

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ERİŞKİNLERDE BAĞLANMA VE AFFEKTİF SİSTEMLER**

Dr. Mehdi BABAİ AGHDAM ALAMDARI

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

ANKARA-2020

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ERİŞKİNLERDE BAĞLANMA VE AFFEKTİF SİSTEMLER**

Dr. Mehdi BABAEI AGHDAM ALAMDARI

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA**

ANKARA-2020

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı, Soyadı : Mehdi BABAEİ AGHDAM ALAMDARI	Sınav tarihi: 30/09/ 2020
Anabilim/Bilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tez Başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Bağlanma ve Affektif Sistemler	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	<input type="checkbox"/> Reddine
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

<i>Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız</i>
--


Jüri Başkanı

Prof.Dr.Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı


Jüri Üyesi

Prof.Dr.Erguvan Tağba ÖZEL KIZIL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Hem ihtisas hem de tez hazırlama sürecimin her aşamasında desteğini her daim hissettiren, katkı ve yardımlarını esirgemeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA'ya en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

İhtisasım süresince engin mesleki bilgi ve kıymetli tecrübeleriyle iyi bir psikiyatrist olma yolunda destek olan başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ olmak üzere tüm değerli hocalarıma teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

İhtisasım süresince her zaman desteklerini yanımda hissettiğim, birlikte çalışmaktan zevk aldığım özellikle Dr. Mehmet Burak ERDAŞ, Dr. Yağmur KIR, Dr. Türkü ÇOBANOĞLÜ TUNALI, Dr. Vusal ALİEV, Dr. Cemal HASANLI, Dr. Mehmet Akif KARA'ya ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Sonsuz emekleri ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen tüm hayatım boyunca olduğu gibi ihtisas hayatım boyunca da destek olan annem, babam ve tüm aile bireylerine; hayatımın her alanında olduğu gibi, tez çalışmamı hazırlarken de her aşamada bana yardımcı olan sevgili eşim Dr. Öğretim Üyesi Fereshteh REZAEI' ye sonsuz teşekkür ederim.

Son olarak da kendilerinden çok şey öğrendiğim ve mesleki gelişimime katkıda bulunan tüm hastalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehdi BABA EI AGHDAM ALAMDARI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ERİŞKİNLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE	
BOZUKLUĞU	4
2.1.1. Tanı.....	4
2.1.2. Tarihsel Bakış	5
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji	8
2.1.5. Klinik Özellikler	9
2.1.6. Tanı Ölçütleri	11
2.1.7. Ayırıcı Tanı	12
2.1.8. Eş Tanılar	12
2.1.9. Tedavi	13
2.1.9.1. Uyarıcı tedaviler	13
2.1.9.2. Uyarıcı dışı ilaç tedavileri	14
2.1.9.3. Diğer tedaviler.....	14
2.2. BAĞLANMA KURAMI.....	15
2.2.1. Tanımı	15
2.2.2. Erişkinlikte Bağlanma	16
2.2.3. Bağlanma Biçimleri.....	16
2.2.4. Bağlanma ve Psikopatoloji	18
2.2.5. Bağlanma ve DEHB	18
2.3. AFFEKTİF MİZAÇ	19
2.3.1. Affektif Sinirbilim	20

2.3.1.1. Affektif Sinirbilim Nedir?.....	20
2.3.1.2. Temel Emosyonel Sistemler.....	20
2.3.2. Affektif Mizaç ve DEHB	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1. ARAŞTIRMA GRUBU	25
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	26
3.3.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV – SCID-1)	26
3.3.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (Adult Attachment Scale - AAS).....	26
3.3.4. Yetişkinlerde DEHB Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS)	27
3.3.5. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği – WUDÖ (Wender Utah Rating Scale - WURS).....	27
3.3.6. Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ) (Affective Neuroscience Personality Scale – ANPS) Türkçe Formu	28
3.4. İSTATİKSEL ANALİZLER.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
ÖZET.....	48
SUMMARY	50
KAYNAKLAR	52
EKLER.....	72

KISALTMALAR

5-HTT	: Serotonin Taşıyıcısı
A.B.D	: Amerika Birleşik Devletleri
ASKÖ	: Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği
ASRS	: Yetişkinlerde DEHB Ölçeği
CHRN	: Nikotinic kolinerjik Reseptörü
DAT	: Dopamin Taşıyıcısı
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DR	: Dopamin Reseptörü
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
EEG	: Elektroensefalografi
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GWAS	: Tüm Genom Boyu İlişkilendirme Çalışmaları
HTR	: Serotonin Reseptörü
SCID-1	: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu
SNAP-25	: Sinaptozomal İlişkili Protein
SS	: Standart Sapma
WUDÖ	: Wender Utah Değerlendirme Ölçeği

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri	30
Tablo 4.2. Araştırmaya alınan tüm katılımcıların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanları.....	31
Tablo 4.3. Araştırmaya alınan tüm katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanları.....	31
Tablo 4.4. Tüm katılımcıların yaşları ile Erişkin Bağlanma Biçim Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	32
Tablo 4.5. Tüm katılımcıların yaşları ile Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği alt puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	32
Tablo 4.6. Tüm katılımcıların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanlarının cinsiyet açısından değerlendirilmesi.....	33
Tablo 4.7. Tüm katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanlarının cinsiyet açısından değerlendirilmesi.....	33
Tablo 4.8. DEHB ve kontrol gruplarının kadın katılımcılarında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.9. DEHB ve kontrol gruplarının erkek katılımcılarının Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.10. DEHB ve kontrol gruplarının kadın katılımcılarında Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi	35
Tablo 4.11. DEHB ve kontrol gruplarının erkek katılımcılarının Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi	35
Tablo 4.12. DEHB ve kontrol gruplarının arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği arasındaki ilişki	36

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, beşinci versiyon) göre dürtüsellik, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtileri ile tanımlanmaktadır (1). DEHB başlangıçta sadece çocukluk çağı bozukluğu olarak kabul edilirken erişkinlerde DEHB tanısı tartışmalıdır (2). Ancak uzun süreli izlem çalışmaları göstermiştir ki DEHB olan çocukların %40-60'ında belirtiler yetişkinlik döneminde de devam etmektedir (3-6). Amerika Birleşik Devletleri'nde erişkinler üzerine yapılan çalışmalarda 18- 44 yaş aralığındaki erkeklerin %5,4'ü ile kadınların %3,2'sinin DEHB tanı ölçütlerini karşıladığı görülmüştür (7). Simon ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analize göre erişkinlerde genel nüfusta yaygınlığı %2,5 – 4,9 arasında bildirilmiştir ve erişkinlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır (8).

Büyümeyle birlikte aşırı hareketlilik belirtilerinin dikkatsizlik belirtilerine göre daha fazla azalma göstermesi sebebiyle DEHB'nin erişkinlerde görülme şekli çocuklardan farklılık arz etmektedir (2, 9, 10). Çocukluktan erişkinliğe geçişte azalan aşırı hareketliliğin yerine huzursuzluk, dikkatsizlik, görevleri yerine getirmede zorluklar kendini gösterir ve bu belirtiler yaşamın çeşitli yönlerinde önemli işlevleri etkileyebilir (9, 10).

DEHB'nin etiolojisinde biyolojik etmenler ön plana çıksa da genetik etmenler ve nikotine veya alkole doğum öncesinde maruz kalma gibi çevresel etmenlerin yanı sıra ebeveynin bakım verme kalitesi durumlarda DEHB'nin gelişimi ve seyri üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (11). Son etiyolojik çalışmalarda ise gen ve çevre etkileşimlerinin fenotipte uzun vadeli değişikliklere yol açabileceği kabul edilmektedir (12). Tüm bu etmenler DEHB gelişimini etkilerken DEHB olan çocukların uyum sağlayamayan davranışları ve bu çocukların ebeveynlerinin bakım zorluğu yaşamaları gibi sebepler ebeveynler ve çocukları arasında güvenli bağlanma gelişimini engelleyebilmektedir (13). Bu durumun muhtemel nedenleri DEHB olan çocukların zorlu mizaca sahip olması, ebeveynlerinin daha katı bir tutum sergilemeleri olabilir (14). Ayrıca, DEHB olan çocuklar ile ebeveynleri arasındaki etkileşimin incelenmesi, güvensiz bağlanma gözlenen ebeveyn-çocuk ilişkilerindeki eksiklikler ile benzer

olduklarını ortaya çıkarmıştır (15). Güvensiz bağlanma ilişkilerinde, ebeveynin bebeğin hareketlerine ve ağlamasına verdiği tepkisi ve bunları anlama çabasının düşük olduğu ve aynı zamanda ebeveynin çocuğuna karşı son derece katı ve olumsuz bir tutum sergilediği tespit edilmiştir (16). Sonuç olarak tüm bu etmenlerin DEHB ve güvensiz bağlanma gelişiminde karşılıklı olarak birbirini etkilediği görülmektedir.

Mizaç tabiat, yaratılış ve huy ile benzer anlamlarda kullanılır Mizaç kavramı ilk olarak antik çağda tanımlanmıştır. Hipokrat ve Galen, vücutta “mizaç” değişikliklerinin hastalıkların gelişmesine yol açabileceğini düşünmüşlerdir (17). Galen'in teorisinden esinlenen Kraepelin, dört mizaç biçimi tanımlamıştır (manik, depresif, siklotimik ve irritabl) ve onları manik-depresif bozukluğun subklinik belirtileri olarak kabul etmiştir (18). Mizacın modern tanımı Cloninger tarafından “ödül, yenilik veya ceza durumlarına karşı verilen cevapların asosyal olarak öğrenilmesindeki kişisel farklılıklar” olarak yapılmıştır. Cloninger aynı zamanda mizacın zaman içerisinde sabit olduğunu ve genetik yatkınlık olasılığını öne sürmüştür (19).

DEHB gibi nörogelişimsel bozukluklarda mizacın rolünün araştırılması son yıllarda artmıştır (20). Affektif mizacın hastalıkların etiyojisinde araştırılması, psikiyatrik bozuklukların çoğunluğu için önemlidir (21). Duygudurum bozuklukları için mizaç, bu bozuklukların ciddiyetlerinin ve eştanıların yanı sıra, sağlığın veya işlevselliğin azalmasının öngörücü etmenlerin biri olabilir (22, 23). Bipolar Affektif Bozukluk ile DEHB'nin yüksek eştanı oranları nedeniyle (7), araştırmacılar bozukluklar arasındaki klinik ve biyolojik birliktelikleri araştırmış (24) ve DEHB olan kişilerde mizaç değerlendirmesinin daha iyi tedavi sonuçlarının elde edilebileceğini öne sürmüşlerdir (25). Bu nedenlerden dolayı affektif mizacın değerlendirilmesinin DEHB'de de önemli bir rolü olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada DEHB olan yetişkinlerde ortaya çıkan sosyal işlevsellikte bozulmanın bireylerin bağlanma biçimleri ve affektif özellikler ile ilişkili olduğu varsayılarak DEHB olan yetişkinlerde bağlanma ve bağlanma ile affektif sistemler arasındaki ilişkinin çeşitli ölçekler kullanılarak araştırılması amaçlandı. Bu konuda yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak, araştırmanın örnekleminde DEHB olan yetişkinler ele alınarak bu yetişkinlerin psikopatolojileri ve bireysel farklılıkları

kategorize edildikten sonra yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum gibi etmenlerin bağlanma biçimleri ve affektif özellikler ile olan ilişkilerinin karşılaştırılması planlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ERİŞKİNLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliğine bağlı olarak davranış veya bilişte ortaya çıkan ataklık ve aşırı hareketlilikle kendini gösterir. Bu belirtiler kalıcı ve süreklidir. Belirtiler yaklaşık olarak 3 yaş civarında başlamasına rağmen tanısı sıklıkla ilkokul yıllarında konmaktadır (26). DEHB geçmişte 4-11 yaş arasındaki çocukların yüzde 7,7'sini etkileyen bir çocukluk çağı bozukluğu olarak düşünülmüştür. Ancak şu anda vakaların yaklaşık %40 ile 60'nın erişkinlikte de devam ettiği düşünülmekte ve yaklaşık olarak erişkinlerin yüzde 4,4'ünde DEHB görüldüğü bildirilmektedir (6, 7, 27).

DEHB insanlar arası ilişkilere, sosyal yaşantıya, okul ve iş yaşantısına olumsuz etkileri bulunan önemli psikiyatrik sorunlardan birisidir. Hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde sadece olguları değil ailelerini, çevrelerini ve yakınlarını da etkilemektedir (11, 28). DEHB'li erişkinlerde, plan yapma, odaklanma, bellek, güdülenme, duygu düzenleme sorunları bulunmaktadır. Ayrıca nöropsikiyatrik testlerde yürütücü işlevlerde bozukluklar saptanmıştır. Dikkatin sürdürülmesi, aşırı odaklanma, çalışma belleği, sözel akıcılık, öğrenme, yanıt ketlenmesi , ödüle bağlı güdülenme, işlem hızı sorunları görülmektedir (29, 30).

Duygudurum bozuklukları, depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanımı gibi psikiyatrik eş tanılar DEHB'li erişkinlerde yaygın olarak görülmektedir (28, 31).

Daha önce çocuk psikiyatrisine özgü tanınan bu bozukluk yakın zamana kadar yetişkinler için duyarlı tanı ölçütleri bulunmaması nedeniyle DEHB'li yetişkinlerin büyük ölçüde tanı ve tedavi almadığı belirlenmektedir. Bu nedenle psikiyatrik bozukluklar arasında özel bir yere sahiptir (28, 32).

2.1.2. Tarihsel Bakış

DEHB diğer psikiyatrik tablolarla kıyaslandığında yeni tanımlanmış bir tanı kategorisi olsa da ilk kez 1789 yılında İskoç hekim Crichton tarafından, huzursuzluk ve dikkat sorunlarının okul başarısını olumsuz yönde etkilediği DEHB benzeri bir tablo tanımlanmıştır (33). 1845 yılında Alman doktor ve yazar Hoffmann “Yerinde duramayan Philip” kitabında, DEHB’nin aşırı hareketlilik belirtilerini anlatmıştır. 1902 yılında İngiliz çocuk hekimi George Still bir olgu serisinde zeka sorunu olmayan 20 çocukta öğrenmeyen, dikkat sorunları yaşayan, saldırgan, disiplinsiz aşırı derecede duyarlı belirtileri ile kendini gösteren bir bozukluk tanımlanmış ve bu tabloya “Ahlaki Kontrolde Marazi Yetersizlik” adını vermiştir. Lancet dergisinde yayınlanan bu yazı DEHB hakkında yapılmış ilk modern bildiri olarak kabul edilmektedir (34). Daha sonra İngiliz hekim Tredgold beyinde ahlak merkezinin bulunduğu ve bu bölgelerin doğumda anoksi gibi nedenlere bağlı gelişen beyin hasarını bu duruma sebep olduğunu belirtmiş ve bu tabloya “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” adını vermiştir (35).

Yirminci yüzyılın başında tüm dünyayı sarsan ensefalit salgınında (Von Economo Ensefaliti veya Letaljik Ensefalit) ensefalit geçiren çocuklarda bilişsel bozukluk olmaksızın aşırı hareketlilik, sinirlilik, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal dengesizlik belirtilerinin ortaya çıktığı görülmüş ve bu tabloya post ensefalit davranış bozuklukları ismi verilmiştir (36).

Daha sonra hafif beyin hasarı (Minimal Beyin Hasarı) ile daha hafif davranış sorunları arasında ilişki bulunmuştur (35). O dönemde Avrupa kıtasında bu belirtilerin beyindeki bir soruna bağlı olduğu görüşü hakimken 1930’lı yıllarda yapılan araştırmalarda uyarıcı ilaçların davranış bozukluğu olan çocuklarda olumlu sonuçlar elde ettiği gösterilmiş ve bu çocukların okul başarısında ve hatta zeka puanlarında artış görülmüştür (37). Ancak o dönem psikoanalitik görüş hakim olduğu için diğer araştırmacılar tarafından bu bulguların dikkate alınması 20 yıl gibi bir zaman süresinde gelişmiştir (38).

Psikoanalitik görüşe göre Anna Freud olumsuz çevresel etmenlerin ve aile dinamikleri sonucu benlikte kırılmanın ortaya çıktığını ve gelişen bunaltının aşırı hareketlilik şeklinde kendini gösterdiğini öne sürmüştür (34).

1957'de hiperkinetik davranım sendromu terimi kullanılmaya başlanmıştır. Chess ve arkadaşları psikoanalitik kuram ve beyin hasarından uzaklaşarak fizyolojik aşırı hareketlilik terimi altında günümüzdeki DEHB ölçütlerine benzer belirtileri tarif etmişlerdir (39).

Sınıflandırma sistemlerinde ilk defa 1965 yılında yayınlanan Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırması ICD-8'de çocukluklarda davranım bozukluğu yer almış ve 1968'de yayınlanan DSM-II'de çocukluk çağının "Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır (40, 41).

İlk kez ergenlik ve genç erişkinlikte hiperaktivite tanısı konan vakaların bildirilmesi ile bu tablonun erişkinlik döneminde de görülebileceğine işaret etmiştir (42).

Wender belirtilerin erişkinlerde de devam ettiğini farklı psikiyatrik bozuklukların katkıda bulunduğu bildirmiştir ve erişkinlerde DEHB tanısı koymak için Utah Ölçütlerini tanımlamıştır (43, 44).1980 yılında DSM-III'de klinik tablonun adı 'Dikkat Eksikliği Bozukluğu' olarak değiştirilmiş ve aşırı hareketlilik belirtileri gösteren, aşırı hareketlilik belirtileri göstermeyen ve yetişkinlerde belirtilerin devam ettiği olgular için dikkat eksikliği bozukluğu kalıntı tip (reziduel tip DEHB) olarak üç alt tip tanımlamıştır. 1987 yılında DSM-III'ün gözden geçirilmiş baskısında hala kullanılan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu adı verilmiştir (45). DSM-III'de DEHB olan çocukların %30'nda erişkin çağına kadar belirtilerinin devam ettiği belirtilmiştir.

1994'de yayınlanan DSM-IV'de tanı ölçütleri yeniden gözden geçirilmiş ve erişkin dönemde DEHB tanısı koymanın mümkün olduğu bildirilmiş ancak tanı konan çocuklarda genç erişkinlikte belirtilerinin kaybolacağı belirtilmiştir (46).

DSM-IV ve DSM IV-TR'de çocukluk dönemine özgü bir bozukluk olarak tanınan DEHB tanı ölçütlerin erişkinlerde yetersiz kaldığı gösterilmiş olup DSM-5'te yapılan değişikliklerle ergen ve erişkinlerde tanı konulmasını kolaylaştıracak hale gelmiştir (47-49).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB çocukluk ve ergenlik çağında en sık görülen bozukluklar arasında yer almaktadır (50). Yaygınlık oranları okul çağındaki çocuklar arasında %1'den %20'ye kadar değişen oranlarda bildirilmektedir (51-53). Bu değişen oranların tanı sırasında kullanılan yöntemsel farklılıklardan kaynaklandığı gösterilmiştir (54). Standart tanı yöntemlerinin kullanıldığı makalelerden oluşan meta-analizlerde klinik tedavi için yönlendirilen olgular arasında en sık görülen bileşik tip ile beraber yaygınlık oranının %5 – 7 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu meta-analizlerde erkek/kadın oranı da 3:1 olarak bulunmuştur. Erkek/kadın oranı yaş arttıkça azalma eğiliminde olmakla birlikte erkeklerde görülme sıklığı her yaşta biraz daha yüksektir (55-57).

DEHB'nin erişkinlikte devam etmesi ile cinsiyet arasında bir bağlantı bulunmamıştır. Çocuklarda cinsiyetler arası farkın kızlarda dikkat eksikliği belirgin tipin daha fazla olması ve erkek çocukların davranışsal sorunları nedeni ile daha erken başvurularından kaynaklandığı düşünülmektedir (58).

Uzunlamasına kohort çalışmalarında DEHB tanısı konan çocukların yaklaşık 2/3'ünün erişkin dönemde DEHB belirtileri göstererek işlevselliklerini bozan deneyimler yaşadığını göstermiştir (59). Erken çocukluk döneminde DEHB tanısı konan çocukların %70-80'inin ergenlik ve %30-65'inin erişkinlik döneminde de tanı ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir (60, 61). Çocukluk çağındaki yaygınlığı %3-8 olarak düşünüldüğünde 25 yaşında iken DSM- IV'ün tüm ölçütlerini karşılayanların yaygınlığı %1, kısmi remisyonda olanlar için ise %2 olarak saptanmıştır (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde National Comorbidity Survey-Ulusal Eştanı Çalışmasında 2006 erişkinlerde DEHB'nin yaygınlık oranının %4,4 olduğu saptanmıştır (7).

Toplum temelli 6 çalışmayı ele alan bir meta-analizde, erişkinlerde genel nüfusta yaygınlığı %2.5-4.9 arasında bildirilmiştir ve en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almıştır (8).

Ülkemizde erişkinlerle yapılan çalışmalarda Bipolar Affektif Bozukluklu olguların %15,9 -16,3'ünde, alkol bağımlılığı olgularının %25'inde ve DEHB olan çocukların ebeveynlerinin %24,3-43,5'inde DEHB saptanmıştır (11, 62, 63). İstanbul'da bir erişkin psikiyatri merkezine başvuranlar arasında yapılan çalışmada 850 kişi ardışık taranmıştır ve DEHB sıklığı %1,6 olarak saptanmıştır (64).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB nörogelişimsel bir bozukluktur ve çoklu çevresel, genetik ve biyolojik etmenlerin bir kombinasyonu sonucunda geliştiği düşünülmektedir. Bir kişide etiyojiden sorunlu olduğu düşünülen bir etmen diğerinde olmayabilir veya farklı etmenler söz konusu olabilir(65).

DEHB olan kişilerinin hem anne ve babalarında hem de kardeşlerinde DEHB olma riskinin yüksek olması bu bozukluğun genetik bir temelini olduğunu düşündürmektedir. En az bir çocuğunda DEHB olan ailelerinin %41 ile %55'inde anne veya babadan birinde DEHB saptanmaktadır (66). İkiz çalışmalarında da DEHB'nin genetik temelini %60 ile %80 arasında değiştiği gösterilmiştir (67). Tek yumurta ikizlerinde eşhastalanım oranının %100 olmaması DEHB'de altta yatan etmenler arasında sadece genetik değil çevresel etmenlerin de önemli olduğuna işaret etmektedir.

DEHB'nin genetik temelleri üzerinde yapılan moleküler genetik çalışmalar dopaminerjik sistem, serotonerjik sistem, kolinerjik sistem ve sinir sisteminin gelişimsel yolları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Dopamin taşıyıcısı geni (DAT1), dopamin D4 reseptör geni (DRD4), D5 dopamin reseptör geni (DRD5), serotonin taşıyıcı geni (5-HTT), serotonin1B reseptör geni (HTR1B), kolinerjik reseptör nikotinik alfa 4 (CHRNA4) ve sinaptozomal ilişkili protein 25geni (SNAP-25) DEHB etiyojisinde rol oynadığı düşünülen genler arasında yer almaktadırlar (26,66-69). 2018 ve 2019 yıllarına yapılan 2 genom çapı araştırmasında (GWAS) ilk defa istatistik olarak anlamlı olan bağımsız gen bölgeleri saptanmıştır. Bu sonuçlar ortak varyantların DEHB'de önemli bir rolü olduğuna işaret etmektedir. Tanısı hala klinik olarak konan DEHB'de moleküler genetik çalışmalardan elde edilen sonuçlar DEHB 'nin altta yatan biyolojisinin açıklanması ve yeni tanı ve tedavi araçlarının geliştirmesi için umutlar vaat etmektedir (68, 69).

Çevresel etmenlerin de DEHB'nin etiyojisinde rol aldığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Gözlemsel çalışmalarda gebelik sırasında sigara içen annelerin çocuklarının ve çocukluk çağında sigara dumanına maruz kalan çocukların iki ve üç kat fazla DEHB geliştirme riskine sahip olduğu gösterilmiştir (70). Obez ve diyabetik

hastalarda ve annesinde gebelik sırasında obezite ve diyabet saptanan olgularda DEHB gelişme riskinin normal nüfustan fazla olduğu saptanmıştır (71, 72).

DEHB’de dikkat, yürütücü işlevler, motivasyon ve ödül ile ilgili yollarda görev alan dopaminin disfonksiyonunun ve yürütücü işlevlerin ana merkezi olan prefrontal korteksi innerve eden yollarda görev alan nöradrenalinin disfonksiyonunun rol oynadığı gösterilmiştir (73-76). Ayrıca uyarıcı tedavilerin DEHB’de en etkili tedavi yöntemlerinden olması dopaminerjik ve noradrenerjik sinyallerin DEHB patofizyolojisinde rol aldığını göstermektedir (77).

Erişkinler üzerine yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında ise dikkat ve motor aktivitede önemli rol alan premotor korteks ve superior prefrontal kortekste azalmış metabolizma ve prefrontal ile anterior singulat korteks, kortikal gri madde hacminde azalmalar tespit edilmiştir (78, 79).

2.1.5. Klinik Özellikler

DEHB’nin erişkinlerdeki belirtileri çocuk ve ergenlerde görülen belirtilerden farklılık gösterebilmektedir. Ömür boyu kişileri etkileyen bu bozukluk yaş ilerledikçe farklı bir boyut kazanır. DEHB belirtileri gösteren erişkinler yeterli sayıda tanı ölçütünü karşılamasalar bile akranlarına göre belirgin işlev kaybı olması durumunda DEHB’den şüphelenilmelidir. DEHB’nin önde gelen belirtilerinden olan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik erişkin çağda azalması ancak kolayca fark edilemeyen dikkat eksikliğinin aynı şiddette devam etmesi erişkinlerde dikkat eksikliği belirtilerini ayrıntılı olarak sorgulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır (11, 28, 80, 81).

Erişkinlerde aslında aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri devam etmekle birlikte çocuklarda görülenden daha farklı şekillerde bulgu vermektedir. Örneğin iç huzursuzluk, aşırı konuşkanlık gibi belirtiler aşırı hareketliliğin belirtileri olabilir. Sabırsızlık, düşünmeden hareket etme, insanlar arası ilişkinin sürdürülememesi gibi belirtiler de dürtüsellik belirtileri olarak görülebilir. Sıkılmak, karar verememek, ertelemek veya geciktirmek, dağınık olmak ve dikkatini toplayamamak gibi belirtiler ise dikkat eksikliğinin bir yansıması olabilir (28, 50, 82). DEHB’nin bu temel belirtileri ciddi sosyal sorunlara sebep olabilir. Genç erişkinlerin üniversiteye kaydolma olasılıkları düşüktür (83). Üniversiteye kaydolsalar bile DEHB olmayan

akranlarına göre daha düşük not ortalamalarına sahip olup mezun olma ihtimalleri de daha düşüktür (84, 85). Bu başarısızlıkların sebepleri arasında akademik başa çıkma stratejilerinin, zayıf organizasyon becerileri, çalışma ve zaman yönetimindeki yetersizlikler , dikkatsizlik ve girici-zorlayıcı düşünceler gibi bilişsel bozukluklar sayılabilir (86, 87).

DEHB’li erişkinler iş aramadan iş görüşmesine ve iş sırasında gösterilen performansa kadar tüm işle ilgili aşamalarda zorluklar yaşamaktadırlar (88). DEHB olan kişilerde görülen iş yaşamıyla ilgili sorunlar daha düşük iş performansı, daha düşük eğitim seviyeleri (89), istirahat gibi nedenlerle daha fazla çalışma günü kaybı (90), daha fazla iş kazaları (91) ve daha az istikrarlı olmaları (92) gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. DEHB olan erişkinler sürekli duygudurum dalgalanmaları, stresli durumlarla başa çıkmadaki zorluklar, sık sık sinirlilik ve hayal kırıklığı, duygusal heyecanlanma ve ufak şeylere kızma gibi belirtiler gösterirler. Bu duygudurum dengesizliği ve reaktivite DEHB olan yetişkinlerin aileleri ve yakın, iş veya okul arkadaşları ile olan ilişkilerde zorluklarla sonuçlanabilir. DEHB’li erişkinlerde bunlara bağlı ortaya çıkan kişiler arası problemler psikiyatrik tedaviye başvuruların temel nedenlerinden birini oluşturur (93, 94). DEHB olan çocukların ebeveynlerinde ve kardeşlerinde DEHB riskinin artmış olması sebebiyle bazı aileler birden fazla DEHB ile başa çıkmak durumunda kalabilmektedir (95). Böyle ailelerde ebeveyn-çocuk ilişkilerinin olumsuz olması riskide artmaktadır (96). DEHB olan yetişkinlerin trafikte de riskli davranışlar sergileme olasılıkları ve hatta trafik kazası dışında köpek ısırması, ev içi kazalar, yanıklar gibi kazalara maruz kalma ihtimalleri daha yüksektir (97-99). Madde kullanımı olan DEHB’li bireylerin daha erken yaşta kullanmaya başladıkları şiddetinin ve süreğenliğin daha fazla olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. (100-102).

DEHB ile ilişkili bir diğer sorun ise suç işleme ihtimalidir. Erkek tutuklu ve hükümlüler üzerine yapılan çalışmalarda DEHB yaygınlığının %40 olduğu bulunmuştur (103, 104). Ancak bazı çalışmalarda da eş tanımlı davranış bozukluğu olmayan DEHB olan kişilerin diğer psikiyatrik bozuklukları olan yetişkinlere göre suç işleme riskinin daha yüksek olmadığı tespit edilmiştir (105).

DEHB'li erişkinlerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi ek tanılarının oldukça sık görülmesi hem bu bozuklukların hem de DEHB'nin ayırıcı tanı ve tedavisini klinik bir sorun haline getirmektedir (106).

2.1.6. Tam Ölçütleri

Yetişkinlerde DSM-5 tanısı, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik alanlarının ikisinde her alanda bulunan dokuz belirtiden en az beşinin varlığına dayanır. Bu dokuz belirtinin bazılarında da erişkinlerde ne şekilde tezahür edebileceği belirtilmiştir. Örneğin çocuklarda dış uyaranlar ile kolaylıkla dikkat dağınıklığı ile birlikte erişkinlerde ilişkisiz düşüncelerin de eklenmesi, uygun olmayan durumlarda koşma ve tırmanma yerine kendini huzursuz hissetme gibi maddeler DSM-5'e eklenmiştir. Erişkinlere DEHB tanısı konulabilmesi DSM- IV'te 7 yaş öncesinde DEHB öyküsünün olması yeni DSM'de 12 yaşına çıkarılmış olsa da bu madde geriye dönük değerlendirme yapıyor olması nedeniyle tartışmalıdır (1).

DEHB ICD-10'da "Hiperkinetik bozukluklar" olarak adlanmıştır. çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında ele alınan bu durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, her alanda dikkati sürdürme sorunları bulunduğu ve aşırı hareketlikle seyreden bir tablo olarak tanımlanmıştır..ICD-10'da sıklıkla motor ve dil gelişiminin geciktiği bildirilmiştir(107).ICD10'da DEHB'ye iki alt tip tanımlanmaktadır "Aktivite ve Dikkat bozukluğu" ve "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu". Bu tablo DEHB'nin bileşik alt tipini tanımlarken dikkatsizliği baskın olan DEHB olgularını kapsamamaktadır. Ülkemizde genel hastane pratiğinde tanılar ICD'ye göre kalsa da DEHB araştırmalarında DSM ölçütlerinin kullandığı görülmektedir(108).

Wender DEHB belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiğini ve yetişkinlerde görülen farklı psikiyatrik bozuklukların gelişiminde katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Erişkinlerde DEHB tanısı koymak için Utah Ölçütlerini tanımlamış (43,44) ve çocuklukta gösterdiği DEHB belirtilerinin sorgulanması için Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'ni (WUDÖ) geliştirmiştir(109). DSM'de yetişkinlere özgü DEHB tanı ölçütlerinin 2013 yılında yayınlanan DSM'5 kadar tanımlanması Wender'in çabasının önemini göstermektedir. Çocukluk dönemi belirtilerin

sorgulanması için ebeveyn ya da bilgi verebilecek üçüncü bir şahıs ile görüşme yapılması tavsiye edilmektedir (110).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Uzun zamandan beri dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri gösteren tüm erişkinlerde DEHB'den şüphelenilmesi gerekmektedir. Özellikle erişkinlerde dikkatin devamlılığında sorun, konuşkanlıkta artış ve huzursuzluk gibi bulgular gibi birçok belirtiler diğer psikiyatrik bozukluklarda da görülebilir (11, 28). DEHB'nin ayırıcı tanısında depresyon, Bipolar Affektif Bozukluk, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları gibi bir takım psikiyatrik tanılardan ayırımında zorlanıldığı için erişkinlerde DEHB tanısı konulması sırasında ayırıcı tanıları dikkatlice gözden geçirilmelidir (28, 111). Ayrıca erişkinlerde görülen DEHB belirtileri sadece diğer psikiyatrik bozukluklarda değil epilepsi, hipo veya hipertiroidi, ilaç etkileşimleri, karaciğer hastalıkları, kurşun zehirlenmesi, vitamin B12 eksikliği, ağır metal zehirlenmesi, tıkaçıcı (obstrüktif) uyku apne sendromu, geçmiş kafa travması veya işitme azlığı gibi durumlarda da görülebilir (112).

2.1.8. Eş Tanılar

DEHB'li erişkinlerde psikiyatrik eştanıların yüksek oranlarda görüldüğü, ve DEHB'nin yaşam boyunca psikiyatrik eş tanı için önemli bir risk etkeni olduğu gösterilmiştir. Erişkin dönemde en sık birlikte görülen bozukluklar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve alkol ve madde kullanımı bozukluklarıdır (113).

Yapılan araştırmalarda DEHB olan erişkinlerin %44'ünde en az bir psikiyatrik eş tanı saptanmıştır. Bu eş tanıları arasında en sık duygudurum bozuklukları görülmektedir. Major depresyon %16-31 arasında (92, 114), distimik bozukluk %12-37 arasında (92, 114), Bipolar Affektif Bozukluk %17-22,5 arasında (7, 114, 115) ve siklotimik bozukluk %25 oranlarında DEHB'li erişkinlerde görülebilmektedir (116). Yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk ise sırasıyla %21-22,5 ve

%7-7,5 arasında DEHB olan erişkinlerde görülebilir (117, 118). Benzer bir şekilde panik bozukluk, sosyal fobi, agorafobi, travma sonrası stres bozuklukları da DEHB olmayan yetişkinlere göre daha yüksek oranlarda görülmektedir. DEHB olan erişkinlerde kendi yaş grubu ile karşılaştırıldıklarında 10 kat daha fazla antisosyal kişilik bozukluğu görülmektedir (31).

DEHB tanısı konmuş olan erişkinlerde alkol, madde ve sigara bağımlılığı riski de yüksektir. DEHB olan erişkinler arasında sigara bağımlısı olanların oranı %40, madde bağımlısı olanların oranı %27 ve alkol bağımlısı olanların oranı ise %34 olarak bulunmuştur (119).

DEHB olan erişkinlerde diğer yaygın görülen bozukluklar enürezis, kekemelik, konuşma ve dil bozuklukları ve tiklerdir (11).

2.1.9. Tedavi

Birçok çalışmada DEHB belirtilerinin erişkinlerde de etkin olarak tedavi edilebildiği gösterilmiştir(120). Diğer taraftan tedavisiz kalan erişkinlerde daha fazla madde kullanımı, kaza ve suçlara bulaşma, akademik başarısızlık ve eğitim düzeyinin daha düşük olması riskleriyle karşılaşılmaktadır. Erişkinlerde DEHB'nin tedavisinde psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapiler ve ilaç tedavisi dahil olmak üzere çok yönlü bir yaklaşım tercih edilmelidir. Öncelikle dikkat eksikliği ve huzursuzluk ilaç tedavisi ile kontrol altına alındıktan sonra sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi için davranışsal terapilerin uygulanması önerilmektedir. DEHB olan erişkinlere odaklanmalarının sağlanması üzerine yapılan terapilerin yanı sıra stabil bir çevrenin sağlanması için onlara planlama, organizasyon ve sosyal ilişkilerinin yönetilmesinin de öğretilmesi gerekir. DEHB tanısıyla eş zamanlı görülen diğer tanılar da göz önünde bulundurularak eş tanıların da tedavileri ihmal edilmemelidir (50).

2.1.9.1. Uyarıcı tedaviler

Bu grup tedaviler arasında metilfenidat ve amfetaminler olarak bilinen uyarıcılar (stimulanlar) vardır. Etkinliği, tolere edilebilirliği ve güvenilirliğini gösteren kapsamlı verilere dayanarak uyarıcılar DEHB'li erişkinler için de birinci basamak

tedavi olarak kabul edilmektedir (50). Kontrollü çalışmalarda, DEHB'li yetişkinlerin çoğu ya metilfenidat veya amfetamine olumlu bir klinik yanıt vermiştir, bu nedenle birini diğerine tercih etmek için herhangi bir sebep yoktur (121). DEHB olan yetişkinlerin yaklaşık % 70'i, huzursuzluk ve dikkat dağınıklığı şikayetlerinde hızlı bir iyileşme gösterir; bu etkiler hem hızlı hem de kontrollü serbest formların uygulamasından 1 saat sonra görülmeye başlanır (77).

2.1.9.2. Uyarıcı dışı ilaç tedavileri

Erişkinlerde DEHB tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanmış tek uyarıcı olmayan tedavi atomoksetindir. Atomoksetin, beyindeki noradrenerjik sinyalleri ve frontal kortekste dopaminerjik sinyalleri artıran norepinefrin geri alım pompasının inhibisyonu ile etkileri ortaya çıkmaktadır (77). 10 hafta boyunca takip edilen toplam 536 hastayı içeren iki randomize faz 3 klinik çalışma (77, 122) DEHB olan erişkinlerde atomoksetinin etkin olduğunu göstermiştir. Atomoksetin, uyarıcılardan daha düşük bir kötüye kullanım potansiyeline sahiptir. Madde kullanım öyküsü olan ve tik, kaygı bozukluğu veya psikotik bozukluk eştanısı olanlarda tercih edilebilir (76). Ancak, atomoksetin, DEHB belirtilerini azaltmada uyarıcı ilaçlardan daha az etkilidir ve tam etkinliğinin görülmesi için 1 ila 2 hafta gerekir (77).

Diğer uyarıcı olmayan ilaçların DEHB'li yetişkinlerde kullanılması FDA tarafından onaylanmamıştır. Bu ilaçlar arasında modafinil, guanfasin, venlafaksin, bupropion ve desipramin vardır. Bu ilaçlar üzerine yapılan kanıta dayalı çalışmalar çok sınırlıdır (123). Modafinil uyarıcı ilaçlardan veya atomoksetinden fayda görmeyen veya bu ajanların kabul edilemez yan etkileri olduğu durumlarda alternatif bir seçenek olarak önerilmiştir (121).

2.1.9.3. Diğer tedaviler

DEHB olan yetişkinler için psikoterapötik yaklaşımlar önerilmektedir. Deneysel olarak en etkin ilaç dışı tedavi bilişsel davranışçı terapilerdir. Randomize klinik çalışmalarda, DEHB'den kaynaklanan sorunları yönetmek için davranışsal ve

bilişsel terapilerin (zaman yönetimi eğitimi, önceliklendirme, organizasyon, problem çözüme, güdüleme ve duygusal düzenleme gibi) belirtileri azalttığı ve işlevselliği arttırdığı gösterilmiştir. Ancak bu müdahaleler farmakolojik tedaviye yardımcı olarak kullanılmalıdır (77).

2.2. BAĞLANMA KURAMI

2.2.1. Tanımı

Bağlanma, kuramın kurucusu Bowlby'e göre insanların çocuklukta bakıcıları/ebeveynleri veya erişkinlikte eşleri gibi kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri duygusal bağıdır (124). Bağlanmayı Bowlby, anne ile bebek veya çocuk arasındaki ilişkinin temellerinde aramıştır. Bağlanmanın diğer ilişkilerden farkının güvenlik, rahatlık ve desteği içerdiğini vurgulamıştır. Çocuk bakıcısından alması gereken yardımı aldığını ve tepkilerine doğru yanıtlar verildiğini fark edince başkaları modeline göre onların ulaşılabilir, güvenilir ve destekleyici olduğuna, kendilik modeline göre kendisinin ise sevmeye değer olduğuna ve dünya modeline göre ise dünyanın yordanabilir ve adil olduğuna ilişkin beyninde bilişsel semboller geliştirir. Bu durumun tersi geliştiğinde bakıcı çocuğun tepkilerini yanlış yordar veya ilgisiz veya tutarsız tepkiler verirse çocuk bakıcısını dolayısıyla başkalarını reddedici, kendisini sevmeye ve desteklenmeye değmez biri olarak algılar. Sonuç olarak doğru olmayan ve kesintilere uğramış bir bağlanma biçimi kişilerde ruhsal bozukluklara ve kişilik problemlerine yol açabilir. Bağlanma sadece çocukluk döneminde değil yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Çocukluk döneminde ebeveyn veya bakıcısına, ergenlik döneminde sosyal çevresindeki akranlarına, yetişkinlik döneminde eşlerine karşı gelişir. Ancak bu süreç içerisinde hiçbir dönemdeki bağlanma önemini yitirmemekte ancak farklılaşmaktadır. Dolayısıyla erken yaşlarda temeli atılan bağlanma erişkin dönemdeki sosyal ilişkilerin temelini oluşturmaktadır (125, 126).

2.2.2. Erişkinlikte Bağlanma

Erişkinlerin bağlanma davranışları, çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışlarının bir devamı niteliğindedir (127). Bowlby ilk çalışmalarını sosyal hizmet kurumlarında annelerinden ayrı yaşayan çocuklar üzerine yapmıştır. Bu çalışmalarında çocukların benzer tepkiler verdiğini saptanmıştır. Hazan ve Shaver (128) çocuklarda görülen bağlanma davranışlarının yetişkinlerdeki romantik ilişkileri yordamak için kullanılabileceğini iddia etmiştir. Hazan ve Shaver, Ainsworth ve arkadaşları tarafından tanımlanan çocuklardaki bağlanma biçimlerini temel alarak erişkinlerin romantik ilişki yaşadıkları bireylerle olan bağlanma tarzlarını sınıflandırmak üzere bir ölçek geliştirilmiştir. Bu sınıflandırmaya göre, bağlanma temel olarak güvenli bağlanma ve güvensiz bağlanma şeklinde sınıflandırılmıştır. Güvensiz bağlanma ise “kaygılı bağlanma” ve “kaçıngan bağlanma” şeklinde 2 alt gruba ayrılmıştır. Hazan ve Shaver (126) erişkinlerde yaptıkları araştırmalarda bağlanma biçimlerinin dağılımını %55 güvenli, %25 kaçıngan, %20 kaygılı/kararsız olarak saptamış ve bunların dağılımının erken çocukluk döneminde görülen bağlanma biçimleriyle benzer olduğunu bildirmişlerdir. Bağlanma nesnesi çocukluk döneminde bakıcı veya ebeveynken, erişkinlikte eş veya karşı cinsten birisi olarak değişmektedir.

West ve Keller erişkinlikte görülen bağlanma biçimlerini çocukluk döneminden ayıran 3 özellik tanımlamıştır; (i) erişkinlerde bağlanma genel olarak eşler arasında görülür, (ii) erişkinlikte bağlanma çocukluk döneminden farklı olarak diğer davranışsal sistemlerden etkilenmez, (iii) erişkinlikteki bağlanma sıklıkla cinsel ilişkiyi de içerir (129).

2.2.3. Bağlanma Biçimleri

Bartholomew ve Horowitz (130), Bowlby'nin bağlanma kuramında kişinin kendilik ve başkaları modellerini temel alarak 4 ayrı bağlanma biçimi tanımlamıştır. Bu dört prototip bağlanma modeli bireyin kendilik imajı ile başkaları imajlarının her birinin olumlu veya olumsuz olarak değerlendirilmesi sonucunda oluşur. Buna göre olumlu kendilik olumlu başkaları modeline sahip olanlar ‘güvenli’ bağlanma şeklini, olumlu kendilik olumsuz başkaları modeline sahip olanlar ‘kayıtsız’ bağlanma şeklini, hem kendilik hem de başkaları için olumsuz modeline sahip olanlar ‘korkulu’

bağlanma biçimini ve olumsuz kendilik olumlu başkaları modeline sahip olanlar 'saplantılı' bağlanma biçimini oluşturur (130). Tanımlanan bu bağlanma biçimlerinin özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

Güvenli bağlanma: Güvenli bağlanma biçimi, genellikle kendisini değerli ve sevimli hissetme duygularını diğer insanların kabul etme ve yanıt vericiliğine dair beklentileriyle birleştirir (130). Bu kişiler hem kendilerine hem de başkalarına olumlu bakarlar. Sorunlarını kabullenmede, başkalarıyla paylaşmada, yardım istemede ve olumsuz duygularını ifade etmede rahat davranırlar. Güvenli bağlanmaya sahip kişiler diğer bağlanma türleriyle karşılaştırıldığında stresli durumlarla daha kolay başa çıkabilirler. Duygularını ve düşüncelerini rahat bir şekilde ifade ederler. Çatışmalardan kaçınmak yerine çözüm arayışı içindedirler. Öfkelerini dahi kontrollü bir şekilde ifade ederler ve uyuma yönelik problem çözümüne ortak olurlar. Sonuç olarak olumlu duygu yaşantısı yaratıcı bir şekilde sorunların üstesinden gelmeyi geliştirirler (127).

Saplantılı/Kaygılı bağlanma: Kaygılı bağlanma biçimi, kendini değersiz (sevimsiz) hissetme, başkalarının değerlendirmesinin ise olumlu olması şeklindedir (130). Bu bağlanma biçimine sahip olan bireyler, kendilerine güvensiz, başkalarını destekleyici olarak gören ancak bu yardımdan faydalanamayan ve kendilerini ifade edemeyen kişilerdir. Kendileri ile ilgili bakış açıları olumsuzken başkalarıyla ilgili bakış açıları olumludur; temelde ise kaygılıdırlar. Olumsuz duygularını abartmak ve devamlı eşlerinin onayını arama çabasıdadırlar (131). Böyle bireyler, başkalarıyla ilişkilerinde de takıntılı olup gerçekçi olmayan beklentiler içerisine girmektedirler (132).

Kayıtsız/Kaçıngan bağlanma: Kayıtsız bağlanma biçiminde kendini değerli hissetme ve sevimli olma duygusu başkalarının olumsuz cevaplarıyla kaynaştırılır (130). Temelde kaçınma davranışı içindedirler. Olumsuz duygularını baskı altında tutmak için kaçınma stratejilerini kullanırlar. Böyle bireyler yakın ilişkiler içine girmekten çekindiklerinden ve hayal kırıklıkları yaşamamaya çalıştıklarından kendi bağımsızlıklarını koruyup daha az zarar görürler (132).

Dağınık-Düzensiz bağlanma: Dağınık-Düzensiz bağlanma şekline sahip bireyler, kendini değersiz hissetme ile sevimsiz olduğu duygusunu başkalarına yönelik olumsuz beklentilerle birleştirirler (130). Diğer insanlarla ilişkiye girmekten kaçınırlar

bu şekilde başkalarının kendilerini kabul etmemelerini de önlemiş olurlar. Bu bağlanma şekli güvenli bağlanmanın tersidir (133).

2.2.4. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bowlby'nin bağlanma konusundaki ilk çalışmalarından itibaren güvensiz bağlanma biçimlerinin yaşamdaki psikopatolojilerin temelinde olduğu düşünülürken, güvenli bağlanmanın sağlığı bireylerle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Olması gereken bağlanma şekli güvenli bağlanma olduğu için güvensiz bağlanma biçimlerinden olan saplantılı bağlanma ile anksiyete ve depresif bozukluklar, kayıtsız bağlanma ile davranış bozuklukları ve diğer dışa vuruk patolojiler, korkulu bağlanma ile dissosiyatif bozukluklar ilişkilendirilmiştir (127). Brown ve Wright'ın (134) yaptığı çalışmada psikopatoloji bulunmayan grubun %73.3'ü güvenli bağlanmaya sahipken psikopatoloji bulunan grubun sadece %13.3'ünün güvenli bağlanmaya sahip olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada kaygılı bağlanması olanlarda depresyon, düşünce bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğu diğer gruplara göre daha sık olarak saptanırken, kaçınan bağlanması olan ergenlerde davranım bozukluğu, madde kötü kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu daha sık olarak saptanmıştır. Güvensiz bağlanması olan bireylerde depresyon, somatizasyon bozukluğu, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, alkol /madde bağımlılığı, yeme bozukluklarına daha sık olarak rastlandığı gösterilmiştir (135-141).

2.2.5. Bağlanma ve DEHB

Çocuklar üzerine yapılan çalışmaların birçoğu güvensiz bağlanmaya sahip çocuklarda DEHB gelişimi riskinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (15, 142, 143). Güvensiz bağlanmanın DEHB gelişimine katkıda bulunmasının yanı sıra klinik özellikleri ve gidişatında etkisi olduğu bildirilmiştir (144, 145). Yapılan çalışmalarda DEHB olan erişkinlerde daha fazla oranda güvensiz bağlanmanın olduğu gösterilmiştir (146). Ülkemizde de Pazvantoğlu ve arkadaşları (147) tarafından DEHB'li erişkinler üzerine yapılan bir çalışmada DEHB'li erişkinleri belirti gösteren (semptomatik) ve göstermeyen (asemptomatik) olarak iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubu ile belirti göstermeyen DEHB grubu arasında güvensiz bağlanma biçimleri açısından fark

bulunmazken, belirti gösteren DEHB grubunda güvensiz bağlanmanın hem kontrol hem de belirti göstermeyen DEHB grubuna göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur.

DEHB olan bireylerde DEHB gelişimi ve güvensiz bağlanma arasındaki ilişki karmaşıktır. Çünkü DEHB olan çocukların zor karakterleri, anne-baba veya bakıcısı ile çocuk arasındaki bağlanmanın kalitesini de etkilemektedir (14). Aşırı hareketli çocukların süt çocukluğu dönemindeki aşırı hareketliliği, sakinleştirilememesi ve beslenme düzenine alışmaya dirençleri nedeniyle ebeveyn ve çocuk arasında güvenli bağlanmanın gelişiminin olumsuz etkilenebileceği gösterilmiştir (13, 148). Aynı zamanda DEHB'li çocuklarda gözlenen dürtü kontrol güçlüklerinin erken yaşlarda bakıcı ve çocuk arasındaki gergin etkileşimden kaynaklanabileceği de bildirilmiştir (142). Yapılan çalışmalarda DEHB ile güvensiz bağlanma arasında erken yaşlarda anlamlı bir ilişki saptanmış olmasına rağmen DEHB'nin erişkinlik döneminde bağlanma biçimleriyle ilişkisi konusu tartışmalıdır.

2.3. AFFEKTİF MİZAÇ

Mizaç, karakter ve kişilik birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç; genetik olarak aktarılan, yapısal olan ve yaşam boyunca çok az değişen duygu, düşünce ve davranışları ifade eder ve tabiat, yaratılış ve huy ile benzer anlamlarda kullanılır. Karakter ise çevre ve yetiştirme tarzının etkisiyle gelişmiş tutumları kapsar. Kişilik ise karakter ve mizacın bileşimine denir (149).

Mizaç kavramı ilk olarak antik çağda tanımlanmıştır. Hipokrat ve Galen, vücuttaki "mizaçların" değiştirilmesinin hastalıkların gelişmesine yol açabileceğini varsaymıştır (17). Galen'in teorisinden esinlenen Kraepelin 1921 yılında, dört mizaç (manik, depresif, siklotimik ve irritabl) tanımlamış ve bunları manik-depresif bozukluğun eşik altı belirtileri olarak kabul etmiştir (150).

Akiskal ve arkadaşları mizaç tanımı üzerine yoğunlaşarak affektif mizaç türlerinin duygudurum bozukluklarının asıl sebebi olduğunu iddia etmiş ve hipertimik mizaç, eşikaltı depresif (distimik) mizaç, irritabl mizaç, siklotimik mizaç ve anksiyöz (endişeli) mizaç olmak üzere 5 tür affektif mizaç tanımlamıştır (151).

2.3.1. Affektif Sinirbilim

2.3.1.1. Affektif Sinirbilim Nedir?

İnsan zihninin yapılanmasında tüm memelilerde ortak olduğu kabul edilen temel duygulanımsal mekanizmaların bulunduğu önermesini temel alan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre; duyu kumanda sistemleri beynin daha erken evrimleşmiş subkortikal alanları aracılığıyla yönetilir. Biyo-davranışsal bilimlerin alt disiplini olarak değerlendirilen affektif sinirbilim temel duygulanımların nöral temellerini araştırmaya odaklanmıştır (152, 153). Affektif beynin nedensel ve işlevsel mekanizmalarının evrimsel bir bakış açısıyla anlaşılmasına odaklanan bu yaklaşımın insanların öznel tecrübelerinin ve davranışlarının altında yatan duygulanımsal mekanizmaların anlaşılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu görüş çerçevesinde temel duygulanımsal döngülerin anlaşılmasının, beynin daha geç gelişen katmanları ile daha ilksel yapılarının etkileşim ve entegrasyonunun anlaşılmasına önemli katkıları olacağı ifade edilmektedir (154-157).

Affektif sinirbilimin kurucusu Panksepp'e göre (155) “duygulanımsal hisler ve emosyonel operasyon sistemleri kendilik temsillerine ilişkin ilksel viskero-somatik homonkulus'un dinamiklerini yansıtabilir”. Bu yaklaşıma göre memeli beyninin içgüdüsel emosyonel sistemlerinin nöronal doğasının anlaşılmasının türler arası affektif sinirbilim çalışmalarıyla mümkün olabileceği; etolojik çalışmaların konunun deneysel olarak çözümlenmesine olanak sağlayabileceği ileri sürülmektedir (154, 156).

2.3.1.2. Temel Emosyonel Sistemler

Türler arası affektif sinirbilim kuramına göre temel emosyonel sistemler, bu sistemlerin düzenlenmesinden sorumlu oldukları işlevler ve bu ilkel emosyonel devrelerle ilişkili olduğu düşünülen klinik tablolar kısaca aşağıdaki gibidir:

Merak ve Arayış: Arayış temel duyu kumanda sistemi; davranışın psikoetolojik temelli bir kavramsallaştırmasıdır. Bu sistem, merak, ilgi ve beklenti terimleri ile ilişkilidir. Bedensel ihtiyaçlarımız ile dış dünyaya ait güdüleyicilerin birleştirilmesine yönelik etkileşimleri düzenleyen bu kompleks nöral sistem organizmanın iştahla ilgili “arzu” ya ve hazza yönelik pozitif yönelimlerini harekete

geçiren dedektör bir sistemdir (154, 158). Başlangıçta sadece çevreyi keşfetme ve hayatta kalmaya odaklı bu sistem, psikoanalitik gelenekte “libido” olarak adlandırılan serbest enerji ile aynı doğadadır; öğrenme yoluyla özel olarak bir nesneye yönelir (154, 159, 160).

Öfke ve Hiddet: Arayış sisteminin engellenmesi durumunda yani amaca yönelik eylemler engellendiğinde uyarılan sistemdir. Hayvanların hareket özgürlüğü kısıtlandığında ortaya çıkan bir durumdur. Bu terim daha çok “emosyonel his” durumuna gönderme yapar. Bu farkın saldırgan davranışla öfke sisteminin farkını göstermek açısından önemli olduğu aktarılmıştır. Nörobiyolojik olarak iki ya da üç ayrı saldırganlık türü olduğunu aktaran Turnbull ve Solms (158) öfke sisteminin bunlardan sadece “sıcak saldırganlıkla” ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Yırtıcı türüne ait, soğuk saldırganlığın arayış-merak sistemiyle ilişkili olduğunu bu nedenle de dopaminerjik sistemle yönetildiğini aktarmışlardır. Bu noktanın adli psikoloji alanında yapılacak değerlendirmelerde önemli sonuçlar ve yeni bir bakış açısı doğurabileceği düşünülmektedir (161).

Korku ve Kaygı: Panksepp (153), korku devresinin, hayvanları yıkım ve acıdan korumaya yönelik koşulsuz olarak evrimleştiğini söylemiştir. Davranışçı yaklaşımlar, kral yolu (royal road) olarak adlandırdıkları transhipotalamik korku sisteminden bahsetmişlerdir, bunun öğrenme yolu ile edinildiğini ifade etmektedirler. Buna karşın Panksepp (155), korku devresinin periakuaduktal gri madde ile amigdala arasında uzandığını ifade etmektedir.

Bu sistemin uyarılmasıyla korku tepkilerinin tetikleneceği, bunların da kaygılı hislere yol açacağı belirtilmiştir (153). Hayvanlarda korku sistemi yoğun olarak uyarıldığında, kaçma, daha düşük yoğunluklarda uyarıldığında donma tepkisi ortaya çıkarmaktadır (162). Ayrıca bu beyin bölgelerinin insanda uyarılması sonucu çevresel somut bir neden olmaksızın yoğun kaygı ortaya çıktığı belirtilmiştir (153).

Şehvet ve Arzu: Panksepp’in (154) tüm memelilerde ortak olduğunu söylediği bir emosyonelsistemidir. Turnbull ve Solms (158), bu sistemin; haz, ödül ya da pekiştirme sistemi diye bilinen uzun bir tarihi olduğundan söz etmişlerdir. Bu değerlendirmeleri, arzu sisteminin işlevinin doyum yani arayış/merak sistemi ile eş güdümlü bir yapıya işaret ettiği şeklinde yorumlamışlardır.

Panksepp (153), tüm ödül türlerinde olduğu gibi seksüel ödül türünde de dopaminerjik arayış sisteminin aktif olduğunu belirtmiştir. Bu sistem kadınlar ve erkeklerde farklı seks hormonları aracılığı ile uyarılmaktadır. Birçok beyin kimyasalının yanında özellikle iki sosyal nöropeptiti içermektedir. Kadınlarda östrojen'in, erkeklerde testosteron'un aracılık ettiği vasopresin transmisyonu ile oksitosin düzeylerinin yükseltmesi bu sosyal nörokimyasal süreci ortaya çıkarmaktadır. Bu kimyasallar aynı zamanda cinsiyete özgü seksüel eğilimleri ortaya çıkarırlar. Oksitosin kadınlarda seksüel hazır oluşu ortaya çıkarırken güvenilirlik ve sorumluluk duygusuna neden olmaktadır. Erkeklerde kendine güveni ve belki de kıskançlığı ürettiği düşünülmektedir. Yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan cinsel eğilimler bu steroid hormonlar ve ergenlikte gonadal hormonların aktivasyonu aracılığı ile düzenlenmektedir.

Sevgi ve Bakım: Panksepp'e (153-155) göre beyin ebeveynlerin bakımını, özellikle anne bakımını garanti altına alacak biçimde evrimleşmiştir. Panksepp oksitosinin anne bakımını düzenleyen kimyasallardan biri olduğunu ve bağlanmada önemli görevleri olduğunu belirtmiştir. Hamileliğin sonunda progesteron hormonunun azalması oksitosin, prolaktin ve östrojenin artmasının anne-çocuk arasındaki yakın ilişkinin kimyasal belirleyicileri olduğu ve bebeğin var-kalımı ile türün devamı açısından kilit önemde olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle bakım sistemide memeli türlerinde ortak bir emosyonel sistem olarak kabul edilmektedir.

Üzüntü ve Keder – Panik: Sosyal olarak kendilerine bakım verenlerle bağımlı ilişkiler kurma eğiliminde olan memeli türlerinde, bakıcılarını kaybettiklerinde aktive olan bir sistemdir. Sadece ayrılık anksiyetesi ile ilgili değil, kayıp ve keder hisleri ile de ilişkilidir (153-155). Yavru ile bakım verenin birbirini kaybetmesi durumunda ortaya çıkan bu sosyal emosyonel sistem, memeli türlerinde ortak bir tepki olan ağlama davranışını ortaya çıkarmaktadır. Turnbull ve Solms (158), bu tablonun psikoanalistlerin panik ataklar, ayrılık anksiyetesi ve depresif kaygı arasında var olduğunu düşündükleri bağlantılara ilişkin sinir bilimsel kanıt oluşturduğunu ifade etmektedirler.

Oyun ve Neşe: Turnbull ve Solms (158), sinir bilim çalışmalarının temel duygu sistemlerinin daha karmaşık yönlerine doğru ilerlediğini bu karmaşık

sistemlerden birinin de oyun sistemi olduğunu aktarmışlardır. Yavru hayvanların koşma, birbirini kovalama, bir şeyin üzerine atılıp avlama ve güreşme gibi fiziksel aktiviteler için güçlü bir arzu duydukları ve bu tür agresif etkinliklerine olumlu duygulanımların eşlik ettiği saptanmıştır. Bu tür sosyal oyun/eğlenceler farelerin yüksek frekanslı (yaklaşık 50Khz) cıvıldaama benzeri sesler çıkması ile sonuçlanmakta ve bunun gülme tepkisini andırdığı düşünülmektedir (153, 163). Turnbull ve Solms (158), tüm yavru memelilerde belli miktarda görülen oyun gereksiniminin çarpıcı olduğunu ifade etmiştir. Bu gereksinimin biyolojik amacı ne olursa olsun yavrularda uyku gibi temel ihtiyaçları yerine getiren homeostatik ilkelere göre çalışan sistemler olduğu düşünülmektedir. Oyun oynama davranışları engellenen kobay farelerin, yeniden oyun oynamalarına her fırsat verildiğinde, daha uzun süre oynayarak bunu telafi etmeye çalıştıkları aktarılmıştır.

2.3.2. Affektif Mizaç ve DEHB

Son zamanlarda DEHB’li olguların kişilik ve mizaç özelliklerinin bilinmesinin DEHB’nin farklı psikiyatrik eştanıların görüldüğü heterojen yapısının anlaşılmasında yardımcı olacağı düşüncesi önem kazanmaktadır (164, 165). Bunun yanı sıra DEHB’li erişkinlerin mizaç ve kişilik özelliklerini bilmek, psikiyatristlere hem tanı koymada hem de uyumsuz davranışların sebebinin anlaşılmasında fayda sağlayabilir (166, 167).

DEHB olan çocuklarda olmayanlara göre bazı biyolojik farklılıkların bulunduğu gösterilmiş olduğu için bu farklılıkların DEHB’de davranışlara nasıl yansıdığı ancak kişilerin mizaç ve kişilik özelliklerinin bilinmesiyle kolaylaşır (168). (169). DEHB ile mizaç arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısı yazında çok az olmakla beraber araştırmacıların son yıllarda bu konuya ilgileri artmıştır (170). Cho ve arkadaşları (171) DEHB tanısı konan çocukların, DEHB olmayanlara göre yenilik arayışı puanlarının yüksek ve kendini yönetme puanlarının ise düşük olduğunu bulmuşlardır. Güney ve arkadaşları (172) çocuk ve genç erişkinlerde kişilik modelleri ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarında, DEHB grubunda yenilik arayışı puanlarının kendini yönetme, sebat etme, işbirliği yapma ve kendini aşma puanlarına göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Pauw ve Mervielde (167) mizaç modelleriyle DEHB arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında DEHB olan

çocukların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında vicdan, yardımseverlik, duygusal denge yönünden düşük, negatif duygulanım, duygusallık yönünden yüksek ve taşkınlık, utangaçlık ve dışa dönüklük açısından benzer puanlarının olduğunu bulmuşlardır. Bahsedildiği gibi bazı çalışmalarda çocuklardaki DEHB ile mizaç arasındaki ilişki incelenmiş olsa da erişkinlerde DEHB ve affektif mizaç arasındaki ilişki yeterince ortaya konulmamıştır. Özdemiroğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada siklotimik ve irritabl mizacın DEHB belirtilerinin çocukluktan erişkinliğe devamlılığıyla ilişkili olduğu göstermiştir (173). Erişkin DEHB grubunda yapılan bir çalışmada depresif, siklotimik, irritabl ve anksiyeteli mizaç DEHB grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ancak bu ilişki hipertimik mizaç için saptanmamıştır (174).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA GRUBU

10/10/2019 – 10/01/2020 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Erişkin ve Ergen Ünitesi Polikliniklerine başvuran, DSM- IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konmuş 39 yetişkin ve kontrol grubu olarak DEHB tanısı olmayan 33 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada katılımcılara ölçekler uygulanmadan önce bilgilendirilmiş gönüllü olur formu okutularak imzalatılmıştır. Çalışma Ankara Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 14-127-19 nolu karar ile onayı alınarak gerçekleştirilmiştir.

DEHB grubunun araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

1. DSM – IV-TR tanı ölçütlerine göre DEHB tanısının olması
2. 18-65 yaş arasında olması
3. Okur yazar olması
4. Halihazırda aktif psikopatolojinin olmaması

Kontrol grubundaki gönüllülerin araştırmaya dahil edilme ölçüleri:

1. DSM- IV tanı ölçütlerine göre geçmişte veya şimdi DEHB tanısı konmaması
2. 18-65 yaş arasında olması
3. Okur yazar olması
4. Halihazırda aktif psikopatolojinin olmaması

Dışlama ölçütleri:

1. Aktif psikopatoloji olması
2. Bilişsel durumlarını etkileyecek tıbbi durumlarının olması (nörolojik hastalık, ağır fiziksel hastalık, beyin travması öyküsü, geçmişte madde kullanımını öyküsü olması, son 6 ay içinde elektrokonvülsif terapi öyküsü)
3. Çalışmaya gönüllü olmamak

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Tüm veriler DEHB’li yetişkinlere ve kontrol grubundaki gönüllülerle yapılan klinik görüşmelerden ve psikometrik testlerden toplanmıştır. Bu amaçla katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, daha sonra bilgilendirilmiş onam formu imzalamışlar, ardından katılımcılarla klinik görüşme yapılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, DSM- IV yapılandırılmış klinik görüşme formu, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Yetişkinlerde DEHB Ölçeği, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği uygulanmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından doldurulan bu formda kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, medeni durum, çocuk sayısı, kullandığı ilaçlar, ek hastalık bilgileri toplanmıştır (EK1).

3.3.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV – SCID-1)

SCID-1, DSM-IV’ e göre Eksen-I bozukluklarını tanısını araştırmak amacıyla kullanılan ve görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir ve Öztürkçügil ve arkadaşları (175) tarafından Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV Eksen-I’ de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır ve uygulanması ortalama 25-60 dakika sürmektedir.

3.3.3. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (Adult Attachment Scale -AAS)

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Hazan ve Shaver tarafından oluşturulmuştur. Ölçek üzerinde Mikulincer tarafından yapılan değişikliklerden sonra aldığı son halinde her bir bağlanma biçimi 5 madde ile temsil edilmekte ve en yüksek puan hangisinden alındıysa bireyin bağlanma biçimi onunla belirlenmektedir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak Sabuncuoğlu ve

Berkem (2006) tarafından yapılmıştır. Bununla birlikte ölçeğin iç tutarlılığı güvenli, kaygılı/kararsız ve kaçınan bağlanma için sırasıyla (Cronbach alfa:0,42 0,61 ve 0,66) olarak saptanmıştır. Güvenli bağlanmanın iç tutarlılığının düşük olma nedeniyle ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik yeniden çalışması Kesebir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (173). Bu çalışmada asıl ölçekte bazı soruların tek bir soru halinde iken yeteri kadar anlaşılır olmadığını düşünülerek sorular bölünmüştür ve soru sayısı arttırılmıştır. Bununla birlikte, 7'li Likert tipi puanlama sistemi kaldırılmış olup, her soru doğru veya yanlış şıklar şeklinde düzenlenmiştir. Güvenli, Kaçınan ve Kaygılı/ Kararsız bağlanma için Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,72, 0,82 ve 0,85 olarak hesaplanmıştır (EK- 2).

3.3.4. Yetişkinlerde DEHB Ölçeği (Adult ADHD Self-Report Scale - ASRS)

Yetişkinlerde DEHB ölçeği; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından genel nüfusta tarama amaçlı geliştirilen ölçeklerden biridir (176). DSÖ'nün Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) DSM- IV'e dayalı olarak geliştirilmiştir. Toplam 18 madde içermektedir. Ölçeğin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını değerlendirmektedir.

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. Ölçeğin 6 sorusu A bölümünde ve 12 sorusu B bölümünde yer almaktadır. A bölümünde yer alan 6 sorunun DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini gösterilmiştir (177). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (108). (EK- 3).

3.3.5. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği – WUDÖ (Wender Utah Rating Scale - WURS)

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği; erişkinlerde DEHB tanısı konmasına yardımcı olmak amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçek çocuklukta DEHB belirtilerini

geriye dönük olarak irdeleyerek daha güvenilir bir şekilde DEHB tanısı koyabilmek için geliştirilmiştir (107). Ölçeğin 61 maddeden oluşan ve 5'li Likert tipinde değerlendirilen uzun formu yapılan analizler sonucu kısaltılmıştır. DEHB olan erişkinleri sağlıklı kontrollerden en iyi ayırdığı saptanan 25 madde belirlenmiştir. 25 maddenin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Öncü ve arkadaşları (107) tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Türk örnekleminde ölçeğin duyarlılığı %82.5, özgülüğü ise %90.8 olarak bulunmuştur (EK-4).

3.3.6. Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ) (Affective Neuroscience Personality Scale – ANPS) Türkçe Formu

Panksepp (153-155) tarafından gerçekleştirilen kişilik özellikleri ve bunların ölçülmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda, altı farklı affektif sistem tanımlanmış ve kişilikteki değişkenliğin büyük ölçüde bu sistemlerindeki güçlü taraflar ve zayıflıklardan kaynaklandığı bildirilmiştir. Burada bahsi geçen affektif sistemler: Merak ve Arayış, Korku ve Kaygı, Sevgi ve Bakım, Şehvet ve Arzu, Öfke ve Hiddet, Oyun ve Neşe, Üzüntü ve Kederdir. Kişilik özelliklerinin biyolojik yönünü vurgulayarak araştırmak isteyen günümüz kuramcılarında Panksepp ve arkadaşları (178) bu hipotez üzerine çalışmalar yürütmek amacıyla bir kişilik ölçeği geliştirmişlerdir. Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği, Panksepp tarafından ortaya atılan beyindeki altı farklı affektif sisteme tinsellik eklenmesiyle oluşturulmuştur.

Jak İçöz (179) tarafından Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ASKÖ, bireyler arası affektif sinirbilim araştırmaları ile aydınlatılan birincil emosyonel sistemler hakkında uzun süredir biriken bilgiler üzerine kurulu kişilik varyasyonlarının nörolojik korelasyonlarını saptamayı amaçlamaktadır. Ölçek, beyinde emosyonlardan sorumlu limbik sistemin düzenlediği ana emosyonları ölçerek, her kişilikte baskın olan ya da bastırılmış olan temel emosyonları tespit etmeyi amaçlamakta ve 7 altbölümden oluşmaktadır:

1. Merak ve Arayış (Seek)
2. Korku ve Kaygı (Fear)
3. Sevgi ve Bakım (Care)

4. Öfke ve Hiddet (Anger)
5. Oyun ve Neşe (Play)
6. Üzüntü ve Keder (Sadness)
7. Tinsellik (Spirituality)

ASKÖ toplam 110 maddeden oluşmaktadır. Her alt boyutta 14 soru bulunmaktadır; bu sorular 7'si pozitif ve 7'si negatif olarak formüle edilmiştir. Yalnızca tinsellik alt ölçeği 6'sı pozitif 6'sı negatif 12 sorudan oluşturmaktadır. Tüm sorular dörtlü Likert tipinde değerlendirilmektedir (EK- 5).

3.4. İSTATİKSEL ANALİZLER

Araştırma DEHB'li yetişkinlerde bağlanma biçimleri, affektif sistemler ve bunlar aralarındaki ilişkiyi çeşitli ölçekler kullanarak göstermek için yapılmıştır. Çalışma 72 kişiden elde edilen verilerden oluşmaktadır. Elde edilen veriler IBM SPSS 21.00 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını göstermek için Kolmogrow-Smirnov normal dağılım testi yapılmıştır. Normal dağılımı gösteren sürekli değişkenler bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler ise Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Korelasyon analizleri için Spearman korelasyon testi, kategorik verilerin analizi için Ki kare testi kullanılmıştır. Analiz için ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya DEHB tanısı konmuş 39 olgu ve 33 kontrol dahil edilmiştir. DEHB ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. DEHB grubunda 21 kadın (%53,9), 18 erkek ve kontrol grubunda da 22 kadın (%66,7), 11 erkek katılımcı bulunmaktadır ($\chi^2 = 1,22$, $p = 0.269$). Katılımcıların ortalama yaşı DEHB grubunda 26,74 ($\pm 6,57$), kontrol grubunda 26,15($\pm 3,26$) olup benzerdir ($t=0,470$, $p=0.639$). Eğitim açısından, ortanca değeri DEHB’li grup için 18 ve kontrol grubu için 17,82 olarak bulunmuştur. Ek hastalık öyküsü açısından DEHB grubunda 10 (%25,64) kişi ve kontrol grubunda 5 kişi(%15,01) ek hastalık öyküsü saptanmıştır ($\chi^2 = 1,192$ $p= 0.385$).Eğitim, Medeni durum, Çocuk sahibi olmak açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca ilaç kullanma açısından değerlendirildiğinde DEHB grubunda 36 kişi (%92,3) ve kontrol grubunda 5 kişi (%15,15) ilaç kullanıyor bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2 = 43,402$, <0.05) (Tablo 4.1).

Katılımcıların hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri

	Kontrol (n=33)	DEHB (n=39)	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet			
Kadın	22 (%.66,66)	21 (%.53,85)	^a $\chi^2 = 1,22$
Erkek	11(%33,34)	18(%46,15)	$p = 0.269$
Yaş (ortalama)	26,15 \pm 3,26	26,74 \pm 6,57	^b $t= -0,47$ $p = 0.639$
Eğitim süresi (ortalama, yıl)	14-22 17,82 \pm 3,67	13-23 18,00 \pm 6,52	$t = 0.142$ $p= 0.887$
Medeni durum			
Bekar	25 (%.75,75)	29 (%.74,36)	$\chi^2 = 0,19$
Evli	8 (%.24,25)	10 (%25,64)	$p= 0.891$
Çocuk sahibi olma			
Çocuğu var	2 (%6,06)	4 (%10,26)	$\chi^2 = 0,41$
Çocuğu yok	31 (%.93,94)	35 (%89,74)	$p= 0.521$
Ek hastalık öyküsü			
Hastalığı yok	28 (%84,84)	29(%74,36)	$\chi^2 = 1,192$ $p= 0.385$
Hastalık var	5 (%12,15)	10(%25,64)	
Anksiyete bozukluğu	4 (%12,12)	6 (%15,38)	
Depresyon	1 (%.3,03)	3 (%7,7)	
Distimi	0 (%)	1 (%2,56)	
Kullanılan ilaçlar			$\chi^2 = 43,402$ $p= 0,000$
İlaç kullanmayan	28(%84,85)	3(%7,7)	
İlaç kullanan	5(%15,15)	36(%92,3)	
SSRI	3	3	
SNRI	1	1	
SSRI+DDD	1	---	
MPH	---	24	
SSRI+MPH	---	4	
SNRI+MPH	---	2	
SSRI+MPH+NDRI	---	1	
DDD+MPH	---	1	

^a Ki-Kare testi, ^b Bağımsız örneklem t testi, DDD: Duygudurum Dengeleyici; MPH: Metilfenidat; NDRI: Norepinefrin ve Dopamin Gerilim İnhibitörü; SNRI: Serotonin ve Norepinefrin Gerilim İnhibitörü; SSRI: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü.

Tablo 4.2. Araştırmaya alınan tüm katılımcıların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanları

	Kontrol	DEHB	İstatistik ^a	
	n:33	n:39	Z	p
Güvenli Bağlanma	3(1-6)	3(1-6)	-0,955	0.340
Güvensiz (Kaçıngan) Bağlanma	3(0-5)	4(0-6)	-1,761	0.078
Güvensiz (Kaygılı-Kararsız) Bağlanma	1(0-5)	2(0-6)	-2,239	0.025

^a Mann Whitney U testi

DEHB’li olgular ve kontrol grubunun Erişkin Bağlanma Ölçeği puanları değerlendirildiğinde DEHB’li olgularda Güvensiz (Kaygılı-Kararsız) Bağlanma Alt ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Z:-2,239, p<0.05). Erişkin Bağlanma Ölçeğinin Güvenli ve Güvensiz (Kaçıngan) Bağlanma alt ölçeklerinin puan ortalamaları DEHB ve kontrol grubunda benzer olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Araştırmaya alınan tüm katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanları

	Kontrol n:33	DEHB n:39	İstatistik ^a	
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)	Z	p
Merak ve Arayış	25(12-39)	28(19-40)	-1,631	0.103
Korku ve Kaygı	22(11-34)	25(6-38)	-1,992	0.046
Sevgi ve Bakım	26(17-39)	27(1-36)	-0,731	0.465
Öfke ve Hiddet	24(15-34)	25(13-40)	-0,534	0.125
Oyun ve Neşe	25(13-34)	24(10-36)	-0,011	0.991
Üzüntü ve Keder	19(10-31)	20(8-34)	-1,779	0.075
Tinsellik	19(5-33)	17(0-31)	-1,156	0.254

^a Mann Whitney U testi

DEHB ve kontrol grubunun Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB grubunun Korku ve Kaygı alt ölçeği puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Z:-1,992, $p<0.05$). Diğer alt ölçek puan ortalamaları açısından DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Tüm katılımcıların yaşları ile Erişkin Bağlanma Biçim Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Yaş n=72	r	p
Güvenli Bağlanma	0,11	0.379
Güvensiz Bağlanma (Kaçınan)	-0,36	0.002
Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız)	-0,22	0.068

Spearman korelasyonu

Katılımcıların yaşları ve EBBÖ'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucu yaş ve EBBÖ Güvensiz Bağlanma (Kaçınan) alt ölçeği puanları arasında negatif bir korelasyon olduğu görülmektedir ($r:-0,36$, $p<0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Tüm katılımcıların yaşları ile Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği alt puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

n=72	r	p
Merak ve Arayış	0,05	0.677
Korku ve Kaygı	0,02	0.903
Sevgi ve Bakım	0,01	0.905
Öfke ve Hiddet	0,09	0.465
Oyun ve Neşe	-0,01	0.936
Üzüntü ve Keder	0,04	0.729
Tinsellik	-0,07	0.560

Spearman korelasyonu

Katılımcıların yaşları ve ASKÖ'den aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda yaş ve ASKÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Tüm katılımcıların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanlarının cinsiyet açısından değerlendirilmesi

	Kadın n:43	Erkek n:29	İstatistik ^a	
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)	Z	p
Güvenli Bağlanma	3(1-6)	4(1-6)	-2,250	0.024
Güvensiz (Kaçıngan) Bağlanma	3(0-6)	3(0-6)	-0,076	0.940
Güvensiz (Kaygılı-Karasız) Bağlanma	1(0-6)	1(0-6)	-0,707	0.480

^a Mann Whitney U testi

Tüm katılımcıların EBBÖ puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerin Güvenli Bağlanma alt ölçeği puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Z:-2,250, p<0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Tüm katılımcıların Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanlarının cinsiyet açısından değerlendirilmesi

	Kadın n:43	Erkek n:29	İstatistik ^a	
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)	Z	p
Merak ve Arayış	26(12-40)	26(18-36)	-0,541	0.058
Korku ve Kaygı	23(6-38)	22(6-36)	-1,483	0.130
Sevgi ve Bakım	26(1-39)	25(1-36)	-1,658	0.130
Öfke ve Hiddet	24(13-40)	27(14-36)	-1,714	0.097
Oyun ve Neşe	24(10-36)	27(12-34)	-2,062	0.039
Üzüntü ve Keder	20(8-34)	17(8-31)	-2,107	0.035
Tinsellik	19(0-33)	18(0-31)	-1,387	0.161

^a Mann Whitney U testi

Tüm katılımcıların ASKÖ puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerde Oyun ve Neşe alt ölçeği puan ortalamalarının, kadınlarda ise Üzüntü ve Keder alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla Z:-2,062, Z: -2,107 ve $p<0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. DEHB ve kontrol gruplarının kadın katılımcılarında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

	Kontrol	DEHB	İstatistik ^a	
	Kadın n:22	Kadın n:21	Z	p
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)		
Güvenli Bağlanma	3(1-6)	3(1-6)	-1,307	0.46
Güvensiz Bağlanma (Kaçınan)	3(0-5)	4(0-6)	-0,459	0.06
Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız)	1(0-4)	2(0-6)	-1,230	0.04

^a Mann Whitney U testi

DEHB ve kontrol grubundaki kadınların EBBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB grubunun Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız) alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Z: -1,230, $p<0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. DEHB ve kontrol gruplarının erkek katılımcılarının Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

	Kontrol	DEHB	İstatistik ^a	
	Erkek n:11	Erkek n:18	Z	p
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)		
Güvenli Bağlanma	5(2-6)	3,50(1-6)	-1,307	0.191
Güvensiz Bağlanma (Kaçınan)	2(0-5)	3(0-6)	-0,459	0.64
Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız)	1(0-5)	1(0-6)	-1,230	0.21

^a Mann Whitney U değeri

DEHB ve kontrol grubundaki erkeklerin EBBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. DEHB ve kontrol gruplarının kadın katılımcılarında Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

	Kontrol	DEHB	İstatistik^a	
	Kadın n:22	Kadın n:21	Z	p
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)		
Merak ve Arayış	25(12-39)	27(19-40)	-0,584	0.55
Korku ve Kaygı	23(11-34)	25(17-38)	-1,107	0.268
Sevgi ve Bakım	26(18-39)	28(21-35)	-1,844	0.06
Öfke ve Hiddet	23(15-30)	23(13-40)	-0,804	0.42
Oyun ve Neşe	24(15-33)	24(10-38)	-0,024	0.98
Üzüntü ve Keder	19(10-31)	21(17-34)	-1,928	0.054
Tinsellik	19(5-33)	19(4-28)	-0,403	0.68

^a Mann Whitney U testi

DEHB ve kontrol grubundaki kadınların ASKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. DEHB ve kontrol gruplarının erkek katılımcılarının Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği puanlarının değerlendirilmesi

	Kontrol	DEHB	İstatistik^a	
	Erkek n:11	Erkek n:18	Z	p
	Ortanca(aralık)	Ortanca(aralık)		
Merak ve Arayış	25(18-35)	29(21-36)	-1,307	0.07
Korku ve Kaygı	21(12-25)	24(6-36)	-2,027	0.04
Sevgi ve Bakım	25(17-36)	25(1-36)	-0,406	0.68
Öfke ve Hiddet	24(16-34)	27(14-36)	-0,924	0.35
Oyun ve Neşe	28(13-34)	26(12-319)	-0,452	0.65
Üzüntü ve Keder	16(11-24)	17(8-31)	-1,264	0.20
Tinsellik	19(15-26)	16(0-31)	-1,154	0.40

^a Mann Whitney U testi

DEHB ve kontrol grubundaki erkeklerin ASKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında DEHB grubunda Korku ve Kaygı alt ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Z:-2,027, p<0.05) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. DEHB ve kontrol gruplarının arasında Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği arasındaki ilişki

		DEHB n=39			Kontrol n=33		
		Güvenli Bağlanma	Güvensiz Bağlanma (Kaçınan)	Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız)	Güvenli Bağlanma	Güvensiz Bağlanma (Kaçınan)	Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız)
Yaş	r	0,10	-0,33	-0,16	0,17	-0,48	-0,37
	p	0.546	0.042	0.326	0.337	0.005	0.037
Merak ve Arayış	r	0,23	-0,36	-0,30	-0,05	-0,08	0,17
	p	0.161	0.026	0.062	0.789	0.644	0.343
Korku ve Kaygı	r	-0,26	0,20	0,19	-0,10	-0,08	0,64
	p	0.113	0.235	0.246	0.594	0.679	0.000
Sevgi ve Bakım	r	0,11	-0,01	-0,10	0,16	-0,21	0,24
	p	0.514	0.942	0.565	0.386	0.251	0.185
Öfke ve Hiddet	r	0,14	0,09	0,17	0,22	0,26	0,13
	p	0.405	0.615	0.311	0.227	0.138	0.477
Oyun ve Neşe	r	0,62	-0,38	-0,38	0,21	0,12	-0,18
	p	0.000	0.017	0.018	0.241	0.497	0.327
Üzüntü ve Keder	r	-0,07	0,12	0,14	-0,02	-0,01	0,57
	p	0.664	0.452	0.386	0.893	0.965	0.001
Tinsellik	r	0,23	-0,08	-0,14	-0,13	0,11	0,24
	p	0.165	0.614	0.388	0.463	0.545	0.183

Spearman korelasyonu

DEHB ve kontrol grubunun ölçek puan ortalamalarının yaşla ilişkisi ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda yaşla Güvensiz Bağlanma (Kaçınan) ve Güvensiz bağlanma (Kaygılı-Kararsız) alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında ($r:-0.48$ ve $r:-0.37$, $p<0.05$); DEHB grubunda ise yaşla Güvensiz Bağlanma (Kaçınan) alt ölçeği puanları arasında ($r: -0.33$, $p<0.05$) negatif bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.12).

EBBÖ ve ASKÖ puanları arasındaki ilişki DEHB ve kontrol grubu için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız) alt ölçeği ile Korku ve Kaygı alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r: 0,64$, $p<0.05$). DEHB grubunda Güvensiz Bağlanma (Kaçınan) ve Merak ve Arayış alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır ($r: -0,36$, $p<0.05$). DEHB grubunda Güvenli Bağlanma alt ölçeği puanları ile Oyun ve Neşe alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r: 0,62$, $p<0.05$). DEHB grubunda Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız) ve Güvensiz Bağlanma (Kaçınan) alt ölçeği puanları ile Oyun ve Neşe alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır ($r: -0,38$, $r: -0,38$, $p<0.05$) (Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada DEHB olan erişkinlerin bağlanma biçimlerinin özellikleri, affektif sinirbilimine göre temel duygulanımsal özellikleri ve bu özelliklerin yaş, cinsiyet ve birbirleri ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

Tüm katılımcılar incelendiğinde; yaş ilerledikçe Kaçınan Tipte Güvensiz Bağlanma puanlarının düştüğü ancak affektif sinirbilime göre duygulanım sistemlerinde bir değişiklik olmadığı saptanmıştır.

Tüm katılımcılar incelendiğinde erkeklerde Güvenli Bağlanma sıklığının daha fazla olduğu, ASKÖ alt ölçeklerinden Oyun ve Neşe puanlarının erkeklerde daha yüksek, Üzüntü ve Keder puanlarının ise kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

DEHB ve kontrol grubu karşılaştırıldığında DEHB olan erişkinlerde Kaygılı – Kararsız türde Güvensiz Bağlanmanın kontrol grubuna göre daha sık olduğu saptanmıştır. Yapılan analizlerde bu farkın kadınlardan kaynaklandığı görülmüştür.

DEHB olan erişkinler ve kontrol grubu affektif sinirbilim duygulanımları açısından karşılaştırıldığında DEHB grubunda Korku ve Kaygı puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan analizlerde bu farkın erkeklerden kaynaklandığı saptanmıştır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre DEHB’li erişkinlerde yaş ilerledikçe Kaçınan türde Güvensiz Bağlanma puanları azalmakta; Merak ve Arayış puanları arttıkça Kaçınan türde Güvensiz Bağlanma puanları azalmakta; Oyun ve Neşe puanları arttıkça Güvenli Bağlanma puanları artmakta ve her iki Güvensiz Bağlanma alt ölçeği puanları azalmaktadır.

Bağlanma biçimi çocuklar üzerinde sıklıkla araştırılan bir konu olmuştur ancak erişkin yaşta bağlanma biçimini araştırılan çalışma sayısı kısıtlıdır. Erişkin hayattaki bağlanma davranışının çocuklukta, ergenlikte ve gençlikte gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünülmektedir. Araştırmalar Güvensiz Bağlanma biçimlerine sahip erişkinler uzun dönemli ilişkilere girdiklerinde, zamanla güven duygularının geliştiğine işaret etmektedir (130, 180). Bu çalışmamızda. DEHB ve kontrol grubu ayrı ayrı değerlendirilmiş, kontrol grubunda yaş arttıkça Güvensiz Bağlanma (Kaçınan ve Kaygılı-Kararsız) alt ölçek puanların azaldığı saptanmıştır. DEHB grubunda da yaş arttıkça Kaçınan türde Güvensiz Bağlanma puanlarını

azaldığı saptanmıştır. Ancak Kaygılı – Kararsız türde Güvensiz Bağlanma puanlarında böyle bir ilişki saptanmamıştır. DEHB grubunun bu sonucunun tüm katılımcılarla yapılan analizi etkilemiş olduğu düşünülmektedir. Tüm katılımcıların Bağlanma biçimleri ile yaş ilişkisine baktığımızda ise yaş ilerledikçe Kaçınan türde Güvensiz Bağlanma puanlarının azaldığı saptanmıştır. Ancak bu anlamlı sonuç Kaygılı-Kararsız türde saptanmamıştır. Kaygı DEHB'nin çekirdek belirtilerinden olduğundan dolayı ve Kaygılı-Kararsız bağlanma biçimlerine sahip DEHB'li erişkinlerinde yaş ilerlemesi ile beraber kaygının devam etmesi ve bağlanma üzerine olumsuz etkilerinin sürdürdüğü düşünülmektedir. Bağlanma Biçimleri cinsiyet açısından değerlendirildiğinde yapılan bir meta-analizde Güvenli Bağlanma biçimine sahip bireylerde cinsiyet farklılığı bulunmamakla birlikte Kaçınan biçimde Güvensiz Bağlanmanın daha çok erkeklerde, Kaygılı bağlanmanın ise daha çok kadınlarda olduğu saptanmıştır (181). Türkiye'de yapılan bir çalışmada cinsiyet açısından Güvensiz Bağlanmada (Kaygılı ve Kaçınan) fark bulunmazken Güvenli Bağlanmanın erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır(182). Bizim çalışmamızda da ülkemizde yapılan bu araştırmanın sonuçları ile uyumlu olarak Güvenli Bağlanma erkeklerde daha fazla saptanmış olup Güvensiz Bağlanma türleri (Kaçınan ve Kaygılı-Kararsız) açısından cinsiyetler arasında bir fark saptanmamıştır. DEHB'li çocuklarda Güvensiz Bağlanmanın daha sık görüldüğü bildirilmektedir (15, 139, 140). Güvensiz Bağlanmanın DEHB gelişimine katkıda bulunmasının yanı sıra bağlanma biçiminin de DEHB'nin klinik özellikleri ve gidişatına etkisi olduğu belirtilmiştir (144, 145). Storebo ve arkadaşları (146) tarafından DEHB'li çocuk ve erişkinlerle yapılan 29 makalenin dahil edildiği bir derlemede ebeveyn olan bağlanma sorunlarının ve çevresel etmenlerin çocukluk çağı DEHB ile anlamlı olarak ilişkili olduğu ve DEHB olan erişkinlerde Güvensiz Bağlanma biçimlerinin genel nüfusa göre daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Ülkemizde de Pazvantoğlu ve arkadaşları (147) tarafından DEHB'li erişkinler üzerine yapılan bir çalışmada kontrol grubu ile belirti göstermeyen DEHB grubu arasından Güvensiz Bağlanma biçimleri arasından fark bulunmazken, belirti gösteren DEHB grubunda Güvensiz Bağlanma biçiminin her iki gruba göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da yazınla uyumlu olarak DEHB grubunda Kaygılı –Kararsız tipte Güvensiz Bağlanma puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak cinsiyete göre yapılan analizlerde erkeklerin aldığı

puanlar açısından fark saptanmadığı için gruplar arası farkın kadınlardan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Dikkatsiz Tip DEHB kadınlarda daha fazla görüldüğü için çocuklukta pek çok DEHB'li kadında gözden kaçabilmektedir. Kadınlarda DEHB'nin çocukluk döneminde tanısız ve tedavisiz kalması bu kadınların ebeveynleriyle bağlanmalarını olumsuz etkilemiş olabilir. Ayrıca kültürümüzde (evin düzeni, temizliği vb konularda) kadınlardan beklentilerin yüksek olması çocukluk ve ergenlik döneminde DEHB belirtilerine bağlı evde yaşanan sorunları şiddetlendirip bağlanma sorunlarına katkıda bulunmuş olabilir.

ASKÖ ile yapılan çalışmalar yazında çok sınırlıdır. Ölçeği geliştiren Panksepp ve arkadaşları (178) tarafından yapılan çalışmada üniversite öğrencisi kadınlarda Sevgi ve Bakım ile Üzüntü ve Keder puanlarının erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada Öfke ve Hiddet puanları ise erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. A.B.D'de yapılan bu çalışmanın doğrultusunda 2013'den bu yana kültürler arası affektif sinir bilim çalışmaları yürütülmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınların Sevgi ve Bakım, Oyun ve Neşe, Üzüntü ve Keder ve Tinsellik puanlarının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır(183). A.B.D'de yapılan çalışma ile uyumlu olarak kadınların Sevgi ve Bakım ile Üzüntü ve Keder puanlarının erkeklerden yüksek olması İspanya, Fransa, Türkiye, İtalya ve Almanya'da yapılan çalışmalarda da saptanmıştır. Sadece Japonya'da erkeklerin Sevgi ve Bakım ile Üzüntü ve Keder puanları kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kültüre özgü sonuçlara bakıldığında İspanya ve Fransa çalışmalarında kadınların Korku ve Kaygı puanları erkeklerden yüksek saptanmıştır. İspanya çalışmasında kadınların Merak ve Arayış puanları erkeklere göre yüksek ve Fransa çalışmasında kadınların Oyun ve Neşe puanları erkeklere göre düşük saptanmıştır. Kültürler arası çalışmalardan elde edilen bilgiler cinsiyetin önemli rolüne işaret etmektedir(184). Ayrıca kültürler arası affektif sinirbilim çalışmalarının çoğu sadece üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. İlk defa Türkiye'de yapılan ASKÖ çalışmasında yaş etmeni incelenmiştir (181). Bu çalışmaya 18-63 yaşları arasında yaklaşık 900 kişi katılmıştır. Orijinal çalışmanın tasarımına uyarak 2 grup oluşturulmuştur. Birinci grup üniversite öğrencilerinden (ortalama yaş:21) ve ikinci grup 25 yaş üstü erişkinlerden (ortalama yaş:38) oluşturulmuştur. Bu çalışmadan elde

edilen bulgulara göre yaş arttıkça Tinsellik puanları artarken, Sevgi ve Bakım puanları değişmemekte ve diğer affektif sistemlerin puanları ise azalmaktadır. Aynı çalışmada erişkin kadınların Sevgi ve Bakım puanları erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. Daha sonra İtalya’da yapılan ASKÖ çalışması aynı sonuçları ortaya koymuştur(185). Bizim çalışmamızda katılımcıların yaş aralığı 18-44 (ort:26.47±5.29) olmakla beraber Oyun ve Neşe puanlarının erkeklerde, Üzüntü ve Keder puanlarının ise kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bizim çalışmamızda cinsiyet açısından Sevgi ve Bakım puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan ASKÖ çalışmasından kültüre özgü sonuçlardan biri Üzüntü ve Keder ile Oyun ve Neşe arasında güçlü negatif bir ilişkinin saptanmış olmasıdır (181). Daha önce toplumcu bir kültür olarak tanımlanan Türkiye’nin sosyokültürel yapısında değişimleri ile beraber daha bireyci bir toplum haline geldiği bilinmektedir. Dolayısıyla bireyci batı kültürü ve toplumcu doğu kültürleri arasında bir köprü gibi toplumsallık ve bireycilik unsurlarını bir araya getirmektedir. Toplumcu doğu kültüründen daha bireyci ve bireyci batı kültüründen daha toplumdur. Bizim kültürde özerklik ailenin bütünlüğü ve uyumunu bozmayacak şekilde hareket etmektir (186-188). Üniversiteyi kazanmak ve çoğu zaman aileden uzak olarak başka bir şehirde üniversiteye kayıt olmak genç yaşta kadınların ilk bireyselleşme deneyimleri olabilmektedir. Kazanılan özerklik ve yeni sosyalleşme süreci Oyun ve Neşenin artmasına sebep olmaktadır. Ancak bizim çalışmamızda katılımcıların ortalama yaşları 26 idi bu yaş diliminde genellikle lisans eğitimi bitmiş olup, çalışmaya başlama veya eğitime devam etme, kariyer geliştirme, evlilik gibi durumlara karar verilmesi ile kendini göstermektedir. Bu yaş diliminde bahsedilen etmenler kadınlarda Üzüntü ve Keder puanlarının yüksek olması ve bununla beraber Oyun ve Neşe puanların düşük olmasına sebep olabilir. Bizim çalışmamızda Sevgi ve Bakım puanları cinsiyet açısından farklı saptanmamıştır. Sevgi ve Bakım puanları sadece kadın cinsiyeti ile ilişkilendirilmemektedir. Sevgi ve Bakım anne ile bağlanmanın süreci ve gücüyle ilişkili olabilir. Kızlar cinsiyet kimliklerini geliştirmek için anneleri ile daha fazla bağlanma kurarken erkekler cinsiyet kimliklerini geliştirmek için annelerinden daha erken ayrılmaktadır (189). Ayrıca anne ile uzamış simbiyotik bağlanma hem erkeklerde hem kadınlarda oksitosinin yükselmesine sebep olmaktadır. Oksitosin gen polimorfizmi ile toplumsal normlar arasında ilişki bulunmaktadır (190). Bizim çalışmamızda kadınlarda Sevgi ve

Bakım puanlarının erkeklerden yüksek olmaması bu yaş diliminde kadınların anneleri ile bağlanmanın azalması aynı zamanda katılımcıların çoğunun çocuk sahibi olmadıkları için yeni bir annelik bağı kurulmadığı için bir geçiş dönemi olarak düşünülebilir. Yapılacak uzunlamasına çalışmalar hayat evrelerinin Sevgi ve Bakım üzerinde etkisinin ortaya çıkmasında faydalı olabilir. Sonuçlara göre kadınlar ve erkeklerin duygulanımsal sistemlerindeki nöral aktivitenin farklı evrelerde devreye girdiğini göstermektedir. Yaş ve hayat evreleri beynin affektif sistemlerinin nöral aktivitesinde etkin bir değişken olarak gözükmektedir. EEG çalışmalarında yaş arttıkça Alfa dalgaların aktivitesinin daha anterior bölgelere kaydığı saptanmıştır (191). Bu bulgular yaş arttıkça frontal lobun duygu düzenleme ve öz düzenleme (self - organization) üzerine olan etkilerinin değiştiğine işaret etmektedir (192). Bu sonuç ASKÖ çalışmalarında yaş ile beraber Tinsellik puanlarının artışı ve diğer tüm sistemlerin puanlarının azalması ile kendini göstermektedir. (182)

Sonuç olarak yaş ve hayatın evreleri affektif nörobilim ve nöropsikoanaliz çalışma alanlarında önemli değişkenlerdendir. Daha geniş örneklemelerde yapılacak uzunlamasına çalışmalar yaş ve cinsiyetin ASKÖ üzerine etkisinin daha net biçimde ortaya konmasına yardımcı olacaktır.

Yazında DEHB’li kişilerde mizaç özelliklerinin affektif sinirbilime göre inceleyen çalışma olmadığı için yaptığımız çalışma DEHB olan erişkinlerin affektif sinirbilime göre duygulanımsal mekanizmalarını ve temel duygulanımsal özelliklerini inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre DEHB olan erişkinlerin ASKÖ’ye göre Korku ve Kaygı puanları kontrol grubuna göre yüksek olarak bulunmuştur. DEHB olan erkeklerin ve kadınların ayrı ayrı gruplandırılmasıyla yapılan testlerde ise DEHB olan erişkinlerde yüksek çıkan Korku ve Kaygı puanlarının erkeklerden kaynaklandığı saptanmıştır. DEHB’li erişkin erkeklerde Korku ve Kaygı puanlarının yüksek olması DEHB belirtilerine bağlı olarak zaman içinde yaşadıkları kazalar, travmalar ve sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunlar sonucu gelişmiş olabileceği gibi ortak bir biyolojik yatkınlıktan da kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda EBBÖ ile ASKÖ arasındaki ilişki ayrıca değerlendirilmiştir. Yazın incelendiğinde Bağlanma ile ASKÖ arasındaki ilişki sadece bir çalışmada araştırıldığı görülmektedir. Panksepp’in de içinde bulunduğu Farinelli ve arkadaşları

(193) tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada inme geçiren hastalarda beyin hasarının ilkel affektif sistem ve bağlanma üzerine etkisini incelemiştir. Katılımcıların ortalama yaşı 70'in üzerinde olan çalışmada kontrol grubu olarak ortopedi servisinde yatan hastalar seçilmiştir. Bu çalışmada hastaların bağlanma özellikleri Bağlanma Biçimleri Anketi (Attachment Style Questionnaire – ASQ) ile çalışılmıştır. Korelasyon analizi sonucuna göre inme geçiren hastaların ASKÖ'de Oyun ve Neşe alt grubu ile ASQ'de Güven (confidence – güvenli bağlanma biçimine ait tema), ASKÖ'de Öfke ve Hiddet (anger) ile ASQ'de ikincil olarak ilişkiler (relationship as secondary trait - kaçınan bağlanma biçimine ait tema) arasında ve ASKÖ'de Korku ve Kaygı ile onaylanma ihtiyacı (need for approval – kaygılı bağlanma biçimine ait tema) arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Ancak kontrol grubunda sadece ASKÖ'de Sevgi ve Bakım ile ASQ'de ikincil olarak ilişkiler (relationship as secondary trait – kaçınan bağlanma biçimine ait tema) arasında anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır. Yazarlara göre beyin hasarı olmayan kişilerde hem temel duygular hem de bağlanma farklı ve birbirinden ayrılmış sinir sistemleri tarafından yönetilmektedir. Temel duygular subkortikal ağlarda farklı nöral sistemler ile ilişkilirken, bağlanmanın kortikal orta hat yapısındaki mediyal orbital prefrontal korteks veya ventromediyal prefrontal korteks gibi daha kortikal bölgelerdeki nöral aktivite ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Sonuç olarak temel duygulanımsal mekanizmalar ile bağlanma biçimlerinin iki farklı nöral süreçler dahilinde olduğu kanaatine varılmıştır. Ancak daha az Güvenli Bağlanma biçimlerinin Öfke ve Hiddet ile Korku ve Kaygı gibi olumsuz duygulanımsal mekanizmalar ile ilişkili olabileceği ve daha güvenli bağlanma biçimlerinin ise Oyun ve Neşe gibi pozitif sosyal duygulanımsal mekanizmalar ile ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır.

Bizim çalışmamızda kontrol grubu sonuçlarında ASKÖ'de Korku – Kaygı ve Üzüntü – Keder puanları ile Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız) arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Bu pozitif ilişki Farinelli ve arkadaşlarının (193) çalışmasında olduğu gibi olumsuz duygulanımsal mekanizmaların (korku, kaygı, üzüntü ve keder gibi) güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

ASKÖ ve EBBÖ ilişkisine baktığımızda kontrol grubunda Korku – Kaygı ve Üzüntü – Keder (ayrılık kaygısının bir göstergesi olarak) puanları ile Kaygılı-Kararsız

biçimde Güvensiz Bağlanma arasında pozitif ilişki saptanmıştır. DEHB grubunda ise bu ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç DEHB’li erişkinlerin kaygılı yapılarının ve duygudurum düzensizlikleri olmakla beraber dürtüsel davranışların olması ani karar verme ve riskli işlere yatkın olmalarından kaynaklanabilir. DEHB’li erişkinlerde ASKÖ’de Merak ve Arayış ile Kaçınan biçimde Güvensiz Bağlanma arasında negatif ilişki saptanmıştır. Cloninger’in (19) tanımladığı yenilik arayışı dürtüsel kararlar üzerine tanınmıştır ancak Merak ve Arayış affektif sinirbilime göre yeni planlara karar verme plan yapma ve sebat etme anlamında pozitif bir duygu olarak tanınmaktadır.

DEHB grubunda Oyun ve Neşe puanları ile Güvenli bağlanma puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. DEHB grubunda Oyun ve Neşe puanları hem Kaçınan ve hem Kaygılı – Kararsız biçimde Güvensiz Bağlanma puanları ile anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. DEHB’li erişkinlerin Oyun ve Neşe puanlarını yükseltecek seviyede çocukluk çağında oyun ve sosyal etkileşimlerin artırılması gibi pozitif duygular ile yetiştirilirse neşeli kişiler oldukları ve güvenli bağlanmaya sahip oldukları sonucu çıkarılabilir. Bizim çalışmaya katılan erişkin DEHB grubunun çoğuna erken tanı konması ve yapılan takip ve tedavinin Oyun ve Neşe puanlarının yüksek saptanmasında katkısı olduğu düşünülebilir. Panksepp (194) erken çocukluk çağındaki oyun ve sosyal etkileşimlerin DEHB olgularının belirtilerinin azaltılmasında faydalı olduğunu belirtmiştir. Oyun ve sosyal etkileşim beynin ön lobunun olgunlaşması ve pro-sosyal zihnin (mind) sağlıklı gelişimini kolaylaştırarak bu faydalı etkileri sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamıza DEHB tanılı 39 DEHB olan erişkin ve 33 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. Sonuçların tutarlı olması amacıyla DEHB ve kontrol grubunun kadın erkek dağılımı benzerdir. DEHB ve kontrol grubu EBBÖ ile karşılaştırıldığında Kaygılı – Kararsız türde Güvensiz Bağlanma alt ölçeği puanları DEHB grubunda kontrol gruba göre daha yüksek saptanmıştır. DEHB ve kontrol grubu cinsiyete göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB grubunda kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre yüksek Güvensiz Bağlanma (Kaygılı-Kararsız) puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre bu farkın kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.
2. Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde yaş ile Güvensiz Bağlanma (Kaçınan) puanları arasında negatif ilişki görülmüştür. Yani yaş arttıkça Kaçınan biçimde Güvensiz Bağlanma düzelleme eğiliminde olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde yaş ile ASKÖ puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır.
3. DEHB ve kontrol grubu ASKÖ puanlarına göre incelendiklerinde Korku ve Kaygı puanlarının DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet açısından iki grup ayrı ayrı incelendiğinde kadınlarda gruplar arası bir fark saptanmamıştır. DEHB grubunda olan erkeklerin kontrol grubuna göre daha yüksek Korku ve Kaygı puanına sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre bu farkın erkeklerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.
4. Tüm katılımcılar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde EBBÖ'ye göre Güvenli Bağlanmanın erkeklerde daha sık olduğu, ASKÖ'ye göre ise Oyun ve Neşe puanlarının erkeklerde Üzüntü ve Keder puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.
5. EBBÖ ile ASKÖ arasında yapılan korelasyon analizine göre kontrol grubunda yaş ile Güvensiz Bağlanma tipleri arasında (hem Kaçınan hem Kaygılı – Kararsız) negatif korelasyon, ASKÖ'de Korku ve Kaygı ile

Üzüntü – Keder ve Güvensiz Bağlanma (Kaygılı – Kararsız) arasında pozitif korelasyon olduğu açığa çıkarılmıştır. DEHB olan grupta ise güvensiz bağlanma (Kaçınan) ile yaş ve Merak – Arayış arasında negatif ilişki, ASKÖ’de Oyun ve Neşe puanları ile güvenli bağlanma arasında pozitif korelasyon ve hem Kaçınan hem Kaygılı – Kararsız tipte güvensiz bağlanma arasında anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri örneklem grubunun küçük olmasıdır. Daha büyük gruplarla çalışmak anketlerin tutarlılıklarını arttırır ve istatistiksel analizlerde daha anlamlı sonuçların çıkabilmesi sağlar. Ayrıca anket içeriklerinin geriye dönük hatırlama yanlılığına açık olması ve katılımcılar tarafından doldurulan ölçeklerle yapılıyor olması; kullandığımız ölçeklerde anketi dolduran kişilere tüm yaşamlarını göz önüne almaları hatırlatıldığı halde, kendi tüm yaşamlarına dönük bir şekilde kişilik ve davranışsal özelliklerini değerlendirmede zorluklar yaşayabilmeleri, yani kesitsel bir çalışma olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında sayılması gereken noktalardır. Hem DEHB hem de kontrol grubunda daha fazla katılımcı sayısı, prospektif uzunlamasına çalışmaların yapılması ve sonuçların desteklenmesi, elde edilecek verilerin geçerlilik ve çeşitliliğini arttıracaktır. Sonuçlar değerlendirilirken ölçeklerin hepsinin özbildirim türünde olduğu, bazı ölçekleri doldurmanın uzun sürdüğü ve sıkıcı olabileceği, ayrıca DEHB grubunda görülen çabuk sıkılma ve dürtüsellüğün belirgin olmasının da sonuçlara etki etmiş olabileceği akılda tutulmalıdır.

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne başvuran kişiler alınmıştır. Örnekler, Ankara’da yaşayan, bir üniversite hastanesinin özelleşmiş polikliniklerine ulaşabilen ve tıbbi tedaviye ulaşabilen, göreceli daha avantajlı bir vaka profilini temsil etmektedir. Özellikle ülkemizde erişkinlerde DEHB tanısı fazla tanınmamakta, sık atlanmaktadır. Köy ve kasaba gibi daha küçük ölçekli yerlerde yaşayan DEHB olan bireyler için veriler farklılık gösterebilir. Bu grup çalışmamızda yer almadığı için sonuçlarımızı genelleymeyeceğimizi ve kırsal bölgeleri de kapsayan ve tüm sosyoekonomik gruplara ulaşabilen çalışma tasarımlarının daha geçerli sonuçlar ortaya çıkaracağı kanaatindeyiz. Yazında DEHB olan Erişkinlerin Bağlanma biçimleri ile ASKÖ karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Çalışmamız sonuçlarıyla DEHB ile bağlanma ve affektif sistemlerin üzerinde durduğu duygulanımsal

mekanizmaların birbiriyle ilişkisine ve DEHB tanısı konan erişkinlerde görülebilecek bağlanma ve duygu düzenleme sorunlarının erken tanı ve tedavisinin önemini ortaya koymaktadır.



ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Erişkinlerde Bağlanma ve Affektif Sistemler

Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan erişkinlerde Bağlanma biçimleri ve affektif sinirbilimin konusuna giren temel affektif sistemlerin araştırılmasıdır.

Çalışmaya 10/10/2019 – 10/01/2020 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Erişkin ve Ergen Ünitesi Polikliniklerine başvuran DSM- IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konmuş 39 yetişkin ve kontrol grubu olarak DEHB tanısı olmayan 33 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin tümüne DSM- IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Yetişkinlerde DEHB Ölçeği, Wender Utah Derecelendirme Ölçeği ve Affektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği uygulanmıştır.

Tüm katılımcılar Bağlanma biçimleri açısından değerlendirildiğinde Güvenli Bağlanmanın erkeklerde yüksek olduğu saptanmıştır. Güvensiz Bağlanma biçimleri incelendiğinde cinsiyet açısından bir fark saptanmamıştır. Tüm katılımcılar ASKÖ ile değerlendirildiğinde Oyun ve Neşe puanları erkeklerde Üzüntü ve Keder puanları ise kadınlarda yüksek bulunmuştur. DEHB ve kontrol grubu EBBÖ ile karşılaştırıldığında Kaygılı – Kararsız türde Güvensiz Bağlanmanın alt ölçeği puanları DEHB grubunda kontrol gruba göre daha yüksek saptanmış olup bu farkın kadınlardan kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. DEHB ve kontrol grubu ASKÖ ile değerlendirildiğinde DEHB grubunun Korku ve Kaygı puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farkın erkeklerden kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca ASKÖ ve EBBÖ arasında yapılan kolerasyon analizleri sonucunda kontrol grubunda yaş arttıkça Güvensiz Bağlanmanın (Kaçınan ve Kaygılı-Kararsız) azaldığı saptanmıştır Ayrıca Korku ve Kaygı ile Üzüntü ve Keder puanları ile Kaygılı-Kararsız biçimde Güvensiz Bağlanmanın ilişkisi saptanmıştır. DEHB grubunda yaş arttıkça Kaçınan türden Güvensiz Bağlanmanın azaldığı, Merak ve Arayış puanları azaldıkça Güvenli Bağlanmanın arttığı, Oyun ve Neşe puanlarının

artmasıyla Güvenli Bağlanmanın arttığı aynı zamanda hem Kaçınan ve hem Kaygılı - Karasız türde Güvensiz Bağlanmanın azaldığı saptanmıştır.

Çalışmamız DEHB ile bağlanma ve affektif sinirbilimin üzerinde durduğu temel duygulanımsal sistemlerin birbiriyle ilişkisini göstermektedir. Araştırmanın sonuçları erişkinlerde DEHB'yi erken fark edip tanı konması ve DEHB'li erişkinlerde görülebilecek duygu düzenleme ve bağlanma sorunlarının erken tanı ve tedavisinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, bağlanma biçimleri, affektif sinirbilim, güvenli bağlanma, güvensiz bağlanma

SUMMARY

Attachment Styles and Affective Systems in Adults with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder

Objective: This study aims to investigate attachment styles and the primary affective systems related to affective neuroscience in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

Material and Methods: This study includes 39 adults diagnosed with ADHD according to DSM-IV diagnostic criteria who were admitted to the Ankara University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Adult and Adolescent Unit outpatient clinics between October 10, 2019 – January 10, 2020. Control group consisted of 39 healthy volunteers without a diagnosis of ADHD who were matched in terms of age, gender, and education level. All participants completed Adult Attachment Scale (AAS), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Wender Utah Rating Scale (WURS), and Affective Neuroscience Personality Scales (ANPS) and were assessed by Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID-1).

Results: When all participants were evaluated in terms of attachment styles, it was found that Secure Attachment scores were higher in men. In terms of Anxious Attachment style, there was no significant difference according to gender. When ANPS was evaluated among all participants, play scores were significantly higher in men, and sadness scores were higher in women. Anxious-Preoccupied subscores of Insecure attachment were significantly higher in the ADHD group compared to the control group, and it was revealed that this difference was caused by women. ADHD group had significantly higher fear scores compared to the control group, and it was determined that this difference was caused by men. Furthermore, correlation analyses between ANPS and AAS showed that Insecure attachment (Dismissive-Avoidant and Anxious-Preoccupied attachment styles) decreased as age increased in the control group. Meanwhile, fear and sadness scores were correlated with Insecure attachment. In the ADHD group, Avoidant style of Insecure Attachment decreased as age increased, while Secure attachment increased as seek scores decreased. As play scores

increased, Secure Attachment increased and both Dismissive-Avoidant and Anxious-Preoccupied styles of Insecure Attachment decreased.

Conclusion: Our study demonstrates the relationship between attachment and primary affective systems emphasized by affective neuroscience in ADHD. The results of our study indicate the importance of early recognition and diagnosis of ADHD in adults and early diagnosis and treatment of emotional regulation and attachment problems that may be encountered in adults with ADHD.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder, attachment styles, affective neuroscience, secure attachment, insecure attachment

KAYNAKLAR

1. Association AP. DSM-5 development. Arlington: American Psychiatric Association; 2012.
2. Spencer T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59:59-68.
3. Hechtman L. Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*. 1999;46(5):1039-52.
4. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, Swanson EN. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012;80(6):1041.
5. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Archives of General Psychiatry*. 2012;69(12):1295-303.
6. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 2002;111(2):279.
7. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.

8. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194(3):204-11.
9. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatric Clinics of North America*. 1998;21(4):761-74.
10. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*. 2006;36(2):159-65.
11. Tuglu C, Sahin ÖÖ. Eriskin Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu: Nörobiyoloji, Tani Sorunlari ve Klinik Özellikler/Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Neurobiology, Diagnostic Problems and Clinical Features. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(1):75.
12. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(9):863-73.
13. Chronis AM, Lahey BB, PELHAM Jr WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(12):1424-32.
14. Çuhadaroğlu-Çetin F, Akdemir D, Tüzün Z, Çak T, Şenses-Dinç G, Taşgın-Çöp E, et al. Identity status and attachment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2013;55(2):190-7.
15. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and infant disorganized attachment: a prospective study of children next-born after stillbirth. *Journal of Attention Disorders*. 2006;10(1):83-91.
16. Isabella RA, Belsky J. Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*. 1991;62(2):373-84.
17. Rothbart MK. Development of individual differences in temperament. *Advances in Developmental Psychology*. 1981;1:37-86.

18. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia: E. & S. Livingstone, Edinburgh; 1921.
19. Cloninger CR, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(12):975-90.
20. Pinzone V, De Rossi P, Trabucchi G, Lester D, Girardi P, Pompili M. Temperamental Correlates in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*. 2019.
21. Akiskal H, Placidi G, Marenmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, et al. TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population. *Journal of Affective Disorders*. 1998;51(1):7-19.
22. Pompili M, Innamorati M, Gonda X, Serafini G, Sarno S, Erbuto D, et al. Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: a prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(2):216-22.
23. Qiu F, Akiskal HS, Kelsoe JR, Greenwood TA. Factor analysis of temperament and personality traits in bipolar patients: Correlates with comorbidity and disorder severity. *Journal of Affective Disorders*. 2017;207:282-90.
24. Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*. 2003;73(3):211-21.
25. Torrente F, López P, Lischinsky A, Cetkovich-Bakmas M, Manes F. Depressive symptoms and the role of affective temperament in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A comparison with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017;221:304-11.
26. Öncü B, Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(2):111-9.
27. (NHIS) NHIS. General Prevalence of ADHD 2019 [Available from: <https://chadd.org/about-adhd/general-prevalence/>].

28. Öncü B. Erişkinlerde DEHB'yi fark etmek. Psikiyatride Güncel- Update in Psychiatry Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi. 2016;6(4):265-75.
29. Özel-Kızıl ET, Kokurcan A, Aksoy UM, Kanat BB, Sakarya D, Bastug G, et al. Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. Research in Developmental Disabilities. 2016;59:351-8.
30. Öncü B, Ölmez Ş. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi. 2004;15(1):41-6.
31. Ekinci S, Öncü B, Canat S. Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011;12:185-91.
32. Öncü B. Yetişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. In: Karakaş S, editor. Kognitif Nörobilimler. Ankara: MN Medikal & Nobel Basım Yayın ve Ticaret Sanayi Ltd. Şti.; 2008. p. 417-36.
33. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). Child Psychology and Psychiatry Review. 2001;6(2):66-73.
34. Öncü B. Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular. 2012;5(1):1-7.
35. Sandberg S, Barton J. Historical development. In:Hyperactivity and attention disorders of childhood. ed Sandberg S .Second edition .Cambridge ;Cambridge University Press 2002;1-29.
36. Hohman LB. Post-encephalitic behavior disorders in children. Johns Hopkins Hospital Bulletin. 1922;33:372-5.
37. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. American Journal of Psychiatry. 1937;94(3):577-85.
38. Laufer MW, Denhoff E, Solomons G. Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. Psychosomatic Medicine. 1957;19(1):38-49.
39. Chess S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. New York State Journal of Medicine. 1960;60:2379-85.

40. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - III (DSM III). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
41. International Classification of Diseases, Revision 8. World Health Organization. Geneva: (1965).
42. Hartocollis P. The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. Bulletin of the Menninger Clinic. 1968;32(2):102.
43. Wender PH. Minimal Brain Dysfunction in Children. New York: John Wiley & Sons; 1971.
44. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. Archives of General Psychiatry. 1976;33(12):1453-60.
45. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - IIIR (DSM IIIR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
46. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - IV (DSM IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
47. Tufan AE, Yaluğ İ. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11:351-9.
48. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - IVR (DSM IVR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
49. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - V (DSM V). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
50. Zalsman G, Shilton T. Adult ADHD: A new disease? International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2016;20(2):70-6.
51. Gadow KD, Nolan EE, Litcher L, Carlson GA, Panina N, Golovakha E, Sprafkin J, Bromet EJ. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000;39(12):1520-7.

52. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*. 2003;2(2):104.
53. West P, Sweeting H, Der G, Barton J, Lucas C. Voice-DISC identified DSM-IV disorders among 15-year-olds in the west of Scotland. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(8):941-9.
54. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(10):85S-121S.
55. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
56. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
57. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-e1001.
58. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*. 2015;40:15-27.
59. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, et al. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid?. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163(10):1720-9.
60. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1996; 153(9), 1143–1146
61. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*. 2002;53(1):113-31.

62. Tamam L, Tuğlu C, Karatas G, Ozcan S. Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: Preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(4):480-5.
63. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2008;258(7):385-93.
64. Yargıç İ, FA Ö. Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. Işık E, Taner E, Işık U(Editörler) *Güncel Klinik Psikiyatri'de İstanbul*, Golden Print. 2008:477-93.
65. Gül H, Öncü B. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etyolojisinde çevresel etkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2018.
66. Starck M, Grünwald J, Schlarb AA. Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:581-8.
67. Freitag CM, Retz W. Family and twin studies in attention-deficit hyperactivity disorder. In: Retz W, Klein RG, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults*. Basel: Karger Publishers, 2010;176: 38-57.
68. Hawi Z, Yates H, Pinar A, Arnatkeviciute A, Johnson B, Tong J, et al. A case-control genome-wide association study of ADHD discovers a novel association with the tenascin R (TNR) gene. *Translational psychiatry*. 2018;8(1):1-8.
69. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature Genetics*. 2019;51(1):63-75.
70. Froehlich TE, Lanphear BP, Auinger P, Hornung R, Epstein JN, Braun J, et al. Association of tobacco and lead exposures with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2009;124(6):e1054-e63.
71. Campbell BC, Eisenberg D. Obesity, attention deficit-hyperactivity disorder and the dopaminergic reward system. *Collegium Antropologicum*. 2007;31(1):33-8.

72. Rodriguez A, Miettunen J, Henriksen TB, Olsen J, Obel C, Taanila A, et al. Maternal adiposity prior to pregnancy is associated with ADHD symptoms in offspring: evidence from three prospective pregnancy cohorts. *International Journal of Obesity*. 2008;32(3):550.
73. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(10):1038-55.
74. Volkow ND, Wang G-J, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, Telang F, et al. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA*. 2009;302(10):1084-91.
75. Sonuga-Barke EJ. The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2003;27(7):593-604.
76. Arnsten AF, Rubia K. Neurobiological circuits regulating attention, cognitive control, motivation, and emotion: disruptions in neurodevelopmental psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(4):356-67.
77. Volkow ND, Swanson JM. Adult attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*. 2013;369(20):1935-44.
78. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J, et al. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *New England Journal of Medicine*. 1990;323(20):1361-6.
79. Sowell ER, Thompson PM, Welcome SE, Henkenius AL, Toga AW, Peterson BS. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*. 2003;362(9397):1699-707.
80. Clarke S, Heussler H, Kohn M. Attention deficit disorder: not just for children. *Internal Medicine Journal*. 2005;35(12):721-5.
81. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61(5):535-47.

82. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):67.
83. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(2):192-202.
84. Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW. ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*. 2007;40(1):49-65.
85. DuPaul GJ, Weyandt LL, O'Dell SM, Varejao M. College students with ADHD: Current status and future directions. *Journal of Attention Disorders*. 2009;13(3):234-50.
86. Green AL, Rabiner DL. What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):559-68.
87. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2008;10(3):109-15.
88. Adamou M, Arif M, Asherson P, Aw T-C, Bolea B, Coghil D, et al. Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*. 2013;13(1):59.
89. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2000;9(3):711-26.
90. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(1):93-102.
91. Kessler R, Lane M, Stang P, Van Brunt D. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. *Psychological Medicine*. 2009;39(1):137-47.

92. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*. 1996;37(6):393-401.
93. Retz W, Stieglitz R-D, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence? Expert review of *Neurotherapeutics*. 2012;12(10):1241-51.
94. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10(1):47.
95. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux MC. Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):830.
96. Minde K, Eakin L, Hechtman L, Ochs E, Bouffard R, Greenfield B, et al. The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(4):637-46.
97. Swensen A, Birnbaum HG, Hamadi RB, Greenberg P, Cremieux P-Y, Secnik K. Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *Journal of Adolescent Health*. 2004;35(4):346. e1-. e9.
98. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident Analysis & Prevention*. 2007;39(1):94-105.
99. Rosenbloom T, Wultz B. Thirty-day self-reported risky driving behaviors of ADHD and non-ADHD drivers. *Accident Analysis & Prevention*. 2011;43(1):128-33.
100. Wilens TE, Biederman J, Prince J, Spencer TJ, Faraone SV, Warburton R, et al. Six-week, double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(9):1147-53.

101. Wilson JJ, Levin FR. Attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset substance use disorders. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*. 2005;15(5):751-63.
102. Van de Glind G, Van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, Levin FR, Koeter MW, Barta C, et al. The International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence (IASP) study: background, methods and study population. *International Journal of Methods In Psychiatric Research*. 2013;22(3):232-44.
103. Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, et al. Prevalence of attention deficit–hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry And Clinical Neuroscience*. 2004;254(6):365-71.
104. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindfors N. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):112.
105. Gjervan B, Torgersen T, Nordahl HM, Rasmussen K. Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2012;16(7):544-52.
106. 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). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2007;257(7):371-7.
107. Zivetz L. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
108. Öncü B.
Kavramsal Açından DEHB ve Tarihçe .In:Semerci B, Aksoy UA , eds. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Ankara TPD; 2018: 3-14 .

109. Ward MF. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American journal of Psychiatry*. 1993;150:885-.
110. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2001;931(1):1-16.
111. Davidson MA. Literature review: ADHD in adults: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*. 2008;11(6):628-41.
112. Faraone SV, Spencer TJ, Montano CB, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives of Internal Medicine*. 2004;164(11):1221-6.
113. Ekinçi S, Öncü B, Canan S. Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: Eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(3):185-91.
114. 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. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(11):1652-8.
115. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1997;2(3):159-66.
116. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(1):38-43.
117. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1993.
118. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy P, Safi M, Lippmann S. Attention deficit disorder in adults. *Annals of clinical psychiatry*. 2002;14(2):105-11.

119. Smith BH, Molina BS, Pelham Jr WE. The clinically meaningful link between alcohol use and attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Research & Health*. 2002;26(2):122.
120. Kooij J, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balazs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019;56(1):14-34.
121. Moriyama TS, Polanczyk GV, Terzi FS, Faria KM, Rohde LA. Psychopharmacology and psychotherapy for the treatment of adults with ADHD—a systematic review of available meta-analyses. *CNS spectrums*. 2013;18(6):296-306.
122. Asheron P, Bushe C, Saylor K, Tankaya Y, Deberdt W, Upadhyaya H. Efficacy of atomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder: An integrated analysis of the complete database of multicenter placebo-controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*. 2014;28(9):837-846.
123. Faraone SV, Glatt SJ. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(6):754.
124. Bowlby J. *Attachment and loss v. 3 (Vol. 1)*. Random House Furman, W, & Buhrmester, D (2009) *Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version International Journal of Behavioral Development*. 1969;33:470-8.
125. Yüksel Z, Öncü B. Geçmişte Kurum Bakımında Kalmış Bireylerin Kurum Bakımı Deneyimlerine İlişkin Özellikleri ve Bağlanma Biçimlerinin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2016;27(2):63-77.
126. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*. 1994;5(1):1-22.
127. Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):321-42.
128. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(3):511.

129. West M, Sheldon-Keller A. Patterns of Relating. An Adult Attachment Perspective. New York :Guilfor Press , 1994.
130. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;61(2):226.
131. Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004;87(3):363.
132. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(43):71-106.
133. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(44):35-58.
134. Brown LS, Wright J. Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2001;8(1):15-32.
135. Swanson H, Power K, Collin P, Deas S, Paterson G, Grierson D, et al. The relationship between parental bonding, social problem solving and eating pathology in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2010;18(1):22-32.
136. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed outpatients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(6):447-56.
137. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;66(1):127.

138. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*. 2001;1(4):365.
139. Cassidy J, Lichtenstein-Phelps J, Sibrava NJ, Thomas Jr CL, Borkovec TD. Generalized anxiety disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*. 2009;40(1):23-38.
140. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998;74(5):1380.
141. Brennan KA, Shaver PR, Tobey AE. Attachment styles, gender and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1991;8(4):451-66.
142. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2002;7(2):179-98.
143. Green J, Stanley C, Peters S. Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & Human Development*. 2007;9(3):207-22.
144. Franc N, Maury M, Purper-Ouakil D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH): quels liens avec l'attachement? ADHD and attachment processes: Are they related? *L'Encéphale*. 2009;35:256-61.
145. Finzi-Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. *Child Psychiatry and Human Development*. 2006;37(2):103-14.
146. Storebø OJ, Rasmussen PD, Simonsen E. Association between insecure attachment and ADHD: environmental mediating factors. *Journal of Attention Disorders*. 2016;20(2):187-96.
147. Pazvantoğlu O, Karabekiroğlu K, Sarısoy G, Baykal S, Korkmaz IZ, Akbaş S, Böke Ö, Şahin AR6. Erişkin DEHB ve bağlanma biçimi ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(4).

148. Riley AW, Lyman LM, Spiel G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ, et al. The Family Strain Index (FSI). Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;15(1):i72-i8.
149. Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Archives of General Psychiatry*. 1983;40(7):801-10.
150. Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1921;53(4):350.
151. Akiskal H, Mallya G. Criteria for the " soft" bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bulletin*. 1987;23:68-73.
152. Davidson RJ, Pizzagalli D, Nitschke JB, Putnam K. Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*. 2002;53(1):545-74.
153. Panksepp J. Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010;12(4):533.
154. Panksepp J. Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*. 2005;14(1):30-80.
155. Panksepp J. On the embodied neural nature of core emotional affects. *Journal of Consciousness Studies*. 2005;12(8-9):158-84.
156. Panksepp J. Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2006;30(5):774-84.
157. Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*. 2000;126(6):890.
158. Solms M, Turnbull O. Beyin ve İç Dünya: Öznel Deneyimin Sinirbilimine Giriş [The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience].(Hakan Atalay, Trans. & Gökçe Özkarar, Duygu

- Gürkan, Ed.). Metis Yayınları: İstanbul. 2013.159. Panksepp J. The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2011;35(9):1791-804.
160. Wright JS, Panksepp J. An evolutionary framework to understand foraging, wanting, and desire: the neuropsychology of the SEEKING system. *Neuropsychoanalysis*. 2012;14(1):5-39.
161. Panksepp J. The philosophical implications of affective neuroscience. *Journal of Consciousness Studies*. 2012;19(3-4):6-48.
162. Bracha HS. Freeze, flight, fight, fright, faint: Adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS spectrums*. 2004;9(9):679-85.
163. Panksepp J. Neuroevolutionary sources of laughter and social joy: Modeling primal human laughter in laboratory rats. *Behavioural Brain Research*. 2007;182(2):231-44.
164. De Pauw SS, Mervielde I. Temperament, personality and developmental psychopathology: A review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry & Human Development*. 2010;41(3):313-29.
165. Martel MM, Nigg JT. Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(11):1175-83.
166. Nigg JT, Goldsmith HH, Sachek J. Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004;33(1):42-53.
167. De Pauw SS, Mervielde I. The role of temperament and personality in problem behaviors of children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011;39(2):277-91.
168. Chandler C. *The science of ADHD: A guide for parents and professionals*: John Wiley & Sons; 2011.
169. Barkley RA. *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*: Guilford Press; 2013.

170. White JD. Review Personality, temperament and ADHD:: a review of the literature. *Personality and Individual Differences*. 1999;27(4):589-98.
171. Cho SC, Hwang JW, Lyoo IK, Yoo HJ, Kin BN, Kim JW. Patterns of temperament and character in a clinical sample of Korean children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008;62(2):160-6.
- 172.
- Güney E, Şenses Dinç G, İşeri E, Güzel Hş, Yalçın Ö, Şener Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve genç erişkinlerin mizaç ve karakter özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(4).
173. Ozdemiroglu F, Karakus K, Memis CO, Sevincok L, Mersin S. Temperament in Adulthood Attention Deficit-Hyperactivity Disorder without Bipolar Disorder. *Psychiatry investigation*. 2018;15(3):266.
174. Ekinci S, Özdel K, Öncü B, Çolak B, Kandemir H, Canat S. Temperamental characteristics in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a comparison with bipolar disorder and healthy control groups. *Psychiatry investigation*. 2013;10(2):137.
175. Özkürkçügil A, Aydemir O, yıldız M, Esen-Danaci A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. Adaptation into Turkish and Reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233-6.
176. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, et al. The World Health Organization adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(5):520-6.
177. 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. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2007;16(2):52-65.

178. Davis KL, Panksepp J, Normansell L. The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuropsychoanalysis*. 2003;5(1):57-69.
179. Jak İçöz F. The reliability and validity study of the Turkish version of Affective Neuroscience Personality Scale. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul : İstanbul Bilgi Üniversitesi; 2012.
180. Davila J, Burge D, Hammen C. Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997;73(4):826.
181. Scharfe E. Sex differences in attachment. In : Shackelford, Todd K., Weekes-Shackelford, Viviana, eds .*Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer International Publishing AG. 2016:1-5.
182. Karairmak Ö, Duran NO. Gender differences in attachment styles regarding conflict handling behaviors among Turkish late adolescents. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 2008;30(4):220-34.
183. Özkarar-Gradwohl F, Panksepp J, İçöz F, Çetinkaya H, Köksal F, Davis K, et al. The influence of culture on basic affective systems: the comparison of Turkish and American norms on the affective neuroscience personality scales. *Culture and Brain*. 2014;2(2):173-92.
184. Özkarar-Gradwohl FG. Cross-Cultural Affective Neuroscience. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:794.
185. Pascazio L, Bembich S, Nardone IB, Vecchiet C, Guarino G, Clarici A. Validation of the Italian translation of the affective neuroscience personality scales. *Psychological Reports*. 2015;116(1):97-115.
186. Kagıtcıbaşı C. Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2005;36(4):403-22.
187. Kağıtçıbaşı Ç. Family and human development across cultures: A view from the other side: Psychology Press; 1996.

188. Fişek G. İlişki İçinde Ben: Kültür, Aile, Bireyselleşme ve Psikanalitik Arayışlar (self in relation: Culture, family, individualization and psychoanalytic searches). İstanbul: İstanbul Bilgi University Publications. 2018.
189. Chodorow N. “Feminism and psychoanalytic theory” in *Feminisms*: Oxford: Oxford University Press; 1994.
190. Luo S, Han S. The association between an oxytocin receptor gene polymorphism and cultural orientations. *Culture and Brain*. 2014;2(1):89-107.
191. BJ F. Fisch and Spehlmann’s EEG Primer. 3rd printing, revised and enlarged ed. New York: Elsevier; 2002.
192. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. New York :Routledge Press; 2016.
193. Farinelli M, Panksepp J, Gestieri L, Maffei M, Agati R, Cevolani D, et al. Do brain lesions in stroke affect basic emotions and attachment? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2015;37(6):595-613.
194. Panksepp J. Can PLAY diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007;16(2):57-66.

EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı: Prot No: Telefon:
Cinsiyeti: Kadın Erkek

Yaş:

Eğitim durumu: okur yazar değil ilk okul ortaokul lise lisans lisans üstü

Çalışma durumu;

Medeni durumu;

Çocuk: yok var

Eğer var ise Çocuk sayısı;

Alkol kullanımı; Evet Hayır

Madde kullanımı; Evet Hayır

Sigara kullanımı: Evet Hayır Eğer evet ise (.....) paket/ yıl

Ek sistemik hastalık; var yok Varsa nedir?.....

Kullandığı ilaçlar ve süresi:

EK-2: ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda 18 tane cümle bulunmaktadır. Lütfen bu cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin ve yanıtlarınızı tüm yaşamınızı göz önünde bulundurarak verin. Her sorunun yanında "doğru" ve "yanlış" seçenekleri bulunmaktadır. Sizin durumunuza en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

1. Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir. Doğru / Yanlış
2. İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz. Doğru / Yanlış
3. Başka birine rahatça bağlanırım. Doğru / Yanlış
4. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim. Doğru / Yanlış
5. İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim. Doğru / Yanlış
6. Başka bir insana tümüyle güvenmek zor gelir. Doğru / Yanlış
7. Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam. Doğru / Yanlış
8. Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım. Doğru / Yanlış
9. Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm. Doğru / Yanlış
10. Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım. Doğru / Yanlış
11. Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim. Doğru / Yanlış
12. Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır. Doğru / Yanlış
13. Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum. Doğru / Yanlış
14. Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam. Doğru / Yanlış
15. Başka birinin benimle çok yaklaşması beni endişelendirir. Doğru / Yanlış
16. Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır. Doğru / Yanlış
17. Sıklıkla birlikte olduğum kişi, benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yaklaşmak ister. Doğru / Yanlış
18. Sıklıkla birlikte olduğum kişi ile, onun kendini rahat hissettiğinden daha yakın olmak isterim. Doğru / Yanlış

EK-3: YETİŞKİNLERDE DEHB ÖLÇEĞİ

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

İsim: Tarih:	Asla	Nadi- ren	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?					
A BÖLÜMÜ					
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?					
B BÖLÜMÜ					

EK-4: WENDER-UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (25 maddeli kısa form)

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

EK-5: AFEKTİF SINIRBİLİM KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

Seçtiğiniz rakamı lütfen (○) şekilde yuvarlak içine alın ve her madde için tek şıkkı işaretleyin.

1. Kesinlikle katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Katılmıyorum
4. Kesinlikle katılmıyorum

1. Hemen hemen her küçük problem veya bilinmeyen ilgimi çeker	1	2	3	4
2. Beni iyi tanıyanlar benim kaygılı bir insan olduğumu söyleyebilirler.	1	2	3	4
3. Başkalarıyla ilgilenmek ve onlara bakmak için genellikle güçlü bir ihtiyaç hissederim.	1	2	3	4
4. Engellendiğimde çoğunlukla kızgın olurum.	1	2	3	4
5. Kolayca eğlendirilebilen ve bolca gülen biriyim.	1	2	3	4
6. Çoğu zaman kendimi üzgün hissederim.	1	2	3	4
7. Evrenle bir bütün olduğumu hissetmek hayatıma daha fazla anlam katar.	1	2	3	4
8. Hislerim ve duygularımın farkında olmak için çaba gösteririm.	1	2	3	4
9. Özel olayları beklemekten fazla zevk almam.	1	2	3	4
10. Çoğu zaman karar vermekte zorlanmam.	1	2	3	4
11. Bazı insanların yavru hayvanlara karşı sergiledikleri abartılı tutumları çok saçma buluyorum.	1	2	3	4
12. Eğer istediğimi elde etmekte engellenmişsem genellikle durumu olduğu gibi kabullenirim.	1	2	3	4
13. Arkadaşlarım beni muhtemelen çok ciddi biri olarak tanımlarlar.	1	2	3	4
14. Birçok insana kıyasla reddedilmekten daha az etkilenirim.	1	2	3	4
15. Hayatımın anlamı diğer canlılarla bağlantımın olduğunu hissetmekten kaynaklanmaz.	1	2	3	4
16. Zaman zaman az da olsa dedikodu yaparım.	1	2	3	4
17. Yeni deneyimleri yaşamayı beklemekten gerçekten keyif alırım	1	2	3	4
18. Çoğunlukla, fırsat kaçtıktan sonra nasıl yakalayabilirdim diye düşünürüm.	1	2	3	4
19. Çocuklarla ilgilenmek, onlara bakmak hoşuma gidiyor.	1	2	3	4
20. Arkadaşlarım beni muhtemelen fevri (çabuk sinirlenen) biri olarak tanımlarlar.	1	2	3	4
21. Yapılan işi eğlenceli hale getiren biri olarak bilirim.	1	2	3	4
22. Bir şeyleri kırmak isteyecek kadar kızgın olduğum bir zaman hatırlayamıyorum.	1	2	3	4
23. Genelde, yaradılışın güzelliğinden manevi bir haz alırım.	1	2	3	4
24. Müzik dinlerken bazen kendimi o kadar kaptırırım ki etrafımda olan biteni bile fark etmem.	1	2	3	4
25. Ulaşılamayacak büyük planlar yerine pratik hedefler seçmeyi tercih ederim.	1	2	3	4
26. Kendimi bir savaşçı olarak tanımlamam.	1	2	3	4
27. Hasta bir insana bakmak bana yük olur.	1	2	3	4
28. Bir şeyleri kırmak isteyecek kadar kızgın olduğum bir zaman hatırlayamıyorum.	1	2	3	4
29. İtiş kakış içeren sert oyunlar genellikle hoşuma gitmez.	1	2	3	4
30. Birçok insana kıyasla daha az üzgün hissedyorum.	1	2	3	4
31. Önemli zorlukların üstesinden gelmek için nadiren maneviyata sığınırım.	1	2	3	4
32. Her zaman doğruyu söylerim.	1	2	3	4
33. Cevabı aramak çözümü bulmak kadar zevklidir.	1	2	3	4
34. Çoğu zaman, kendimi dışarıdakilerin fark ettiğinden daha gergin hissederim.	1	2	3	4
35. Yavru hayvanların yanında olmayı severim.	1	2	3	4
36. Kızdığımda çoğu zaman içimden küfretmek gelir.	1	2	3	4
37. Genellikle iyi zamanları düşünür, mutlu olurum.	1	2	3	4
38. Çoğunlukla yalnız hissederim.	1	2	3	4
39. Bütün canlılarla bir olduğumu hissetmek benim için önemli bir ilham kaynağıdır.	1	2	3	4
40. Sabun köpüğündeki renkler gibi küçük şeylerden keyif almak hoşuma gider.	1	2	3	4
41. Genellikle, hedeflerim hakkında az hevesli ve az beklentili olurum.	1	2	3	4
42. Hayatta çok az sayıda korkum vardır.	1	2	3	4
43. Çocukların etrafında olmaktan özellikle bir keyif almam.	1	2	3	4
44. Engellendiğimde nadiren sinirlenirim.	1	2	3	4
45. Saçmalığa varan esprilerden hoşlanmam.	1	2	3	4
46. Aileme çok bağlıyım.	1	2	3	4
47. Benim için maneviyat içsel huzur ve uyumu sağlayan öncelikli bir kaynak değildir.	1	2	3	4
48. Bazen içimden küfretmek gelir.	1	2	3	4
49. Bir amaç uğruna çaba sarf etmek ve sonucunu beklemekten o amaca ulaşmak kadar zevk alırım.	1	2	3	4
50. Bazen sorunlarım hakkında kaygılanmaktan kendimi alamam.	1	2	3	4
51. Genellikle başı boş kalmış hayvanlara karşı yufka yürekliyim.	1	2	3	4

52. Biri beni kızdırdığında uzun süre etkisinde kalırım.	1	2	3	4
53. Beni tanıyanlar benim eğlenceyi seven biri olduğumu söylerler.	1	2	3	4
1. Kesinlikle katılıyorum 2. Katılıyorum 3. Katılmıyorum 4. Kesinlikle katılmıyorum				
54. Çoğu zaman, sevmiş olduğum, artık yanımda olmayan insanlar hakkında düşünürüm.	1	2	3	4
55. Manevi konular üstünde yoğunlaşmak genellikle içimde güçlü bir hayranlık (duygu seli) ve imkanların sonsuzluğu hissini uyandırır.	1	2	3	4
56. Kendimi hiç şiir yazarak ifade etmeyi denemedim.	1	2	3	4
57. Genellikle sadece çözmüş olmak için problem veya bilinmeyenleri çözmekle ilgilenmem.	1	2	3	4
58. Arkadaşlarım benim cesur olduğumu ve beni korkutmanın zor olduğunu söyler.	1	2	3	4
59. Genelde evde hayvan beslemenin, değdiğinden daha fazla sorun çıkardığını düşünürüm.	1	2	3	4
60. Beni iyi tanıyanlar benim neredeyse hiç kızmadığımı söyler.	1	2	3	4
61. Şakalaşmaktan özellikle bir keyif duymam.	1	2	3	4
62. Arkadaşlarımın veya ailemin beni onaylamaması beni özellikle üzmez.	1	2	3	4
63. Hayatımın anlam ve amacımı manevi değerlerim belirlemez.	1	2	3	4
64. Bir şeyden kaçmak için hiç hasta rolü yapmadım.	1	2	3	4
65. Meraklılığım beni bazen başkalarının boşa harcanan zaman olarak nitelendirdiği şeyleri yapmaya iter.	1	2	3	4
66. Çoğu zaman gelecek hakkında kaygılanırım.	1	2	3	4
67. Evsizler için üzülürüm.	1	2	3	4
68. Birisi yapmak istediğim şeyi yapmama engel olmaya çalışırsa rahatsız olurum.	1	2	3	4
69. Çoğu zaman mutluluk duyarım.	1	2	3	4
70. Sık sık sevdiğim kişileri kaybettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4
71. İnsanlığın bir parçası olduğumu hissetmek beni daha etik seçimler yapmaya iter.	1	2	3	4
72. Şiirsel bir dil veya süslü hitap beni özellikle etkilemez.	1	2	3	4
73. Çıkıp yeni şeyler keşfetme ihtiyacımı nadiren duyarım.	1	2	3	4
74. Bende kaygı uyandıran çok az şey vardır.	1	2	3	4
75. Başkalarının bana ihtiyaç duyduğunu hissetmek hoşuma gitmez.	1	2	3	4
76. Birisine vurmaya isteyecek kadar nadiren kızarım.	1	2	3	4
77. Bir çok insanın komik bulduğu şeyler genelde bana komik gelmez.	1	2	3	4
78. Arkadaşlarımdan uzağa gitmek beni üzmez.	1	2	3	4
79. Koyduğum hedefler manevi değerlerimden etkilenmez.	1	2	3	4
80. Hayatımda karanlıktan korktuğum zamanlar olmuştur.	1	2	3	4
81. Yeni bir ortama girdiğimde, hep etrafımı incelemekten ve daha iyi tanımaktan hoşlanırım.	1	2	3	4
82. Çoğunlukla “Doğru kararı veriyor muyum?” diye kaygılanırım.	1	2	3	4
83. Sık sık başkalarını iyi hissettirecek ufak tefek şeyler yaparım.	1	2	3	4
84. Olaylar istediğim gibi gelişmeyince bazen içimden bir şeye tekme atmak veya vurmaya gelir.	1	2	3	4
85. Fiziksel temas içerenler dahil her türlü oyundan zevk alırım.	1	2	3	4
86. Arkadaşlarımla olamadığım zamanlar çoğunlukla sıkın ve bunalmış hissedirim.	1	2	3	4
87. Manevi değerler sınırlarımı aşmama yardımcı olur.	1	2	3	4
88. Bir film ya da benzeri bir şey izlerken kendimi o kadar kaptırıyorum ki sanki onun bir parçasıymışım gibi hissediyorum.	1	2	3	4
89. Sorunları irdeleyip inceleyen biri değilim.	1	2	3	4
90. Geleceğim hakkında nadiren endişelenirim.	1	2	3	4
91. İnsanların benimle duygusal yakınlık kurmalarını özellikle istemem.	1	2	3	4
92. Birine bağırarak isteyecek kadar kızgın hale genellikle hiç gelmem.	1	2	3	4
93. Sadece eğlencesi için oynanan ve açık bir kazanımı olmayan oyunlardan daha az zevk alırım.	1	2	3	4
94. Kaybettiğim insanları ve ilişkileri nadiren düşünürüm.	1	2	3	4
95. “İnsanlara, onların istediği gibi davran” sözü benim hayat görüşüme uymaz.	1	2	3	4
96. Kasten hiç yalan söylemedim.	1	2	3	4
97. Çoğu zaman sanki her şeyi başarabilmişim gibi hissedirim.	1	2	3	4
98. Çoğu zaman sinirli hissedirim ve gevşemekte güçlük çekerim.	1	2	3	4
99. Başkalarının kayıplarının acılarını çok güçlü bir şekilde hissedebilen bir insanım.	1	2	3	4
100. Bazen, insanların çevirdiği dolambaçlı işler gerçekten sinirlerime dokunur.	1	2	3	4
101. Hayatı, eğlenmek için fırsatlarla dolu olarak görürüm.	1	2	3	4
102. Hüznü ve kayıp acısını güçlü hissedenden biriyim.	1	2	3	4
103. Bazen müzik dinlerken tüylerim diken diken olur, ürperirim.	1	2	3	4
104. Çoğu zaman hayat anlamsız gelir.	1	2	3	4
105. Aşırı derecede irdeleyici (araştırmacı) biri değilim.	1	2	3	4
106. Genellikle birşeyler hakkında kaygılanmaktan dolayı uykusuzluk çekmem.	1	2	3	4
107. Pek şefkatli değilim.	1	2	3	4
108. İnsanlar beni sınırladığında onlara kötü şeyler söyleme ihtiyacımı nadiren duyarım.	1	2	3	4
109. Başkalarıyla birlikte oyunlar oynamak benim için özellikle keyif veren bir şey değildir.	1	2	3	4
110. Başkalarıyla iletişim kurmaktan hemen hemen her zaman mutlu olurum.	1	2	3	4