksek komorbidite bildirilmektedir. Bu çalışmanın amacı detoksifikasyonunu tamamlamış AKB olan erkek hastalarda DEHB ile sosyal anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiyi saptamak ve bu ilişki üzerinde benlik saygısı, zarardan kaçınma (ZK) mizaç boyutu ve savunma biçimlerinin etkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya AMATEM’de yatarak tedavi gören, AKB tanısı alan 151 erkek hasta alındı. Hastalar için sosyodemografik veri formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) Zarardan Kaçınma (ZK) Alt Boyutu, Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) uygulandı.

Bulgular: AMATEM’de AKB tanısıyla yatarak tedavi gören 151 kişinin katıldığı çalışmamızda olası DEHB oranı %25,2 olarak saptandı. Sosyodemografik özellikler açısından, olası DEHB ile DEHB olmayan grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. DEHB belirti şiddeti ile sosyal anksiyete belirti şiddeti arasında pozitif yönlü bir ilişki saptandı. Korelasyon analizinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hiperaktivite-dürtüsellik alt tipi (DEHB-HD) ile ZK mizaç boyutu olan yabancılardan çekinme haricinde, tüm DEHB alt tip puanlarıyla benlik saygısı ve ZK alt boyut puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulundu. Tüm DEHB alt tip puanları ile immatür savunma biçimi puanları arasında pozitif, matür savunma biçimi puanları arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edildi. MANCOVA analizinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu dikkat eksikliği alt tipi (DEHB-DE) puanları ile ZK ve immatür savunma biçimi puanları arasında, DEHB-HD puanları ile matür ve immatür savunma biçimi puanları arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Regresyon analizinde AKB hastalarında yüksek ZK puanları, yüksek immatür ve düşük matür savunma puanları DEHB belirti şiddetinin yordayıcıları olarak bulundu. Olası DEHB’nin yordayıcıları ise lojistik regresyon analizinde ZK ve immatür savunma puanları olarak tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada AKB olanlar arasında olası DEHB varlığında sosyal anksiyete belirti şiddetinin arttığını bulduk. DEHB belirti şiddeti ile düşük benlik saygısı, düşük matür savunma biçimleri, yüksek ZK ve yüksek immatür savunma biçimleri arasında ilişki saptadık, ancak bu faktörlerden sadece ZK ve savunma biçimlerinin olası DEHB ile ilişkili olduğunu tespit ettik. AKB hastalarında DEHB komorbiditesinin bulunması klinisyenleri ileride gelişmesi muhtemel SAB açısından uyarmalıdır. Bulgularımız konuyla ilgili mevcut verileri desteklemektedir. Ancak DEHB ve SAB arasındaki nedensel ilişkiyi tam açıklamak için metodolojik açıdan daha güçlü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alkol Kullanım Bozukluğu,
Benlik Saygısı,
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,
Savunma Biçimleri,
Sosyal Anksiyete Bozukluğu,
Zarardan Kaçınma

İletişim Adresi: mdrelvan@yahoo.com



IV. ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND SOCIAL ANXIETY DISORDER AND THE FACTS THAT MAY BE EFFECTIVE ON THIS RELATIONSHIP IN ALCOHOL USE DISORDER INPATIENTS

Dr. Elvan ÇİÇİKCI

Aim: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and social anxiety disorder (SAD) are high prevalence more than normal population in alcohol use disorders (AUD). In addition, high comorbidity is reported between ADHD and SAD. The aim of this study is to investigate the relationship between ADHD and social anxiety symptom, and the effect of self-esteem, harm avoidance of temperament dimension, and defence style on this relationship in male AUD inpatients after detoxification.

Method: We included 151 male AUD inpatients who were hospitalized in AMATEM to our study. Sociodemographic data form, Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Rosenberg Self-Esteem Scale, Temperament and Character Inventory (TCI) Harm Avoidance (HA) Dimension, Defense Style Questionnaire (DSQ-40) were applied to the patients.

Results: The prevalence of probable adult ADHD was %25,2 among 151 AUD inpatients at AMATEM. In terms of sociodemographic characteristics, there was no significant difference between probable ADHD and non-ADHD group. ADHD subscale scores were correlated with severity of social anxiety symptom, self-esteem scores and Harm avoidance (HA) dimension scores, but subscale (shyness with stranger) of harm avoidance was not correlated with attention deficit hyperactivity disorder-hyperactive/impulsive subtype (ADHD-HI) subscale scores. ADHD scores were correlated with immature and matur defense styles scores, but neurotic defense style1 was not correlated ADHD scores. The MANCOVA results showed that HA and immature defense styles scores predicted the severity of ADHD-I symptoms and also mature and immature defense styles scores predicted the severity of ADHD-HI symptoms. We found that higher HA, higher immature defense styles scores and lower matur defense styles scores predicted the severity of ADHD symptoms. Also we found that only higher immature defense styles scores and HA scores predicted the probable ADHD in the regression analysis.

Conclusion: In this study, we found that presence of probable ADHD increased the severity of social anxiety symptom among AUD inpatients. We found that severity of ADHD symptoms was correlated higher HA and immature defense styles, whereas lower self-esteem and mature defense styles. We found evidence that HA and defense styles were associated with probable ADHD. Clinicians must carefully evaluate ADHD symptoms, because SAD may develop among this population. Findings reported here supports the existing data about the topic however, needs to be further researched with methodologically stronger studies to explain the causal relationship between ADHD and SAD.

Key Words: Alcohol Use Disorders,
Attention Deficit Hyperactivity Disorder,
Defense Styles,
Harm Avoidance,
Self-Esteem,
Social Anxiety Disorder

Contact Address: mdrelvan@yahoo.com



V. KISALTMALAR

AKB	: Alkol kullanım bozukluğu
ASRS	: (Adult ADHD Self-Report Scale) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik tip
DEHB-DE	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği tipi
DEHB-HD	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite-Dürtüsellik tipi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
LSKÖ	: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SAB	: Sosyal anksiyete bozukluğu
SBT-40	: Savunma Biçimleri Testi 40
ZK	: Zarardan Kaçınma
ZK1	: Beklenti endişesi
ZK2	: Belirsizlik korkusu
ZK3	: Yabancılardan çekinme
ZK4	: Çabuk yorulma

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: AKB Hastalarında olası DEHB Olan ve Olmayan Grubun Yaş, Eğitim Süresi, Alkole Başlama Yaşı, Alkol Kullanımının Problemlili Hale Geldiği Yaş, Tedavi Öyküsü Açısından Karşılaştırılması	28
Tablo 2: AKB Hastalarında olası DEHB Olan ve Olmayan Grubun Medeni Durum, Ailede Alkol Madde Kullanımı, Ailede Psikiyatrik Hastalık Açısından Karşılaştırılması	29
Tablo 3: AKB Hastalarında ASRS Puanları ile LSKÖ Puanları Arasındaki İlişki	30
Tablo 4: AKB Hastalarında ASRS, Benlik Saygısı ve ZK Puanları Arasındaki İlişki ..	31
Tablo 5: AKB Hastalarında ASRS Puanları ile SBT-40 Puanları Arasındaki İlişki	32
Tablo 6: AKB Hastalarında DE ve HD'nin Bağımlı Değişken, LSKÖ Kaygı Puanları, LSKÖ Kaçınma Puanları, Benlik Saygısı Toplam Puanları, ZK Toplam Puanları, SBT-40 İmmatür Toplam Puanları, SBT-40 Nevrotik Toplam Puanları ve SBT-40 Matür Toplam Puanlarının Kovaryant Olarak Alındığı MANCOVA Analizi.....	33
Tablo 7: AKB Hastalarında ASRS Toplam Puanının Bağımlı Değişken, LSKÖ Kaygı puanları, LSKÖ Kaçınma Puanları, Benlik Saygısı Toplam Puanları, ZK Genel Toplam Puanları, SBT-40 İmmatür Toplam Puanları, SBT-40 Nevrotik Toplam Puanları ve SBT-40 Matür Toplam Puanlarının Bağımsız Değişken Olarak Alındığı Stepwise Lineer Regresyon Analizi	35
Tablo 8: AKB Hastalarında DEHB Tanısının Bağımlı Değişken, LSKÖ Kaygı, LSKÖ Kaçınma, Benlik Saygısı, ZK, SBT-40 İmmatür ve SBT-40 Nevrotik ve SBT-40 Matür Toplam Puanlarının Bağımsız Değişken Olarak Alındığı Forward Lojistik Regresyon İncelemesi.....	36

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gelişimsel, kognitif, duygusal, sosyal ve akademik başarı gibi birçok alanda önemli bozulmalarla ilişkili nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB okul öncesi çocuklarda başlayıp erişkinlikte de devam edebilen, aşırı hareketlilik, kısa dikkat süresi ve dürtüsellikle karakterizedir (1). ABD de yapılan geniş örneklemli (10,000 denek) bir çalışmada genel erişkin toplumun %4,4'ünde DEHB olduğu saptanmıştır (2). DEHB olan yetişkinlerin %75' inde komorbid bir durum bulunmaktadır (3). Alkol kullanım bozukluğu (AKB) olan kişilerde DEHB'nin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. AKB olan kişilerde DEHB prevalansı %16,2-33,3 arasında değişmektedir (4,5). Ayrıca DEHB'nin alkol kullanımına başlama yaşını, remisyon ve klinik seyri etkilediği bildirilmiştir (6). AKB olan yetişkinlerde komorbid DEHB varlığında, alkol/madde kullanım sorunlarında artış olmakta ve alkol/madde kullanımından bozukluğa geçiş hızlanmaktadır (7).

AKB hastalarında SAB yaygınlığını araştıran çalışmalarda SAB prevalansı ortalama %21 olarak bulunmuştur. AKB hastalarında SAB komorbiditesi varlığında daha şiddetli sosyal anksiyete belirtilerinin yanı sıra, diğer bozuklukların komorbiditesi ve kişiler arası ilişkilerdeki sorunlar daha fazla saptanmıştır (8-10).

DEHB araştırmalarında SAB'nin eşlik eden anksiyete bozukluğu olarak yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde SAB hastalarında yüksek komorbidite oranları daha spesifik bir DEHB ve SAB ilişkisini gösterebilir (11,12). Primer tanısı SAB olan poliklinik hastalarının %62,1-72,3'ünün çocukluk çağı DEHB tanısı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (13,14). Çocukluk çağı DEHB'si olan bazı hastaların büyüdükçe SAB'ye giden gelişimsel aşamalardan geçtiği iddia edilmektedir. Çocukluk çağı DEHB'sinde sıkça bildirilen olumsuz deneyimler, SAB'ye neden olduğu düşünülen çocukluk deneyimlerine oldukça benzerdir. Ayrıca

bilişsel çarpıtmalarla ilgili gözlemler, SAB hastalarında bildirilen bilişsel çarpıtmalarla uyumludur (15).

DEHB'nin gelişiminde mizacın rolünü inceleyen çalışmalar sonucunda çocuklar ve erişkinlerde DEHB'nin yüksek ZK puanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (16,17). Aynı şekilde ZK ile SAB arasında da ilişki olduğu gösterilmiş, SAB'de ZK'nin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (18). AKB olanlarda DEHB ve SAB oranlarının genel topluma göre yüksek bulunmasının yanı sıra, ZK mizaç boyutunun da AKB olanlarda yüksek olduğu bulunmuştur (19).

DEHB'li erişkinlerin immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarını daha fazla kullandığı bulunmuştur (20). Anksiyete bozukluklarının nevrotik ve immatür savunmalarla ilişkisi gösterilmiş, SAB olan hastaların immatür savunmaları, özellikle yer değiştirme ve değersizleştirmeyi daha fazla kullandığı bulunmuştur (21). AKB olan hastaların da immatür ve nevrotik savunmaları daha fazla kullandığı gösterilmiştir (22).

DEHB'li çocuklarda kendini gösteren eğitim zorlukları, akran reddi, ebeveynlerin hoşgörüsüzlüğü ile pekişen ailevi zorluklar ve travmatik deneyimler olumsuz benlik kavramının sebebi olmaktadır. Bir derlemede DEHB ile benlik saygısı arasındaki olumsuz ilişkiyi gösteren birçok çalışmadan söz edilmiştir (23). SAB'nin genellikle benlik saygısının düşüklüğü ve eleştirilme korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (24). Ayrıca düşük benlik saygısı problemlili alkol kullanımı ile ilişkili bulunmuş ve alkol ile ilişkili olumsuz sonuçların en iyi yordayıcılarından biri olarak saptanmıştır (25).

Bu çalışmanın amacı detoksifikasyonunu tamamlamış AKB olan erkek hastalarda olası DEHB sıklığını saptamaktır. Olası DEHB ile sosyal anksiyete belirti şiddeti arasında doğrusal bir ilişki olduğunu varsayıyoruz. Çalışmamızın bir diğer amacı da bu ilişki üzerinde benlik saygısı, ZK mizaç boyutu ve savunma biçimlerinin etkisini belirlemektir. AKB hastaları arasında olası DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba göre sosyal anksiyete belirti şiddetinin ve ZK mizaç boyutu düzeyinin daha yüksek, benlik saygısının daha düşük olacağını bekliyoruz. Olası DEHB olan grupta immatür savunma biçimlerinin daha çok, matür savunma biçimlerinin daha az kullanıldığını varsayıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma

AKB bireyin bedensel ve ruhsal sağlığını tehdit eden, sağlık sorunları, suça yönelme, intihar, trafik kazaları, ailenin dağılması, iş ve okul yaşantılarının bozulması ve sosyal işlevsellikte ciddi bozulmalar gibi çeşitli boyutları içeren önemli bir sorundur. AKB madde ile ilişkili bozukluklar arasında, tütün ile ilişkili bozukluklardan sonra en sık görülen bozukluk olup gelişmiş ülkelerde ve ülkemizde giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır (26).

DSM-5'te Madde ile ilişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları ana başlığı altında AKB ismiyle yer almış, zararlı kullanım ve bağımlılık gibi kavramlar ortadan kaldırılmıştır (1). DSM-5 tanı ölçütleri;

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememesi ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımı sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11h. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Bu tanı ölçütlerinden;

2-3 belirtinin olması ağır olmayan AKB,

4-5 belirtinin olması orta derecede AKB,

6 ya da daha fazla belirtinin olması ağır derecede AKB'ye işaret eder (4).

Varsa belirtilmesi gerekenler:

Erken düzelme durumunda: Daha önce AKB için tanı ölçütleri tam olarak karşılandıktan sonra, AKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, "Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme"), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Kahçı düzelme ile giden: Daha önce AKB için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, AKB'nin hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, "Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme"), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamaktadır.

Denetimli çevrede: Kişi, alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

2.1.2. Etiyoloji ve Epidemiyoloji

Alkol kullanımı ile ilgili bozuklukları tek bir nedenle açıklamak zordur. AKB, birden çok etkenin rol oynadığı bir hastalık olarak görülmektedir. Alkol kullanım kararını, alkolle ilişkili bozuklukların ve AKB oluşumunu pek çok faktör etkilemektedir. Genetik ve çevresel etkenler arasında ilişki bulunmaktadır (26).

Çocukluk dönemi rahatsızlıklarının da AKB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocuklukta DEHB ya da davranış bozukluğu olması çocuğun ileride alkol alma riskini artırmakta, kişilik bozuklukları ve özellikle de antisosyal kişilik bozukluğu, alkol kullanımı ile ilgili bozukluklara yatkınlık oluşturmaktadır. Kişinin yaşadığı toplumun ve mensup olduğu dinin alkole bakış açısı, kişinin sosyoekonomik düzeyi, alkolün ulaşılabilirliği gibi psikososyal etkenler de AKB'nin gelişiminde etkisi olan faktörlerdir (27).

ABD'de gerçekleştirilen epidemiyolojik bir alan çalışmasında DSM-5'e göre AKB'nin bir yıllık prevalansı %13,9 ve yaşam boyu prevalansı %29,1 olarak bulunmuştur (28).

DSÖ araştırmasına göre 2014 yılında dünya genelinde AKB oranı %4,1, Avrupa'da %7,5, ülkemizde %2,7 olarak ölçülmüştür. Cinsiyetlere göre sıklığa

bakıldığında dünya genelinde erkeklerin %54'ü, kadınların %27'si alkol kullanmakta ve erkeklerin %7,2'sinde, kadınların %1,3'ünde AKB gelişmektedir. Avrupa'da ise erkeklerin %12,6'sı, kadınların %2,9'unda AKB gelişmektedir. Ülkemizde erkeklerin %4,4'ünde, kadınların %0,9'unda AKB olduğu bildirilmiştir (29).

2.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.2.1. Tanım

DEHB bireyleri yaşam boyunca etkileyen, karakteristik olarak dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi belirtilerin yaygın ve sürekli olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur (30).

DSM-5'e kadar DEHB tanı ölçütleri çocuklara odaklanmıştır. DSM-IV (31) tanı için 7 yaş öncesine ait bilgileri dikkate aldığından ergen ve yetişkinlere DEHB teşhisi konulamıyordu. DSM-5 ile 12 yaşa kadar olan bozukluk belirtileri dikkate alınmaya başlanmış, çocukluk sonu-ergenlik başı dönem verileriyle ergen ve yetişkinlere teşhis konması da mümkün hale gelmiştir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) DEHB tanısının konulabilmesi için çocuklardan farklı olarak, ölçütlerden altı yerine en az beşinin karşılanması gerekmektedir. DEHB'nin alt tipleri ifadesi yerine kendini gösterme şekli olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Çünkü DEHB'li bir bireyin hayatının farklı dönemlerinde, alt tip olarak ifade edilen bu yapılarda değişiklikler ve birbirine geçişler olmaktadır. Ayrıca DSM-5'te kişinin hayatını bulguların ne denli zorlaştırdığına göre; **hafif, orta, ağır** sınıflandırması yapılarak DEHB'nin derecesi de belirtmeye başlanmıştır (1).

Yapılan araştırmalara göre çocukluğunda DEHB tanısı almış erişkinlerin %40-60'ında erişkin dönemde de DEHB belirtileri sürmektedir (32,33). Bazı vakaların belirti yok olurken neden bazılarınıninkinin sürdüğü ise tam olarak bilinmemektedir.

DEHB'nin çocukluk çağındaki en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk olduğu söylenebilir. DEHB'nin tüm dünyada çocukların %5-10'unu ve yetişkinlerin %4'ünü etkilediği öngörülmektedir (34). ABD'de yapılan geniş örneklemli bir çalışmada DSM-IV ölçütleri kullanıldığında erişkin DEHB tahmini sıklığı %4,4 olarak

bulunmuştur (2). Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda psikiyatri polikliniklerine başka nedenlerle ayaktan başvuran erişkin olguların DEHB prevalansı %1,6-15,9 bulunmuştur (35,36).

DEHB’nin üç farklı alt tipi vardır. En sık görülen tipi %50-75 sıklıkla DEHB bileşik tip (DEHB-B)’dir. %20-30 sıklıkla dikkat eksikliğinin önde geldiği tip (DEHB-DE) ve %15’den az sıklıkla hiperaktivite-dürtüsellik’in önde geldiği tip (DEHB-HD) görülmektedir (37).

DEHB-B ve DEHB-HD tipleri erkeklerde, DEHB-DE tipi ise kızlarda daha sık görülmektedir. DEHB olan çocuklarda erkeklerin kızlara oranının 2/1 ile 9/1 arasında değiştiği, küçük çocuklarda DEHB-DE alt tipinin, DEHB-HD ve DEHB-B alt tiplerine oranla daha seyrek görüldüğü belirtilmektedir (38). DEHB olan erişkinlerde erkek/kadın oranı ise 3/2 civarındadır (39).

Erişkin DEHB’li olguların yalnızca %25 kadarının çocukluk ya da ergenlik döneminde tanı almış olduğu bilinmektedir (40). ABD verilerine göre erişkin DEHB olgularının yalnızca %11 kadarı tedavi altındadır (11).

2.2.2. Klinik Özellikler ve Tanı

DEHB’nin esas özelliği, işlevselliği veya gelişimi engelleyen, süregelen özellikli dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik’in bulunmasıdır. DEHB’de *dikkat eksikliğinin* kendini gösterme şekli; görevde konudan sapmak, sürekliliği koruyamamak, belli bir odakta kalmakta zorlanmak ve dezorganize olmak şeklindedir. *Hiperaktivite* ise uygun olmayan şekilde artmış motor aktivite veya aşırı kıpırdanma, ayaklarını vurma, çok konuşma şeklindedir. Yetişkinlerde ise hiperaktivite aşırı huzursuzluk veya hareketlilik ile başkalarını yıpratmak şeklinde kendini gösterebilir. *Dürtüsellik* ise düşünmeden bir anda yapılan ve kişiye zarar verme potansiyeli yüksek olan davranışlardır. Dürtüsellik yakın bir ödül için duyulan bir isteği veya hazzı ertelemedeki yetersizliği yansıtabilir. Diğerlerinin sözünü kesme, uzun dönem sonuçlarını düşünmeden önemli kararlar alma şeklinde sosyal ve işle ilgili problemlere neden olabilen dürtüsel davranışlar görülebilir (1).

DEHB belirtilerinde yaşla birlikte erişkin dönemde sıklıkla sendromik bir düzelme olduğu ve ergenlik döneminde önce hiperaktivite, sonra dürtüsellik

belirtilerinde azalma gözlemlendiği saptanmıştır. Azalan hiperaktivite belirtileri kendini daha çok içsel huzursuzluk ve yerinde duramama şeklinde gösterir. Erişkin dönemde süren dürtüsel belirtiler ise daha ciddi sonuçlara sebep olurlar. Trafik kazaları, sık iş değiştirme, kişiler arası ilişkilerde sorunlar daha fazladır. DEHB tanısı konan erişkinler daha fazla miktarlarda sigara, alkol ya da madde kullanabilirler (41).

Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri daha çok göz önünde olan belirtilerdir; ancak bozukluğun en örtülü belirtisi olan dikkat eksikliği yüksek oranda devam eder. Dikkatsizlik belirtileri zamanla daha belirgin hale gelir, görmezden gelme, zamanı ayarlamakta güçlük, motivasyon eksiklikleri ve konsantrasyon güçlüğü şeklinde kendini gösterebilir. Unutkanlık, çelinebilir dikkat, eşyaları kaybetme sık bildirilen şikayetler arasındadır. Bazı yetişkinler sadece bir işle uğraşarak, kendine sürekli hatırlatmalarla yardımda bulunarak bu şikayetlerle başa çıkabilirler. Ağırdan alma, engellenmeye karşı aşırı tepki gösterme, azalmış motivasyon, uykusuzluk, zaman yönetimiyle ilgili zorluklar da sık karşılaşılan fakat DSM-5'te tanı ölçütleri arasında yer almayan belirtilerdir (42).

Erişkin DEHB tanısını koymayı zorlaştıran birçok sebep bulunmaktadır. Öncelikle bu bozukluğun ana belirtileri bir dereceye kadar herkeste bulunabilir. DEHB tanısı konulan birçok erişkinde komorbid psikiyatrik bozukluğun da bulunma olasılığı vardır ve bu bozukluklar kliniği karmaşık hale getirebilir. Klinisyenler belirtilerin DEHB ile mi, başka bir psikiyatrik bozuklukla mı ya da her ikisi ile birlikte mi daha iyi açıklanabileceğine karar vermelidirler. Tanıda, belirtilerin en az iki alanda işlevsellikte bozulmaya yol açması gerekliliği göreceli bir kavramdır ve klinisyenin değerlendirmesine bağlıdır. Erişkin DEHB tanısı konabilmesi için önemli olan çocukluk ve ergenlik dönemine ait kayıtlara ulaşmak her zaman kolay değildir. Ayrıca hasta tarafından çocukluk-ergenlik dönemi belirtilerinin hatırlanması zor olabilir (43).

2.2.3. Komorbidite

Son yıllarda, DEHB'nin yüksek oranda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, öğrenme yetersizlikleri, mental retardasyon, Tourette sendromu ve borderline kişilik

bozukluğunu içeren komorbid bozukluklarla birlikteliğinin olduğuna dair kanıtlar birikmiştir. Klinik çalışmalar, DEHB tanısı alan yetişkinlerin %65-89'unda duygudurum, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve yeme bozukluklarını içeren bir ya da daha fazla ek psikiyatrik bozukluk olduğunu göstermektedir (44).

Yapılan çalışmalarda, DEHB olan çocuk ve ergenlerin yaşam boyu anksiyete bozukluğu düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (45–47). Epidemiyolojik bir çalışmada DEHB olanların %47,1'inde anksiyete bozukluğu saptanmış ve DEHB'ye eşlik eden en sık (%29,3) anksiyete bozukluğunun da SAB olduğu gösterilmiştir (11).

DEHB'nin spesifik belirtileri ve alt tipleri ile madde kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, dikkatsizlik belirtilerinin alkol alma sıklığı ile hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin de alkol kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (48).

DEHB'nin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bozukluk sayısı oldukça fazladır. Anksiyete bozuklukları da DEHB ile birlikte görülebilir, ancak duygudurum bozukluklarına göre daha kolay ayırt edilir. Anksiyete bozukluğu subjektif kaygının yaygın olması, kontrol edilmesinin zor olması, belirli bir duruma ya da uyarana özgün olması ile DEHB'den ayrılmaktadır (49).

DEHB tedavisinde çocuklarda, ergenlerde ve erişkinlerde birincil tedavi seçeneği farmakoterapidir. ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından DEHB tedavisi için onaylanmış ilaçlar arasında stimulan olarak metilfenidat (MPH), dekstroamfetamin (D-AMP) ve deksedrin; prostimulan olarak lisdeksamfetamin dimesilat (LDX) ve non-stimulan olarak ise atomoksetin yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda farmakolojik ajanların erişkin DEHB tedavisinde belirtileri azaltmada ve günlük işlevselliği arttırmada olumlu kısa dönem etkileri gösterilmiştir. Bununla birlikte uzun dönem olumlu sonuçlarıyla ilgili kanıta dayalı veriler kısıtlıdır. Uzun dönem yararları konusunda net bilgiler elde edilmesini tedavi uyumsuzluğu ve komorbid psikiyatrik durumlar zorlaştırmaktadır. Medikal tedavi genellikle tek başına yetersizdir. Psikososyal müdahaleler arasında en güçlü deneysel kanıtlar

bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliği yönündedir. Farmakoterapiyle DEHB belirtilerini kontrol altına almak ve BDT ile sorunlarla baş etme gücünü arttırmak önerilen tedavi seçenekleri arasındadır (49,50).

2.3. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.3.1. Klinik Özellikler

DSM-5 kriterlerine göre anksiyete bozuklukları başlığı altında incelenen toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal anksiyete bozukluğu); kişinin başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması halidir. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler, gözlenme ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme vardır. Tanı için gerekli olan temel özellik; başkalarınca olumsuz değerlendirileceği, sürekli aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma durumu olarak tanımlanmıştır. SAB olan insanlar sosyal ortamlarda ve performans gerektiren durumlarda olumsuz değerlendirilip aşağılanacağı konusunda aşırı korku duyar. Korku duydukları bu tip ortamlarda aşırı düzeyde kendilerinin farkında olma ve kendilerini eleştirme eğilimleri olan bu kişilerde; çarpıntı, terleme, titreme ve kızarma gibi fiziksel belirtiler meydana gelir (1).

ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2,4-16 arasında saptanmıştır (51). Fakat araştırmacıların SAB tanısı koymak için kullandıkları ölçeklere göre bu oranlar değişebilmektedir. SAB prevalansının geçtiğimiz birkaç nesil boyunca arttığı düşünülmektedir (52). Türkiye'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada SAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %21,7 olarak saptanmıştır (53).

Toplunun geneli göz önünde bulundurulduğunda SAB kadınlarda erkeklere göre 1,5-2,2 kat daha fazla bulunur. Cinsiyetler arasındaki ayrım ergenler ve genç erişkinler arasında daha belirgindir (54).

Tipik SAB'nin başlama yaşı, 13-15 yaş aralığındadır; fakat 8 yaşa kadar küçük çocuklarda da tanı konduğu bildirilmektedir (55,56). SAB, stresli ve küçük düşürücü bir durumdan hemen sonra aniden gelişebilmekte ya da daha yavaş

başlayabilmektedir. SAB çoğu zaman sürekli bir gidiş göstermektedir. İşlevsellikteki bozulmanın derecesi ise kişinin yaşamındaki stres kaynaklarına ve ihtiyaçlarına göre dalgalanmalar gösterebilir. SAB'nin 25 yaşından sonra başlaması çok nadirdir. Buna karşın hastaların başvurma yaşı genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra, 30 yaşları civarında olmaktadır. Bu gecikme, SAB'nin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve SAB olan kişilerin, bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır. (57).

SAB toplumda bu kadar sık görülmesine karşın tanıyı karşılayanların %1,1'i tedavi arayışı içerisinde. Batı toplumlarında SAB tanısı alan kişilerin ancak yarısı tedavi arayışına girer, bu da ancak 15-20 yıl süreyle hastalık belirtilerini yaşadıkdan sonra mümkün olmaktadır (1,31).

SAB altında yatan mekanizma ve nedenler tam olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalarda SAB nedenleri tek bir nedenle açıklanamamaktadır. Olası etkenler arasında genetik yatkınlık, erken travmatik duygusal yaşantılar, ebeveyn davranışını model alma ve beyin nörokimyasındaki biyolojik düzensizlikler bulunmaktadır (55).

SAB etiyolojisini açıklayan biyolojik, bilişsel ve psikodinamik kuramlar mevcuttur.

2.3.2. Psikodinamik Model

Psikanalitik perspektiften SAB, fobiler gibi değerlendirilmektedir. Sosyal fobi kabul edilemez nitelikteki bilinçdışı arzu ve fantezilerle bunlara karşı gelişen savunmaların bir ürünü olarak meydana gelmektedir.

Bu modelde sosyal fobide dinamik olarak üç temel etken üzerinde durulmaktadır:

1. Utanç yaşantıları
2. Suçluluk duyguları
3. Ayrılma anksiyetesi

Tüm bu dinamikler göz önüne alındığında, sosyal fobiklerdeki temel bakım veren ilişkileriyle gelişen içselleştirilmiş nesne temsilcileri utandıran, eleştiren, aşağılayan, alay eden, terk eden nesnelerdir. Bu içselleştirmeler erken yaşamda

stabilleşmekte ve daha sonra tekrarlayan şekilde kişinin çevresindeki insanlara yansıtılmaktadır. Diğer insanları bu şekilde algılamaya doğuştan gelen bir yatkınlık olsa da belli bir dereceye kadar olumlu çevresel etkenler bu eğilimi törpüleyebilir. Kişinin yakın çevresi tarafından doğuştan gelen bu yatkınlık desteklenirse kişinin kaygısı giderek artmakta ve sosyal fobi gelişmektedir (58).

2.3.3. SAB'nin Bilişsel ve Davranışçı Modeli

SAB'nin temelini hastaların sosyal durumlarla ilgili olarak getirdikleri olumsuz beklentiler oluşturmaktadır. Bu beklentiler tipik olarak olumsuz sosyal performans korkusu (yine her şeyi berbat edeceğim, kelimeleri unutacağım ve konuşmaya devam edemeyeceğim), başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği korkusu (sıkıcı biri olduğumu düşünecekler) ve kontrol edilemeyen kaygıdır (çok terleyeceğim, hasta olduğumu düşünecekler). Bu olumsuz beklentilerin sonucu olarak anksiyetede artış meydana gelmektedir. Her ne kadar sosyal kaygısı olan kişi sosyal ortamlara olumsuz sonuçlar olmaması umuduyla girse de sürekli bu konuda tetikte beklemektedir. 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 tutmakta; ikinci olarak da özellikle kendisiyle ilgili çok küçük olumsuz olayların bile fark edilerek kaygı biçiminde algılanmasını sağlamaktadır. Yanlış inanışlar bu hastalarda anksiyeteyi ateşleyerek daha fazla olumsuz biliş gelişmesini körüklemektedir. Sosyal ortamlarda yapılan ufak hatalar veya kaygının anlamı ile ilgili inanışlar SAB olan hastalarda bu olaylara verilen tepkiyi arttırır (59).

2.3.4. SAB ve Komorbidite

SAB ile ilgili yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu, depresyon, AKB ve özellikle çekingen kişilik bozukluğu olmak üzere yüksek oranlarda komorbidite bildirilmiştir (60,61). Lepine ve Pelissolo (10) AKB hastalarında SAB yaygınlığını araştıran ve SAB olan hastalarda AKB'yi araştıran çalışmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; AKB örneklemelerinde SAB yaygınlığının %2,4 ile %57 (ortalama %21) arasında değiştiğini, SAB olan örneklemelerde ise AKB tanısının %14,3 ile %43,3 (ortalama %26,5) arasında değiştiğini saptamıştır.

Alman Sağlık Taraması ve onun Ruhsal Sağlık Ekindeki verilere göre 12 aylık SAB yaygınlığı %2, eşik altı ve belirti gösteren sosyal anksiyete %3 (bir DSM-IV ölçütü eksik) ve %7,5 (iki ya da daha fazla ölçüt eksik) oranlarında saptanmıştır. Beklendiği gibi SAB komorbid bozukluklar için artmış risk ve yaşamın farklı alanlarında yetersizlikle ilişkili bulunmuştur. Bununla beraber bu durum SAB'nin iki eşik altı şeklinde de benzerdir. Bu sonuçlar eşik altı sosyal anksiyetenin de olumsuz seyir ile ilişkili olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (62).

Türkiye'de yürütülen çalışmalarda bağımlılık tedavi merkezinde yatarak tedavi gören AKB hastalarında SAB oranları %9,8-11,4 arasında saptanmıştır (63,64). SAB olan hastaların, olmayanlara göre alkolle ilişkili iki kat daha fazla sorun yaşadığı ve AKB olan bireylerin genel popülasyona göre 9 kat daha fazla SAB'ye sahip olduğu bildirilmektedir (65). SAB olan AKB hastalarında AKB belirtileri daha şiddetli olmakta iken tersi de benzerdir; sosyal anksiyete belirti şiddeti, AKB hastalarında AKB olmayanlara göre daha fazladır. SAB'nin AKB için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. SAB için bu kadar düşük tedavi arayışı önemli bir sorundur ve özellikle tedavinin olmadığı durumda AKB komorbiditesi yükselmektedir (66).

2.3.5. SAB ve DEHB İlişkisi

Biederman ve arkadaşları (67) yaptıkları çalışmalarında DEHB'li çocukları 11 yıl boyunca takip etmişlerdir. Bu takibin 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'nin işlevsellikteki yaptığı bozukluğun şiddeti (yani eğitim ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar), özellikle mizaç bozukluğu olmak üzere ailesel psikiyatrik bozukluğa maruziyet ve çocukta gelişen psikiyatrik komorbidite varlığı bulunmuştur.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda erişkin DEHB'si ile anksiyete bozuklukları komorbiditesi varlığı ilişkili bulunmuştur (11,12). Erişkin DEHB'si ile SAB komorbiditesinin ilişkili bulunduğu bir çalışmada (odds oranı=7,57) DEHB'li

erişkinlerin %29,3'ü eşzamanlı olarak SAB tanısı almışlardır (12). Erişkin DEHB hastalarında yapılan çalışmalarda ise %40-60 anksiyete bozukluğu komorbiditesi 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 (68). Diğer çalışmalarda da erişkin DEHB'li grubun SAB komorbidite oranı %18,6-40 olarak bulunmuştur (69,70). Bir erişkin çalışmasında SAB-DEHB komorbiditesi, DEHB-HD ve DEHB-B'ye oranla DEHB-DE alt tipinde daha fazla bulunmuştur (71).

Çocukluk çağı DEHB'de sıkça bildirilen olumsuz deneyimler, SAB'ye neden olduğu düşünülen çocukluk deneyimlerine oldukça benzerdir. Akran mağduriyeti, reddedilme ve zorbalığa uğrama DEHB olan çocuk ve ergenlerde sağlıklı akranları ile karşılaştırıldığında daha yüksek oranlarda bulunur. Ayrıca bilişsel çarpıtmalarla ilgili gözlemler, SAB hastalarında bildirilen bilişsel çarpıtmalarla uyumludur (15,72,73). SAB olan kişiler başkaları tarafından nasıl algılandıklarına dair bir içsel tasarıma sahiptir. Bu tasarımlar direkt olarak DEHB belirtileri nedeniyle oluşan deneyimlerin bir sonucu olabilir. DEHB olan çocuklar hata yapmalarını önleyemeyeceklerini ifade ederek durumlarını koşulsuz olarak kabul ederler: 'Ben tuhaf, beceriksiz, aptalım' gibi inançlara sahiptirler. Bilişsel çarpıtmalar ve başkaları tarafından nasıl algılandıklarına dair geliştirdikleri içsel tasarım benlik saygısının azalmasına neden olabilir. Bu özgüven eksikliği, sosyal kaygı başlangıcından önceki dönemle, yani sadece DEHB olan dönemle ilişkili olabilir (59).

DEHB'nin neden olduğu sosyal zorluklar ve aversif olaylar sekonder SAB gelişmesine yol açabilir. Bununla birlikte, DEHB'ye sekonder SAB olan hastalar, genellikle birincil SAB olarak kabul edilir ve rutin tedavide antidepresan alırlar. SAD-DEHB komorbiditesi olan hastalarda yapılan çalışmalarda DEHB tedavisinin eşzamanlı olarak anksiyeteyi de azalttığı bildirilmektedir. DEHB komorbiditesi varlığında daha şiddetli bir SAB kliniği ortaya çıkmaktadır. Sosyal kaygı ve sosyal kaçınma şiddetinin DEHB varlığında artmış olması, SAB tedavi yaklaşımında önemli olabilir (74).

2.4. MIZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN DEHB VE SAB İLİŞKİSİ

Mizaç (temperament, huy), karakter ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç kalıtımla geçen, yaşam boyunca çok az oranda değişen, biyolojik temelli ve doğuştan gelen yapısal özellikler olarak tanımlanmaktadır. Karakter ise çevrenin ve yetiştirilmenin etkisiyle zamanla değişebilecek öğrenilmiş tutumlardır. Mizaç ve karakter zeka ile birleşerek kişiliği meydana getirmektedir (75).

Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı; kişiliği oluşturan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal değişiklikleri açıklayan boyutsal bir modeldir. Cloninger'in modelinde yer alan dört boyutlu mizaç tanımı; yenilik arayışı, zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı ve sebat etmedir. Ayrıca kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç karakter boyutu vardır. Cloninger'in kişilik modeli, kişiliği çok boyutlu olarak anlamaya yardımcı olur. Kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel, duygusal yapının kişiliğin gelişimi üzerinde etkisi vardır. Kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıkları ve kişilik yapılarıyla gelişimsel etmenlerin etkileşimi psikiyatrik bozukluklara yatkınlığa yol açmaktadır. Cloninger mizaç konusunda şunları belirtir: Mizaç bir ölçüde kalıtımsaldır, yaşam boyu sabittir ve merkezi sinir sistemindeki belirli nöral sistemlerin kontrolü altındadır. Cloninger'in kişilik modeli davranışlar ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, ZK (davranışsal inhibisyon) ile serotonin ve ödül bağımlılığı (davranış sürdürme) ile norepinefrin, sebat etme (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (76,77).

ZK davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve davranışların önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir. Kendisini gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişe hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları gösterir. ZK özellikleri yüksek bireyler stresör etkenlere anksiyete ve depresyonla yanıt verme eğilimindedirler. Mizaç ve Karakter Envanterinde (MKE) tanımlanan ZK'nin dört alt boyutu vardır. Bunlar: beklenti endişesi (ZK1, 11 madde), belirsizlik korkusu (ZK2, 7 madde), yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), çabuk yorulmadır (ZK4, 9 madde) (76,77).

2.4.1. Mizaç ve Karakter Özelliklerinin AKB ile İlişkisi

Bireylerdeki kişilik gelişimi ve yapısındaki farklılıklar psikopatolojiler için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. AKB'ye özgü bir kişilik olmamakla birlikte ortak kişilik özelliklerinden ve psikodinamik etkenlerden söz edilebilir. Ego zayıflığı, kendilik değerini sürdürememek gibi yapısal eksiklikler ve kendine bakım kapasitesindeki yetersizlik üzerinde durulmuştur. Alkol kullanımı kişide güç hissine ve kendilik değerinin artışına neden olmaktadır (77).

Alkol ve madde kullanım bozukluklarında mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesi bozukluğun öngörülmesi, önlenmesi ve tedavisi için önemlidir. Literatürde AKB olanlar arasında yapılan çalışmalarda ZK ile ilgili sonuçlar çelişkilidir. Bazı çalışmalarda kontrol grubuna göre daha yüksek ZK puanları saptanmışken bazılarında daha düşük ZK puanları saptanmıştır (76,78–81).

Cloninger erken yaşta madde ve alkol kullanımına başlamanın düşük ZK ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Aynı araştırmacı, bir izlem çalışmasında 11 yaşındaki düşük ZK'nin erken yaşta alkol kötüye kullanımını ön gördürdüğünü göstermiştir (76). Başka bir araştırmacı ekip adölesanlar arasında yürüttükleri çalışmada 10-15 yaşları arasında yüksek ZK'nin erken yaşta nikotin, alkol ve madde kullanımını ön gördürdüğünü saptamıştır (81).

ZK'nin yüksek düzeyde olması utangaçlık, sosyal ketlenme, belirsizlikten korkmak, başkalarını endişelendirmeyecek durumlarda kötümserlik gibi kişilik özellikleriyle birlikte olduğu ve alkolün bu olumsuz duygularda rahatlamaya neden olmasıyla yoğun kullanım sonucunda AKB'ye giden yolu açtığı iddia edilmektedir (78).

2.4.2. Mizaç ve Karakter Özelliklerinin SAB ile İlişkisi

Cloninger, mizaç modeline dayanarak anksiyete bozukluklarında ZK boyutunun daha yüksek, ödül bağımlılığı ve yenilik arayışının daha düşük olabileceğini öne sürmüştür (82). Yüksek ZK ile trait (süreklilik) anksiyete arasında korelasyon olduğu gösterilmiş ve yüksek ZK, anksiyeteye yatkınlık olarak değerlendirilmiştir (83).

Yapılan çalışmalarda ZK ve SAB arasında ilişki olduğu gösterilmiş, SAB’de ZK’nin daha yüksek; yenilik arayışının kontrollerden daha düşük olduğu bildirilmiştir (18,84).

Yapılan bir çalışmada SAB olan hastalarda 12 haftalık psikoterapi sonrası ZK puanlarındaki değişiklikler sosyal anksiyete puanlarındaki değişiklikler ile ilişkili bulunmuştur. Her iki faktördeki puanların azalması, ZK’nin SAB tedavisi sırasında durumsal (state) bağımlı değişiklikler gösterdiğini düşündürmektedir (85).

AKB hastalarında Türkiye’de yapılan bir çalışmada depresyon ve anksiyeteden bağımsız olarak ZK boyutunun, sosyal anksiyetenin her iki alt boyutu için yordayıcı faktör olduğu bildirilmiştir (86).

2.4.3. Mizaç ve Karakter Özelliklerinin DEHB ile İlişkisi

Psikopatolojilerin gelişiminde, özellikle anksiyete bozuklukları ve II. eksen bozukluklar üzerinde mizacın rolü iyi bir şekilde belgelenmiştir, fakat henüz DEHB’nin gelişiminde mizacın etkisiyle ilgili bilgiler kısıtlıdır (16). Birçok yazar mizaç ve DEHB arasında karmaşık ve çok yönlü bir ilişkinin varlığından söz etmektedir. Bu karmaşık ilişki doğrultusunda mizacın psikopatoloji gelişimine yol açabileceği, psikopatolojiyle karşılıklı etkileşebileceği veya gelişen psikopatoloji tarafından etkilenebileceği varsayımı öne sürülmüştür. Benzer şekilde mizaç ve psikopatolojinin, altta yatan aynı sürecin farklı yansımaları olabileceği iddia edilmektedir (87).

DEHB’nin fizyopatolojisiyle en çok ilişkilendirilen nörotransmitterler dopamin, noradrenalin ve serotoninidir (88).

Cloninger’e göre, ZK yüksek serotonerjik aktivite ile ilişkilendirilmektedir (89). DEHB’li erişkinlerde yüksek yenilik arayışı ve yüksek ZK mizaç özellikleri saptamıştır. DEHB’li erişkinlerin ZK alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları bildirmiştir (90).

ZK alt ölçeğinden alınan yüksek puanların anksiyete veya depresyon gibi içe atım bozuklukları komorbiditesi ile ilişkili olabileceği iddia edilmektedir (91).

Mizaç boyutları ile DEHB alt tipleri ve alt tiplerin şiddeti arasında güçlü bir ilişki vardır. Mizaç-karakter özellikleri ile DEHB alt tipleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; DE alt tipinin, yüksek ZK ile ilişkili olduğu saptanmıştır (92).

2.5. BENLİK SAYGISININ DEHB VE SAB İLE İLİŞKİSİ

2.5.1. Benlik Saygısı ve AKB İlişkisi

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumu olup kişinin kendini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilir, seilmeye değer bulmayı ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (93).

Yapılan çalışmalarda düşük benlik algısının problemli alkol kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür Düşük benlik saygısı gençlerin kendilik değeri ile ilgili olumsuz duygulardan kaçmak için riskli davranışlara yönelme olasılıklarının arttığı ifade edilmektedir. Düşük benlik saygısı ile riskli davranışlar ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada alkol kullanan öğrencilerin benlik saygısı alkol kullanmayan öğrencilere göre daha düşük saptanmıştır (94).

2.5.2. Benlik Saygısı ve DEHB İlişkisi

Benlik saygısı çocuğun çevresiyle etkileşimine ve deneyimlere bağlı olarak gelişir. Önce anne-baba ve diğer aile bireyleri gibi çocuğun hemen yakınında bulunan kişilerin daha sonra arkadaş ve öğretmenlerin davranış ve tutumlarıyla şekillenir. Benlik saygısının olumlu gelişmesi için çocuğun olumlu davranışları nedeniyle ödüllendirilmesi, kabul görmesi ve takdir edilmesi gerekir. Oysa DEHB olan çocuklar yıkıcı davranışları ve sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle sıklıkla evde, okulda ve diğer ortamlarda eleştiri ve cezaya fazlaca maruz kalırlar. Özellikle başarı duygularının tadılması gereken ilköğretim yıllarında başarısızlık ile tanışırlar. Gerek akademik gerekse ilişkisel bağlamda yaşanan başarısızlıklar sonunda “ben aptalım, hiçbir işe yaramam” gibi ifadelerle kendilerine olan güvensizlik ve mutsuzluğu ifade edebilirler (95).

Bir derlemede DEHB ile benlik saygısı arasındaki olumsuz ilişkiyi gösteren birçok çalışmadan söz edilmiştir (23). DEHB’li çocuklar uygun sosyal becerileri öğrenme girişimlerinde bulunurken başarısız olmakta ve akranları tarafından kabul görmemektedir. Bu durumdan olumsuz etkilenen DEHB’li çocuklar olumlu benlik kavramı geliştiremezler (96). Ayrıca DEHB’li çocukların, öğrenim yetersizlikleri ile kendini gösteren eğitim zorlukları, ebeveynlerin hoşgörüsüzlüğü ile pekişen ailevi zorlukları ve depresif kişisel deneyimleri olumsuz benlik kavramının gelişmesine neden olmaktadır. Bu çocukların olumlu benlik kavramı geliştirmeleri için rol modeli aldığı ebeveynlerin ve öğretmenlerin desteği gerekmektedir (23,95).

2.5.3. Benlik Saygısı ve SAB İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü ICD–10 Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması kitabında sosyal kaygıya ilişkin belirtiler listesinde sosyal kaygının genellikle benlik saygısının düşüklüğü ve eleştirilme korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (97).

Sosyal kaygı yaşayan bireyler de herkes gibi kabul edilme ihtiyaçlarını karşılama amacıyla hareket etmekte, bu nedenle olumlu izlenim oluşturmaya çalışmaktadır. Ancak sosyal kaygı düzeyi düşük olanlardan farklı olarak olumlu izlenim oluşturma sürecinde başarılı olamayacaklarını ve reddedileceklerini düşünmektedirler. Çünkü benlik saygısı düşük bireyler kendilerini yetersiz olarak algılamaktadır. Bu kişiler kendileri ile ilgili birçok şeyi olumsuz olarak değerlendirmelerine yol açan şemalara sahiptir (98). Bu nedenle kişilerarası ilişkilerde reddedilme ve başarısızlık benlik saygısına tehdit olarak algılanmaktadır. Sonuçta SAB olan bireyler benlik saygılarını koruyabilmek için olası reddedilme durumlarından kaçınmaktadır. Benlik saygısı düşük olan bireyler, benlik saygısı yüksek olanlara göre kişiler arası ilişkilerde daha fazla kaygı yaşamaktadır (99).

2.6. SAVUNMA BİÇİMLERİNİN DEHB VE SAB İLE İLİŞKİSİ

Savunma mekanizmaları, kişileri iç ve dış tehlikelere ya da sıkıntılara karşı koruyan ancak, kişilerin sıklıkla bu süreçlerin işleyişlerinin farkında olmadığı

otomatik psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır. Savunma mekanizmaları şiddetlerine, esnekliklerine ve oluştuğu bağlamlara bağlı olarak adaptif ya da maladaptif olabilir (1).

Savunma mekanizmaları algılanan bir tehdide karşı düşünülmüş, planlanmış bir seçimden çok, otomatikleşmiş bir tepkidir ve bireyin farkındalığının dışında oluşmaktadır. Savunmalar immatür, nevrotik ve olgun savunma biçimleri olarak üç boyutta toplanmıştır (100).

2.6.1. İmmatür Savunma Mekanizmaları

En ilkel savunmalar olup genellikle yaşamın erken yıllarında görülürler. Bu türdeki savunmalar genellikle tek başlarına içsel dinamiklerle çevresel gerçeklik arasında uyum yakalamada yetersiz kalırlar. İmmatür savunmalar; dışa vurma, yalıtma, yansıtma, pasif saldırganlık, değersizleştirme, otistik fantezi, inkar, yer değiştirme, disosiyasyon, bölünme, mantıksallaştırma, bedenselleştirme savunmalarından oluşmaktadır (58).

2.6.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları

Nevrotik savunmalar genellikle obsesif-kompulsif bozukluk ve histerik yapıdaki kişilerde veya stres altında bulunan nevrotik yapıdaki kişiler tarafından kullanılır. Bu tür savunmalar ruhsal gerginliği göreceli olarak düşürse de tam anlamıyla çevre ve ruhsal yapı arasında uyum sağlanamayabilir. Nevrotik savunmalar; yapma-bozma, yapay özgecilik, idealleştirme, karşıt tepki geliştirme savunma mekanizmalarını içermektedir (58).

2.6.3. Matür Savunma Mekanizmaları

Olgun savunma mekanizmaları, bireyin içsel dinamikleriyle çevresel gerçeklik arasında uyumlu ve yararlı bir denge kurmasını sağlar. Matür savunmalar yaşamın daha ileri dönemlerinde ortaya çıkar ve tehlikeyle başa etmeyle sonuçlanacak şekilde doğrudan anksiyetenin sınırlandırılmasını sağlarlar. Matür savunmalar ise yüceltme, mizah, beklenti ve baskılama savunmalarından oluşmaktadır (58).

2.6.4. AKB ile Savunma Biçimleri İlişkisi

DSM-IV (31) ve DSM-5'te (1) yapılan tanımla savunma mekanizmaları defansif faktör olarak, başetme yöntemleri kavramıyla bütünleştirilmiştir. Bu mekanizmalar artık psikodinamik bir yaklaşımla değil, bilişsel ve davranışsal bir yaklaşımla da değerlendirilmektedir. Psikopatolojik bozuklukları olan bireylerde bu mekanizmalar nispeten kararlılık göstermektedir.

Psikopatolojinin savunma mekanizmaları üzerine etkisi ve tedavi ile savunma mekanizmalarındaki değişiklikler konusunun kuramsal olarak üzerinde çok durulmuş olsa da, ampirik olarak araştırılması sınırlı kalmıştır. Savunma biçimlerinin psikopatolojiye neden olan bir faktör olarak görülmesinden çok psikopatolojinin savunmalardaki yansıması olarak görülmesi gerektiği belirtilmektedir. Savunma biçimleri testi, işlevsel olan ve olmayan savunma biçimlerini değerlendirmesi kapsamında psikopatolojiyi aydınlatması bakımından önem taşımaktadır (101).

AKB hastalarında yapılan araştırmalar, nevrotik ve bazı immatür savunmaların (yansıtma, dışa vurma, bölme ve somatizasyon) varlığına dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmalarda AKB hastalarında immatür ve nevrotik savunmaların daha fazla kullanıldığıyla ilgili kanıtlar bulunmaktadır. Alkol ve uyuşturucu kullanımı yansıtma ve somatizasyon gibi olgunlaşmamış savunmalarla güçlü ilişkiler gösterir (22,102–104). Türkiye'de AKB hastalarında yapılan bir çalışmada AKB hastalarının immatür savunma stillerini daha fazla kullandığı gösterilmiştir (22).

2.6.5. Savunma Biçimleri ile DEHB İlişkisi

DEHB etiyolojisinde genetiğin dışında olumsuz erken etkileşimler ve çocukluk çağı travmaları rol oynar. DEHB'nin seyri, çocuğun ilişkilerinin gidişatına bağlı kalır, simbiyotik ve narsistik paternde kendini şekillendirir. Dürtüsellik ve aşırı hareketlilik davranışı çocuğun travmatik anıları uzaklaştırma çabasında olduğunun veya kendisini depresif bir durumdan korumaya çalıştığının göstergesi olan manik bir savunma olabilir (105,106).

Dikkat eksikliği, dürtüsellik ve psikomotor aktivite artışı infantil egonun işleyemediği ve entegre edemediği erken travmatik deneyimlere karşı savunma

biçimi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca bu çocukların duygu işleme sürecinde sorun olduğu ve uygun düşünce geliştiremediği için dürtüsellik ve hiperaktivite belirtilerinin olduğu düşünülmektedir. Anne-çocuk ilişkisindeki dengeleyici baba rolünün eksikliğinden yine önemli bir etken olarak bahsedilmektedir (107).

DEHB olan yetişkinlerin kişilik yapısını psikodinamik açıdan değerlendiren bir çalışmada DEHB'li erişkinlerin immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarını daha fazla kullandıkları ve daha fazla patolojik içselleştirilmiş nesne ilişkilerine sahip oldukları bulunmuştur (20).

2.6.6. Savunma Biçimleri ile SAB İlişkisi

Yapılan çalışmalar anksiyete bozuklarının, sağlıklı popülasyona göre savunma mekanizmalarında kendine özgü farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Anksiyete bozuklukları nevrotik ve immatür savunmalarla ilişkili bulunmuştur (21,108). Anksiyete bozukluğu olan hastaların matür savunma puanları düşük, nevrotik ve immatür savunma puanları ise kontrol gruplarına göre yüksek bulunmuştur (108,109). Savunma mekanizmalarının anksiyete şiddetiyle ilişkisini inceleyen bir çalışmada daha şiddetli anksiyete bulguları olanların immatür savunmaları daha fazla kullandığı görülmüştür (109). Kaygı düzeyi arttıkça olgun savunma biçimlerinin kullanım sıklığı azalmakta, nevrotik savunma ve immatür savunma biçimlerinin kullanım sıklığı ise artmaktadır (108).

SAB olan hastaların immatür savunmaları, özellikle yer değiştirme ve devalüasyonu daha fazla kullandıkları bulunmuştur (110). İran' da yapılan bir çalışmada SAB olan hastaların daha fazla yansıtma, idealleştirme, somatizasyon ve pasif agresyon kullandığı, buna karşın daha az baskılama kullandığı gösterilmiştir (111).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma için 03.01.2017 tarihinde Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 595 etik kurul numarası ile onay alındı.

3.1. ÖRNEKLEM

Örneklem ise; çalışma protokolüne uyum sağlayan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş, Şubat 2017–Ağustos 2017 tarihleri arasında alkol kullanımı nedeniyle AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören, detoksifikasyonunu tamamlamış, DSM-5 ölçütlerine göre AKB tanısı alan 151 erkek hastanın ardışık olarak alınmasından oluşmaktadır.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- DSM-5 ölçütlerine göre AKB tanısı alarak detoksifikasyonunu tamamlaması,
- Katılımcının 18 – 60 yaş arasında olması,
- Katılımcının okur-yazar olması,
- Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması.

3.1.2. Dışlama Kriterleri

- Herhangi bir fiziksel kısıtlılığı olması,
- Alkol/madde yoksunluğu ya da deliryum tremens döneminde bulunma,
- Okuma yazma bilmeme,
- Mental retardasyonu olma,
- Demans ve diğer organik mental bozukluğun olması,
- Psikotik hastalık tanısı olması.

3.2. YÖNTEM

Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul eden ve yukarıda belirtilen dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalar araştırmaya alındı. Bu çalışmada kesitsel araştırma yöntemi uygulandı. DSM-5 ölçütlerine göre AKB tanısı alan hastalara, araştırmaya gönüllü olarak katıldığına dair onam formu imzalatıldı. Kendisi ile ilgili her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı anlatıldı, herhangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilceği ve katılıp katılmamasının tedavi programını hiçbir şekilde etkilemeyeceği açıklandı. Hastalarla görüşmeler detoksifikasyon sonrasında ve son alkol kullanımından en az iki hafta sonra, klinisyen tarafından yoksunluk belirtilerinin tam olarak kaybolup kaybolmadığı değerlendirilerek gerçekleştirildi. Bu şekilde detoksifikasyon dönemi sırasında çalışmaya uyum sağlamakla ilgili oluşabilecek diğer güçlüklerin yanı sıra, bu dönemde görülmesi beklenen anksiyete ve depresyon bulgularının da çalışmaya etkilerinin en aza indirgenmesi hedeflendi. Çalışmaya katılan tüm hastalar, çalışmanın amacı hakkında bilgi veren bilgilendirilmiş onam formu ile onayları alındıktan sonra klinisyen tarafından değerlendirildi. Bu görüşmede araştırmaya alınan hastalara kliniğimiz tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu (SVF) uygulandı. Hastalara kendilerini değerlendirmeleri için Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) Zarardan Kaçınma (ZK) Alt Boyutu, Savunma Biçimleri Testi 40 maddelik form (SBT-40) verildi. Aynı gün içerisinde yanıtlar hasta ile birlikte gözden geçirilerek geri alındı.

3.3. GEREÇLER

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmanın araştırmacıları tarafından katılımcıların çalışmaya dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uygunluğunu belirlemek, sosyodemografik ve klinik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulmuştur.

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS):

Ruhsal hastalıkların taranması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ölçeklerden biridir. Ölçekte sorulan sorular DSM-IV-TR’de DEHB tanısı için önerilen A grubu belirtileri içerir. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 0–4 arasında puanlanmaktadır. Basamaklı lojistik regresyon çalışması 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir. Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. Ölçeğin A bölümündeki taralı alanlarda işaretli 4 ya da daha fazla maddenin olması DEHB belirtileri açısından anlamlı bulunmakta ve bu durumda ileri değerlendirme önerilmektedir (112). Dikkat eksikliği soruları 1,2,3,4,7,8,9,10,11 numaralı sorulardan, hiperaktivite dürtüsellik soruları ise 5,6,12,13,14,15,16,17,18 numaralı sorulardan oluşmaktadır. Birçok dile çevrilmiş, uluslararası epidemiyolojik çalışmalarda yaygın olarak kullanılmış bir tarama aracıdır. ASRS Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları (113) tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri 0,88 olarak hesaplanarak gösterilmiştir. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de “dikkat eksikliği” için 0,82 ve “hiperaktivite/dürtüsellik” için 0,78 olmak üzere yüksek bulunmuştur.

3.3.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ):

SAB olan bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan ölçek, 11’i sosyal ilişki ve 13’ü performans olmak üzere iki alt ölçekten oluşmuştur. Sorular, hastanın son bir hafta içindeki korku ve kaçınmasının şiddeti göz önüne alınarak 1-4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde klinisyen tarafından yanıtlanır. Toplam puan, korku ve kaçınma puanlarının toplanması ile elde edilir. LSKÖ’nün iç tutarlılığı (Cronbach alpha) 0,96 bulunmuştur. Değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı ise $r=0,83$ olarak saptanmıştır. Sonuç olarak LSKÖ’nün Türkçe versiyonu, bu dilde konuşan kişilerdeki SAB ve buna ilişkin

bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve Güz (114) tarafından yapılmıştır.

3.3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):

1965 yılında dikkatg tarafından genel anlamda benlik saygısını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği ve uygulaması kolay olan ölçekte; 12 alt ölçek ve 63 madde yer alır. Ölçekteki ilk 10 madde benlik saygısı alt ölçeğidir. ‘Benlik Saygısı’ alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçeklere ait maddeler yanıt anahtarına göre değerlendirilmekte ve doğru yanıt ‘1’ puan verilmektedir. Benlik saygısı alt ölçeğinde ise sorular Guttman değerlendirme yöntemiyle puanlanmaktadır ve testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı maksimum ‘6’ puan almaktadır. Bu alt ölçekten 0-1 puan alanların benlik saygısı yüksek, 2-4 puan alanların orta, 5-6 puan alanların düşük benlik saygısına sahip oldukları kabul edilmektedir. Ülkemizde, ölçeğin güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları 1986 yılında Çuhadaroglu (115) tarafından yapılmıştır.

3.3.5. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) Zarardan Kaçınma (ZK) Alt Boyutu:

Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir (116). MKE kişiliğin yedi temel boyutunu ölçmeye yarayan, 240 maddeden oluşan ‘Doğru’ ya da ‘Yanlış’ şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Mizaç boyutu; yenilik arayışı, ZK, ödül bağımlılığı ve sebat etme, karakter boyutu ise; kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma alt ölçeklerinden oluşur. Bu çalışmada MKE’de tanımlanan ZK alt boyutu kullanılmıştır. ZK’nin da 4 alt boyutu vardır. Bunlar: Beklenti endişesi (ZK1, 11 madde), Belirsizlik korkusu (ZK2, 7 madde), Yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), Çabuk yorulmadır (ZK4, 9 madde). 2004 yılında Samet Köse ve arkadaşları (117) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.

3.3.6. Savunma Biçimleri Testi (SBT- 40):

Savunma Biçimleri Testi, orijinal adı “Defense Style Questionnaire” olan, kolay uygulanan, değerlendiriciler arası güvenirliği yüksek bir testtir. Savunma

B  imleri Testi bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan bir kendini değerlendirme   l  eğidir. SBT-40'da savunma b  imleri; immatür, nevrotik ve matür savunma b  imleri şeklinde üç boyutta toplanmıştır. Matür savunma b  imleri yüceltme, mizah, beklenti, baskılamayı içerir. Nevrotik savunma b  imleri yaptığını bozma, ps  doaltruizm, idealleştirme, karşıt tepki geliştirmeyi içerirken, immatür savunma b  imleri yansıtma, pasif saldırganlık, dışa vurma, yalıtım, değersizleştirme, otistik fantezi, ink  r, yer değiştirme, dissosiasyon, bölünme, rasyonalizasyon, bedenselleştirmeyi içerir. Testte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin yapılan geçerlik/güvenirlik çalışmasında olgun, nevrotik ve ilkel savunma b  imlerinin iç tutarlık katsayıları sırasıyla 0,68, 0,58 ve 0,80 olarak bildirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik   alışması Yılmaz ve arkadaşları (118) tarafından yapılmıştır.

3.4. UYGULANAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Veriler SPSS 17,0 for Windows programı ile değerlendirildi. Sosyodemografik değişkenler için tanımlayıcı istatistik (frekans ve oran) kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için Student t testi uygulandı. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığı ve ilişki yönü Pearson korelasyon analizi ile saptandı. ASRS-HD (Hiperaktivite-Dürtüsellik) ve DE (Dikkat Eksikliği) puanlarının bağımlı değişken, LSKÖ kaygı, LSKÖ kaçınma, RBSÖ toplam, ZK toplam, SBT-40 immatür, nevrotik ve matür toplam puanlarının kovaryant değişken olarak alındığı MANCOVA analizi uygulandı. ASRS-HD ve DE puanlarının bağımlı değişken, LSKÖ kaygı, LSKÖ kaçınma, RBSÖ toplam, ZK toplam, SBT-40 immatür, nevrotik ve matür toplam puanlarının bağımsız değişken olarak alındığı stepwise lineer regresyon analizi uygulandı. Olası DEHB'nin bağımlı değişken olarak ve diğer ölçeklerin bağımsız değişken olarak alındığı logistik regresyon analizi uygulandı. Bütün analizlerde $p < 0.05$, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

AKB olan hastalar içinde olası DEHB olan ve olmayanlar, yaş, eğitim süresi, alkole başlama yaşı, alkol kullanımının problemli hale gelme yaşı ve tedavi öyküsü (yatış sayısı) açısından karşılaştırıldı. Olası DEHB olanların ve DEHB olmayanların yaşları, eğitim süreleri, alkole başlama yaşları, alkol kullanımının problemli hale gelme yaşları ve tedavi öyküleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1: AKB Hastalarında Olası DEHB Olan ve Olmayan Grubun Yaş, Eğitim Süresi, Alkole Başlama Yaşı, Alkol Kullanımının Problemli Hale Geldiği Yaş, Tedavi Öyküsü Açısından Karşılaştırılması.

	DEHB yok		DEHB var		t	p
	N=113		N=38			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş	45,68	10,999	45,87	9,634	-0,093	0,926
Eğitim süresi	8,65	3,484	8,29	4,053	0,536	0,593
Alkole başlama yaşı	18,88	6,219	18,16	4,790	0,658	0,521
Alkol kullanımının problemlili hale gelme yaşı	34,98	10,238	32,42	11,491	1,293	0,198
Tedavi öyküsü (yatış sayısı)	2,19	1,903	2,50	1,928	-0,853	0,395

Bağımsız Örneklem t Testi, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, SS: standart sapma, $p<0.05$: istatistiksel olarak anlamlılık.

AKB olan hastalar içinde DEHB olan ve olmayan grup medeni durum, ailede alkol madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2: AKB Hastalarında Olası DEHB Olan ve Olmayan Grubun Medeni Durum, Ailede Alkol Madde Kullanımı, Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Açısından Karşılaştırılması.

		DEHB yok n=113		DEHB var n= 38		X^2	sd	p
		N	%	N	%			
Medeni durum	Evli	63	55,8	20	52,6	2,992	3	0,393
	Bekar	19	16,8	10	26,3			
	Boşanmış	28	24,8	6	15,8			
	Dul	3	2,7	2	5,3			
Ailede alkol madde kullanımı	Yok	65	57,5	21	55,3	0,059	1	0,808
	Var	48	42,5	17	44,7			
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	101	89,4	31	81,6	1,574	1	0,210
	Var	12	10,6	7	18,4			

Ki-kare testi. DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, sd: serbestlik derecesi, $p<0,05$: istatistiksel olarak anlamlılık.

4.1.1. AKB Hastalarında ASRS Puanları ile LSKÖ Puanları Arasındaki İlişki İlişkisinin İncelenmesi

AKB hastalarında ASRS puanları ile LSKÖ puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi.

LSKÖ toplam puanları ile ASRS toplam, ASRS-DE ve ASRS-HD puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

LSKÖ kaçınma alt boyutu ile ASRS toplam, ASRS-DE ve ASRS-HD puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

LSKÖ kaygı alt boyutu ile ASRS toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanırken aynı alt boyut ile ASRS-DE ve ASRS-HD puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: AKB Hastalarında ASRS Puanları ile LSKÖ Puanları Arasındaki İlişki.

N:151		ASRS		
		DE puanı	HD puanı	Toplam puan
LSKÖ kaygı toplam puanı	r	0,146	0,154	0,168*
	p	0,073	0,059	0,040
LSKÖ kaçınma toplam puanı	r	0,244**	0,211**	0,256**
	p	0,003	0,009	0,002
LSKÖ toplam puanı	r	0,225**	0,209**	0,244**
	p	0,006	0,010	0,003

Korelasyon Analizi * İlişki <0,05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü), ** İlişki <0,001 düzeyinde anlamlı (2-yönlü), ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DE: Dikkat eksikliği, HD: Hiperaktivite-Dürtüsellik, LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği p<0.05: istatistiksel olarak anlamlılık.

4.1.2. AKB Hastalarında ASRS Puanları, RBSÖ Puanları ile ZK Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

AKB hastalarında ASRS puanları, RBSÖ puanları ile ZK puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi.

ASRS ölçeğinin toplam puanları ile RBSÖ puanları, ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

ASRS ölçeğinin DE ölçüt puanları ile RBSÖ puanları, ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

ASRS ölçeğinin HA ölçüt puanları ile RBSÖ puanları, ZK1, ZK2, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanırken ZK3 alt boyutu ile anlamlı bir ilişki saptanmadı.

RBSÖ puanları ile ASRS ölçeğinin toplam puanları, DE ölçüt puanları, HA ölçüt puanları, ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4).

Tablo 4: AKB Hastalarında ASRS, RBSÖ ve ZK Puanları Arasındaki İlişki.

		ASRS			RBSÖ Puanı
		DE puanı	HD puanı	Toplam puanı	
RBSÖ Puanı	r	0,397**	0,320**	0,406**	1
	p	<0,001	<0,001	<0,001	
ZK1	r	0,439**	0,282**	0,413**	0,436**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
ZK2	r	0,402**	0,238**	0,368**	0,288**
	p	<0,001	0,003	<0,001	<0,001
ZK3	r	0,340**	0,134	0,278**	0,395**
	p	<0,001	0,101	0,001	<0,001
ZK4	r	0,423**	0,253**	0,388**	0,287**
	p	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
ZK Toplam Puanı	r	0,523**	0,298**	0,473**	0,462**
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Korelasyon Analizi * İlişki <0,05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü), ** İlişki <0,001 düzeyinde anlamlı (2-yönlü), ZK: Zarardan kaçınma, ZK1: Beklenti endişesi, ZK2: Belirsizlik korkusu, ZK3: Yabancılardan çekinme, ZK4: Çabuk yorulma, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DE: Dikkat eksikliği, HD: Hiperaktivite Dürtüsellik, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, p<0.05: istatistiksel olarak anlamlılık.

4.1.3. AKB Hastalarında ASRS Puanları ile SBT-40 Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

AKB hastalarında ASRS puanları, SBT-40 puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi.

ASRS ölçeğinin toplam puanları ile SBT-40 immatür toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki, SBT-40 matür toplam puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı. SBT-40 nevrotik toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

ASRS ölçeğinin DE ölçüt puanları ile SBT-40 immatür toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki, SBT-40 matür toplam puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı. SBT-40 nevrotik toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

ASRS ölçeğinin HD ölçüt puanları ile SBT-40 immatür toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki, SBT-40 matür toplam puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı. SBT-40 nevrotik toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 5: AKB Hastalarında ASRS Puanları ile SBT-40 Puanları Arasındaki İlişki.

N:151		ASRS DE puanı	ASRS HD puanı	ASRS Toplam Puanı
SBT-40 immatür toplam puanı	r	0,295**	0,242**	0,304**
	p	<0,001	0,003	<0,001
SBT-40 nevrotik toplam puanı	r	-0,014	0,030	0,007
	p	0,866	0,713	0,937
SBT-40 matür toplam puanı	r	-0,273**	-0,274**	-0,306**
	p	0,001	0,001	<0,001

Pearson Korelasyon Analizi * İlişki <0,05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü), ** İlişki <0,001 düzeyinde anlamlı (2-yönlü), SBT: Savunma Biçimleri Testi, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DE: Dikkat Eksikliği, HD: Hiperaktivite Dürtüsellik, p<0.05: istatistiksel olarak anlamlılık.

4.1.4. AKB Hastalarında DEHB'nin Sosyal Anksiyete Belirtileri, Benlik Saygısı, ZK ve Savunma Biçimleri ile İlişkisi

AKB hastalarında ASRS-HD ve DE puanlarının bağımlı değişken, LSKÖ kaygı puanları, LSKÖ kaçınma puanları, RBSÖ toplam puanları, ZK toplam puanları, SBT-40 immatür toplam puanları, SBT-40 nevrotik toplam puanları ve

SBT-40 matür toplam puanlarının kovaryant olarak alındığı MANCOVA analizi uygulandı. ZK toplam puanları ile DE puanları arasında, SBT-40 immatür toplam puanları ile HD ve DE puanları arasında, HD puanları ile SBT-40 matür toplam puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: AKB Hastalarında DE ve HD'nin Bağımlı Değişken, LSKÖ Kaygı Puanları, LSKÖ Kaçınma Puanları, RBSÖ Puanları, ZK Toplam Puanları, SBT-40 İmmatür Toplam Puanları, SBT-40 Nevrotik Toplam Puanları ve SBT-40 Matür Toplam Puanlarının Kovaryant Olarak Alındığı MANCOVA Analizi.

	Bağımlı Değişken	Tip III Kareler toplamı	sd	F	p
LSKÖ kaygı Puanı	DE ^a	7,411	1	0,198	0,657
	HD ^b	15,057	1	0,494	0,483
LSKÖ kaçınma puanı	DE	28,594	1	0,763	0,384
	HD	9,710	1	0,318	0,573
RBSÖ toplam puanı	DE	56,734	1	1,513	0,221
	HD	83,450	1	2,736	0,100
ZK toplam puanı	DE	884,045	1	23,575	<0,001
	HD	32,483	1	1,065	0,304
SBT-40 immatür toplam puanı	DE	465,035	1	12,401	0,001
	HD	166,417	1	5,457	0,021
SBT-40 nevrotik toplam puanı	DE	0,473	1	0,013	0,911
	HD	39,060	1	1,281	0,260
SBT-40 matür toplam puanı	DE	112,399	1	2,997	0,086
	HD	277,486	1	9,098	0,003

a. $R^2 = 0,376$ (Uyarlanmış $R^2 = 0,0345$) b. $R^2 = 0,223$ (Uyarlanmış $R^2 = 0,185$) DE: Dikkat Eksikliği, HD: Hiperaktivite Dürtüsellik, SBT: Savunma Biçimleri Testi, LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, sd: serbestlik derecesi, $p < 0,05$: istatistiksel olarak anlamlılık.

AKB hastalarında ASRS toplam puan (HD+DE puanları)'ının bağımlı değişken, LSKÖ kaygı puanları, LSKÖ kaçınma puanları, RBSÖ toplam puanları, ZK toplam puanları, SBT-40 immatür toplam puanları, SBT-40 nevrotik toplam puanları ve SBT-40 matür toplam puanlarının bağımsız değişken olarak alındığı stepwise lineer regresyon analizi uygulandı.

1. modelde LSKÖ kaygı puanları, LSKÖ kaçınma puanları regresyon analizine sokulduğunda ASRS toplam puanını LSKÖ kaçınma puanının yordadığı bulunmuştur. İlk basamaktaki değişkenler toplam varyansın %6,7'sini açıklamaktadır.

2. modelde RBSÖ toplam puanı denkleme eklenmiştir. İlk basamakta LSKÖ kaçınma puanı ve ASRS toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı iken ikinci basamakta RBSÖ toplam puanı değişkeninin modele girmesi ile LSKÖ kaçınma puanı yordama gücünü yitirmiştir. RBSÖ toplam puanı değişkeninin ASRS toplam puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu değişkenler toplam varyansın %19,6'sını açıklamaktadır.

3. modelde ZK toplam puanı denkleme eklenmiştir. İkinci basamakta anlamlı olan Rosenberg toplam puanı ve ASRS toplam puanı arasındaki ilişki devam etmektedir. ZK toplam puanı değişkeninin ASRS toplam puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu değişkenler toplam varyansın %27,7'sini açıklamaktadır.

4. modelde SBT-40 immatür toplam, nevrotik toplam ve matür toplam puanları denkleme eklenmiştir. Üçüncü basamakta RBSÖ toplam puanı ve ASRS toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı iken üçüncü basamakta SBT-40 immatür toplam, nevrotik toplam ve matür toplam puanları değişkenlerinin modele girmesi ile RBSÖ toplam puanı değişkeni yordama gücünü yitirmiştir. Üçüncü basamakta anlamlı olan ZK toplam puanı ile ASRS toplam puanı arasındaki ilişki devam etmektedir. ASRS toplam puanı ile SBT-40 immatür toplam puan değişkeninin pozitif yönde, SBT-40 matür toplam puan değişkeninin negatif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. ASRS toplam puanı ile SBT-40 nevrotik toplam puan değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu değişkenler toplam varyansın %36,2'sini açıklamaktadır.

AKB hastalarında ASRS toplam puanını, ZK toplam puanı, SBT-40 immatür toplam ve matür toplam puanlarının belirlediği saptandı (Tablo 7).

Tablo 7: AKB Hastalarında ASRS Toplam Puanının Bağımlı Değişken, LSKÖ Kaygı puanları, LSKÖ Kaçınma Puanları, Rosenberg Toplam Puanları, ZK Toplam Puanları, SBT-40 İmmatür Toplam Puanları, SBT-40 Nevrotik Toplam Puanları ve SBT-40 Matür Toplam Puanlarının Bağımsız Değişken Olarak Alındığı Stepwise Lineer Regresyon Analizi.

		Standardize edilmemiş		Standardize edilmiş	t	p
		B	SH	Beta		
Model 1	LSKÖ kaygı puanı	0,043	0,098	0,042	0,443	0,659
	LSKÖ kaçınma puanı	0,223	0,090	0,234	2,478	0,014
Model 2	LSKÖ kaygı puanı	0,059	0,091	0,057	0,648	0,518
	LSKÖ kaçınma puanı	0,137	0,086	0,143	1,595	0,113
	RBSÖ toplam puanı	3,527	0,727	0,369	4,854	<0,001
Model 3	LSKÖ kaygı puanı	0,004	0,088	0,004	0,041	0,967
	LSKÖ kaçınma puanı	0,092	0,082	0,096	1,119	0,265
	RBSÖ toplam puanı	2,191	0,766	0,229	2,860	0,005
	ZK toplam puanı	0,603	0,149	0,335	4,045	<0,001
Model 4	LSKÖ kaygı puanı	0,010	0,085	0,009	0,116	0,908
	LSKÖ kaçınma puanı	0,068	0,080	0,071	0,846	0,399
	RBSÖ toplam puanı	1,275	0,765	0,133	1,666	0,098
	ZK toplam puanı	0,519	0,147	0,289	3,542	0,001
	SBT-40 immatür toplam puanı	0,104	0,030	0,271	3,445	0,001
	SBT-40 nevrotik toplam puanı	0,050	0,089	0,046	0,556	0,579
	SBT-40 matür toplam puanı	-0,258	0,095	-0,227	-2,725	0,007

Model 1: F=5,301, df=2,148, p=0,006, R²=0,067 **Model 2:** F=11,927, df=3,147, p<0,001, R²=0,196

Model 3: F=13,972, df=4,146, p<0,001, R²=0,277 **Model 4:** F=11,614, df=7,143, p<0,001, R²=0,362

SBT-40: Savunma Biçimler Testi, LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, ZK: Zarardan Kaçınma, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, SH: standart hata, p<0.05: istatistiksel olarak anlamlılık.

4.1.5. AKB Hastalarında DEHB Olan ve Olmayan Grubu Birbirinden Ayıran Özellikler

AKB hastalarında DEHB tanısının bağımlı değişken, LSKÖ kaygı puanları, LSKÖ kaçınma puanları, RBSÖ toplam puanları, ZK toplam puanları, SBT-40 immatür toplam puanları, SBT-40 nevrotik toplam puanları ve SBT-40 matur toplam puanlarının bağımsız değişken olarak alındığı forward lojistik regresyon incelemesi uygulandı. ZK toplam puanları ve SBT-40 immatür toplam puanlarının olası DEHB olan grubu, olmayan gruptan ayırdığı saptandı (Tablo 8).

Tablo 8: AKB Hastalarında DEHB Tanısının Bağımlı Değişken, LSKÖ Kaygı, LSKÖ Kaçınma, RBSÖ, ZK, SBT-40 İmmatür ve SBT-40 Nevrotik ve SBT-40 Matur Toplam Puanlarının Bağımsız Değişken Olarak Alındığı Forward Lojistik Regresyon İncelemesi.

	B	SH	Wald	sd	p	İhtimaller Oranı	95% Güven Aralığı	
LSKÖ kaygı puanı	-0,008	0,021	0,150	1	0,698	0,992	0,951	1,034
LSKÖ kaçınma puanı	-0,017	0,020	0,750	1	0,386	0,983	0,945	1,022
RBSÖ toplam puanı	0,136	0,188	0,525	1	0,469	1,146	0,793	1,654
ZK toplam puanı	0,122	0,042	8,521	1	0,004	1,130	1,041	1,226
SBT-40 immatür toplam puanı	0,023	0,009	7,219	1	0,007	1,024	1,006	1,041
SBT-40 nevrotik toplam puanı	-0,019	0,023	0,711	1	0,399	0,981	0,938	1,026
SBT-40 matur toplam puanı	-0,038	0,024	2,556	1	0,110	0,963	0,919	1,009

Nagel kıkare R2=0,283, DE: Dikkat Eksikliği, HD: Hiperaktivite Dürtüsellik, SBT: Savunma Biçimler Testi, LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, ZK: Zarardan Kaçınma, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, SH: standart hata, sd: serbestlik derecesi, p<0,05: istatistiksel olarak anlamlılık

5. TARTIŞMA

Araştırmamıza AMATEM’de yatarak tedavi gören AKB olan 151 erkek hasta dahil edildi. Yatarak tedavi gören hastalarla detoksifikasyon dönemleri tamamlandıktan sonra görüşüldü. Çalışmamızda AKB olanlar arasında olası DEHB sıklığı araştırıldı. Bir tarama testi olan ASRS ölçeğinde tarama için A bölümü kullanılmış ve bölümde 4 veya daha fazla pozitif cevap varlığında sonuç erişkin DEHB açısından pozitif kabul edilmiştir.

AKB olanlar arasında ASRS puanlarına göre olası DEHB olan ve olmayan grup belirlendi. Her iki grup sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldı. DEHB belirti şiddeti ile sosyal anksiyete kaygı ve kaçınma belirti şiddeti, benlik saygısı, ZK mizaç boyutu ve savunma biçimleri arasındaki ilişki incelendi. Tüm gruplar arasında korelasyon saptandı ve gruplar arası farklılıklar MANCOVA ile değerlendirildi. Olası DEHB olan grubun yordayıcılarını tespit etmek için lojistik regresyon analizi, DEHB belirti şiddeti yordayıcıları arasındaki ilişkiyi incelemek için ise regresyon analizi uygulandı.

Çalışmamızda AKB olanlar arasında komorbid olası DEHB bulunma oranı %25,2 olarak saptanmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda AKB olanlar arasında DEHB prevalansı %6,6-%21,3 arasında değişmektedir (4,5,119). Türkiye’de yatan AKB olanlar arasında yapılan benzer bir çalışmada DEHB prevalansı %26,7 saptanmıştır (120).

Sosyodemografik özellikler, sosyal anksiyete belirtileri, benlik saygısı, mizaç özelliklerinden ZK mizaç boyutu ve savunma biçimleri açısından DEHB olan ve olmayan grup karşılaştırıldı. DEHB’nin sosyal anksiyete belirtileri ve bu faktörlerle ilişkisi incelendi.

Sosyodemografik özelliklerle ilgili olarak çalışmamızda olası DEHB tanısı olanların ve DEHB tanısı olmayanların yaşları, eğitim süresi, alkole başlama yaşları,

alkol kullanımının problemlili hale gelme yaşları ve yatış sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Her iki grup medeni durum, ailede alkol madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

AKB olan hastalar içinde DEHB olan grupta alkol kullanımının problemlili hale gelme yaşı daha düşük, yatış sayısı daha fazla bulundu ancak istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Her iki grubun yaş ortalaması, alkole başlama yaşı ve eğitim süreleri arasında da anlamlı fark bulunmadı.

AKB olanlar arasında yapılan çalışmalarda DEHB olan grubun DEHB olmayan gruba göre yaş ortalaması daha düşük (5,119) bulunmuşken, bazı çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde gruplar arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (5,120).

DEHB erişkin yaşamda da görülen bir bozukluk olmasına rağmen klinik başvuru oranları oldukça düşüktür. Son zamanlarda orta yaş ve yaşlılıkta DEHB varlığı araştırılmaya başlanmış, çocuk ve ergenlerdekinin aksine DEHB ile ilgili çok az çalışmada 45 yaş üstü denekler çalışmalara katılmıştır (5,120). Çalışmamızda DEHB olan ve olmayan grubun yaş ortalaması aynı olup 46'dır. Orta yaş ve yaşlılarda DEHB ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalarda DEHB olan bireylerde alkole başlama yaşı ve alkol kullanımının problemlili hale gelme yaşının daha düşük olduğu gösterilmiştir (5,119). Çalışmamızda DEHB olan ve olmayan grupta alkol başlama yaşı ve alkol kullanımının problemlili hale gelme yaşı arasında fark saptanmamıştır. Bu durum çalışmamızın örneklem sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

DEHB ve alkol kullanımı arasındaki birlikteliğin nedenleri halen tam olarak bilinmemekle birlikte bu birlikteliği açıklamaya yönelik dürtüsellik fenotipi, kortikal kontrol ve yanıt inhibisyon yetersizliği, paylaşılmış nörokimyasal, nöroanatomik farklılıklar gibi çeşitli nöral ve psikolojik açıklamalar yapılmıştır (121).

DEHB'nin çocukların yaşadıkları akademik başarısızlık, sosyal ilişkilerde uyum sorunu gibi problemlerle beraber alkol kullanımına neden olabileceği

bildirilmiştir (122). Literatüre bakıldığında DEHB’li çocukların daha çok akademik sorun yaşadığı, akademik disiplin soruşturmalarına daha fazla maruz kaldığı görülmektedir. Ayrıca DEHB’li öğrencilerin üniversiteye devam etme ve mezun olma oranları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (123). Alkol ve madde kötüye kullanımının, kişinin eğitim hayatının erken sonlanmasına yol açtığı bildirilmektedir (124). Çalışmamızda eğitim süreleri açısından DEHB olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bu durum grubumuzun eğitim seviyesinin homojen bir dağılım göstermesinden ya da örneklem sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir.

AKB olan hastalar içinde DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar medeni durum açısından karşılaştırıldıklarında DEHB olan grupta bekar olanların oranı daha yüksek bulunurken DEHB olmayan grupta boşanmış olanların oranı daha yüksek bulundu. Ancak istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Evli olanların oranı her iki grupta yaklaşık olarak aynı saptandı. AKB olan hastalar içinde DEHB olan ve olmayan gruplar arasında medeni durumları açısından farklılık saptanmadığını belirten çalışmalar vardır (5,119). DEHB’li kişilerin daha fazla evlilik uyumsuzluğu yaşadıkları, evliliklerinin daha sık ayrı yaşama veya boşanma ile sonuçlandığı bildirilmektedir (125). Yapılan bir çalışmada DEHB grubunda çalışmamızla uyumlu olarak daha düşük evlilik oranları saptanmıştır (119).

Literatürden farklı olarak DEHB olan grupta DEHB olmayan gruba göre daha düşük boşanma oranı saptadık, çalışmamıza uyumlu olarak AKB olan hastalarda yapılan bir çalışmada DEHB olan grupta daha düşük boşanma oranı saptanmıştır (120). Yakın zamanda yayımlanan bir çalışmada DEHB’li olguların daha düşük oranda bir partnerle yaşadıkları ve daha az sayıda çocuğa sahip oldukları saptanmıştır (126). DEHB olan bireylerin yaşadıkları ilişki problemleri bu gruptaki daha fazla bekar olma oranını açıklamaktadır. Ancak eş seçiminde DEHB olan bireyler belirtilerine karşı daha hoşgörülü olan destekleyici eşleri tercih ediyor olabilir. Sonuçta evlilik yaşantılarında diğer alanlara göre nispeten daha iyi uyum sağlıyor olabilirler (127). Ancak DEHB’li olguların evlilik ve ilişkilerine yönelik yapılacak yeni psikososyal çalışmalar bizlere daha ayrıntılı bilgi sunabilecektir.

Aile çalışmlarında DEHB olan çocukların ebeveynleri ve diğler akrabalarında daha yüksek psikopatoloji prevalansı saptanmıştır (128,129). Çalışmamızda DEHB olan grupta ailede alkol madde kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü daha fazla bulunmuş ancak istatıksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu farklılık kültürel farklılıklardan, örneklem sayısının farklılığından, kullanılan ölçeklerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde DEHB araştırmalarında anksiyete bozukluğunun, özellikle de SAB'nin yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir. Aynı şekilde SAB hastalarında yüksek DEHB komorbidite oranları, daha spesifik bir DEHB ve SAB ilişkisini düşündürmektedir (11,12).

Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı DEHB prevalansı %3-11, erişkin DEHB oranı %2-5 arasında bulunmuştur. DEHB tanılı çocukların %50'sinde belirtiler erişkin dönemde devam etmekte ve erişkin dönemde DEHB tanı kriterlerini karşılamaktadır (129). DEHB'nin erişkin dönemde devam etmesi çocuklukta DEHB semptom profili, belirti şiddeti, eşlik eden majör depresif bozukluk, babadaki anksiyete bozukluğu ve ebeveyn antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Çocukluk çağı belirtilerinin sayısı ve şiddeti, kalıcılığın en güçlü yordayıcıları olarak saptanmıştır (130). Uzunlamasına çalışmlar, DEHB olan çocuk ve ergenlerin yaşam boyu anksiyete bozukluğu düzeylerinin yüksek olduğunu desteklemektedir (45,46). Muhtemelen birey büyüdükçe DEHB'deki rezidüel biliş ve dikkat problemleri artmakta, anksiyete daha belirgin hale gelmektedir (131). Bir erişkin takip çalışmasında, DEHB'nin yüksek anksiyete bozukluğu şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiş ve DEHB'nin anksiyete bozukluğu gelişimi için güçlü bir yordayıcı faktör olduğu bulunmuştur (46).

Ulusal Komorbidite Çalışmasına göre, DEHB'li erişkinlerin son 1 yıl içinde eşlik eden ek tanıları bulunmuş ve DEHB olanların %47,1'inin yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir. Ulusal Komorbidite Çalışmasına göre SAB'nin DEHB'ye eşlik eden en sık (%29,3) kaygı bozukluğu olduğu gösterilmiştir (11). Diğler erişkin DEHB çalışmlarında SAB komorbiditesi %18,6 ile %40 arasında bulunmuştur (69,70). Park ve arkadaşları DEHB olan grupta SAB görülme oranının DEHB olmayan gruba göre 7,57 kat fazla olduğunu tespit

etmişlerdir (12). 10 yıllık bir takip çalışmasında da DEHB'li bireylerin kontrollere kıyasla yaşam boyu SAB prevalansının daha fazla olduğu bildirilmiştir (132).

SAB popülasyonunda yapılan DEHB ile ilgili çalışmalar daha az olmakla birlikte komorbidite prevalansı daha da yükselmektedir. Bu çalışmaların çoğu Türkiye’de yapılmıştır. SAB hastalarıyla yapılan çalışmalarda çocukluk çağı DEHB’si %60,2-72,3 arasında saptanmıştır (13,14,133,134). DEHB bulunan grupta DEHB bulunmayan gruba göre kaygı, kaçınma ve toplam LSKÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve işlevselliklerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (14).

SAB olan bireyler sosyal ortamlarda daha arka planda ve genellikle sessiz kalmayı tercih ederler. Sadece biraz çekingen ya da sakın olarak nitelendirilmesinden ötürü sorun fark edilemeyebilir. Hatta ağırbaşlı, uysal gibi ifadelerle toplumsal olarak onay bile görebilmektedirler. Sosyal anksiyetenin doğasında var olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilmekten korkma bireylerin etiketlenme kaygısıyla kliniklere başvurmalarına önemli bir engel oluşturmaktadır (135). SAB olan hastalardaki DEHB prevalansı, DEHB olan hastalardaki SAB prevalansına göre oldukça fazla bulunmuştur. Bu durum DEHB komorbiditesi olan SAB hastalarının DEHB komorbiditesi olmayanlara göre daha çok tedavi arayışına girmeleri ile açıklanabilir. Çünkü DEHB işlevselliği ve kişilerarası ilişkileri çok fazla olumsuz etkilemektedir.

AKB ve DEHB hastalarında eşlik eden anksiyete belirtilerinin sık olduğu (37–39) göz önünde bulundurulduğunda aradaki bu ilişkiyi anksiyete bozukluğu gibi bir psikopatolojinin etkilediği düşünülebilir. Çocukluk çağı DEHB'si olanlar daha şiddetli anksiyete belirtileri, daha fazla alkol-madde ve diğer komorbid psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olmalarından dolayı (58) daha çok tedavi arayışına giriyor olabilirler. Sosyal anksiyete ile ilişkili olan kişiler arası duyarlılığın DEHB komorbiditesi olan SAB’li hastalarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (133). Ayrıca SAB popülasyonundaki yüksek DEHB komorbiditesi için SAB’nin bir alt grubunun DEHB’ye sekonder geliştiği ileri sürülmektedir (136).

Çalışmamızda ASRS toplam puanları ile LSKÖ kaygı, kaçınma ve toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Alt boyutlar incelendiğinde ASRS-DE ve ASRS-HD puanları ile LSKÖ kaçınma alt boyutu

arasında arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ancak, LSKÖ kaygı alt boyutu ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sadece LSKÖ kaygı ve kaçınma puanları regresyon analizine sokulduğunda, ASRS Toplam Puanını LSKÖ kaçınma puanının yordadığı bulunmuştur. DEHB belirti şiddeti arttıkça sosyal anksiyete kaygı ve kaçınma belirti şiddeti artmaktadır. Ancak sadece sosyal anksiyete kaçınma belirti şiddeti DEHB belirti şiddetini belirlemektedir. DEHB olan bireyler yaşadıkları içsel kaygıdan ziyade sürekli eleştirilmek, azarlanmak gibi maruz kaldıkları olumsuz sosyal durumlardan kaçınıyor olabilirler. Bu kaçınma davranışı gerçekçi varsayımlar üzerinedir. DEHB olan bireyler kendi performanslarını olduğundan daha iyi algılamakta (137) SAB olan bireyler performanslarını olduğundan daha kötü algılamakta ve gerçekçi olmayan varsayımlar üzerine kaçınma davranışı göstermektedirler (59).

SAB olan kişiler genellikle daha düzenli olup, daha iyi organizasyon becerilerine sahiptir. Bu durum DEHB için geçerli değildir. Yeterli becerilerine rağmen, SAB olan kişilerin sosyal kabulle ilgili düşüncelerle meşguliyeti fazla olup kaygı düzeyleri yüksektir. DEHB'si olan bireyler ise gerçekte yeterli becerilerden yoksundur (138).

Çalışmamızda LSKÖ kaçınma puanları ile ASRS-DE puanları arasında ilişki, ASRS-HD puanları ile olan ilişkiden daha yüksek olarak saptandı. DEHB alt grupları yapılan çalışmalar incelendiğinde SAB komorbiditesi çocuk, ergen ve erişkinlerde DEHB-DE alt tipinde daha fazla bulunmuştur (2,3,71). LSKÖ kaygı, kaçınma ve toplam puanlarının daha yüksek ve işlevselliklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHB-DE grubunda DEHB-B ve DEHB-HD'ye göre SAB başlangıcı daha erken olarak bulunmuştur (2,3). DEHB-HD olan çocuklar daha dışa dönük, daha az sıkılgan ve daha hareketlidir. DEHB-DE olan çocuklarsa daha içe dönük, daha sıkılgan ve pasiftirler. Bu çocukların konuşmalara daha az katılım gösterdikleri, daha fazla ihmal ve sosyal izolasyona maruz kaldıkları bulunmuştur. Dikkat eksikliği belirtileri baskın olan çocuklar sosyal etkileşime girme ve sosyal durumlara aktif katılım gösterme konusunda daha fazla zorlanmaktadır (139). Bulgularımızla uyumlu olarak sosyal anksiyete belirtilerinin daha çok dikkat eksikliği belirtileriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yukarıda bahsedilen çalışmalar dikkate alındığında

DEHB-DE belirtilerinin DEHB-HD 'ye göre daha fazla ve daha ciddi sosyal kaygı ve kaçınmaya yol açtığını söylemek mümkündür.

Çocukluk çağı DEHB'sinde sıklıkla bildirilen olumsuz deneyimler SAB'ye neden olduğu ileri sürülen çocukluk deneyimlerine oldukça benzerdir. SAB ve aversiv sosyal eylemler arasında nedensellik ilişkisinin yönü net olmasa da anlamlı bir ilişki vardır. SAB gelişiminde vurgulanan temel sosyal durumlar, alay edilmek, eleştirilmek, zorbalık, reddedilmek, aşağılanmak ve dışlanmak gibi olumsuz sosyal durumlardır (140). Akran baskısı, reddedilme ve zorbalığa uğrama DEHB olan çocuk ve ergenlerde sağlıklı akranlarına kıyasla daha yüksek oranlarda bulunur (15,72).

DEHB' deki bilişsel çarpıtmalarla ilgili gözlemler SAB hastalarında bildirilen bilişsel çarpıtmalarla uyumludur. DEHB'nin kronikleşmesi, sosyal çevrenin olumsuz tutumu ve bireylerin yetiştirilmesi sırasında yaşanan deneyimler bilişsel çarpıtmaların gelişmesini etkilemektedir (141). DEHB'li çocuklar hata yapmayı önleyemediklerini ifade ederek durumlarını kabullenmekte ve tuhaf, beceriksiz, aptal oldukları gibi inanç geliştirmektedirler. Bu inançlar sosyal anksiyetenin bilişsel modeli ile uyumludur (59).

Hastanın DEHB belirtilerine karşı yenilgiyi kabul etmesi, ailelerin ve sosyal çevrenin tutumu benlik saygısının düşmesine neden olabilir. Bu özgüven eksikliğinin sosyal kaygı başlamadan önceki DEHB olduğu dönemle bağlantılı olduğu iddia edilmektedir (136).

Ayrıca DEHB'li gençler kendi sosyal becerilerini olduğundan daha iyi değerlendirerek yanlış algılamaktadırlar. Sosyal ipuçlarını yakalayamayan DEHB'li çocuklar toplumsal ilişkilerinde davranışsal stratejileri verimli ve etkin bir şekilde kullanamamaktadırlar. Bu çocuklarda davranışa rehberlik eden duygusal ipuçlarını kullanma becerisinin bozulması, sosyal işlevsellikte bozulmanın temelini oluşturuyor olabilir (137).

DEHB olan çocuklarda duygu tanıma ve yürütücü işlev defisiti olduğuna dair kanıtlar vardır (142). Yürütücü işlev bozuklukları DEHB belirtilerinin öngörücüsü olarak değerlendirilirken, DEHB belirtileri sosyal karar alma mekanizmalarındaki bozuklukların bir öngörücüsü olarak değerlendirilmektedir (143). DEHB

belirtileriyle başlayan sorunların SAB etiolojisinde rol oynayabildiği, hatta SAB'nin DEHB'ye sekonder geliştiği iddia edilmektedir (136). Çalışmamızda hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite belirtileri ile sosyal anksiyete belirtileri arasında pozitif yönde ilişki bulunması açıklanan çalışmalarla uyumlu görünmektedir.

Benlik saygısının gelişimi ailede başlar, çocuk sosyalleştikçe okul hayatına girmesiyle hızlanır. 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 (144).

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin belirtileri kişilerarası ilişkilerine zarar vermekte; sosyal ilişkilerde problem yaşamalarına neden olmaktadır. Aşırı hareketlilik, yerinde duramama, odaklanamama, unutkanlık, organize olamama gibi belirtiler sebebiyle çevrelerinden sıklıkla olumsuz geri bildirim aldıkları bilinmektedir. Ayrıca bu çocuklar okul ortamında da yaşadıkları problemler nedeniyle sık sık ceza almakta ve akademik başarıları olumsuz şekilde etkilenmektedir. Bu durum da DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde düşük benlik saygısına neden olabilmektedir. Bu olumsuz deneyimler sonucu negatif bilişler gelişmektedir. Bu da motivasyonun azalmasına ve kaçınmanın artmasına neden olarak bir kısır döngüye yol açmaktadır (145).

DEHB belirtileri ve benlik saygısı arasında anlamlı orta ve güçlü korelasyonlar bildirilmiştir. Mevcut semptomatoloji arttıkça benlik saygısı azalmaktadır (146).

RBSÖ puanları arttıkça benlik saygısı azalmaktadır (115). Bu bakımdan DEHB belirtileri arttıkça benlik saygısı azalmaktadır. Çalışmamızda yukarıda bahsedilen çalışmalarla uyumlu olarak RBSÖ puanları ile ASRS puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptadık. Daha açık bir ifadeyle, AKB olan hastalar arasında DEHB olan grubun benlik saygısını DEHB olmayan gruba göre daha düşük bulduğumuzu söyleyebiliriz.

Sosyal becerilerin ve mevcut semptomatolojinin benlik saygısına ilişkin yordayıcılar olduğu bulunmuştur (147). Bu, daha fazla sosyal beceriye sahip olan ve

daha düşük DEHB semptomatolojisine sahip olanların daha yüksek benlik saygısı olduğunu ortaya koymaktadır.

Yapılan çalışmalarda DEHB olan çocuklar ve ergenlerin sağlıklı kontrollere göre benlik saygısı (148,149) daha düşük bulunmuştur. DEHB olan grubun sosyal işlevsellik ve okul başarılarının daha düşük (148), davranış kontrolünün daha zor olduğu (149) saptanmıştır. Bunlara ek olarak bazı çalışmalarda ebeveynlerin DEHB olan çocuklarının benlik saygısını çocukların kendilerini değerlendirdiğinden daha düşük olarak değerlendirdikleri gösterilmiştir (150,151).

DEHB olan kişiler cinsiyetler açısından araştırıldığında her iki cinsten benlik saygısının düşük olduğu ve aralarında fark olmadığı bildirilmiştir (152).

DEHB alt tipleri arasında benlik saygısı açısından fark olup olmadığının araştırıldığı çalışmalarda ise alt tipler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (146,153,154).

DEHB benlik saygısı üzerinde tedavi etkinliğinin incelendiği çalışmalarda atomoksetin ile tedavi edilen hastaların benlik saygısının ve yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir. Psikostimülan ile tedavi edilen hastalarda da tedavi almayanlara göre benlik saygısı daha yüksek bulunmuştur (155,156). DEHB’de benlik saygısı üzerinde farmakolojik ajanların etkisini inceleyen metodolojik değeri yüksek olan bir çalışma da DEHB tanılı 85 ergen hasta (44 hasta ilaçsız, 23’u atomoksetin ile 18’i metilfenidat ile tedavi edilen) ve 26 sağlıklı kontrol ile yapılmıştır. Bu çalışmada 6 ay tedavi sonrasında benlik saygıları değerlendirilmiştir. Sağlıklı kontrol grubuna göre tüm DEHB gruplarında daha düşük benlik saygısı puanları tespit edilmiştir. DEHB grubu kendi içinde değerlendirildiğinde tedavi alan ve almayan DEHB grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedavi alan DEHB grupları karşılaştırıldığında ise metilfenidat tedavisi alan grubun benlik saygısı puanları atomoksetin alan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (157). Bu çalışmada dikkat çekici bir nokta en düşük benlik saygısı puanlarının atomoksetin alan grupta olmasıdır. DEHB belirti şiddeti en yüksek atomoksetin grubunda ölçülmüştür. Bu durum atomoksetin tedavisi (ortalama: 1,28 mg/kg/gün) alan grubun

benlik saygısı puanlarının hiç tedavi almayan DEHB grubundan bile düşük bulunmasını açıklayabilir.

DEHB’de benlik saygısı üzerinde BDT etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, yalnızca farmakolojik tedavi alan grup ile BDT ve farmakolojik tedavi alan grubun tedavi öncesi ve sonrası benlik saygıları karşılaştırılmıştır. Her iki grubun benlik saygısının anlamlı olarak arttığı ancak BDT ve farmakolojik tedavi alan grupta bu artışın belirgin biçimde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (158). Bu durum DEHB tedavisinde farmakolojik tedaviye psikososyal müdahalelerin eklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Daha az olmakla birlikte DEHB’li çocuklarda benlik saygısının yüksek olarak bulunduğu çalışmalar da vardır (150,151,159). Ancak DEHB belirtileri olan kişilerin çocukluk döneminde benlik saygısı yüksek olsa bile, yetişkinliğe kadar kademeli olarak azalan bir gelişimsel seyir izlemektedir. DEHB olan bireylerin benlik saygısı yaşla birlikte çocukluktan erişkinliğe doğru giderek düşmektedir (160). Bu bireyin ömrü boyunca DEHB belirtileri ile ilgili olumsuz deneyimlerin kademeli olarak artması ile ilgili olabilir.

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 olumsuz durumu kabul etmez. Bu çocuklar sınırlı farkındalıkları nedeni ile kendi kusurlarının ve başarısızlıklarının sorumluluğunu başkalarının üzerine atar (161).

Çevrelerinden olumsuz tepkiler alan, kabul görmeyen, uyumsuz davranışları nedeniyle damgalanan, akademik anlamda sorun yaşayan çocukların kendileri hakkında olumsuz duygu ve düşüncelere sahip olmaları olağan bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda DEHB belirti şiddeti ile benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptadık. Yukarıda bahsedilen çalışmalarla uyumlu olarak DEHB grubunda benlik saygısını daha düşük bulduk. Çalışmamız kesitsel nitelikte olduğu için, DEHB ve benlik saygısı arasındaki zamansal ilişkiyi belirleyememekteyiz. Ancak çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalara dayanarak DEHB geliştikten sonra benlik saygısının azaldığını söyleyebiliriz. Regresyon analizinde ilk basamakta ASRS toplam puanını LSKÖ kaçınma puanı yordamaktayken ikinci basamakta RBSÖ puanının modele eklenmesiyle LSKÖ kaçınma puanı yordama gücünü yitirmiştir. Üçüncü basamakta modele ZK mizaç boyutunun eklenmesi bunu değiştirmemiştir. Sosyal anksiyete kaçınma belirtilerinin DEHB üzerindeki yordayıcılığı daha çok benlik saygısı ve ZK mizaç boyutu ile ilişkili gözükmektedir. Düşük benlik saygısı olumsuz inançlara neden olarak bireylerin kaçınma davranışı gibi fonksiyonel olmayan başetme stratejileri geliştirmelerine yol açmaktadır (162). Bu durum sosyal anksiyete kaçınma davranışından ziyade benlik saygısının DEHB'yi daha iyi yordamasını açıklamaktadır.

ZK serotoninergic sistemle ilişkili olan ve davranışsal inhibisyon sisteminin etkinliğini gösteren kalıtsal bir eğilimdir. ZK puanları yüksek bireyler; gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişe hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları gösterirler. ZK özellikleri yüksek bireyler stresör etkenlere anksiyete ve depresyonla yanıt verme eğilimindedirler (116). Yüksek ZK, anksiyeteye yatkınlık olarak değerlendirilmektedir. Yüksek ZK ile süreklilik (trait) anksiyetesi arasında korelasyon olduğu gösterilmiştir (83).

DEHB'nin mizacın genetik olarak belirlenmiş bir varyasyonu olabileceği savunulmaktadır (163). DEHB ile ilgili yapılan birçok çalışmada ZK puanları kontrollerle karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur. Bu ilişki, anksiyete, depresyon ve madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik komorbiditeler kontrol edildikten sonra da devam etmekte, yüksek ZK puanları DEHB ile ilişkili saptanmaktadır (164). İkizlerle yapılan bir çalışmada ZK'nin genetik olarak dikkatsizlikle ilişkili olduğu bulunmuştur (165). DEHB ile ZK arasındaki bu ilişki dikkat eksikliği belirtileri fazla olan kişilerde artmış anksiyete bozukluğu riskine işaret edebilir.

DEHB olan hastalarda mizaç-karakter özelliklerinin değerlendirildiği çalışmaların çoğunda, DEHB'nin yetişkinlerde, yüksek ZK puanları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (16,17,90,166). Çalışmamızda da DEHB şiddeti ile yüksek ZK puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. MANCOVA yapıldığında ZK'nin DE üzerinde anlamlı etkisi gösterilmiştir. Aynı zamanda ZK'nin DEHB şiddetini yordayıcı faktör olduğu da regresyon analizinde saptanmıştır. Bu sonuçlar daha önceki çalışmalarla (16,17,90,166) paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmalar ZK mizaç boyutu ve SAB arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Kontrol grubu ile kıyaslandığında SAB hastalarında anlamlı düzeyde yüksek ZK seviyeleri bulunmuştur (18,84). Mizaç bir ölçüde kalıtsal olup yaşam boyu sabittir (116). Ancak ZK mizaç boyutundaki değişikliklerin sosyal anksiyetede ki değişiklik ile korele olması, ZK mizaç boyutunun SAB tedavisi sırasında durumsal (state) bağımlı değişiklikler gösterdiğini de düşündürmektedir (85). ZK'nin SAB için hem durumsal hem de süreklilik (trait) gösteren bir özellik taşıdığı söylenebilir. Mizaç yaşamın erken dönemlerinde ve dolayısıyla muhtemelen DEHB'nin başlangıcından önce ortaya çıkan biyolojik bir yapı olarak inşa edilmiştir. Her ne kadar DEHB belirtileriyle başlayan bir kaçınma davranışının geliştiği idda edilse de (136), öncesinde genetik olarak belirlenmiş yüksek ZK mizaç boyutunun DEHB için yordayıcı olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde AKB hastalarında mizaç-karakter özelliklerinin veya DEHB olan hastalarda mizaç-karakter özelliklerinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur ancak AKB'ye eşlik eden DEHB'si bulunan hastalarda mizaç-karakter özelliklerinin araştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Literatüre ve çalışmamızın sonuçlarına göre yüksek seviyede ZK mizaç boyutu SAB ve DEHB için ortak bir özelliktir. DEHB alt tipleri açısından bakıldığında çalışmamızda ZK ile hem DE hem de HD alt tipi arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuş ve ZK'nin DEHB-DE alt tipini yordadığı saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak yapılan başka çalışmalarda da DEHB-DE alt tipi ile ZK arasında güçlü pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (164,167).

Çalışmamızda sosyal anksiyete kaçınma boyutu belirtileri DEHB belirti şiddeti için yordayıcı bir faktör olarak bulunmuşken ZK regresyon analizine eklendiğinde, sosyal anksiyete kaçınma boyutu belirtileri yordama gücünü

kaybetmiştir. Buna karşın, ZK DEHB belirti şiddeti için yordayıcı olarak bulunmuştur. Çalışmamızla uyumlu olarak boylamsal bir çalışmada ZK'nin daha büyük çocuklarda (>9yaş) DEHB-DE için yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (168). Boylamsal çalışmalarda DEHB ile ZK aralarındaki ilişki daha iyi gösterilebilir.

Savunma biçimleri kişilik yapısının önemli bir boyutu olarak düşünülür (169). Matür savunmalar genel olarak benlik saygısını korumak için faaliyet gösterirken, immatür savunmalar daha rijid olup benliğin bütünlüğünü korumak için çarpıtmalar yoluyla işlev göstermektedir. Savunmanın işlevi, homeostazı korumaktır. İmmatür savunmalar genellikle kişisel ve sosyal işlevselliğin bozulmasına neden olur (170).

Matür savunma biçimlerinin kullanımı belirti şiddetindeki (171) azalma ile ilişkili bulunmuştur. Psikopatolojinin şiddetiyle immatür savunmaların kullanımı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (170).

Savunma biçimleri, incelenen popülasyonun patolojisine göre bazı farklılıklar gösterebilir. Yapılan çalışmalarda AKB hastalarının immatür ve nevrotik savunmaları daha fazla kullandıklarıyla ilgili kanıtlar bulunmaktadır (172,173). İmmatür savunma biçimlerini kullanan AKB olan hastaların çatışmaların neden olduğu anksiyete ile baş edebilmek için alkole ihtiyaç duydukları iddia edilmektedir (172). Ayrıca bu hasta grubunda daha fazla oranda relaps bildirilmektedir (173).

DEHB'nin etiyolojisi ile ilgili tartışmalar devam etmekteyken DEHB'nin ortaya çıkmasına neden olan psikososyal faktörlerle ilgili bol miktarda kanıt bulunmaktadır (105,174,175). Ancak literatürde DEHB'de savunma mekanizmalarını değerlendiren çok az sayıda çalışma mevcuttur.

DEHB'li erkek çocuklarla yapılan bir çalışmada DEHB'si olan grubun kontrol grubuna göre inkar, tümgüçlülük, değersizleştirme, dışa vurma ve otistik fantezi gibi daha fazla immatür savunmaları kullandığı gösterilmiştir. DEHB'li erkek çocuklarda paranoid kaygıların ve yıkıcı dürtülerin baskın olduğu gözlenmiş ve bunların paranoid-şizoid dönemde fikse oldukları ileri sürülmüştür (176).

DEHB tanılı 49 erkek ve 41 kadın olmak üzere 90 erişkin hastanın dahil edildiği çalışmada katılımcıların %37,6'sında madde bağımlılığı, %14,1'inde SAB

komorbiditesi saptanmıştır. Katılımcıların %84,4'ünde nesne ilişkileri patolojileri tanımlanmıştır. DEHB grubunda immatür ve nevrotik savunma mekanizmalarının anlamlı olarak daha fazla kullanıldığı gösterilmiştir. Bu savunma mekanizmaları idealleştirme, yansıtma, pasif agresyon, dışa vurma, yalıtma, otistik fantezi, inkar, yer değiştirme, tümgüçlülük, bölme, somatizasyon ve değersizleştirme. Cinsiyete göre savunma mekanizmalarının kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (20).

Çalışmamızda DEHB'nin iki farklı teorik modelle olan ilişkisini MKE ve SBT-40 testi aracılığıyla inceledik. DEHB belirti şiddeti ile immatür savunma şiddeti arasında pozitif, matür savunma şiddeti arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulduk. Bu alanda yapılan daha önceki çalışmayla (20) uyumlu olarak DEHB belirtileri fazla olan kişilerin immatür savunmaları daha fazla, matür savunmaları ise daha az kullandıklarını saptadık. Çalışmamızda, de Almeida Silva ve arkadaşlarının çalışmasından (20) farklı olarak DEHB olan grupta nevrotik savunma puanları daha fazla olmakla birlikte her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamadık. Nevrotik savunmalar, gelişimsel olarak savunmaların hiyerarşik sıralamasında orta sırada yer alması sebebiyle psikopatolojik açıdan DEHB belirtileri olan kişileri ayırt etmede yetersiz kalıyor olabilir. Bunun başka bir nedeni de, tüm bireylerin diğer kullandığı savunmalardan bağımsız olarak bazı nevrotik savunmaları da kullanması olabilir.

Çalışmamızda MANCOVA analizinde immatür savunmaların DEHB-DE ve HD alt tipleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu bulduk. Lojistik regreyon analizinde immatür savunmaların olası DEHB'yi yordadığını saptadık. Çalışmamızda regresyon analizinde de immatür ve matür savunma puanlarının birlikte DEHB belirti şiddetini belirlediğini tespit ettik. Yapılan çalışmalarda bulgularımızla uyumlu olarak AKB hastalarında kontrol grubuna göre matür savunma puanları daha az, immatür savunma puanları daha fazla bulunmuştur (177–179). Ayrıca 15-19 yaş arası 611 öğrencinin katıldığı, erken erişkinlik döneminde alkol alımı ve ağır içiciliği öngören bulguları inceleyen beş yıllık bir takip çalışmasında alkol alımı immatür savunmalarla ilişkili bulunmuştur (102).

Strese yatkınlık modeline göre kronik psikososyal stres yaşayan kişilerin daha fazla immatür savunmaları kullandığı ve daha fazla kaçınma davranışı gösterdiği belirtilmektedir (180). AKB olanlar arasında DEHB belirtileri fazla olan kişilerin olumsuz duygusal durumlar ve kişiler arası çatışmalar gibi yüksek riskli durumlarla baş etmeye yönelik stratejiler geliştirdiği söylenebilir. Erken yaşam dönemlerinde DEHB belirtileri nedeniyle yaşanan stres bireylerin içsel dinamikleriyle çevresel gerçeklik arasında uyumlu ve yararlı bir denge kurmalarını önleyerek matür savunma biçimlerinin gelişmesine engel oluyor olabilir. Bütün bu analizler sonucunda çalışmamızdaki örneklem için immatür savunmaların DEHB belirti şiddeti ile ilişkili olduğu sonucunu çıkarabiliriz ve bu sonuçlar literatür bilgisini destekler niteliktedir.

KISITLILIKLAR

Sadece yatarak tedavi gören hastaların çalışmaya dahil edilmiş olması önemli bir kısıtlılıktır. Diğer bir kısıtlılık da kadın hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olmasıdır. Hastanın geçmişine yönelik bilgiler geriye dönük, kişilerin algılamalarına ve hafızalarına dayanılarak verilen bilgiler olduğundan güvenilirlikleri düşük olabilir. Çalışmamızda kullanılan ölçekler, kendini değerlendirme ölçeği olmaları nedeniyle hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır ve yalnızca yüksek riski gösterebilir. DEHB olan hastaların özellikleri gereği ölçekleri tamamlarken dikkatlerini sürdürmemesi nedeniyle sonuçlarda güvenilirliğin azalmış olabileceği de başka bir kısıtlılıktır. Kontrol grubu olmaması nedeniyle, DEHB'nin AKB hastalarında sağlıklı örneklemelere göre farklılıkları belirlenememiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Yatarak tedavi gören AKB olan 151 erkek hasta arasında, 38 hastada olası DEHB saptanmıştır.

ASRS ölçeğinin toplam puanları ile LSKÖ kaygı, LSKÖ kaçınma ve LSKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

ASRS ölçeğinin DE ve HD puanları ile LSKÖ kaçınma ve LSKÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmışken, LSKÖ kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

ASRS ölçeğinin toplam puanları ile RBSÖ puanları, ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

ASRS ölçeğinin DE ölçüt puanları ile RBSÖ puanları, ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

ASRS ölçeğinin HD ölçüt puanları ile RBSÖ puanları, ZK1, ZK2, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı, ancak ZK3 alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

RBSÖ puanları ile ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 alt boyutu ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

SBT-40 immatür toplam puanları ile ASRS ölçeğinin toplam, DE ve HD puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

SBT-40 matür toplam puanları ile ASRS ölçeğinin toplam, DE ve HD puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptandı.

SBT-40 nevrotik toplam puanları ile ASRS ölçeğinin toplam, DE ve HD puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

DEHB-DE puanları ile ZK ve SBT-40 immatür puanları arasında, DEHB-HD puanları ile immatür ve matür puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

ZK, SBT-40 matür ve immatür savunma biçimleri toplam puanları ASRS toplam puanlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır.

ZK ve SBT-40 immatür savunma biçimleri toplam puanları olası DEHB tanısını anlamlı düzeyde yordamaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Bulgularımız göz önünde bulundurulduğunda, AKB olan hastalarda DEHB sıklığının fazla olması, AKB ile DEHB arasındaki ilişkinin araştırılması gerekliliğini zorunlu kılmaktadır. Çocukluk çağı DEHB tanısı konulan hastalarda ileride gelişecek olan AKB'yi belirleyen faktörleri tespit etmek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek gerekmektedir. DEHB'nin erken tanınması ve tedavisinin erken başlanması, hastalarda AKB gelişmesini önleyebileceği gibi yanında gelişebilecek birçok komorbid hastalığın önlenmesinde de yararlıdır. Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda DEHB belirtileri ile sosyal anksiyete belirtileri arasında bir ilişki saptadık. Bu ilişkide etkili olabilecek benlik saygısı, mizaç ve savunma biçimlerini birlikte değerlendirdiğimizde savunmalar ve ZK mizaç boyutunun DEHB'yi yordadığını bulduk. AKB olanlar arasında ZK'si yükek olan, immatür savunmaları daha çok matür savunmaları daha az kullanan hastalarda DEHB ek tanısı akla getirilerek tedavi ile ilgili önlemler alınmalıdır. AKB popülasyonunda DEHB'si olanların fark edilmedikleri için farmakolojik tedaviden çoğunlukla yoksun kaldıkları ve sosyal hayata uyumlarını bozan savunmalar geliştirdikleri söylenebilir. Buna karşın benlik saygısının artması ve mizaç özelliklerinde değişim olabilmesi için farmakolojik tedavinin tek başına yeterli olmadığını, ek olarak psikososyal müdahalelerin de gerekli olduğunu düşünüyoruz. AKB ile DEHB arasındaki nedensel ilişkinin daha geniş örnekleme, kesitsel çalışmalar yerine takip çalışmaları ile genetik, nörofizyolojik, nörogelişimsel ve psikososyal açıdan da ele alınarak

incelenmesinin literatüre önemli katkılar sağlayacağını düşünüyoruz. Bu çalışmalara kadın hastaların, ayaktan sağaltım gören ve hiç sağaltım görmeyen AKB hastalarının da dahil edilmesi hedeflenmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593–602.
3. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1652–1658.
4. Roncero C, Ortega L, Pérez-Pazos J, Lligoña A, Abad AC, Gual A, Sorribes M, Grau-López L, Casas M, Daigre C. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcohol dependence patients with and without ADHD. *J Atten Disord* 2015; doi:10.1177/1087054715598841.
5. Ohlmeier MD, Peters K, Wildt BTT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol & Alcoholism* 2008; 43: 300–304.
6. Sönmez M, Vardar M. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozuklukları. *Türkiye Klin Psikiyatr Özel Derg* 2012; 41–47.
7. Wilens TE. AOD use and attention deficit/hyperactivity disorder. *Alcohol Health Res World* 1998; 22:127–130.
8. Ozdemir F, MA E. Alkol ve madde kullanım bozukluklarının sosyal anksiyete bozukluğuyla ilişkisi. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg* 2004; 12:133–140.
9. Kessler RC. Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:313.
10. Lépine JP, Péliissolo A. Social phobia and alcoholism: A complex relationship. *J Affect Disord* 1998; 50:23–28.
11. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Connors CK, Demler O, Faraone S V., Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163:716–723.
12. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS, Bae JN, Wang HR, Ahn JH, Hong JP. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: Results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011; 186:378–383.
13. Koyuncu A, Ertekin E, Yüksel Ç, Aslantaş Ertekin B, Çelebi F, Binbay Z, Tükel R. Predominantly Inattentive Type of ADHD is associated with social anxiety disorder. *J Atten Disord* 2015; 19:856–864.
14. Koyuncu A, Celebi F, Ertekin E, Kok BE, Tükel R. Clinical effects of ADHD subtypes in patients with social anxiety disorder. *J Atten Disord* 2015; pii: 1087054715617533.
15. Gardner DM, Gerdes AC. A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *J Atten Disord* 2015; 19:844–855.

16. Lynn DE, Lubke G, Yang M, McCracken JT, McGough JJ, Ishii J, Loo SK, Nelson SF, Smalley SL. Temperament and character profiles and the dopamine D4 receptor gene in ADHD. *Am J Psychiatry* 2005; 162:906–914.
17. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad SB, Niklasson L, Nydén A, Wentz E, Westergren S, Cloninger CR, Gillberg C, Rastam M. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1239–1244.
18. Marteinsdottir I, Tillfors M, Furmark T, Andenberg UM, Ekselius L. Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nord J Psychiatry* 2003; 57:29–35.
19. Basiaux P, Le Bon O, Dramaix M, Massat I, Souery D, Mendlewicz J, Pelc I, Verbanck P. Temperament and character inventory (TCI) personality profile and sub-typing in alcoholic patients: a controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001; 36:584–587.
20. de Almeida Silva V, Louzã MR, da Silva MA, Nakano EY. Ego defense mechanisms and types of object relations in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2016; 20:979–987.
21. Bonsack C, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychother Psychosom* 1998; 67:24–30.
22. Evren C, Cagil D, Ulku M, Ozcetinkaya S, Gokalp P, Cetin T, Yigiter S. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Compr Psychiatry* 2012; 53:860–867.
23. Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1215–1220.
24. Sutherland I, Shepherd JP. A personality-based model of adolescent violence. *Br J Criminol* 2002; 42:433–441.
25. Pullen LM. The relationships among alcohol abuse in college students and selected psychological/ demographic variables. *J Alcohol Drug Educ* 1994; 40:237–250.
26. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Bozkurt A. (çeviri editörü). 11. baskı, Ankara: Güneş Kiatapevi, 2016, 1169-1181.
27. Uluğ B, Öztürk M. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal Bozukluklar. Öztürk M, Uluşahin A (editörler). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı, İstanbul: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. Aş., 2008, 687-736.
28. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *JAMA psychiatry* 2015; 72:757–766.
29. World Health Organization. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches:Final report
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf. 11.07.2015.
30. Matte B, Rohde LA, Grevet EH. ADHD in adults: A concept in evolution. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2012; 4:53–62.

31. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, DSM-IV-TR fourth edition (text revision). American Psychiatric Publishing, 2000.
32. Biederman J, Mick E, Faraone S V. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157:816–818.
33. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: A controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1424–1431.
34. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çetin FÇ, editor. Ankara: HYB Basım Yayın, 2008, 78-91.
35. Duran Ş, Fıstıkcı N, Keyvan A, Bilici M, Çalışkan M. ADHD in adult psychiatric outpatients: prevalence and comorbidity. *Turkish J psychiatry* 2014; 25:84–93.
36. Ozkorumak E, Ozten H, Tiryaki A. The prevalence, rate of comorbidity and the level of functionality in psychiatric outpatients with adult ADHD. *Anatol J Psychiatry* 2013;1.
37. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007; 32:631–642.
38. Wilson JJ. ADHD and substance use disorders: Developmental aspects and the impact of stimulant treatment. *Am J Addict* 2007; 16:5–13.
39. Biederman J, Faraone S V, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004; 55:692–700.
40. Faraone S. Adult ADHD: A family-genetic perspective, presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 1–6, 2004.
41. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management. New York: Guilford Press, 1999, 51-61.
42. Weiss M. A guide to the treatment of adults with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:27–37.
43. Murphy K, Psychiatry LA. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:12–7.
44. Kooij JJS, Burger H, Boonstra AM, Linden van der, Kalma LE, Buitelaar JK. Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychol Med* 2004; 34:973–982.
45. Biederman J, Petty CR, Monuteaux MC, Fried R, Byrne D, Mirto T, Spence T, Wilens TE, Faraone S V. Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *Am J Psychiatry* 2010; 167:409–417.
46. Tai YM, Gau CS, Gau SSF, Chiu HW. Prediction of ADHD to anxiety disorders: An 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *J Atten Disord* 2013; 17:660–669.

47. Kooij JJS, Huss M, Asherson P, Akehurst R, Beusterien K, French A, Sasané R, Hodgkins P. Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *J Atten Disord* 2012; 16:3–19.
48. Molina BSG, Pelham WE, Psychology WPJ-J of abnormal, 2003 U. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol* 2003; 112:497–507.
49. Volkow ND, Swanson JM. Adult Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. Solomon CG, editor. *N Engl J Med* 2013; 369:1935–1944.
50. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: Effects of treatment and non-treatment. *BMC Med* 2012; 10:99.
51. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155:613–9.
52. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biol Psychiatry* 2002; 51:101–108.
53. Gültekin BK, Dereboy İF. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerindeki etkileri. *Türk Psikiyatr Derg* 2011; 22:150–158.
54. Heinrichs N, Rapee RM, Alden LE, Bögels S, Hofmann SG, Oh KJ, Sakano Y. Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behav Res Ther* 2006; 44:1187–1197.
55. Beidel DC. Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:27–32.
56. Chartier MJ, Walker JR, Stein MB. Considering comorbidity in social phobia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:728–734.
57. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:282–288.
58. Gabbard G. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin*, 1992; 56(Suppl 2A): 3-13.
59. Clark DM. Cognitive Perspective on Social Phobia. In: Ray W, Crozier WR, Alden LA, eds. *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness*. New York: John Wiley & Sons Ltd, 2001.
60. Lydiard RB. Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:17–24.
61. Gökalp PG, Tükel R, Solmaz D, Demir T, Kiziltan E, Demir D, Babaoğlu AN. Clinical features and co-morbidity of social phobics in Turkey. *Eur Psychiatry* 2001; 16:115–121.
62. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:257–265.

63. Evren C, Can S, Evren B, Cakmak D. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında aleksitiminin depresyon, anksiyete ve erektil işlev bozukluğu ile ilişkisi: Bir kontrollü çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2002; 12:165-173.
64. Eken B, Evren C, Saatcioglu O, Cakmak D. Eken B, Evren EC, Saatcioglu O, Cakmak D. Relationship of personality disorders with sociodemographic characteristics, depression and anxiety among alcohol dependents. *J Psychiatry Neurol Sci* 2003; 16:71-79.
65. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol-problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147:685-695.
66. Schneier FR, Martin LY, Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ. Alcohol abuse in social phobia. *Elsevier* 1989; 3:15-23.
67. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone S V. Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up Study. *J Psychiatr Res* 2011; 45:150-155.
68. Semerci B. Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda anksiyete ve tik bozuklukları birlikteliği. *Türkiye Klin J Psychiatry-Special Top* 2012; 5:54-59.
69. Edel M, Rudel A, Hubert C, Scheele D, Brüne M, Juckel G, Assion H-J. Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *Eur J Med Res* 2010; 15:403-409.
70. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M. 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.
71. Schmitz M, Ludwig H, Rohde LA. Do hyperactive symptoms matter in ADHD-I restricted phenotype? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39:741-748.
72. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Jr, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolesc Psychiatry (Hilversum)* 2001; 40:1285-1292.
73. Bacchini D, Affuso G, Trotta T. Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: The mediating role of school bullying. *Aggress Behav* 2008; 34:447-459.
74. Koyuncu A, Celebi F, Ertekin E, Kahn DA. Extended-release Methylphenidate Treatment and Outcomes in Comorbid Social Anxiety Disorder and Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: 2 Case Reports. *J Psychiatr Pract* 2015; 21:225-231.
75. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders (a critical review). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:801-810.
76. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236:410-416.
77. Akvardar Y, Arkar H, Akdede B, Gul S, Sarı O, Tunca Z. Personality features of patients with alcohol. *Bagimlik Derg* 2005; 6:53-59.
78. Le Bon O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hanak C, Hansenne M, Ansseau M, Pelc I, Verbanck P, Dupont S. Personality profile and drug of choice; A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73:175-182.

79. Bozkurt M, Evren C, Can Y, Evren B, Cetingok S, Yilmaz A. Relationships of personality dimensions with impulsivity in alcohol-dependent inpatient men. *Nord J Psychiatry* 2014; 68:316–322.
80. Koller G, Zill P, Skoruppa T, Bondy B, Preuss UW, Soyka M. Low level of harm avoidance is associated with serotonin transporter functional haplotype in alcohol-dependent individuals. *Psychiatr Genet* 2008; 18:59–63.
81. Wills T. Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: An application of Cloninger. *J Subst Abuse* 1994; 6:1–20.
82. Cloninger CR. A unified bisocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 3:167–226.
83. Jiang N, Sato T, Hara T, Takedomi Y, Ozaki I, Yamada S. Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: Study based on the Temperament and Character Inventory. *J Psychosom Res* 2003; 55:493–500.
84. Lochner C, Hemmings S, Seedat S, Kinnear C, Schoeman R, Annerbrink K, Olsson M, Eriksson E, Moolman-Smook J, Allgulander C, Stein DJ. Genetics and personality traits in patients with social anxiety disorder: a case-control study in South Africa. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17:321–327.
85. Hofmann SG, Loh R. The Tridimensional Personality Questionnaire: Changes during psychological treatment of social phobia. *J Psychiatr Res* 2006; 40:214–220.
86. Evren C, Evren B, Dalbudak E. Alexithymia and personality in relation to social anxiety symptoms in male alcohol-dependent inpatients. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45:72–77.
87. Watson D, Kotov R, Gamez W. Basic dimensions of temperament in relation to personality and psychopathology. Krueger RF, Tackett JL (Eds.), *Personality and Psychopathology*, New York: Guildford, 2006, 7-38.
88. Hechtman L. Attention deficit hyperactivity disorder. Saddock BJ, Saddock VA (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005, 2679-2692.
89. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic D, Wetzel R. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 1994.
90. He JA, Antshel KM, Biederman J, Faraone S V. Do personality traits predict functional impairment and quality of life in adult ADHD? A controlled study. *J Atten Disord* 2015;108705471561344.
91. Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: psychological test profiles in a clinical population. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:32–38.
92. Salgado CAI, Bau CHD, Grevet EH, Fischer AG, Victor MM, Kalil KL., Sousa NO, Garcia C, Belmonte-de-Abreu P. Inattention and hyperactivity dimensions of ADHD are associated with different personality profiles. *Psychopathology* 2009; 42:108-112.
93. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı*. 10. Basım, İstanbul: Özgür Yayınları. 1998, 36-49.

94. Wild LG, Flisher AJ, Bhana A, Lombard C. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 2004; 45:1454–1467.
95. Şenol S, İşeri E, Koçkar A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Dikkati Dağınık, Yerinde Duramayan Çocuklara Doğru Yaklaşımlar*. HYB Yayıncılık, Ankara, 2005, 54-55.
96. Voecks JL. A Comprehensive Study of Self-Esteem in Children Diagnosed with Attention Deficit And Hyperactivity Disorder. A Research Paper. University of Winconsin-Stout, 2003.
97. Dünya Sağlık Örgütü, Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların ICD-10 Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, Öztürk O, Uluğ B (çeviri editörleri). Ankara: Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti., 1992, 69- 71.
98. Koch EJ. Relational schemas, self-ssteem, and the processing of social stimuli. *Self Identity* 2002; 1:271–279.
99. Baumeister RF, Twenge JM. The social self. T. Millon, M.J. Lerner, ve I. B. Weiner (Ed.). *Handbook of psychology: Vol. 5. Personality and social psychology*. USA: Wiley., 2003, 327-352.
100. Dorpat TL. A new look at denial and defense. *The Annual of Psychoanalysis* 1987; 15: 23-47.
101. Bond M. Empirical studies of defense style: Relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12:263–278.
102. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lönnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcohol* 2001; 36:85–88.
103. Raketec D, Kovacevic M, Djuric T. P01-63 Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. *Eur Psychiatry* 2009; 24:451.
104. Ribadier A, Varescon I. Study of defense styles, defenses and coping strategies in alcohol-dependent population. *Enceph Psychiatr Clin Biol Ther* 2017; 43:223–228.
105. Gilmore K. Diagnosis, dynamics, and development: Considerations in the psychoanalytic assessment of children with AD/HD. *Psychoanal Inq* 2002; 22:372–390.
106. Rainwater J. A psychoanalytic contribution fo the understanding and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Diss Abstr Int* 2007; 63:1940.
107. Günter M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder? *Int J Psychoanal* 2014; 95:43–66.
108. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185:87–94.
109. Kipper L, Blaya C, Teruchkin B. Brazilian patients with panic disorder: the use of defense mechanisms and their association with severity. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:58–64.
110. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:455–460.

111. Afzali M, FaithiAshtiani A, Azadfallah P. The study of defense styles & mechanisms in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder & social phobia disorder. *J Clin Psychol* 2009; 1:79–93.
112. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16:52–65.
113. Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2009; 10:77–87.
114. Dilbaz N, Guz H. Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2-6 Ekim, 2001.
115. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 1986.
116. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:975–990.
117. Köse S, Sayar K, Aki İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves A, Przybeck R, Cloninger C. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004; 14:107-131.
118. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma biçimleri testinin psikometrik özellikleri: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg* 2007; 18:244–253.
119. Luderer M, Sick C, Kaplan-Wickel N, Reinhard I, Richter A, Kiefer F, Weber T. Prevalence estimates of ADHD in a sample of inpatients with alcohol dependence, *J Atten Disord* 2018; pii: 1087054717750272
120. Ayaz E. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun dürtüsellik, mizaç-karakter özellikleri ve alkol bağımlılığı şiddeti ile ilişkisi. Tıpta uzmanlık tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2016.
121. Groman SM, James AS, Jentsch JD. Poor response inhibition: At the nexus between substance abuse and attention deficit/hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33:690–698.
122. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:1424–1432.
123. Wolf LE. College students with ADHD and other hidden disabilities: Outcomes and interventions. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931:385–395.
124. Hoxmark E, Benum V, Friberg O, Wynn R. Reduction in mental distress among substance users receiving inpatient treatment. *Int J Ment Health Syst* 2010; 4:30.
125. Murphy KR, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996; 37:393–401.
126. Deberdt W, Thome J, Lebre J, Kraemer S, Fregenal I, Ramos-Quiroga JA, Arif M. Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe. *BMC Psychiatry* 2015; 15:242.

127. Ersoy MA, Topçu Ersoy H. Gender-role attitudes mediate the effects of adult ADHD on marriage and relationships. *J Atten Disord* 2015; pii: 1087054715618789.
128. Johann M, Bobbe G, Putzhammer A, Wodarz N. Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: Differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (Serotonin Transporter and 5-Hydroxytryptamine-2c Receptor). *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27:1527–1534.
129. Lara C, Fayyad J, Graaf RD, Kessler RC, Gaxiola SA, Angermeyer M, Demyttenaere K, Girolamo GD, Haro JM, Jin R, Karam EG, Lepine JP, Mora ME, Ormel J, Posada-Villa J, Sampson N. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009; 65:46–54.
130. Faraone S V., Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36:159–165.
131. Roth RM, Wishart HA, Flashman LA, Riordan HJ, Huey L, Saykin AJ. Contribution of organizational strategy to verbal learning and memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2004; 18:78–84.
132. Daigre C, Roncero C, Rodríguez-Cintas L, Ortega L, Lligoña A, Fuentes S, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M. Adult ADHD screening in alcohol-dependent patients using the Wender–Utah rating scale and the adult ADHD self-report scale. *J Atten Disord* 2015; 19:328–334.
133. 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. *J Psychiatr Pract* 2017; 23:254–259.
134. 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 Deficit Hyperact Disord* 2016; 8:95–100.
135. Warner CM, Fisher PH, Shrout PE, Rathor S, Klein RG. Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip Blackwell Publishing Ltd*, 2007; 48:676–686.
136. Koyuncu A, Alkın T, Tükel R. Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis). *Early Interv Psychiatry* 2016;1–4.
137. Humphreys KL, Galán CA, Tottenham N, Lee SS. Impaired social decision-making mediates the association between ADHD and social problems. *J Abnorm Child Psychol* 2016; 44:1023–1032.
138. Mörtberg E, Tilfors K, Bejerot S. Screening for ADHD in an adult social phobia sample. *J Atten Disord* 2012; 16:645–649.
139. Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. Comparison of the play of children with attention deficit hyperactivity disorder by subtypes. *Aust Occup Ther J* 2010; 57:137–145.
140. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev* 2004; 24:737–767.

141. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New York: Basic Books. 1985
142. Kats-Gold I, Priel B. Emotion, understanding, and social skills among boys at risk of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Sch* 2009; 46:658–678.
143. Bunford N, Evans SW, Wymbs F. ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015; 18:185–217.
144. Rosenberg M. Self-concept from middle childhood through adolescence. *Psychol Perspect self* 1986; 3:107–136.
145. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33:497–509.
146. Dan O, Raz S. The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *J Atten Disord* 2015; 19:231–239.
147. Dooling-Litfin JK, Rosén LA. Self-esteem in college students with a childhood history of attention deficit hyperactivity disorder. *J College Stud Psychother* 1997; 11:69–82.
148. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *J Atten Disord* 2005; 8:109–120.
149. Barber S, Grubbs L, Cottrell B. Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Nurs* 2005; 20:235–245.
150. Edhom T, Lichtenstein P, Granlund M, Larsson J-O. Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatr* 2007; 95:650–657.
151. Babinski DE, Pelham WE, Molina BSG, Waschbusch DA, Gnagy EM, Yu J, Sibley MH, Biswas A. Women with childhood ADHD: Comparisons by diagnostic group and gender. *J Psychopathol Behav Assess* 2011; 33:420–429.
152. Newark PE, Elsasser M, Stieglitz RD. Self-esteem, self-efficacy, and resources in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2016; 20:279–290.
153. Canu WH, Carlson CL. Rejection sensitivity and social outcomes of young adult men with ADHD. *J Atten Disord* 2007; 10:261–275.
154. Lerdpaisanskul M, Boonchooduang N. Self-esteem in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Chiang Mai Med* 2017; 56:1–17.
155. Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, Spencer T. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* 2001; 108:83–91.
156. Sobel LJ, Bansal R, Maia T V., Sanchez J, Mazzone L, Durkin K, Liu J, Hao X, Ivanov I, Miller A, Greenhill LL, Peterson BS. Basal ganglia surface morphology and the effects of stimulant medications in youth with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167:977–986.
157. Mazzone L. Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* 2013; 9:96–102.

158. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *J Atten Disord* 2009; 12:434–441.
159. Hoza B, Gerdes A, Arnold E, ve ark. Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:382–391.
160. NM M, Abali O. Venlafaxine in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:92–95.
161. Cook J, Knight E, Hume I, Qureshi A. The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review of the literature. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord* 2014; 6:249–268.
162. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJS, Huss M, Beusterien K, Sasané R, Gholizadeh S, Hodgkins P. Under diagnosis of adult ADHD: Cultural influences and societal burden. *J Atten Disord* 2012; 16:20–38.
163. Gensler D. Trouble paying attention. *J Infant, Child Adolesc Psychother* 2011; 10:103–115.
164. Perroud N, Hasler R, Golay N, Zimmermann J, Prada P, Nicastro R, Aubry JM, Ardu S, Herrmann FR, Giannakopoulos P, Baud P. Personality profiles in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry* 2016; 16:199.
165. Merwood A, Asherson P, Larsson H. Genetic associations between the ADHD symptom dimensions and Cloninger's temperament dimensions in adult twins. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23:416–425.
166. Instanes JT, Haavik J, Halmøy A. Personality traits and comorbidity in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2016; 20:845–854.
167. Faraone S V, Adamson JJ, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: Implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med* 2009; 39:685–693.
168. Lee SJ, Park S-H, Jeong A, Chae H, Oh K. Temperamental predictors of developmental trajectories of inattention and hyperactivity–impulsivity problems in schoolchildren. *Integr Med Res* 2017; 6:33–40.
169. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitlin LH, Bond M, Manfro GG. Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:255–258.
170. Christopher J. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy. *Focus (Madison)* 2004; 3:1665–1671.
171. Corruble E, Bronnec M, Falissard B, Hardy P. Defense styles in depressed suicide attempters. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58:285–288.
172. Taskent V, Karadag F, Topcuoglu V, Akduman I, Evren C. Psychological defense mechanisms, childhood traumas and dissociative experiences in patients with drug and alcohol dependency. *Türk Psikiyatr Derg* 2011; 22:58.
173. Evren C, Yigiter S, Bozkurt M, Cagil D, Ozcetinkaya S, Can Y, Mutlu E. Personality dimensions and defense styles that are related with relapse during 12 month follow-up in male alcohol dependents. *Dusunen Adam* 2013; 26:248–257.
174. Almagor D, Ansari R. P-1130 - Psychodynamic psychotherapy and adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Eur Psychiatry* 2012; 27:1.

175. Jensen P, Arnold L, Swanson J. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:989–1002.
176. Benczik EBP. Children with attention deficit disorder and hyperactivity: A study of psychodynamic aspects from the Children's Apperception Test-CAT-A. Doctoral dissertation. Universidade de São Paulo, Brazil, 2005.
177. Ribadier A, Dorard G, Varescon I. Personality and defense styles: Clinical specificities and predictive factors of alcohol use disorder in women. *J Psychoactive Drugs* 2016; 48:384–392.
178. Evren C, Ozçetinkaya S, Çağıl D, Ülkü M, Can Y, Mutlu E. Defense styles that are related with history of self-mutilation and suicide attempt in alcohol dependent inpatients. *Dusunen Adam* 2012; 25:345–352.
179. Iwanicka K, Gerhant A, Olajosy M. Psychopathological symptoms, defense mechanisms and time perspectives among subjects with alcohol dependence (AD) presenting different patterns of coping with stress. *PeerJ* 2017; 5:35–76.
180. Brown SA, Vik PW, Patterson TL, Grant I, Schuckit MA. Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. *J Stud Alcohol* 1995; 56:538–545.

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Elvan Çiçikci

Doğum yeri ve tarihi: Amasya/ 10.02.1984

Uyruğu: Türk

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: Zuhuratbaba Mah. Hüdaverdi Sok. No:21/12
Bakırköy/İstanbul/ 05052956572

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2003-2009

Çorum Fen Lisesi 1998-2002

Fatih İlköğretim Okulu 1997-1998

Atatürk Ortaokulu 1995-1997

Hoca Ahmed Yesevi İlkokulu 1993-1995

Fatih Sultan Mehmed İlkoukulu 1990-1993

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru): Asistan Hekim 2013-2018

IV- Mesleki Deneyimi:

GOP Üniv. Göz Hastalıkları Araştırma Görevlisi 2012-2013

Tokat Turhal 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu 2010-2012

Şişli Etfal EAH Ortopedi ve Travmatoloji Araştırma Görevlisi 2010

Tokat Turhal 1 Nolu Sağlık Ocağı 2009-2010

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türkiye Psikiyatri Derneği

Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Poster Bildirileri

Psikotik bir hastada sarma sigara şeklinde kekik bitkisi kullanımı: olgu sunumu- 56.
Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi & 2.Uluslararası Çocuk ve Ergen
Psikofarmakolojisi Sempozyumu

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Ödüller

Projeleri

Verdiği konferans ya da seminerler

Katıldığı paneller (panelist olarak)

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

TPD Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi

CETAD Cinsel Terapi Eğitimi

Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi

6. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi & 2.Uluslararası Çocuk ve Ergen
Psikofarmakolojisi Sempozyumu

52. Ulusal Psikiyatri Kongresi

11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi

Diğer üyelikleri:

İstanbul Tabip Odası

9. EKLER

EK 1 - Etik Kurul Onayı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BRSHH

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yatarak Tedavi Gören Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Erkek Hastalarda DEHB'nin Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile İlişkisi ve Bu İlişki Üzerine Etkili Olabilecek Faktörler					
	BASVURU TARİH VE SAYISI	28.12.2016-12159					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	ASİSTAN DR. ELVAN ÇİÇİKCİ					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi					
	DESTEKLEYİCİ	-					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ						
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon Yüksek Doz Araştırması Diğer ise belirtiniz: KESİTSEL					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe	X	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe	X	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU		X	Türkçe		İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		X	Türkçe		İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-					
	DİĞER:	-					
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 03.01.2017	Karar No: 595					
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verildiği.						
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. M. Cem İLNEM						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki	İmza				
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	☐	☒				
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	☐	☐				
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	☐	☒				

EK 2 - Sosyodemografik Veri Formu

Ad-Soyad: _____

1) Yaş: _____

2) Medeni hali: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul

3) Öğretim durumu: 1. Okur-yazar 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu

4. Lise mezunu

5. Üniversite/yüksekokul mezunu

6. Halen okuyor:

sınıf _____

4) Toplam eğitim süresi (yıl olarak): _____

5) Şu anda gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

0. Hayır 1. Düzenli 2. Düzensiz 3. Emekli 4. Öğrenci

Alkol kullanım öyküsü:

1) Alkol-madde kullanmaya ilk kaç yaşında başladınız?

1. Sigara: _____

2. Alkol: _____

3. Yasa dışı madde: (Adı: _____)

2) Alkol- madde kullanımınız kaç yaşında problemli hale geldi ?

1. Alkol:-----

2. Madde:-----

3) Daha önceki tedavi girişimleriniz nedir?

0. Daha önce tedavi başvurusu yok

1. Ayaktan tedavi (sayısını belirtiniz _____)

2. Yatarak tedavi (sayısını belirtiniz _____)

4) Ailede başkasında alkol ya da madde kullanımı var mı? 0. Yok 1. Alkol

2. Madde

5) Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

0. Yok 1. Var (varsa belirtiniz:

_____)

EK 3 - Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınızı konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz

	A BÖLÜMÜ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1	Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2	Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3	Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4	Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5	Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6	Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					

	B BÖLÜMÜ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
7	Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8	Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9	Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10	Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11	Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12	Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13	Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14	Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15	Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16	Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17	Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18	Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

EK 4 - Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

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

LIEBOWITZ 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	

EK 5 - Rosenberg Self-Esteem Scale (Benlik Saygısı Ölçeği)

Lütfen aşağıdaki her cümleyi dikkatle okuduktan sonra her ifadenin yanındaki seçeneklerden aklınıza ilk gelen ve **size en uygun olanı** işaretleyiniz. Her ifade için **sadece bir tane seçeneği** işaretleyiniz.

		Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2	Bazı olumlu özelliklerimin olduğunu düşünüyorum.				
3	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4	Ben de diğer insanların yapabildiği şeyleri yapabilirim.				
5	Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6	Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7	Genel olarak kendimden memnunum.				
8	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9	Bazen, kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10	Bazen hiçte iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.				

EK 6 – Mizaç Ve Karakter Envanteri (MKE) Zarardan Kaçınma (ZK) Alt Boyutu

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve **hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına** karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız

Bu anket formunu kendi basınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. DOĞRU olduğunu düşünüyorsanız “D”yi daire içine alınız. YANLIŞ olduğunu düşünüyorsanız “Y”yi daire içine alınız.

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız. Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. D Y

20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y

42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y

65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y

81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y

112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y

119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y

149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y

164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y

188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. D Y

225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
26. Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
154. Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm. D Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y

92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y

113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y

147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y

182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y

202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim. D Y

236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissedirim. D Y



EK 7 - Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı Çeklinde (X) iÇaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek: Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraÇacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen mişim gibi tehlikelere aldırmam.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Hayallerimden gerçek hayatta olduğundan daha çok tatmin sağlarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
18. Hiçbir şeyden korkmam
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hincımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.
24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.
31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirim, onunla daha iyi baş edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun