



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
HASTALARDA ÇEKİNGEN KİŞİLİK
BOZUKLUĞU EŞTANISI OLAN VE OLMAYAN
GRUPTA ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE
ALT TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. CANER YOLDAŞ

DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ BİLGE DOĞAN

AYDIN-2018

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

**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
HASTALARDA ÇEKİNGEN KİŞİLİK
BOZUKLUĞU EŞTANISI OLAN VE OLMAYAN
GRUPTA ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE
ALT TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. CANER YOLDAŞ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ. BİLGE DOĞAN

AYDIN-2018

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimimde bana emeği geçen ve tezimin oluşmasında büyük katkıları olan tez danışmanı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Bilge DOĞAN ve uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgilerini, engin akademik ve klinik deneyimlerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK hocam başta olmak üzere Prof. Dr Ferhan DEREBOY, Doç. Dr Vesile ALTINYAZAR, Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş Öykü MEMİŞ, Dr. Öğr. Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR, asistanlığımın ilk yılında görev yaptığım Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim sorumlusu hocam Doç. Dr. İbrahim EREN'e, uzmanlara, araştırma görevlisi arkadaşlarıma, psikiyatri ekibinin diğer üyeleri olan hemşire, psikolog, sekreter ve personel arkadaşlarıma; en içten teşekkürlerimi sunarım.

Arş.Gör.Dr. Caner YOLDAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLolar DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
EKLER DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)	3
2.1.1. SAB Tanım	3
2.1.3. SAB Epidemiyolojisi	3
2.1.4. SAB Etiyolojisi.....	5
2.1.4.1. Kuramlar	6
2.1.4.1.1. Psikodinamik Model.....	6
2.1.4.1.2. Psikobiyolojik Model: Savunma/Güvenlik Modeli	6
2.1.4.1.3. Şartlanma Modeli	6
2.1.4.1.4. Kendilik Sunumu Modeli	7
2.1.4.1.5. Sosyal Beceri Modeli	7
2.1.4.1.6. Bilişsel ve Davranışçı Modeli.....	7
2.1.4.2. Genetik Geçiş ve Ailesellik	9
2.1.4.3. Travmatik Sosyal Yaşantılar	9
2.1.4.4. Nörotransmitter Değişiklikleri.....	10
2.1.4.5. Nörohormonal Sistemler Hipotalamik-Pituer-Adrenal Aks (HPA)	12
2.1.5. SAB Demografik Özellikleri	13
2.1.6. SAB’da Klinik	13
2.1.6.1. SAB’da Klinik Görünüm.....	13

2.1.6.2. SAB’daKlinik Gidiş	14
2.1.7. SAB Alt Tipleri	15
2.1.7.1. Bir Alt Tip Belirteci Olarak ‘Korkulan Sosyal Durumlar’	16
2.1.8. SAB Tanı Ölçütleri.....	17
2.1.8.1. DSM-IV-TR	17
2.1.8.2. SAB’da (Sosyal Kaygı Bozukluğu) DSM-V ’e göre tanı ölçütlerindeki değişiklikler.....	18
2.1.9. SAB’daEş Tanı.....	19
2.1.9.1. SAB ve DEHB Eş Tanı Varlığı	20
2.1.11. SAB’da Tedavi	23
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	24
2.2.1. DEHB Tanım.....	24
2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi.....	24
2.2.4. DEHB Etiyolojisi.....	26
2.2.4.1. Nörokimyasal Etkenler	27
2.2.4.2. Genetik Etmenler	28
2.2.4.3. Biyokimyasal Etkenler	28
2.2.4.4. Prenatal ve Doğumsal Etkenler	28
2.2.4.5. Psikososyal ve Çevresel Etkenler	28
2.2.5. Erişkin DEHBEtiyolojisi	29
2.2.6. DEHB’de Klinik	29
2.2.6.1. DEHB’de Klinik Görünüm.....	29
2.2.6.2. DEHB’de Klinik Gidiş	30
2.2.7. DEHB Alt Tipleri	31
2.2.8. DEHB’de Tanı.....	31

2.2.8.1. DSM-IV’e göre DEHB Tanı Ölçütleri	32
2.2.8.2. DSM-V’e göre DEHB Tanı Ölçütleri.....	34
2.2.12. DEHB Tedavisi	37
2.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu (ÇKB).....	38
2.2.1. ÇKB Tanım	38
2.2.3.ÇKB Epidemiyolojisi	38
2.2.4. ÇKB Etiyolojisi	39
2.2.5. ÇKB’deKlinik.....	39
2.2.5.1. ÇKB’de Klinik Görünüm	39
2.2.5.2. ÇKB’de Klinik Gidiş.....	40
2.2.6. ÇKB’de Tanı	40
2.2.6.1. DSM-IV’egöre ÇKB Tanı Ölçütleri	40
2.2.6.2. DSM-5’e göre ÇKB Tanı Ölçütleri	41
2.2.7. ÇKB’nin Tedavisi:.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. İzinler.....	43
3.2. Araştırma Bölgesi	43
3.3. Araştırmanın Tipi	43
3.4. Araştırma Yeri ve Zamanı	43
3.5. Araştırma Evreni, Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi	43
3.5.1. Araştırma Evreni.....	43
3.5.2. Araştırmanın Örnek Büyüklüğü	44
3.5.3. Araştırmanın Örnek Seçimi	44
3.6. Araştırmaya Alınma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri.....	44
3.6.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	44

3.6.2.Araştırmada Dışlama Kriterleri	44
3.6.3. Çıkarılma Kriterleri	45
3.7. Araştırma Süreci	45
3.8. Veri Toplama Yöntemi, Veri Toplama Araçları, Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ..	45
3.8.1. Veri Toplama Yöntemi.....	45
3.8.2. Veri Toplama Araçları.....	46
3.8.2.1. Sosyodemografik klinik veri formu.....	46
3.8.2.2. DSM-IV eksen tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I)	46
3.8.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	46
3.8.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	47
3.8.2.6. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)	47
3.8.2.8. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)	47
3.8.2.9. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)	48
3.8.2.10. DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tani ve Değerlendirme Envanteri	49
3.9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	50
3.9.1. Bağımlı Değişkenler	50
3.9.2. Bağımsız Değişkenler.....	50
3.10. Araştırma Takvimi.....	51
3.11. Araştırma Bütçesi ve Destekler	51
3.12. Verilerin Analizi	51
4. BULGULAR	52
4.1. SAB Tanılı Hastaların ve SAB'a Eşlik Eden ÇKB Tanılı Hastaların Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	52

4.2. SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının SCID 1 Eştanı Varlığı Bakımından Karşılaştırılması	57
5. TARTIŞMA.....	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
ÖZET	68
SUMMARY	70
KAYNAKLAR.....	72
EKLER	94



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I: SAB ve SAB’a eşlik Eden ÇKB Tanılı Hastaların Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	52
Tablo II: SAB ve SAB’a eşlik eden ÇKB tanılı hastaların Yetişkin, Çocukluk Çağı DEHB ve SAB Tanıları Bakımından Karşılaştırılması	54
Tablo III: SAB Tanılı Hastaların İlaç Kullanımlarının Dağılımı	55
Tablo IV: Katılımcılarda Bulunan SCİD 1 İle Tanı Konan Psikiyatrik Hastalıkların Dağılımı	56
Tablo V: DEHB Alt Tipleri ve SAB Alt Tiplerinin Dağılımı	56
Tablo VI: SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının SAB Alt Tipi Bakımından Değerlendirilmesi	57
Tablo VII: SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının SCİD 1 Eştanı Varlığı Bakımından Karşılaştırılması	57
Tablo VIII: SAB Ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması	58
Tablo IX: Çocukluk Çağı ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Toplam Ve Alt Ölçek Puanları İle Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu Semptomları Korelasyon Tablosu	60
Tablo X: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	61

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HT	: 5 Hidroksitriptamin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADHD	: Attention-deficit/hyperactivity disorder
ARSR	: Kendi Bildirim Ölçeği
BAO	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
BP	: Bipolar
CRF	: Kortikotrop Salgılayıcı Faktör
ÇDŞG-ŞY-T:	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması
ÇKB	: Çekingen Kişilik Bozukluğu
DA	: Dopamin
DAT1	: The human dopamine transporter
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DRD 2	: Dopamin D2 Reseptör Geni
DSM IV-TR	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-III	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
GH	: Growth Hormon
ICD	: International Clacification of Disease

K-SADS	: The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
K-SADS-PL	: The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage Children-Present and Lifetime Version
LSAÖ	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
LSAÖ	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri
mCCP	: Metaklorofenilpiperazin
m-CCP	: Metilkloro-Fenil-Piperazin
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MPH	: Metilfenidat
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MVP	: Mitral Valv Prolapsusu
NA	: Noradrenalinin
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
PFC	: Prefrontal Kortekste
PTSD	: Metilfenidat
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SCID-I	: DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği
SNRI	: Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor
SPECT	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
UP	: Unipolar
VDM	: Vücut Dismorfik Bozukluğu

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu	94
Ek 2. Scıd Kişilik Envanteri	95
Ek 3. Ayrılma Anksiyetsi Belirti Envanteri.....	96
Ek 4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	97
Ek 5. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (Devam).....	98
Ek 6. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği.....	99
Ek 7. Beden Algısı Ölçeği	104
Ek 8. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	106
Ek 9. Beck Depresyon Envanteri.....	107
Ek 10. Beck Anksiyete Ölçeği.....	108
EkK 11. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	109
EkK 12. Wender Utah - 25	111
Ek 13. Dsm-Iv'e Dayalı Erişkin Deb/Dehb Tanı ve Değerlendirme Envanteri	112

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Genel toplumda özgül fobiden sonra en sık görülen bunaltı bozukluğu Sosyal Anksiyete Bozukluğu'dur(SAB)(1).Genel olarak bakıldığında Sosyal Anksiyete Bozukluğu hastalarının yaklaşık olarak %80' inde belirtiler 20 yaşından önce başlamaktadır(2).

Mc Evoy ve Ark.'nınyaptığı çalışmada SAB'ın en erken başlayan anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. (3). Çeşitli araştırmalarda, sosyal anksiyete bozukluğu(SAB) tanılı hastalarda ÇKB yaygınlığı %60-90 arasında bulunmuştur(4).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), birçok toplumda oldukça sık görülen, erken çocukluk ve hatta intrauterin dönemde bile kendini belli edebilen bir bozukluktur. Hastaların yarısından fazlasında erişkinlikte de etkinliğini sürdürüp, bireysel gelişim ve sosyal ilişkiler açısından, toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından biri olmaktadır. Tedavi edildiği zaman sağlanan belirgin düzelme, tedavi edilmediğinde psikiyatrik ve sosyal sorunlara yol açması, zaman ilerledikçe hastalığın tanınmışlığının artmasına rağmen etiyoloji ve patofizyoloji hakkındaki kısıtlı bilgiler hastalığa olan ilgiyi artırmaktadır(5).

DEHB, depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi sık görülen psikiyatrik bozukluklarla çok yüksek oranlarda komorbidite göstermekte ve bu bozuklukların tanı ve tedavisinde sorunlara yol açabilmektedir(6).

DEHB ve anksiyete bozuklukları, erişkinlerin%25-50 kadarında birlikte görürler. DEHB ve anksiyete bozuklukları bir arada görüldüğünde, her iki bozukluğun belirtileri birbiriyle iç içe geçip ayrı ayrı tanımlanmaları son derece zor olabilir. DEHB ve anksiyete bozuklukları çok sık olarak birlikte görüldüklerinden ve komorbid durumlarda her iki bozukluğun belirtilerini ayırt etmek güç olduğundan, erişkin DEHB değerlendirilmesi yapılan her olguda anksiyete belirtileri sorgulanmalıdır(6).

DEHB olan bireyler çocukluktan başlayarak kronik bir biçimde uyarılmaktadır. Elinde olmayan bir bozukluk nedeniyle sürekli uyarılan bir kişi için özgüven azalması neredeyse kaçınılmazdır. Yıllar içinde bu duruma kendi kapasitesinin altında başarı gösterme ve ilişkilerde sorunlar yaşama gibi DEHB'e bağlı işlevsellik sorunlarıeklenince özgüven azalması kronik hale gelmekte, distimi veya depresyona önemli bir yatkınlık yaratabilmektedir(6).

Çocukluk DEHB ve SAB arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar son yıllarda artmıştır. Her ne kadar iki tane küçük örneklemli sosyal anksiyete bozukluğu çalışmasında DEHB tanısı veya semptomları düşük oranda bulunmuş olsa da, çocukluk çağı DEHB’de yüksek oran saptanmıştır(7). İlk çalışmada, 130 ayaktan birincil tanısı SAB olan yetişkinlerden % 72.3’ü, çocukluk çağı DEHB için tanı kriterlerini karşılamışolarak bildirilmiş(8)İkinci çalışma ise 142 SAB’lı hastanın % 62,1’inde çocukluk çağı DEHB olduğunu göstermiş(9). Bu gözlemlere dayanarak,SAB’ın bazı hastalarda başka hastalığa (DEHB gibi) sekonder gelişebileceği düşünülebilir. Ayrıca Koyuncu ve ark. DEHB’e bağlı gelişen sosyal anksiyete, sosyal anksiyetenin bir alt grubu olabileceğini varsaymıştır(10). DEHB ile SAB ilişkisini gösteren çalışmaların yeterli sayıda olmadığını düşünerek, bu ilişkinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacakbir çalışmayapmayı hedefledik. Elde edilen verilerle ileriki araştırmalara yönelik bilgilere ve verilere ulaşmayı planladık.Bu çalışmada iki hipotez kuruldu.Birinci hipotez; “H0: Sosyal anksiyete hastalarında Çekingen Kişilik Bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan grupta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı ve alt tipleri arasında ilişki yoktur,İkinci hipotez ise;H1: Sosyal anksiyete hastalarında Çekingen Kişilik Bozukluğu eş tanısı olan ve olmayan grupta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı ve alt tipleri arasında ilişki vardır.”

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)

2.1.1. SAB Tanım

Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Sürüm(DSM IV-TR) tanımına göre, SAB başkaları tarafından aşağılanacağı, utandırılacağı veya olumsuz biçimde yargılanacağına ilişkin korku ile karakterize bir bozukluktur. Hastalar uygunsuz biçimde davranmaktan veya diğerleri tarafından dikkatlice incelenmekten korkabilirler. Ayrıca yanlış yapmaktan, bir şekilde sakarlık yapmaktan veya diğerlerinin kendi huzursuzluğunu ve buna ilişkin fiziksel belirtilerini fark etmelerinden de korkmaktadırlar. Bir sohbeti başlatmak veya sürdürmek; toplum önünde konuşmak, yemek, içmek veya yazı yazmak; yeni insanlarla tanışmak; sosyal buluşmalara katılmak ve telefonda konuşmak sıkıntıyla katlanılan veya kaçınılan durumlara örnek olarak verilebilir. Bu tür sosyal ortamlara maruz kalındığı zaman panik ataklara da yol açabilecek ölçüde bir takım fiziksel belirtiler gözlenebilir. Bunlar kas seğirmesi, yüz kızarması, çarpıntı ve titreme gibi genel korku tepkileri olmakla beraber SAB tanısı için bu bulgu ve belirtilerin sosyal durumlarda ortaya çıkması gerekmektedir(11).

SAB'a sıklıkla eşlik eden özellikler arasında eleştirilmeye, olumsuz biçimde değerlendirilmeye ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük çekme ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları yer almaktadır. Toplumsal destek sistemlerinin zayıflığı nedeniyle okuldan atılma, işsiz kalma, iş görüşmesi yapamama gibi sorunlar yaşayabilirler(12).

2.1.3. SAB Epidemiyolojisi

SAB'ın yaygınlığı ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır ve bu çalışmalar sonucu en sık görülen anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır(13).

Uluslararası yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında, SAB'ın son 30 günlük, 12 aylık ve yaşam boyu prevalans oranları sırasıyla 1.3, 2.4, 4.0 olarak belirtilmiştir. Sosyal Anksiyete Bozukluğu prevalansı endüyük oranları, düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde, (Afrika ve Doğu Akdeniz Bölgesi ülkeleri) saptanmakla birlikte, en yüksek oranlar Amerika ve Batı Pasifik bölgesi gibi yüksek gelirli ülkelerde saptanmıştır. Katılan tüm ülkelerde başlangıç

yaşı erken bulunmuşken, yüksek-orta gelirli ülkelerde ve Afrika'da, Doğu Akdeniz ülkelerinde hastalığın sürekliliği en yüksek oranlarda bulunmuş.

Toplum kaynaklı çalışmalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu saptanmıştır(14).Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu sıklığı %9.8-22 arasında bulunmuştur(15).Yine ülkemizde yapılmış bir başka çalışmada üniversite öğrencilerinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre SAB varlığı sorgulanmış ve SAB tanısının katılımcıların %22'sinde bulunduğu saptanmıştır(16).

Sosyal anksiyete bozukluğu'nunyaşam boyu prevalans ve bir yıllık yaygınlık oranları çalışma sonuçları; bir gözden geçirme çalışmasında 16-65 yaş arasında %0.53-45.6 aralığında, bir yıllık yaygınlık %1-9.1 aralığında değişirken(17), bir diğer gözden geçirme çalışmasında da yaşam boyu yaygınlık oranları %0.4-13.7 aralığında, bir yıllık yaygınlık oranlarının ise %1.3-7.9 aralığında iken, yaşa göre değerlendirildiğinde ise yaygınlık oranlarının 18 yaşın altında %1.6, 18 yaş ve üstünde %0.4- 17 arasında olduğu bildirilmiştir(18).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar arasında SAB sıklığına bakıldığında genel toplum sonuçlarına benzer olarak SAB'ın yaşam boyu yaygınlığı %9-14 ve nokta yaygınlığı ise %4.9 olarak saptanmıştır(19). Bu çalışmalar, sık görülen bir bozukluk olmasına karşın SAB tanısının birinci basamakta genellikle atlandığına ve hastaların tedavi göremediğine işaret etmektedir.

Tayvan, Taipei ve Kore gibi Uzakdoğu ülkelerinde yaşam boyu prevalans %0.4-0.5 arasında değişmekte iken, Almanya'da %12, İsviçre'de ise %16 oranında yaşam boyu prevalans saptanmaktadır. Bu farklılıklar, çalışmalardaki örneklem yaş aralığının (ergen grubunu içerip içermemesi), sosyal işlevsellik ölçütü yorumlarının ve kültürel etkenlerin farklı oluşu ile açıklamışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülenEpidemiyolojik Alan Çalışması'ndaSAB'ın tahmini yaşam boyu yaygınlığı %2.4 bulunurken,"Ulusal Komorbidite Araştırması"nda yaşam boyu SAB prevalansı %13.3 olarak saptanmıştır. Bu oran ABD'de majör depresyon (%17) ve alkol bağımlılığından (%14) sonra SAB'ın 3. yaygın psikiyatrik rahatsızlık ve en sık rastlanılan anksiyete bozukluğu olduğuna işaret etmektedir(20, 21).

Yeni SAB tanısı konulan hastaları araştıran Kanada'da yapılmış bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık %7.1(22), Almanya'da yapılmış bir diğer çalışmada ise %8.7 (23) olarak

saptanmıştır. Çalışmalarda kullanılan tanı ölçütlerindeki farklılıklar sonuç verileri arasında oldukça geniş bir aralık oluşmasına yol açmaktadır.

Alan çalışmaları sonuçlarına göre genel olarak SAB kadınlarda, genç ve bekar olanlarda, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Bazı alan çalışmalarında SAB kadınlarda daha sık görülürken (%62.7-%70) (20,22,24), yapılan klinik çalışmalarda erkek oranının daha yüksek olması kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirirken bu konuda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olması ile açıklanmaktadır. Yine Türkiye’de yapılan bir çalışmada da benzer biçimde tedavi için başvuranların %65’inin erkek olduğu belirlenmiştir(25).

Epidemiyolojik verilere göre SAB tanısı alanlarda evli olmama oranı hem kontrollerden hem de agorafobisi veya basit kaygı bozukluğu olan hastalardan daha fazladır. Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bekar oranı diğer kaygı bozukluğu tanısı alan gruplarla kıyaslandığında anlamlı biçimde sosyal kaygı grubunda daha yüksek bulunmuş (SAB, obsesifkompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğunda sırasıyla %63.8, %35, %11 ve %27) .SAB olanların sosyo-ekonomik ve eğitim durumlarının daha düşük olduğunu bildiren çalışmalara karşın kontrol grubu ile bir farklılık bulunmadığı yönünde sonuçlar da mevcuttur(26).

Magee ve arkadaşları 1996 yılında yaptıkları çalışmada SAB olan hastalarda diğer kaygı bozukluğu olanlara göre algılanan sosyal ve mesleki bozulma derecesinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir(14). Ülkemizde yapılan bir çalışmada işsizlik oranı %18 bulunmuştur. Bu oran hem kontrol grubu hem de obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış gruplarla kıyaslandığında SAB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksekti. Eğitim düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek düzeyde olmasına karşın işsizlik oranının yüksek olması hastalığın nedeni yeti kaybı oluşturduğuna ait çarpıcı bir sonuç olarak düşünülebilir(26).

2.1.4. SAB Etiyolojisi

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

olgularda ise okula gitmek istemeyen sosyal anksiyeteli çocuklar olduklarını bildirmişlerdir(27). SAB'ın etiyolojisini açıklayan biyolojik, bilişsel ve psikodinamik kuramlarmevcuttur.

2.1.4.1. Kuramlar

2.1.4.1.1. Psikodinamik Model

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

2.1.4.1.2. Psikobiyolojik Model: Savunma/Güvenlik Modeli

- Doğuştan savunma düzeneği yapısal olarak çok güçlü ise,
- Doğuştan güvenlik düzeneğiyapısal olarak çok zayıf ise,
- Ebeveyn rolü disiplin yönelimli ise,
- Ebeveyn rolünde işbirliği yönelimi zayıf ise, aşırı sosyal anksiyete ve SAB gelişebilir(28).

2.1.4.1.3. Şartlanma Modeli

Diğer özgül fobilerde olduğu gibi bir ya da daha fazla travmatik şartlandırıcı yaşantının sonucu olarak sosyal anksiyete bozukluğu gelişebileceği önemli bir varsayımdır. Doğrudan travmatik şartlanmada SAB olan kişiler fobilerinin kaynağını oluşturan yaşantıları belleğe geri çağırabilirler. Gözlemsel veya vekaleten şartlanmada ise belirli bir durum veya nesne karşısında bir başkasının korkusunun gözlenmesi korku veya kaygı bozukluğu şartlanması için yeterli olmaktadır(29).

2.1.4.1.4. Kendilik Sunumu Modeli

Sosyal anksiyetenin kendilik sunumu varsayımına göre insanlar şu iki durum birlikte oluşunca sosyal anksiyetey yaşarlar .

Kişi,

- Diğer insanlar üzerinde özellikle iyi izlenim bırakma konusunda isteklidir,
- İsteddiği izlenimi elde etme konusunda şüpheleri vardır.

Bu iki durumdan herhangi biri olmazsa sosyal anksiyete gelişmez(30).

2.1.4.1.5. Sosyal Beceri Modeli

Bu varsayım göre sosyal anksiyete sosyal beceri eksikliği sonucu oluşur. Bu modelde hem olumsuz değerlendirilme korkusu, hem de şartlanma dönemleri ana zorluğun epifenomenini oluşturur. Önceki yıllarda sosyal anksiyeteyi tedavi için gösterilen çabalar bu hastaların kaygılarının kaynağının sözel (ör: konuşma içeriğinin uygun olması) ve sözel olmayan (ör: göz teması, duruş, jest ve mimikler) sosyal becerilerindeki eksikliklere bağlı olduğu öngörüsüne dayanmaktaydı. Sosyal Beceri Eğitimi ile bu davranış becerilerinin artırıldığına inanılıyordu. Sonuçta kaygının altında yatan nedeni ortadan kaldırılarak sosyal sonuçların başarılı olma olasılığı arttırılıyordu. Sosyal etkinlik tedavisi; sosyal beceri eğitimi, modelleme, davranış provası, düzeltici geri bildirim ve sosyal güçlendirmeyi içermektedir(31).

2.1.4.1.6. Bilişsel ve Davranışçı Modeli

SAB'ın temelini hastaların sosyal durumlar ile ilgili olarak getirdikleri olumsuz beklentiler oluşturur(32,33).Bu beklentiler tipik olarak olumsuz sosyal performans korkuları (yine herşeyi berbat etmemeliyim, kelimeleri unutacağım ve konuşmaya devam edemeyeceğim), başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği (benim çok sıkıcı biri olduğumu düşünecekler) ve kontrol edilemeyen kaygıdır (çok terleyeceğim ve bunu fark edip benim hasta olduğumu düşünecekler). Yanlış inanışlar bu hastalarda anksiyeteyi ateşler ve daha fazla olumsuz bilişler gelişmesini körükler. Sosyal ortamlarda ufak hatalar veya kaygının anlamı ile ilgili inanışlar,SAB olan hastada bu olaylara verilen duygusal tepkiyi arttırır (32).

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

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

Sosyal performansın gerçek düzeyi ile ilişkisiz olarak bu “yükseltici bilişler” bireyin küçük ipuçları sonucunda kendisini sosyal olarak başarısız algılamasına yol açar. Bu hastalara göre hissettikleri yol başkaları tarafından algılandıkları yoldur(34). Olumsuz sosyal beklentiler, olumsuz sonuçlar konusunda tetikte olma, semptomların artışı ve belirtilerin ve sonuçlarının hatalı yorumlanması sosyal ortamlarda kaçmaya ve kaçınmaya yol açar. Sosyal olarak kaygı hisseden her birey için kaçma davranışı katastrofik korkudan kaçınmayı başarmaktır. Sosyal ortamla karşı karşıya kalmaya devam eden bireyde doğal olarak korkularda bir azalma olmamasının nedeninin “incelikle hazırlanmış kaçınma davranışına” yani kendilerini güvende hissedecekleri davranışlara bağlı olduğu öne sürülmüştür. Bu davranışlar başlangıçta kişinin güvenini artırıp, kaygısını azaltmakla birlikte potansiyel olarak katastrofik olan sosyal durumlardan şanslı olarak kaçabildiği düşüncesine neden olur. Böylece kişinin sosyal korkuları devam eder (32).

Olumsuz beklentiler nedeniyle kişinin sosyal durumlar konusunda sürekli olarak tetikte bulunması sonucu kişinin dikkatini odaklamada zorluk çekmesi ve yeterli sosyal performans gösterememesi kişinin sosyal ipuçlarına daha fazla dikkat etmesine neden olur. Bu olumsuz sosyal ipuçları başlangıç kaygısı, yanlış telaffuz edilen bir kelime veya konuşma sırasında ufak bir duraklama gibi belirsiz olmasına karşın bu bilişlerin önemi abartılır ve daha aşırı duygusal tepkilere yol açar (49).Anksiyete belirtilerinin artışı sonucu performansın daha fazla engellenmesi sosyal olarak başarısız olduğu duygusunu artırır. Bunu takip eden kaçma ve kaçınma davranışının sosyal becerilerin edinilmesini veya sürdürülmesini engellemesi daha fazla olumsuz beklentilerin oluşmasına yol açar ve sonuçta kişinin performansı belirgin ölçüde sınırlanır (32).

2.1.4.1.7. Evrimsel Psikiyatrik Açıklamalar

Sosyal anksiyete tüm insan ilişkilerinde yaşanan ve varlığı gerekli bir duygudur. Evrimsel olarak ele alındığında yabancı anksiyetesi olarak düşünülebilir ve türün devamını sağlayan duygulardan birisi olduğu söylenebilir. Bu anlamda yabancı anksiyetesi genetik olarak belirlenen ve biyolojik temelleri olan bir olgudur (35).

2.1.4.2. Genetik Geçiş ve Ailesellik

SAB'ın ailesel geçişli bir durum olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir(36,37,38). Bu geçiş zarardan kaçınma kişilik özelliği ile de ilişkili olup, özellikle SABy tipinde varyansın %84'ünü açıklayacak düzeydedir(39). İkiz çalışmalarında SAB olması durumunda diğerinde de SAB olma olasılığı yaygın olmayan tipte %6, yaygın tipte ise %16 olarak belirlenmiştir (40) 707 monozigot ve 491 dizigot ikiz üzerinde yürütülen bir çalışmada da ikizlerden birinde SAB olmasının diğerinde riski artırdığı saptanmış ve araştırmacıların yaptıkları modellemelerde bu riskin 0.36 oranında genetik etkenlerden, 0.59 oranında çevresel etkenlerden kaynaklandığını hesaplamışlardır (56). İngiltere'de 867 çocuk üzerinde yapılan toplum taramasında utangaçlık puanları yüksek çıkan 43 çocuğun annelerinde SAB prevalansı artmış, odds oranı 7,6 olarak bulunmuş(41). Selektif mutizm yaşayan çocukların 1. derece akrabalarında da SAB görülme oranı %70 olarak saptanmıştır (42). Başka bir çalışmada da selektif mutizmi olan çocukların ebeveynlerinde SABy prevalansı %37 iken, kontrol ebeveynlerde %14 olarak saptanmıştır(43).

Dopamin taşıyıcı geni (DAT1) polimorfizminin çocuklarda yaygın anksiyete bozukluğu, SAB, obsesif kompulsif bozukluk ve Tourette Hastalığı, yani genel anlamda internalizasyon sorunları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(44).Chr1 ,CCBL2, KYAT3 (Kynurenine Aminotransferase 3), , TPH2 (tryptophan hydroxylase 2) genlerinin SAB'ın ailesel geçişine neden olabileceği ile ilgili bilgiler olmakla birlikte, daha ileri çalışmalarla desteklenmesi ihtiyacı vurgulanmıştır. (45)

2.1.4.3. Travmatik Sosyal Yaşantılar

Sosyal ilişkilerle ilgili yaşanan travmatik bir olay SAB'ın kökenini oluşturabilmektedir. Hudson ve Rapee (2000), herhangi bir topluluk karşısında ya da sosyal ortamda bireyle alay edilmesi, komik duruma düşmesi ya da rezil olması gibi bir yaşantının travmatik bir yaşantı olarak kabul edilebileceğini belirtmektedirler(46).

İlişkilerle ilgili bu yaşantıların dışında bireylerin erken dönemde fiziksel, cinsel, duygusal istismarı ve ihmal edilmesi gibi olumsuz yaşantıları da travmatik sosyal yaşantılar kapsamında değerlendirilebilir(47).

Ost ve Hugdahl (1981), SAB ile ilgili çalışmalarında SAB'lı bireylerden oluşan örneklemelerinin % 58'inin hastalığın başlangıcı ile ilgili olarak olumsuz bir yaşantıyı bildirdiklerini ifade etmektedirler(48).

Stemberger ve arkadaşlarına göre ise yaygın sosyal anksiyete yaşayan hastaların %40'ı, yaygın olmayan sosyal anksiyete yaşayan hastaların ise % 56'sı hastalığın başlangıcı ya da kaygıların artışı olarak travmatik bir olayı göstermektedirler(49).

Erken dönemde sosyal durumlarla ya da performansla ilgili yaşanan travmatik olaylar ilerleyen dönemlerde klasik koşullanma yoluyla genellenebilmekte ve benzer durumlarda benzer tepkilere neden olabilmektedir. Travmatik bir yaşantıya bağlı olarak sosyal kaygı başladıktan sonra kısır döngü oluşmakta ve bireyde sosyal ortamlarda ya da durumlarda benzer kaygıları yaşayacağı ile ilgili olarak beklenti anksiyetesi ortaya çıkmaktadır(51). Bu beklenti anksiyetesi de bireyin sosyal durumlardan kaçınmasına ve olası olumlu deneyimleri yaşayamamasına buna bağlı olarak da olumsuz inanç ve beklentilerini sürdürmesine neden olmaktadır(50, 52).

2.1.4.4. Nörotransmitter Değişiklikleri

Merkezi reseptörlere yönelik çalışmalarda anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin serotonerjik agonistik ajanlar olan fenluramin (53) ve metilkloro-fenil-piperazin (m-CCP) (54) uygulamalarından sonra kortizol yanıtının kontrollere göre daha fazla arttığının gösterilmesi SAB olan hastalarda merkezi postsinaptik 5-TH2 reseptör duyarlılığının arttığı yönünde yorumlanmıştır. Bir Selektif Serotonin Reuptake İnhibitör (SSRI) olan sitolopram uygulamasıyla ise kortizol yanıtında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır(55).Sitolopram akut uygulamasından sonra sağlıklı kontrollerin emosyon tanıma becerilerinin artmış bulunması (56) sağlıklı kontrollerde 2 haftalık sitolopram kullanımından sonra boyun eğici davranışların azaldığının, göz temasının ve sosyal yaklaşmanın arttığının saptanması (57) SAB olan hastalarda amigdalada 5HT- 1A reseptör bağlanması azaldığının (58), talamusta ise serotonerjik taşıyıcı bölgelerine bağlanmanın arttığının (59) gösterilmesi SAB etiolojisinde serotonerjik dizgenin rolünü doğrular niteliktedir. SAB tedavisinde

essitoloqram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin ve sertralin gibi pek çok SSRI'n etkinliğinin gösterilmiş oluşu da SAB'da serotonerjik dizgenin önemine işaret etmektedir(60).

SAB'da tipik fiziksel belirtilerin (arpıntı, titreme vs...) sempatik aktivitede aşırı artış ve katekolaminlerin hızlı salınımı ile ilişkili olduğu hipoteziyle noradrenerjik dizge de araştırma konusu olmuştur. Sempatik etkinliği ölçmenin dolaylı bir yolu olan ortostatik postüre geçiş ile arteryel kan basıncı değişikliğinin SAB olan hastalarda kontrollerden daha fazla (61), kontrollerden daha az (62) veya kontrollerle aynı düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

SAB olan hastalar sempatik sinir sistemi tarafından düzenlenen terleme, kızarma ve titreme gibi belirtilerden yakınırlar. Performans kaygısında beta blokör ilaçlar etkili olmasına karşın yaygın SAB'da etkili değildir. Olgu örneklerinde alfa-2 agonisti olan klonidinin ise etkisi bildirilmiştir. Ayrıca toplum önünde konuşma gibi davranış challenge testi ile yapılan iki çalışmada da performans fobisinde meydana gelen kalp hızındaki artış normal kontrollerden farklı olmayan yaygın SAB'daki artıştan daha fazladır (63, 64). Bu da yaygın ve yaygın olmayan tip SABaltında yatan nedenlerin farklı olabileceğinin bir göstergesi olabilir.

Ortostatik challenge çalışma sonuçları ise panik bozukluk gibi diğer anksiyete bozukluklarında bulunandan farklı olarak SAB'da otonomik reaktivitede bir anormallik olabileceğini düşündürmektedir. İstirahat anında veya davranış sonrası plazma noradrenalin veya adrenalin düzeyinde değişiklik olduğunu bildiren tutarlı sonuçlar mevcut değildir (61).

Dopamin sistemindeki değişiklikler, SAB belirtilerinin ekspresyonunu etkilediği hipotezi ne srlmştir(65). SAB hastaları ve sağlıklı kontrollerdeki dopamin fonksiyonunu kıyaslayan moleküler görüntüleme çalışmalarının sonuçları çelişkilidir. nceki alışmalar striatumun SAB etiyo lojisinde ön planda olduğunu söylerken, güncel aktivasyon ve kan akım çalışmalarından elde edilen bulgular, prefrontal ve limbik beyin alanlarının etyolojide merkezi rol üstlendiğini göstermiştir. 2016 yılında yapılan bir hayvan çalışmasında, Dopamin D1 reseptörünün transmembranik yerleşimindeki azalmanın sosyal bilişte azalma ile sonuçlandığını belirtmiştir. Parker ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada; Drd11116S mutant sıçanlarda özellikle sosyal alanda işlevsellik bozulması olduğunu, bundan dolayı şizofreni, otizm, depresyon, bağımlılık, bipolar bozukluk ve diğer dopaminle ilgili psikiyatrik bozuklukların mekanizmalarında etkili olduğu sonucu bu çalışmayı destekler niteliktedir (66).

SAB hastalarında dopaminerjik fonksiyonu artıran bupropion ve MAOI'lerin tedavide etkili olması(67), dopamini bloke edici ilaçların kullanılması sonrasında sosyal anksiyete benzeri belirtilerin ortaya çıkması(68), depresyonu olan hastalarda beyin omurilik sıvısındaki (BOS) dopamindüzeyinin düşüklüğü ile içe dönüklüğün ilişkili olması(69) ve Parkinson hastalarında sosyal anksiyete hızının yüksek olması sonucunda Liebowitz ve arkadaşları tarafından SAB'ın düşükdopamin düzeyi ile ilişkili olabileceği varsayımı ortaya atılmıştır(70).Ancak Tancer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SAB hastaları kontrollerle kıyaslandığında anlamlı farklılık bulunmamış ve dopaminerjik işlev bozukluğu olduğu gösterilememiştir(71).

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

Anksiyete bozukluklarında genel olarak ilgi çekici bir konu olmuştur. Yapılan çalışmalarda SAB hastalarında toplum önünde aritmetik işlemler yapmak gibi prosedürler içeren Triers Sosyal Stres Test'i uygulandıktan sonra oluşan kortizol yanıtı kan örneklerinden yapılan incelemede kontrollere göre daha çok artmış bulunmuştur(72).

Furlan ve arkadaşları (73) benzer bir paradigmayla tükürük örneklerinden yaptıkları incelemede kortizol düzeylerinin kontrollere göre arttığını, üstelik fiziksel egzersiz ile oluşturulan fizik stres paradigmasında SAB ve kontrol gruplarının kortizol düzeylerinin birbirlerinden farklı olmadığını saptamışlardır. Bu çalışmalarda bazal kortizol düzeyleri kontrol grubundan farklı olarak saptanmamıştır.

Çocuklarda SAB'ın öncülü olarak kabul edilen “davranışsal ketlenme”nin (behavioural inhibition), kortikotrop salgılayıcı faktör (CRF) genindeki bir nokta mutasyon ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (74).

Oksitosin ilk olarak doğum ve emzirmedeki rolü ile bilinen, sonralarda anne- çocuk bağlanması, çift oluşturma, cinsel davranış ve cinsel olmayan toplumsal davranışlarda da rolü fark edilen dokuz aminoasitten oluşan bir peptittir (75).Hoge ve arkadaşları (76) oksitosinin sosyal etkileşimdeki bilinen etkilerinden yola çıkarak SABy olan 24 hastanın plazma oksitosin düzeylerini incelemişler ve kontrollerle denk olduğunu görmüşlerdir. Yazarlar SABy grubunda oksitosin düzeylerinin sosyal anksiyete skorları ile doğru orantılı ve sosyal ilişkilerde memnuniyet ile ters orantılı olduğunu saptamışlardır. Thompson ve arkadaşlarının 92 ergen kız üzerinde yaptıkları daha güncel bir çalışmalarında oksitosin reseptör geni rs2254298 tek nükleotid polimorfizmi kızlarda depresyon, fiziksel ve sosyal anksiyete

belirtileri ile ilişkili olarak bulunmuştur(77). Labuschagne ve arkadaşları, 18 SABy ve 18 kontrolden oluşan iki gruba plasebo ve 24 IU oksitosin uygulaması ardından emosyonel yüz ifadelerini inceledikleri sırada fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme fMRI uyguladıkları çalışmalarında, SABy grubunda kızgın yüz ifadelerine daha belirgin biçimde olmak üzere amigdala aktivitesinin kontrollere göre arttığını saptamışlardır. Oksitosin uygulamasının kontrol grubuna belirgin etkisi bulunmazken, SABy grubunda ise amigdala aktivitesindeki artışı baskılanmıştır. Bulgular oksitosinin özellikle tehdit içeren sosyal sinyallere yanıt olarak patolojik düzeyde anksiyete oluşmasını baskılayabileceği yönünde yorumlanmıştır(78). 24 SAB hastası üzerinde randomize çift kör kontrollü bir çalışmada davranışçı maruz bırakma tedavisine (behavioral exposure therapy) ek olarak oksitosin denenmiştir. Oksitosin, maruz kalma durumundaki anksiyete düzeylerini anlamlı ölçüde azaltmıştır fakat oksitosinin genel olarak tedavi başarısında etkisi saptanmamıştır(79).

2.1.5. SAB Demografik Özellikleri

SAB genellikle, alt tipine de bağlı olarak erken ve geç ergenlik dönemleri arasında başlar (10-17 yaş) (20, 80). Epidemiyolojik çalışmalara göre, sağlıklı bireylere kıyasla SAB olan bireyler, sıklıkla kadın cinsiyetinde ve bekar olup, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitime sahiptir (20). Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiological Catchment Area) (20) ve Ulusal Eşitlik Çalışması'nda (National Comorbidity Survey) (14) kadın erkek oranı 3/2 olarak belirtilmiştir. Klinik çalışmalar gözden geçirildiğinde ise tedavi için başvuran kadın ve erkek sayısının eşit olduğu gözlenmektedir(81). Bu bulgular kadınların tedavi için daha az başvurduklarına işaret ediyor olabilir. Tedavi arayışıyla ilgili 'sosyal ataklık' konusundaki beklentilerin cinsiyet farklılığı gösterdiği, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının daha çok kabul gördüğü ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği sonucuna varan yazarlar vardır(12). Diğer yandan ise erkeklerin daha fazla tedavi arayışında bulunmalarını, erkeklerin bu bozukluk nedeniyle daha fazla yeti yitimine uğramaları ile açıklayan yazarlar da olmuştur(82).

2.1.6. SAB'da Klinik

2.1.6.1. SAB'da Klinik Görünüm

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

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

DSM-IV tanı sistemine göre B tanı ölçütünde, korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar (83).

SAB’da kişinin korkulan durumla karşılaşması halinde panik atak belirtileri de gözlenebilmektedir. Ancak, panik bozukluğunda daha çok çarpıntı, göğüste ağrı ya da sıkışma hissi görülürken SAB’da daha çok terleme, yüz kızarması ve ağız kuruluğu görülür. Güz ve Dilbaz’ın panik bozukluğu ve SAB tanısı konmuş hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, yüz kızarması, titreme gibi dışardan da belli olabilecek belirtilerin SAB olan hastalarda daha sık görüldüğünü saptamışlardır(12).

SAB’da en sık görülen fiziksel belirtiler; çarpıntı (%79), titreme (%74), kaslarda gerginlik (%64), karında huzursuzluk hissi (%63), ağız kuruluğu (%61), sıcak basması-ürperme hissi (%57), başta basınç-baş ağrısı (%46) olarak bildirilmiştir(15).

2.1.6.2. SAB’da Klinik Gidiş

SAB belirtileri genellikle çocukluk dönemi gibi çok erken bir yaşta başlar ve üretken yaşama katılmayı sağlayacak sosyal becerilerin geliştiği ergenlik döneminde tepe noktasına ulaşır. Başlangıç yaşı çeşitli çalışmalarda 10 ile 16,6 arasında değişmektedir, 25 yaşından sonra başlangıç nadirdir. Topluluk içinde konuşma gibi izole korkuların SAB’ın yaygın alt tipine (SABy) göre daha geç ortaya çıkabildiği bilinmektedir. Başlangıç yaşı, SAB yaygın olmayan tipte 22,6, çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte yaygın tip SAB’da 16, çekingen kişilik bozukluğu olmaksızın SABy tipte ise 10,9 olarak bildirilmiştir(84).

Yine yapılan bir diğer çalışmada SAB’ın ortalama başlangıç yaşı 13-24 arasında değişmektedir. 25 yaştan sonra başlaması çok nadirdir. Başvurma yaşı ise genellikle hastalığın başlangıcından 15-25 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır(20,85). Bu gecikme;

SAB’ın tedavi edilebilir bir hastalık olduğunun bilinmemesi ve SAB olan kişilerin bu bozukluğu kişiliklerinin bir parçası olarak görmeleri ile açıklanmaktadır.

Wittchen ve arkadaşlarının, 14-24 yaşları arasındaki 3021 vaka üzerinde yürüttükleri çalışmalarında erken ergenlikte başlayan klinik tablonun 19 yaşına gelindiğinde ya progresif kötüleşme ya da dalgalı bir örüntüyle devam ettiği, hastaların klinik veya eşik altı aşamalar arasında geçiş gösterebilmelerine rağmen çok azının istikrarlı spontan remisyon gösterdiği saptanmıştır(86).

Yine SAB tanısı almış 1116 bireyde iyileşme belirtilerinin incelendiği bir çalışmada, olguların %50’sinin süregenlik gösterdiği gözlenmiştir(26).

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

2.1.7. SAB Alt Tipleri

SAB’ın alt tiplerinin sınıflandırılma konusu halen tartışmalıdır. DSM-IV’te çoğu toplumsal durumları içeren korkunun “yaygın tip” olarak adlandırılması yaygın tip olmayan kişilerin ayrı bir alt grup kapsamında değerlendirilmeleri gereksimini ortaya çıkarmaktadır. DSM-IV komitesi performans tipi, sınırlı etkileşimsel tip ve yaygın tip olmak üzere 3 ayrı alt tipi ayırtıran yeni bir sistem oluşturulmuştur (87).

Performans tipi, kişinin yalnızken yaptığında anksiyeteye yol açmayan bir veya daha fazla etkinlik nedeniyle toplumsal performans yaşama kaygısı olarak tanımlanmıştır. Sınırlı etkileşimsel alt tipi ise bir veya iki etkileşime yol açan sosyal durumlarda korku duyan olguları içermektedir. Ayrıca DSM-IV’te belirtilen yaygın tip tanımında sözü geçen “çoğu sosyal durumlar”ın anlamının işleme yönelik bir biçimde tanımlanmamış olması tartışmalara yol açmaktadır (83).

Bazı araştırmacılara göre ise yaygın ve yaygın olmayan olmak üzere iki ayrı tipden söz edilmektedir(88). Yaygın tip olan hastalar sosyal durumların büyük bir çoğunluğunda korku ve (hem kaygı yaşarlar performans hem de etkileşim durumlarında) ve hastaların %70-80’inde, çekingen kişilik bozukluğu da birlikte mevcuttur. Yaygın olmayan tipte ise hastalar genellikle performans ile ilintili (toplum önünde konuşma, yazı yazma gibi) bir iki durumda korku ve kaygı yaşarlar.

DSM-IV'e göre, "kişinin korkularının çoğunun sosyal durumlara bağlı olması" koşulunda yaygın tip düşünülmelidir. Fakat DSM yaygın tipi oluşturan sosyal durumların türü ve sayısı hakkında açık bir tanımlamada bulunmaz. Bu nedenle çeşitli çalışma grupları, yaygın tip ve reziduel tip SAB için kullanışlı bir tanım oluşturmaya çalışmışlardır. Örneğin; konuşmayı başlatma veya sürdürme korkusu veya toplantılara katılma korkusunun yaygın tipe özgü belirtiler olduğunu öne sürülür(89). Ayrıca eğer birey sadece; konuşma yapma, toplantıda konuşma, toplum içinde yemek yeme ya da yazma ve/veya topluma açık tuvaletleri kullanma gibi performans odaklı durumlardan korkuyorsa "özümlü" bir alt-tip olabileceğini savunmuşlardır.

Alternatif olarak bir çalışmada, SAB'ın alt-tipleri olarak; "yaygın", "yaygın olmayan" ve "sınırlanmış" alt-tipi önermişlerdir. Tanımlamalarına göre; yaygın tip SAB olan bireyler, en az bir sosyal alanda belirgin bir kaygı yaşayan kişilerdir(90). Sınırlanmış SAB bulunan kişiler ise sadece bir ya da iki ayrı durumda kaygı yaşarlar. Sınırlanmış SAB olan kişiler oldukça küçük bir oranda olduğundan, diğer araştırmacıların çoğu tarafından ya hiç ele alınmamış (91) ya da yaygın olmayan alt-tipin içinde değerlendirilmiştir(92). Sınırlanmış tip sosyal anksiyete bozukluğunu inceleyen araştırmaların çoğunda (63,93) topluluk içinde konuşma, en yaygın korkulan sosyal durum olarak tarif edilmektedir.

2.1.7.1. Bir Alt Tip Belirteci Olarak 'Korkulan Sosyal Durumlar'

Korkulan sosyal durumların tipi ve sayısını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar, sosyal anksiyete anketleri ve kendini değerlendirme ölçeklerini temel almışlardır. Örneğin bir çalışmada 24 maddeli Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAO) kullanarak yaptıkları araştırmada resmi konuşma/etkileşim, resmi olmayan konuşma/etkileşim, kendine güvenli etkileşim ve başkaları tarafında gözlenme gibi dört farklı durum belirlemiştir. Bunun yanı sıra SAB belirtilerinin faktör analizinde yabancılarla ilişki, resmi performans ya da ilgi odağı olma, izlenirken yemek yeme ya da içme ve resmi olmayan ortamlarda ya da davetlerdeki davranışlar olarak dört farklı faktör belirtmişlerdir(94). Buna karşın benzer bir çalışmada ise; sosyal ilişki, toplumda konuşma, başkaları tarafından gözlenme ve topluluk içinde yemek yeme ve içme şeklinde bir diğer dört faktörlü yapı önermişlerdir(95).

Çalışmalar tüm SAB hastalarının yaklaşık %50'sinin yaygın tip, %50'sinin yaygın olmayan tip olduğunu belirtmektedirler. Demografik veriler bakımından yaygın tip olgularının üçte ikisi, yaygın olmayan tip olgularının ise üçte birinin bekar olduğu (40) ve yaygın tip SAB olanların daha genç ve daha düşük sosyoekonomik düzeyde oldukları (96) belirtilmiştir. Yaygın tip SAB hastalarında yaygın olmayan tipe göre hastalığın daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (ortalama başlangıç yaşı; yaygın tipte ortalama 10.9, yaygın olmayan tipte ortalama 16.9) (40). Etiyolojik değişkenler bakımından ele alındığında yaygın tip SAB'ın çocukluk çağı utangaçlık öyküsü ile daha sık ilişkili olduğu, yaygın olmayan tip SAB'da ise daha sıklıkla geçmişte travmatik bir yaşantının olduğu saptanmıştır. Tedavi sonucu elde edilen veriler yaygın olmayan tip SAB'ın bilişsel tedavilere yanıtının, yaygın tipten daha iyi olduğunu göstermiştir (49).

2.1.8. SAB Tanı Ölçütleri

2.1.8.1. DSM-IV-TR

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

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

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

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

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

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

Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini(ya da eğitimle ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkileri bozar veya fobi olacağına dair yoğun bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkinlerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental hastalıkla daha iyi açıklanamaz (örneğin, agorafobi ile birlikte olan veya olmayan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizotipal kişilik bozukluğu)

H. Genel bir tıbbi durum veya başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örneğin, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme veya anoreksiya nervroza ya da bulimia nervozadaki anormal yeme davranışına ait korku değildir.

Varsa belirtiniz:

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

Not: Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısı koymayı da düşününüz (83).

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

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

- E tanı ölçütüne duyulan korku ya da kaygının, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısız olduğu belirtilmiştir.
- F tanı ölçütünde “18 yaş” sınırlaması kaldırılmıştır (83, 97).

2.1.9. SAB’daEş Tanı

SAB olan hastaların %50-80 arasında komorbid bir psikiyatrik rahatsızlığının olduğu bildirilmiştir. Bunlar arasında özellikle depresyonun sık eşlik ettiği ve SAB’nin genellikle birincil, depresyonun ise ikincil olarak ortaya çıktığı, yaygın tipinde daha sık komorbidite olduğu ve bu hastalarda yaşitlarından ortalama 1-2 yıl daha geç deneyimlemelerine rağmen nikotin ve alkol kullanımının daha sık olduğu saptanmıştır(98).

Yapılan bir çalışmada SAB’a panik bozukluk, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, distimi, madde ve nikotin kötüye kullanımı gibi pek çok psikiyatrik rahatsızlığın eşlik ettiğini ortaya konmuştur(99).

Türkiye’de Solmaz ve arkadaşlarının (100) yürüttükleri bir çalışmada, SAB olgularının %52’sinde diğer bir Eksen I bozukluk bulunduğu, bunlar arasında depresyon ile agorafobili panik bozukluğun %33 ile başı çektiği saptanmıştır. Kaçıngan kişilik bozukluğu (KKB) olanlarda %42 oranında SAB eştanısı bulunmaktadır(101). Yazarlar bu iki durumun pek çok özellik açısından örtüşmekle birlikte KKB’nin hem şizotipal kişilik bozukluğu hem de şizofrenlerin akrabalarında görülen kaçınma semptomlarını gösteriyor oluşu ve şizofreni akrabalarında paranoid ve şizotipal kişilik bozuklukları ile birlikte KKB prevalansının da artmasından yola çıkarak, KKB’nin şizofreni spektrumunda yer alma olasılığını ifade etmişlerdir. SAB prematür ejakulasyonla da yüksek oranda birliktelik göstermektedir. Fransa’da DSM IV temelli Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview–CIDI) kullanılarak yapılan bir çalışmada prematür ejakulasyon grubunda %47, kontrol grubunda ise %9 oranında SAB tanısı konulduğu bildirilmiştir(102). Başka bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu bulunan 242 erkek hastadan prematür ejakulasyonu olan 52’si bir grup, diğer bir cinsel işlev bozukluğu olanlar diğer grubu oluşturmuş. prematür ejakulasyonu olan erkeklerin %25’inde SAB saptanırken, diğer cinsel işlev bozukluğu olanlarda bu oran %11’de kalmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yazarlar ayrıca örneklemelerinde SAB’nin ortalama başlama yaşının 11, prematür ejakulasyonun ise 23 olduğunu, dolayısıyla primer bozukluğun SAB olduğunu

belirtmişlerdir(103). SAB ve ÇekingenKişilik Bozukluğu eştanılı bir grupta ise cinsel profildeki bazı özellikler ilgi çekici bulunmuştur. Bu hastaların %57'si herhangi bir cinsel deneyimlerinin olmadığını bildirmiş, cinsel deneyimi bulunan %43'luk grubun %63'ü ise bir cinsel işlev bozukluğu tanısı almıştır(104).

2.1.9.1. SAB ve DEHB Eş Tanı Varlığı

SAB hastalarında yüksek oranlarda eştanı varlığı bildirilmesine rağmen, bu çalışmalarda DEHB eştanısına bakılmamıştır. Bunun nedeni ise uzun dönem boyunca DEHB'in bir çocukluk çağı hastalığı olarak görülmesi olabilir. Ayrıca DSM-IV SCID I gibi tarama testlerinde DEHB ilgili bölümün olmaması da, bu gözden kaçma durumunu kolaylaştırmış olabilir(105).

SAB hastalarında erişkin DEHB eştanı sıklığını araştıran az sayıda özgül çalışma mevcuttur ve konu ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bu konuda Safren ve arkadaşlarının çalışmasında 33 SAB hastasında çocukluk DEHB sıklığı % 3, 22 yaygın anksiyete bozukluğu hastasında ise %32 olarak bulunmuştur(7). Van Ameringen ve arkadaşlarının çalışmasında ise 129 anksiyete bozukluğu hastasında erişkin DEHB sıklığı %27.9 olarak bulunmuştur(106).

Mancini ve arkadaşları ise 149 anksiyete bozukluğu hastasında çocukluk DEHB sıklığını %19.5 olarak bildirmişler ve bu hastaların %45'inde DEHB'in erişkinlikte de devam ettiği gözlenmiştir. Bu çalışmada 34 SAB hastasının 12'sinde (%35.2) çocukluk DEHB varlığı saptanmıştır. Bu çalışmada çocukluk DEHB varlığı ile anksiyete bozukluğu başlangıç yaşının daha erken olması, daha fazla sayıda psikiyatrik eştanı varlığı, daha yüksek anksiyete ve depresyon şiddeti ilişkili bulunmuştur(107).

Adler ve arkadaşları çalışmalarında 442 kişilik erişkin DEHB ve SAB eştanılı grupta atomoksetin'in etkinliği ile plasebo karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada erişkin DEHB ve SAB eştanılı hastalarda atomoksetin tedavisinin, hem SAB'ın, hem de DEHB'in düzelmesinde plasebodan daha etkili olduğu ve iyi tolere edildiği bulunmuştur(108).

Bir çocukluk dönemi çalışmasında ise, 7-18 yaş pediatrik hastalarda yaygın tip SAB ile DEHB ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada DEHB'i olan SAB hastalarında major depresyon riskinde artma bulunmuştur(109).

Diğer yandan bakıldığında ise; erişkin DEHB hastalarında SAB eştanısı sıklığını araştıran çalışmalar daha fazladır. Yapılan genel toplum çalışmalarında erişkin DEHB ile anksiyete bozuklukları eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur(110,111).

Park ve arkadaşlarının çalışmasında erişkin DEHB ile SAB eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur (odds oranı=7.57). Bu çalışmada DEHB'li erişkinlerin %29.3'ü eşzamanlı olarak SAB eştanısını almışlardır(111). Erişkin DEHB hastalarında yapılan çalışmalarda ise %40-60 anksiyete bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu birlikteliğinin, DEHB'de görülen dürtüselliği artırdığı, işlevselliğin daha çok bozulmasına neden olmanın yanı sıra tedaviye uyumu bozduğu ve direnç oluşmasına neden olduğu bildirilmektedir(112).

Edel ve arkadaşlarının çalışmasında 73 erişkin DEHB hastasının %40'ı SAB tanı ölçütlerini karşılamıştır(113).Biederman ve arkadaşlarının çalışmasında, erişkin DEHB'li grubun SAB eştanı oranı %32 olarak bulunmuştur ve erişkin DEHB'li grubun SAB eştanı oranının, kontrol grubunun SAB eştanı oranından daha yüksek olduğu belirlenmiştir(114).

Sobanski ve arkadaşları ise 70 erişkin DEHB hastası ve 70 kişilik kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Erişkin DEHB'li grubun SAB eştanı oranı %18.6, kontrol grubunun % 10 olarak bulunmuş, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada erişkin DEHB'li grubun yaşam boyu eştanı oranları %77.1 olarak bulunmuştur(115).

Millstein ve arkadaşları, erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun SAB eştanı oranını %31, erişkin DEHB kombine alt grubunun SAB eştanı oranını %24olarakbulmuştur(116). Bir diğer çalışmada, 6-18 yaş arası gençlerde DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun (hiperaktif belirtisi olmayan) SAB eştanı oranı %23.9, erişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun (1-3 hiperaktif belirtisi olan) SAB eştanı oranı %15.2, DEHB'siz kontrol grubunun SAB eştanı oranı %5 olarak bulunmuştur. DEHB dikkat eksikliği baskın grubun SAB eştanı oranı, DEHB'i olmayan kontrol grubunun SAB eştanı oranından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur(117).

Fisher ve arkadaşlarının çalışmasında ise major depresif bozukluk (MDB) eştanısı alan ve almayan DEHB'li gruplar karşılaştırılmıştır. Erişkin DEHB+MDB eştanısı olan grubun SAB eştanısı oranı %33.3, erişkin DEHB (MDB eştanısı almayan) grubun SAB eştanısı oranı %11.7 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada MDB eştanısı varsa SAB eştanısındaha yüksek olduğu bildirilmiştir(118). McIntyre ve arkadaşları ise MDB+DEHB grubunun son bir aydaki

SAB eştanı oranını MDB eştanısı olmayan DEHB grubundan daha fazla olduğunu saptamışlardır(119).

Nierenberg ve arkadaşları ise DEHB eştanısı olan bipolar hastalarda olmayanlara göre, SAB eştanısını daha yüksek olarak bulmuşlardır(120). Bu bulgular DEHB genel olarak duygudurum bozukluğu ve SAB arasında bir ilişki olabileceğini akla getirmektedir.

Ülkemizde Koyuncu ve arkadaşları, 2012 yılı çalışmasında birincil tanısı SAB olan hastalarda erişkin DEHB eştanı sıklığını ve bu eştanı varlığının SAB kliniğine ve seyrine etkileri araştırmıştır(142). Bu çalışmada 108 SAB hastasına erişkin DEHB kendini değerlendirme ölçeği verilmiş ve bu ölçeğe göre 4 ve üzerinde maddesini karşılayan 85 hastaya (%78.7) K-SADS-PL'in DEHB modülü uygulanmıştır(122,123,124). Bu hastaların 65'i (%60.2) DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin DEHB tanı ölçütlerini karşılamıştır. Bu hastalardan 31'i dikkat eksikliği baskın tip DEHB, 3'ü hiperaktif baskın tip DEHB, 7'si ise kombine tip DEHB, 24 hasta ise başka türlü adlandırılmayan (BTA) DEHB tanısını almıştır. Bu çalışmada SAB hastalarında erişkin DEHB oranı yüksek bir oranda bulunmuştur. Çocukluktan bu yana DEHB kliniği aynı şiddette devam eden 41 hasta (%37.9), çocuklukta DEHB tanısı alırken, şu an subklinik BTA-DEHB tanı ölçütlerini karşılayan 24 hasta (%22.2) bulunmuştur. Özellikle dikkat eksikliği baskın tip DEHB sıklığının yüksek oranlarda olması (31 hastada aktif düzeyde, 14 hastada ise çocukluk yıllarında aktif düzeyde iken, erişkinlikte subklinik BTA DEHB düzeyinde) dikkat çekicidir (121).

Genel olarak bakıldığında toplumda, DEHB daha çok hiperaktif tip ve aşırı yaramaz çocukları ilk olarak akla getirir. Dikkat eksikliği baskın tip DEHB daha çok gözden kaçmaya elverişli bir subgruptur. Dikkat eksikliğinin baskınlığı ve hiperaktif tipin daha az görülmesi hastalarımızdaki yüksek depresyon eştanısının altta yatan bir neden olduğunu akla getirebilir. Oysa SAB-DEHB grubunun ilk depresif atak yaşı ortalaması 17.07 yıl olması nedeniyle dikkat eksikliği baskın tip DEHB ile SAB arasında yüksek depresyon eştanısından bağımsız özgül bir ilişki olduğunu düşündürmektedir(121). Bu çalışmada DEHB eştanısı olan SAB grubunda, DEHB olmayan grubu göre Liebowitz Sosyal Anksiyete ölçeği kaygı, kaçınma ve toplam skor ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç SAB ana belirtilerinin etkilendiğini, DEHB eştanısı varlığında daha şiddetli bir SAB kliniğinin ortaya çıktığını göstermiştir(121). Sosyal kaygı ve sosyal kaçınma şiddetinin DEHB varlığında artmış olması, SAB tedavi yaklaşımında önemli olabilir. DEHB olan ve olmayan SAB hastalarında antidepresan ilaç yanıtlarını ya da SAB tedavi edilirken eşzamanlı olarak DEHB tedavisinin katkılarını gösteren yeni çalışmalar konuyu aydınlatacaktır. Bu konuda Adler ve

arkadaşlarının 442 erişkin DEHB ve SAB eştanılı grupta yaptığı çalışmada, atomoksetinin etkinliği plaseboda daha üstün bulunmuştur. Bu çalışmada erişkin DEHB ve SAB eştanılı hastalarda atomoksetin tedavisinin, hem SAB'ın, hem de DEHB'in düzelmesinde plaseboda daha etkili olduğu ve iyi tolere edildiği saptanmıştır(108).

Koyuncu ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB eştanısı olan SAB hastalarında, DEHB eştanısı olmayanlara göre yaş, ilk başvuru yaşı ve SAB başlangıç yaşı, ilk major depresyon yaşı, toplam eğitim yılı ortalaması daha düşük, yaşamboyu toplam eştanı sayısı, toplam depresif atak sayısı, depresyonda kronisite ve atipik özellik daha fazla bulunmuştur(121). Ayrıca DEHB eştanısı olan SAB hastalarında Beck Depresyon Ölçeği skor ortalaması daha yüksek, başvuru anında ve geçen yıl İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ölçeği ortalamaları daha düşük, Sheehan Yetiştirimi ölçeği ev, sosyal yaşam ve iş skor ortalamaları daha yüksek bulunmuştur(121). DEHB eştanısı olan SAB hastalarında DEHB eştanısı olmayanlara göre daha fazla atipik özellik görülmüştür(121).

Alpert ve arkadaşlarında depresyon tanısı almış erişkinlerde SAB+çekingen kişilik bozukluğu olan grupta, her ikisini de karşılamayan gruba göre depresyonda atipik özelliğin daha fazla oranda olduğunu bildirmiştir(125). Bunun yanısıra, 129 SAB hastasında yapılan bir çalışmada ise, yaygın tip SAB hastalarında, yaygın olmayan tipe göre atipik depresyon daha yüksek oranda görülmüştür(40). Kişilerarası ilişkilerde eleştirilme ve reddedilme duyarlılığı ise hem SAB(126), hem de atipik özellikli depresyonun(127) ortak özelliği olarak görülmektedir. Diğer yandan atipik özellikli depresyonun SAB ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır(128, 129). Bunlara destek olarak, Posternak ve Zimmerman çalışmalarında atipik depresyon grubunda, atipik olmayan gruba göre SAB eştanısını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır(130). Mevcut çalışmalar değerlendirildiğinde, SAB, DEHB ve depresyonda atipiklik arasında bir ilişki olabilir. Bu ilişkinin kapsamlı biçimde incelenmesi gerekir.

2.1.11. SAB'da Tedavi

SAB tedavisinde essitolopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin ve sertralin gibi SSRI'ların venlafaksin (131) ve duloksetin (132) gibi SNRI'ların etkin biçimde kullanılabileceği gösterilmiştir. Ayrıca non-selektif bir mono-amin oksidaz inhibitörü fenelzin ve mono-amin oksidaz-A inhibitörü olan moklobemid'in de etkinliği kanıtlanmıştır(133). Benzodiyazepinler ve antikonvulzanlarla ilgili olumlu çalışmalar da bulunmakla birlikte

Stein'e göre bu gruplardaki çalışmalarda kanıt değeri düşüktür(134). Holaway ve Heimberg'e göre SAB'da Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) dört farklı modaliteyle çalışabilirler(135).

- Sosyal Beceri Eğitimi: SAB hastaların göz teması veya iletişim yetenekleri gibi konulardaki yetersizliklerinden ötürü kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşayabildikleri ve diğer insanlarda olumsuz tepkiler uyandırdıkları düşüncesinden yola çıkmaktadır. SAB'da sosyal beceri eksikliğinin olup olmadığı tartışmalı bir durum olsa da yazarlar hastaların egzersizler sayesinde bir tür maruziyet yaşadıklarını ve sadece bundan bile yarar görüyor olabileceklerini ifade etmişlerdir.
- Korkulan Durumlara Maruz Bırakma: Korkulan durumlarla karşılaşma ile habituasyon ve sönme fenomenleri gerçekleşir ve kaygı azaldıkça hastanın çevresel uyarı olumlu biçimde değerlendirme fırsatı olur, bunun sonucunda da kaçınma daha da azalır.
- Gevşeme Eğitimi: Hastaların sıklıkla kaygılandıkları çarpıntı, kızarma, titreme gibi fiziksel belirtilerle başa çıkabilmek amacıyla uygulanır.
- Bilişsel Yeniden Yapılandırma: Hastanın sosyal durumuyla ilgili düşünce ve inanışlarını daha nesnel biçimde tekrar ele almasını sağlar (135).

2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

2.2.1. DEHB Tanım

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yedi yaşından önce başlayan ve kendini dikkat eksikliği, yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik, dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur(11). Dikkat, konsantrasyon, hareketlilik ve dürtü kontrolü alanlarında sorunlarla karakterize olan DEHB, çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. Etyoloji ve patofizyolojisi netleşmeyen bu hastalıkta tedavi ile işlevselliğin belirgin şekilde düzelmesi, araştırmaların ilgi odağı olmayı sürdürmesini sağlamıştır (136).

2.2.3. DEHB Epidemiyolojisi

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

gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın arttığı ilkokul yıllarında konulduğu bildirilmektedir(11).

DEHB'in yaygınlığı ile ilgili araştırma sonuçları, olguların tanımlanmasına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Okul çağı çocuklarındaki sıklığının yaklaşık %3-7 olduğu bildirilmektedir. Bozukluğun tüm dünya çapında çocukların %5-10'unu ve yetişkinlerin %4'ünü etkilediği öngörülmektedir(137).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilköğretim yaş grubu çocuklarda yaygınlık %3.4-%8.9 arasında saptanmış olup, Erzurum'da %3.4, İstanbul'da %5, Bursa'da %8.6, Malatya'da %9.5, Sivas'ta %8.1 olarak rapor edilmiştir(138,139,140,141,142). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi polikliniğe başvuran hastalar arasında yaygınlık oranı %8.6 iken, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi örnekleminde %12.5 olarak rapor edilmiştir(143,144).

Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup, örneklemin genel toplum ya da klinikten alınmasına bağlı olarak bu oranın 3/1 ile 9/1 arasında değiştiği belirtilmiştir (11, 137). Ülkemizde Aşkın ve arkadaşlarının (138) çalışmasında bu oran 5/1, Şenol ve arkadaşlarının(143) yaptıkları araştırmada 6/1 olarak bulunmuştur.

Kızlarda eşlik eden davranış bozuklukları daha az görüldüğünden ve daha fazla oranda dikkat eksikliği alt tipi görüldüğünden kliniğe başvuru oranları erkeklerden 9 kat daha azdır (145).

Çocuklukta kadın: erkek oranı 1:8 iken erişkin yaşamda ise oranın 1:1 oranına düşmektedir. Kadınlarda okul başarısızlığı, kognitif bozukluklar, aileye aşırı bağlılık gözlenmektedir. (146,147).

Hekimler arasında da DEHB; sıklıkla aşırı yaramaz ve yerinde duramayan çocukları temsil ettiği düşünülmekte olup, hiperaktivitenin ergenlikte sona erdiği şeklinde bir düşünce hakimdir. Yapılan ileriye yönelik çalışmalarda DEHB'in her beş yılda bir %50 azaldığı bildirilmesine rağmen (148) klinik etkilerini erişkin dönemde devam ettirdiği çalışmalarla gösterilmiştir. Lara ve arkadaşlarının çalışmasında, DEHB'li çocukların yaklaşık %50'si erişkinlikte de DSM-IV tanı ölçütlerine göre erişkin DEHB tanısını karşılamışlardır(149).

Biederman ve arkadaşları iki ayrı çalışmada DEHB'li çocukları 10 ve 11 yıl boyunca takip etmişlerdir. Onbir yıl sonunda DEHB'li çocukların %78'inde erişkinlikte de belirtilerin

devam ettiği (%35 tamamen, %22 hastada ise kısmen DEHB'nin devam ettiği, %15'inde işlevsel bozukluğun devam ettiği, %6 hastada ise tedavi almaları nedeniyle remisyonda oldukları) bulunmuştur. Erişkinlikte de devam etme belirtici olarak ise DEHB'in işlevsellikte yaptığı bozukluğun şiddeti (yani eğitim ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar), önemlidir (150,151).

Erişkinlerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise, genel popülasyonda DEHB prevalansı ise %4.4, başka bir çalışmada ise 6 aylık prevalansı ise %1.1 olarak bulunmuştur (152,153).

ABD'de yapılan erişkin DEHB sıklığı araştırmasında, 18-44 yaş arası DEHB sıklığı %4,4 olarak tespit edilmiştir(152). Dünya çapında yaygınlığın araştırıldığı bir diğer araştırmada %3,4 tahmini sıklık tespit edilmiş ve gelişmiş ülkelerde daha yüksek (%4,2) olduğu belirtilmiştir (154).

İstanbul'da genel erişkin psikiyatri polikliniğinde yapılan bir araştırmada, DEHB sıklığı %1,6 bulunmuştur(155). Erişkinlerde erkek/kadın oranı 1,7/1'dir (156). Kadınlara DEHB tanısının daha az konulmasının sebebi, erkeklerde agresif davranışların daha çok görülüyor olmasıdır (157).

DEHB kliniği yaşla birlikte değişebilir. Belirtilerin bazıları yaşla birlikte önemini kaybedebilir. Bu nedenle erişkinlikte belirtiler sıklıkla dikkat eksikliği, dağımlık, çelinebilirlik, dürtüsellik, akademik ve mesleki başarısızlık olmaktadır. Erişkinlerin %90'dan fazlası dikkat eksikliği nedeniyle başvurmaktadır (159,160,161).

2.2.4. DEHB Etiyolojisi

DEHB, karmaşık bir hastalık olup tek bir beyin bölgesinde bozulma ya da tek bir etkenin sonucu oluşmamaktadır. Etiyolojisinde prefrontal-striatal-serebellar dizgenin yapısal ve metabolik farklılığının en önemli rolü oynadığı ileri sürülmektedir. DEHB kişiye anne babasından miras olarak gelmekte, anne karnında, doğumda veya yaşamın ilk yıllarında toksik maddelerle karşılaşma veya travmaya maruz kalma gibi olumsuz etkenlerle bu miras biçimlenmekte ve sonuçta kişi DEHB olmaktadır. Sonraki yıllarda bireyin karşılaştığı biyolojik ve psikolojik çevre DEHB'in oluşmasına ya da ortadan kalkmasına yol açmayıp var olan DEHB belirtilerinin şiddetinin artmasında veya azalmasında etkili olabilmektedir(6).

Her DEHB vakasında diğerinden farklı bir neden olabileceği gibi, aynı vakada farklı etkenler de bir arada olabilmektedir. Yani DEHB farklı patolojilerin ortak semptomatolojisidir(161).

2.2.4.1. Nörokimyasal Etkenler

Dikkat, konsantrasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde, dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin (NA) önemli olduğu bilinmektedir(162). Dikkat sistemiyle alakalı iki nöronal döngüden bahsedilmektedir. Prefrontal sistem ve subkortikal bağlantılarını içeren ön dikkat döngüsü dopaminerjik; seçici dikkatin düzenlenmesinden sorumlu arka dikkat döngüsü ise primer olarak noradrenerjiktir(163). DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcılar hem dopamin hem de norepinefrini etkilemektedir(164,165). Metilfenidat terapötik dozlarda insan beyinde dopamin taşıyıcılarının %50'inden çoğunu bloke ederek hücre dışı dopamini belirgin seviyede artırmaktadır, bu nedenle dopamin, DEHB etiyolojisinde üzerinde en fazla durulması gereken nörotransmitterdir(166). Uygun prefrontal kortikal işlevler için dopaminde olduğu gibi noradrenalinin de ılımlı seviyeleri önemlidir. Dopamin sisteminin etkilenmesi bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır(167).

DEHB'lilerle yapılan beyin omurilik sıvısı çalışmalarında; dopamin, noradrenalin ve bu nörotransmitterlerin metabolitlerinin DEHB'lilerde kontrollere göre düşük bulunması etyoloji ile dopamin yetersizliği ilişkisini desteklemektedir(168,169). Noradrenalin, işleyen bellek, dikkatin düzenlenmesi, davranışların inhibisyonu ve plan yapmayı içeren birçok prefrontal kortikal fonksiyonları özellikle postsinaptik alfa 2A reseptörleri vasıtasıyla düzenler(170). Kafa travmasından sonra ortaya çıkan bilişsel ve davranışsal bulguların, beyinde katekolamin sisteminde ortaya çıkan bozulmaya bağlı olabileceği öne sürülmektedir(171). Norepinefrinin daha çok aktivite (hiperaktivite, dürtüsellik ve davranışsal kontrol) ile dopaminin ise dikkat ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır(172). DEHB ile serotonin arasındaki ilişki daha çok diğer nörotransmitterlerle etkileşim şeklindedir. Yapılan çalışmalarda azalmış 5-Hidroksi indol asetik asit düzeyi ile dürtüsellik artışı arasında ilişki gösterilmiştir(173).

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

rezonans spektroskopisi ile ölçülen glutamaterjik değişikliklerin DEHB olan erişkin hastaların patogeneğinde rol oynayabileceği belirtilmiştir(174).

2.2.4.2. Genetik Etmenler

DEHB, psikiyatrik hastalıklar arasında genetik baskınlığı en yüksek olanlardandır. Yapılan aile araştırmalarında DEHB olan çocukların ebeveynlerinin de DEHB olma riskinin 2 ile 8 kat artış gösterdiği tespit edilmiştir. Fakat etiyolojide genetik geçişle birlikte çevresel faktörlerin de önemli olduğu belirtilmektedir(175,176).

DEHB’de görülen mutasyonlar; 3. kromozom üzerinde bulunan insan tiroid reseptör beta geni, 11. kromozom üzerinde bulunan D4 reseptör geni ve 5. kromozom üzerinde bulunan dopamin taşıyıcı genindedir(177, 178).

Yapılan bir araştırmada dopamin D2 reseptör geninin (DRD2) a1 allelinin DEHB’li hastalarda %46,2 oranında tespit edildiği ve bu genin DEHB’de modifiye edici etken olarak rol aldığı bildirilmiştir(179).

2.2.4.3. Biyokimyasal Etkenler

DEHB’li çocuklarda serum serbest yağ asitleri seviyesinin kontrollere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır(180). Esansiyel yağ asidi suplemantasyonu ile minimal düzeyde iyileşme olduğu belirtilmiştir(181). Eser elementlerin psikiyatrik bakımdan önemi, santral sinir sisteminin gelişimi, metabolizması ve insan davranışındaki etkilerinden kaynaklanmaktadır. Eser elementlerden magnezyum, kalsiyum, demir, bakır, kurşun ve çinkonun serum, idrar ve saç seviyeleri DEHB’li çocuklarda ölçülmüş; bakır ve kurşun dışındaki ölçümlerde genellikle düşük seviyeler bulunmuştur(182).

2.2.4.4. Prenatal ve Doğumsal Etkenler

Yapılan bir meta-analizde DEHB’li çocukların pre veya postnatal strese diğer çocuklara oranla daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiştir(183).

2.2.4.5. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

DEHB’in etiyolojisinden sorumlu olabilecek birçok çevresel faktör araştırılmış; fakat bu faktörlerin tüm olguları açıklamada yeterli olmadığı görülmüştür. Psikososyal çevrenin önemi de araştırılmış; ancak bu tür etkenlerin DEHB’de birincil rol almadığı düşünülmüş, psikososyal faktörlerin komorbid bozuklukların gelişimini etkileyebileceği belirtilmiştir(178).

DEHB gelişimi için risk faktörleri; erken yaşta kayıplar ya da ayrılıklar yaşama, ciddi evlilik sorunları, evlat edinilmiş olma, düşük sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, anne ve babanın suç işlemeye yatkın olması ve annenin ruhsal hastalığının bulunması olarak belirlenmiştir(161,184).

2.2.5. Erişkin DEHB Etiyolojisi

Erişkin DEHB’i olan hastaların uyarıcılara verdiği olumlu yanıtta yola çıkılarak, etiyolojide serebral katekolaminlerin disfonksiyonu öne sürülmüştür. Dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik disfonksiyon yapılması gereken görevlerde performans azlığına sebep olabilir. Dopamin D4 reseptör geni çocuk ve erişkinlerde DEHB ile ilişkili bulunmuş ve bu genin ebeveyninden etkilenen çocuğa geçişinde daha fazla ifade edildiği düşünülmektedir. Erişkin DEHB hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, BOS homovalinik asit düzeyi kontrollerden daha düşük bulunmuştur. Beyin görüntüleme yöntemleriyle DEHB’i olan bireylerin sağ kaudat hacimlerinin daha küçük olduğu öne sürülmüştür. PET ve SPECT ile DEHB’i olanlarda prefrontal ve kaudat nükleus alanında hipofonksiyon olduğu öne sürülmüştür. Bu anormallikler karar verme, planlama ve zamanı algılamada problemlere yol açabilir. Stres verilerek çekilen EEG incelemesinde prefrontal yavaş dalga aktivitesinin artmış olduğu görülmüştür(185).

Erişkin döneme kadar devam edebilme, ailesellik ve eş tanıli bozuklukların bulunması ile artabilir. Çalışmalar, aileselliğin beyin metabolik aktivitesinde önemli bir azalma ve nöropsikolojik hasarla ayrı bir alt grup oluşturabileceğini öne sürmektedir. Yine çalışmalar kızlarda ailesel tip kalıtsal faktörlerin daha güçlü, erkeklerde ise daha çeşitli etiyolojik faktörlerin olduğu öne sürülmektedir (186,158,187,188,189,190).

2.2.6. DEHB’de Klinik

2.2.6.1. DEHB’de Klinik Görünüm

DEHB’in, çoğunlukla çocukluk döneminde başladığı ve bu bireylerin %60’ında bulguların devam ettiği bildirilmiştir(191). Çocukluk dönemindeki amaçsız hareketlilik erişkinlikte amaçlı bir duruma dönüşür. Aşırı koşan, tırmanan çocuklar erişkinlikte hareketli işlerle uğraşabilir ve bu bozukluk sonucunda oluşan sorunların bir kısmını kompanse edebilirler(192). DSM-IV’e göre erişkinlerde DEHB tanısı konurken; çocukluk başlangıcı, belirgin semptomların varlığı, bu semptomlarda bozulmanın olması gibi 3 ana konuya dikkat edilir (193).

Yetişkinlerde DEHB'i tanımlayan ölçüler; dikkatsizlik, hareketlilik, duygudurumda değişkenlik, alınganlık, kızgınlık, stresi tolere edememe, organize olamama ve dürtüsellik olarak belirtilmiştir(194). Çocuklarda ise; verilen ödevlerden çabuk sıkılma, çevresel uyaranların varlığında dikkatin kolay dağılması, hayallere dalma, yaş ve gelişimsel düzeyi ile uyumsuz olarak amaçsız ve görevle bağlantısız hareketlilik, düşünmeden hareket etme, sırasını beklememe semptomlarının tanı koymada en büyük etkiye sahip olduğu belirtilmiştir(195). DEHB'in yetişkinlikte nasıl bir klinik tablo sergileyeceğinin yordanmasında biyolojik gelişim, bilişsel düzey, hastalığın süresi, sosyal çevre, ailesel özellikler, deneyimler ve en önemlisi hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin şiddeti önemli görülmektedir(196).

Erişkinlikteki belirtilerin devamının sorgulandığı araştırmalarda, çoğunlukla sendromik bir düzelme olduğu ve ergenlikte önce hiperaktivite, sonra dürtüsellik semptomlarında iyileşme olduğu gözlenmiştir. Bu semptomlar en belirginleridir; fakat bozukluğun en gizli semptomu olan dikkat eksikliği büyük oranda devam eder. Hiperaktivite semptomlarının görülemmediği daha büyük yaştaki ergen ve erişkinlerde dikkat eksikliği semptomları muhakkak sorgulanmalıdır(197,198)

Erişkin dönemde çoğunlukla başka psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi nedeniyle klinik uygulamalarda, özellikle tedavide yetersiz yanıt veren psikiyatrik bozukluklarda DEHB eş tanısı düşünülmelidir(199,200). DEHB ve bipolar bozukluğun birlikteliğiyle ilgili yeterince kanıt yoktur. DEHB ile bipolar bozukluk arasındaki semptomların benzemesi tanısız karışıklığa neden olmaktadır. Çelinebilirlik, dürtüsellik, hiperaktivite ve duygudurumda oynamalar her iki bozukluk için de karakteristiktir(201).

2.2.6.2. DEHB'de Klinik Gidiş

Psikiyatrik komorbiditenin olmaması, entellektüel kapasitenin iyi olması, öğrenme güçlüklerinin sınırlı olması, geçmiş başarı hikâyesi, kadın cinsiyetine sahip olmak, dikkat eksikliğinin önde geldiği tipin bulunuyor olması, dürtüsellüğün daha az bulunuyor olması ve destekleyici çevrenin bulunması DEHB prognozunu olumlu etkilerken, ağır duygudurum labilitesi, aşırı impulsivite, psikiyatrik komorbidite, madde kötüye kullanımı, bilişsel yeteneklerin sınırlı olması, tekrarlayan başarısızlık ve moralsizlik prognozu olumsuz etkileyen faktörler olarak sayılabilir (186, 146, 202).

DEHB’i olan erişkinlerin üçte biri erişkinlik yıllarını problemsiz geçirirken; %60’ı DEHB belirtilerini yaşamaya devam ederek hafif-orta dereceli sosyal, akademik ve mesleki problemler yaşayabilirler (186,146,202).

2.2.7. DEHB Alt Tipleri

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

DEHB-Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır ancak hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütleri tam olarak karşılanmaz (203). Akademik durumları zekalarının altında başarı ile kendini gösterir. Kızlarda erkeklere göre daha sık görülür (204, 205).

DEHB-Aşırı Hareketliliğin Önde Geldiği Tip: Genellikle dikkat eksikliği alt tipinden daha erken yaşta tanı konur. Yaş arttıkça motor aktivite yerini duygusal huzursuzluğa bırakır. Engellenme eşikleri diğer tiplerden daha düşüktür. Erkeklerde kızlara göre daha sıktır (204, 205, 206).

DEHB-Bileşik Tip: Temel belirtilerin üçü de aynı anda bulunur. Sıklıkla erişkin yaşamda da sürer. Her iki cinsiyette en sık görülen alt tiptir(207).

2.2.8. DEHB’de Tanı

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı’sına (DSM-V) göre, erişkinlerde DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ya da her ikisinin birden bulunduğu gösterilmelidir. Belirtiler 12 yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliğinin bozulduğuna ya da işlevselliğinin niteliğininin düştüğüne ilişkin açık kanıtlar olmalıdır(97).

DSM-V’de DEHB nörogelişimsel bozukluklar bölümünde sınıflandırılmıştır. DSM-V’de DSM-IV-TR’de olan “oyuncakları kaybetme”, “oynadığı etkinliklerde dikkatin dağılması” gibi erişkin dönemde sorgulanması tartışmalı olabilecek maddeler erişkinlere yönelik olarak düzenlenmiştir. Dikkatsizlik, hareketlilik, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtilerle gelen erişkinlere DEHB tanısı koyabilmek için 12 yaş öncesinde de DEHB öyküsünün ve belirtilerinin olması gerekmektedir(96). Bu belirtilerle gelen erişkinlerin çoğu çocukluklarında psikiyatrik olarak değerlendirilmedikleri için tanının geriye dönük olarak konması gerekmektedir. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), çocukluktaki DEHB

belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir(208).

Erişkinde DEHB tanısı koymada yardımcı olabilecek Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Conners Erişkin DEHB Tanısal Görüşme Formu, Barkley Şimdiki Semptomlar Kendi Bildirim Formu, Brown Dikkat Eksikliği Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği gibi birçok araç geliştirilmiştir (209,210,211,212).

Sonuç olarak Erişkin DEHB tanısı ancak klinik değerlendirmeyle konabilir. Hastanın yakınlarından alınan çocukluk dönemine ait bilgiler ve uygulanan ölçek sonuçları klinik tanıya destekleyici olarak kullanılır (209,210,211).

2.2.8.1. DSM-IV'e göre DEHB Tanı Ölçütleri

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

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

Dikkatsizlik

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

(h) oğu zaman dikkati dış uyarınlarla kolaylıkla dağılır.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkandır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivitesemptomlanndan altısı (ya da daha fazlası) en az 6 aysreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

Hiperaktivite

(a) oğu zaman elleri ayaklan kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) oğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

(c) oğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanıp (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) oğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) oğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından srlyormuş gibi davranır.

(f) oğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (dürtüsellik)

(g) oğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.

(h) oğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

(i) oğu zaman başkalanmın sozn keser ya da yaptıklarının arasına girer (rn. Başkalarınınkonuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (rn. okulda -ya da işte- ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açıkkanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotikbozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyiaçıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir KişilikBozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

314.01 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2Tanı Ölçütü karşılanmışsa

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

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

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler veerişkinler) “Kısmi remisyonda” olarak belirtilmelidirler (83).

2.2.8.2. DSM-V’e göre DEHB Tanı Ölçütleri

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

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

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

a.Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.

b.Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d.Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.

e.Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.

f.Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g.Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h.Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i.Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır.

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

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

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

b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır *(yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).*

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

e.Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “arkasına bir motor takılmış” gibi davranır.

f.Çoğu kez, aşırı konuşur.

g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h.Çoğu kez, sırasını bekleyemez.

i.Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

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

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

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

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

Görünüme göre kodlama:

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

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

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

Varsa belirtiniz:

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

O sırada ki ağırlığı:

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

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

Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar(97).

2.2.12. DEHB Tedavisi

Erişkin DEHB’de bozukluğun kişinin işlevsellik alanlarına etkisi ve eşlik eden diğer psikopatolojiler belirlenmeli ve buna uygun tedavi planlanmalıdır. Erişkin DEHB tedavisinde ilk tercih psikostimülanlardır. Psikostimülanlar ilk kez 1937 yılında Bradley tarafından hiperaktif çocuklarda benzedrinin (rasemik amfetamin sülfat) faydalı etkileri olduğunu yayınlaması ile bildirilmiştir. 1950 yılında davranış bozukluğu sergileyen çocuklarda klorpromazin gibi çeşitli antipsikotikler kullanılmıştır. 1954 yılında Avrupa’da, 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde depresyon tedavisi için kullanıma giren metilfenidat 1970’lerden sonra DEHB tedavisinde kullanılmaya başlanmış ve uyarıcılar DEHB’de tercih edilen bir tedavi olmuştur(213). Yine ilaç tedavisine ek olarak DEHB’e psikoterapi eklenmesi faydalıdır(214).

Ülkemizde, uyarıcı ilaçlardan kısa etkili metilfenidat (Ritalin) 10 mg’lık tablet ve uzun etkili OROS metilfenidat (Concerta) 18-27-36-54mg’lık kapsül şeklinde bulunmaktadır. Kısa etkili metilfenidat (Medikinet) 5-10-20mg’lık tablet ve uzun etkili metilfenidat (Medikinet Retard) 5-10-20-30-40 mg’lık kapsül formlarında piyasaya çıkmıştır. Bu ilaçlar kırmızı reçete ile satılmaktadır. Metilfenidat (MPH) katekolamin olmayan bir sempatomimetik ilaçtır, farmakolojik etkisini dopaminin taşınmasını bloke ederek dopaminin striatumdaki ekstraselüler seviyesini artırarak gösterir(215,216).

Erişkin DEHB’de psikostimülan tedaviler ilk tercihtir, ancak bazı nedenlerle psikostimülan olmayan tedavi seçenekleri de kullanılmaktadır. Bunlar arasında desipramin, imipramin, fluoksetin, bupropiyon, venlafaksin, klonidin, guanfasin, klorpromazin, risperidon gibi ilaçlar tedavide yer alır (217). Erişkin DEHB’de kullanımı onaylanan tek psikostimülan olmayan ilaç atomoksetindir(218). Atomoksetin, prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerinde artmaya neden olarak tedavi edici etkisini göstermektedir(219).

DEHB’e antisosyal davranışların eşlik etmesi halinde, stimülan tedavinin değerlendirilmesi, davranışçı yaklaşımların uygulanması, başarılı olunamaması durumunda atipik antipsikotikler, lityum, valproik asit gibi ilaçların tedaviye eklenmesi önerilmektedir(220).

2.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu (ÇKB)

2.2.1. ÇKB Tanım

Toplumda olumsuz değerlendirilmekten ve yanlış bir şey yapmaktan korkan, utangaç, çekingen, sürekli kendisini gözleyen, çevresindeki kişilerin kendisini nasıl gördükleri ile ilgilenen kişilerdir. Toplum içinde yüz kızarması, el titremesi ve bunların fark edileceği ile ilgili kaygılarla karakterize olan ÇKB, sık görülen fakat az tanı konulan bir kişilik bozukluğudur.(221)

2.2.3. ÇKB Epidemiyolojisi

Kişilik bozukları sıklık ve yaygınlık oranları toplumdan topluma ve bir toplum içerisindeki değişik kesimlerde farklılık göstermekle birlikte genel toplumda yaygınlığı %12-23 arasında değişmektedir. Kişilik bozukları erkeklerde kadınlara oranla 4-5 kat daha fazla bildirilmekle birlikte ÇKB için kadın erkek farkı bildirilmemektedir (222). Yapılan çalışmalarda ÇKB görülme sıklığının %2,4 olduğu bildirilmektedir. Bu oranlar toplumdageleneksel çevrelerde yükselmektedir. Geleneksel toplumlarda ÇKB'nin hafif dereceleri destek ve beğeni toplamakta olduğu için tahmin edilenin üzerinde bir sıklıkta görülebilmektedir (223). Çeşitli araştırmalarda, sosyal anksiyete bozukluğu(SAB) tanılı hastalarda ÇKB yaygınlığı %60-90 arasında bulunmuştur(224).Psikiyatri hastaları ile yapılan bir çalışmada en sık konan kişilik bozukluğu tanısı, tek tanı olarak veya çoklu tanıyı oluşturan tanılardan biri olarak, kaçınan kişilik bozukluğu tanısıdır. Arkar(2004) tarafından yapılan bir çalışmada, katılan toplam 501 hastanın 146'sı (%29'u) ÇKB tanı kriterlerini karşılamaktadır (225).

2.2.4. ÇKB Etiyolojisi

ÇKB altında yatan mekanizma ya da nedenler tam olarak bilinmemektedir, fakat birden çok yatkınlaştırıcı etkeni içerebilir. Olası etkenler arasında genetik yatkınlık, erken travmatik duygusal yaşantılar, ebeveyn davranışını gözlemleme ya da model alma ve beyin kimya sistemlerindeki biyolojik düzensizlikler bulunmaktadır(226).

Bebeklik ve çocukluk yıllarında, utangaçlık, insanlardan uzaklaşma, yabancılardan ve yeni durumlardan korkma bu bozukluğun sık görülen bir öncülü olabilir de, insanların çoğunun, yaşları ilerledikçe bu özellikleri ortadan kalkmaktadır. Bunun aksine ÇKB olan

kişiler toplumsal ilişki kurmanın daha önemli olduğu ergenlik ve genç erişkinlik döneminde giderek utangaç ve çekingen olabilirler(227).

2.2.5. ÇKB’de Klinik

2.2.5.1. ÇKB’de Klinik Görünüm

ÇKB’nin temel klinik özelliği reddedilmeye duyarlılıktır ve hastanın ana klinik özelliği içe kapanıklıktır. Bu kişiler başkaları ile olan ilişkilerinde sıcaklık ve güven arzularlar fakat reddedilmekten korkarak ilişkiden kaçınmalarını mazur gösterirler(228).

ÇKB’li bireyler, birileri ile konuştukları zaman tereddüt içerisindedirler, özgüven eksikliği gösterirler. Konuşma sırasında daha çok kendilerini arka planda tutma eğilimindedirler.

Reddedilme konusunda aşırı duyarlı oldukları için topluluk önünde konuşmaktan ve başkalarından bir şey istemekten çekinirler. Başka insanların yorumlarını aşağılayıcı ve küçük düşürücü olarak yorumlamaya meyillidirler(229).

Herhangi bir konuda ki taleplerinin reddedilmesi kendilerini diğer insanlardan uzaklaşmış olarak hissetmelerine yol açar. İnsanların yorumlarına karşı hassasiyet gösterirler ve bu durum incinmiş hissetmelerine yol açar(228).

ÇKB olan kişiler, mesleki alanda daha çok sorumluluk gerektirmeyen yan işlerde çalışırlar. Nadiren kişisel bir ilerleme gösterir ve otoriter davranabilirler. Genellikle utangaç görünümde ve çevrelerini memnun etmeye çalışan kişilerdir(230).

ÇKB olan kişiler asosyal değillerdir. Ancak eleştirilmeden kabul görme garantisi almadan ilişkiye başlama konusunda isteksizdirler. Buna bağlı olarak yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur(228).

2.2.5.2. ÇKB’de Klinik Gidiş

ÇKB olan bir çok kişi koruyucu bir çevre içerisinde yaşamayı tercih eder ve bu koruyucu çevre içerisinde genellikle işlevseldir. Bazıları evlenir, çocuk sahibi olur ve yaşamlarını sadece aile üyelerinin çevrelediği bir şekilde sürdürür.

ÇKB olan kişilerin çevresinde yer alan kişilerin oluşturduğu destek klinik gidişte önemlidir. Ancak bu destek sistemleri çökerse depresyon, anksiyete ya da öfke sorunları yaşayabilirler(228).

Fobik kaçınma sık rastlanan bir durumdur. Bu bozukluğu olan kişiler sosyal fobi öyküsü verebilir ya da hayatlarının bir döneminde sosyal fobi geliştirebilirler(228).

Mesleki alanda daha çok sorumluluk gerektirmeyen yan işleri tercih ederler. Otorite gerektiren işlerden uzak durular ve iş alanında ilerleme göstermekte zorlanırlar.

2.2.6. ÇKB’de Tanı

ÇKB klinik görüşmelerinde en dikkat çeken noktalardan biri, hastanın görüşme esnasında duyduğu kaygıdır. Sinirli ve gergin halleri, görüşmecinin kendisini beğenip beğenmediği algısına göre artıp azalır. Görüşmecinin yorum ve tavsiyelerine hassasiyet gösterirler, açıklığa kavuşturma ve yorum yapmayı eleştiri olarak kabul görürler.

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskı’sına (DSM-V) göre, ÇKB tanısı koyabilmek için erken erişkinlik döneminde ortaya çıkan ve birçok bağlamda kendisini gösteren sosyal inhibisyon, yetersizlik hisleri ve olumsuz değerlendirmeye karşı hassasiyetin olduğu bir örüntü olmalıdır (231).

2.2.6.1. DSM-IV’egöre ÇKB Tanı Ölçütleri

Aşağıdakilerden dördünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, toplumsal ketlenmenin, yetersizlik duygularının ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılığın olduğu sürekli bir örüntü.

1. Eleştirilecek, beğenilmeyecek ya da dışlanacak olma korkusuyla çok fazla kişilerarası ilişki gerektiren meslekten kaçınır.
2. Sevildiğinden emin olmadıkça çok fazla ilişkiye girmek istemez.
3. Mahcup düşeceği ya da alay konusu olacağı korkusuyla yakın ilişkilerde tutukluk gösterir.
4. Toplumsal durumlarda eleştirileceği ya da dışlanacağı üzerine kafa yorar.

5. Yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle aynı ortamda bulunduğu durumlarda ketlenir.
6. Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel olarak albenisi olmayan biri olarak ya da başkalarından aşağı görür.
7. Mahcup düşebileceğinden ötürü kişisel girişimlerde bulunmak ya da yeni etkinliklere katılmak istemez.

2.2.6.2. DSM-5'e göre ÇKB Tanı Ölçütleri

Aşağıdakilerden dördü (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, toplum içinde çekingenlik, yetersizlik duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılık ile giden yaygın bir örüntü:

1. Eleştirilme, onaylanmama ya da dışlanma korkuları yüzünden kişisel ilişki kurmayı gerektiren işle ilgili etkinliklerden kaçınır.
2. Seveceklerini kesin olarak bilmedikçe insanlarla ilişkiye girmek istemez.
3. Utandırılacağı ya da alay edileceği korkusu yüzünden yakın ilişkilerde tutuk davranır.
4. Toplumsal durumlarda, eleştirilme ya da dışlanma düşünceleriyle uğraşıp durur.
5. Yetersizlik duyguları yüzünden yeni kişilerle bir arada bulunduğu ortamlarda çekingen davranır.
6. Kendisini toplumsal yönden beceriksiz, kişisel açıdan çekiciliği olmayan biri olarak ya da başkalarından aşağıda görürler.
7. Utandırıcı olabileceği düşüncesiyle, kişisel birtakım girişimlerde bulunmamayı göze alma ya da herhangi yeni bir etkinlikte bulunma konusunda genellikle isteksiz davranırlar.

2.2.7. ÇKB'nin Tedavisi:

ÇKB'nin tedavisi ile ilgili az sayıda sistematik araştırma yapılmıştır. Yapılan çalışmaların çoğunluğu da farmakolojik olmayan tedaviler üzerine olmuştur. ÇKB için

tedavi ilkeleri belirlerken bu bozukluğun SAB ile birçok benzerlik paylaştığını göz önüne alarak, tedavide örtüşen özellikleri dikkatle değerlendirmek gereklidir (232-233-234).

ÇKB hastaları için kullanılan terapi esnasında bile, hastalar kendilerine terapist tarafından eleştiri getirileceği korkusunu yaşarlar. Bu nedenle iç yaşantılarını açık bir dille ifade etme konusunda çekingen davranmaktadırlar.

ÇKB hastasına yapılacak terapide ilk ve en öncelikli hedef; bu hastaların tedaviye katılmalarını kolaylaştıracak güvenin sağlanmasıdır. Aksi takdirde hastanın tedaviye katılımı sınırlı olacaktır.

ÇKB hastalığında davranış tedavileri, psikodinamik terapiler, kişilerarası terapi, grup terapisi, aile tedavisinin faydalı olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış yöntemlerdir. (232,233,234,235,237)

Farmakolojik Tedavi:

ÇKB'nin ilaç tedavisi konusunda az sayıda çalışma olmasına karşın, ÇKB ile sıklıkla örtüşen yaygın SAB tedavisi ile ilgili çok sayıda yayın vardır (238). Tranilcipromin, fenelzin ya da fluoksetin ile tedavi edilmiş ÇKB olguları bildirilmiştir (239). Başka çalışmalarda da fluoksetinin ÇKB'nin temel belirtilerinde iyileşme sağladığı bulunmuştur (240).

Benzodiazepinlerin bazı araştırmalarda SAB'yi tedavide de etkin olduğu (241), bazı çalışmalarda da olumsuz sonuçlar elde edildiği görülmektedir (242). Yüksek potens benzodiazepinler, alprazolam ve klonazepamın yaygın SAB tedavisinde etkin olduğu bilinmektedir (243). Bazı araştırmacılar SAB'li birçok hastadaki klinik tablonun bir parçası olarak ÇKB özelliklerine dikkat çekmişler ve birçok belirtinin alprazolam tedavisi ile iyileşmesine karşın bu belirtilerin biri dışında tedaviden sonra başlangıçtaki düzeylerine döndüğünü bulmuşlardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. İzinler

Araştırma; tasarlanıp, araştırma planı hazırlandıktan sonra Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik kurulun 05.05.2017 tarih, 6no'lu kararı ve 2017/1140 protokol numarası ile onaylanmıştır [Ek-1].Araştırmaya katılan her bireyden çalışmanın amaçları, yöntemleri, hedefleri açıklandıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam formu, her katılımcıya imzalatılarak alınmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

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

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel-analitik bir çalışmadır.

3.4. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırmanın planlanması ve gerekli izinlerin alınması, Aralık 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında; araştırma verilerinin toplanması Mayıs 2017-Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.Araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Yatan Hasta Servisi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırma Evreni, Örnek Büyüklüğü ve Örnek Seçimi

3.5.1. Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Yatan Hasta Servisi'nde araştırmaya katılımcı

alma dönemi (Mayıs 2017-Mayıs 2018)içerisinde polikliniğe başvuran veya serviste takip edilen tüm SAB hastalarıdır.

3.5.2. Araştırmanın Örnek Büyüklüğü

G-power 3.1.9.2 istatistik programı kullanılarak yapılan power analizi sonucu 28 'si ÇKB eş tanı varlığı ile SAB hastası, 28'si SAB hastası olmak üzere en az 56 (%10 yedek ile 60 kişi)katılımcının çalışmamıza dahil edilmesi gerektiği tespit edilmiştir (Effect size $d=1.26$; $1-\beta$ err prob=0.90; α err prob=0.05).Bu hesaplamada, referans kaynak olarak Shaw Zirt ve ark.'nın yaptığı "Adjustment, Social Skills, and Self-Esteem in College Students With Symptoms of ADHD" adlı çalışma alınmıştır.

3.5.3. Araştırmanın Örnek Seçimi

Araştırmada örnek psikiyatri polikliniğine başvuran tüm hastalar içerisinde, daha önce SAB tanısı almış kişiler hastane otomasyon sisteminden takip edilerek belirlenmiş olup; araştırmaya alınma ve dışlanma kriterleri ışığında, 48'i Çkb eş tanı varlığı ile SAB hastası, 22'si, SAB hastası olmak üzere 70 katılımcı alınmıştır.

3.6. Araştırmaya Alınma, Araştırmadan Dışlanma ve Çıkarılma Kriterleri

3.6.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

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

3.6.2.Araştırmada Dışlama Kriterleri

- DSM-IV'e göre; SAB tanı ölçütlerini karşılamayan hastalar,
- Bilgilendirilmiş olur formunu okuyup imzalamayan hastalar,
- Öz bildirim ölçeklerini kendi başına anlayıp doldurmasına engel oluşturacak düzeyde zeka geriliği veya psikotik bozukluğu olanlar,
- Delirium, demans, amnestik sendrom gibi bir kognitif bozukluğu olan hastalar,

- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'na ve ayrıntılı açıklamalara rağmen çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar,
- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak.

3.6.3. Çıkarılma Kriterleri

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

3.7. Araştırma Süreci

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

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

3.8.1. Veri Toplama Yöntemi

Belirlenen katılımcılara öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu okutularak imzalatılmıştır. Daha sonra araştırmacı, tüm katılımcılara sosyodemografik klinik veri formu, DSM-IV eksen tanıları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-I), Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (Wender-Utah Rating Scale) (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T), Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-II) uygulanmıştır.

3.8.2. Veri Toplama Araçları

3.8.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

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

DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID-II)

Popüler kullanımı olan SCID'in eksen II için hazırlanmış modülüdür (SCIDII). Kişilik bozukluklarına yönelik 113 soru bulunmaktadır. Bu soruların görüşme öncesi olgu tarafından doldurulması görüşmenin süresini azaltmada faydalı olabilir. Bununla birlikte bilgi veren bir başka kişiden de yararlanılması önerilmektedir. Yüz yüze görüşme sürecinde soruların değerlendirilmesi yok (1), eşik altı(2) ve eşik üstü(3) biçiminde puanlanır. Bu değerlendirme aracının test-tekrar test değeri $k=0.68$ ve görüşmeciler arası güvenilirlik değeri $k=0.71$ olarak bulunmuştur. Görüşme yaklaşık bir saatte tamamlanır. Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve öngörülmesi Coşkunel tarafından 1994 yılında gerçekleştirilmiştir. [244,245] [Ek-3]

3.8.2.2. DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

SCID-I, 1997'de, First ve ark. tarafından geliştirilen DSM-IV'e yönelik olarak hazırlanan şu anda veya yaşam boyu birinci eksen tanısı koymaya yönelik yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Özkürkçügil ve ark. tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve ark. tarafından 1999'da yapılmıştır. (246)

3.8.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüselle belirtileri ölçmek üzere Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Hisli

tarafından yapılmıştır. Yirmi bir sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmekte olup ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişebilmektedir. Yirmi bir ve üzerindeki puanlar orta şiddette ya da ağır depresyonun varlığına işaret etmektedir (247)[Ek-9].

3.8.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck, Epstein, Brown ve Steer (248) tarafından geliştirilen Beck Anksiyete ölçeği WSKÖ'nin benzer ölçek geçerliliği çalışmasında kullanılmıştır. Beck anksiyete ölçeği 21 maddeden, sübjektif anksiyete ve somatik belirtiler isimli iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanından alınan yüksek değerler yüksek kaygı düzeyini gösterirken alınan düşük değerler ise düşük kaygı düzeyine işaret etmektedir. Ulusoy tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin orijinal formundaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .92, test tekrar test güvenirlik katsayıları $r = .75$ ve $r = .67$ düzeyinde olduğu belirtilirken Türkiye'de yürütülen uyarlama çalışmasında ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93, test tekrar test güvenirliği ise .57 olarak raporlaştırılmıştır. Ölçeğin madde toplam korelasyon katsayılarının .45 - .72 arasında değerlere sahip olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada Beck anksiyete ölçeğinin toplam puan için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .89 olarak hesaplanmıştır[Ek-10].

3.8.2.6. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ)

Kaygı için 24, kaçınma için 24 olmak üzere toplam 48 sorudan oluşan Likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Çeşitli sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulamaktadır. İlki sosyal ortamlarda yaşanan kaygı düzeyini, ikincisi kaçınma davranışının şiddetini ölçmeye yönelik iki alt ölçek içermektedir. Her bir soru 1 ile 4 arası puan verilerek hesaplanır ve her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ve 72 arasında değişebilmektedir. Bu şekilde toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında değişebilmektedir. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Ölçek Liebowitz tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Heimberg ve arkadaşları (1999), Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Soykan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (249). Ölçeğin Türkçe versiyonunun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır[Ek-11].

3.8.2.8. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

DEHB ile ilişkili erişkinlerin çocukluk çağındaki belirti ve bulgularını değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir.

İlk olarak DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır (250). Her bir maddesinin 0 ile 4 arasında derecelendirildiği (0=hiç, 4=aşırı) beşli likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. DEHB tanısı için kesme puanı 46 ve üstü gerekmektedir. WUDÖ'nun hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (251) Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8 saptanmıştır (252)Ek-12].

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

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

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

bölüm ise 'çocuklar için genel değerlendirme ölçeği' olarak adlandırılır . K-SADS-PL belirti şiddetini “yok”, “eşik altı” ve “eşik” şeklinde derecelendirir, tanı konulan bireylerde belirtilerin varlığına ilişkin bilgi verir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez. Testin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Bahar Gökler, Fatih Ünal, Berna Pehlivantürk, Ebru Çengel Kültür, Devrim Akdemir, Yasemen Taner tarafından yapılmıştır (123), (124)

Bu yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi çocuk ve ergenlerin yanı sıra erişkinde de kullanılabilmektedir. Literatürlerde bu formun erişkinlerde de kullanıldığı bir çok çalışma mevcuttur (8, 9, 253). Çalışmamızda DEHB’in SAB gibi genellikle süregelen karakterde olan ve çocukluk çağından itibaren etkileri olan bir bozuklukla ilişkisi değerlendirileceği için DEHB belirtilerinin çocukluk çağındaki etkilerini de değerlendirebilen K-SADS-PL ölçeğinin kullanılmasının uygun olacağı düşünüldü. Çalışmamızda SAB ön tanısıyla yönlendirilmiş hastalarda tanıyı doğrulamak amacıyla tüm katılımcılara, anksiyete modülünün SAB bölümü ve DEHB komorbiditesi araştırmak için davranış bozuklukları modülünün dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bölümünü uygulayacağız.

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

Erişkin DEHB hastalığında DSM-IV’e Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri hastalığın şiddetini ölçmeye yaramaktadır[Ek-13]. Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Atilla Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır: (254)

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

3.9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

Çkb eşlik etme durumu: Bu çalışmanın temel bağımlı değişkeni olarak “SAB hastalarına ÇKB eşlik etme durumu” dur. Bu durum klinik görüşme Scıd 2 aracılığı ile değerlendirilmiştir.

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

Cinsiyet (erkek ve kadın seçenekleriyle kategorik olarak), doğum tarihi (açık uçlu), doğum yeri (açık uçlu), toplam öğrenim yılı (açık uçlu), mezun olduğu okul (açık uçlu), meslek (açık uçlu), medeni durum (bekar, evli, dul, boşanmış ve ayrı yaşıyor seçenekleriyle kategorik olarak), çocuk sayısı (açık uçlu), çalışma durumu (çalışıyor, işsiz, çalışmıyor, ev hanımı, emekli ve öğrenci seçenekleriyle kategorik olarak), ailenin gelir düzeyi (alt orta üst seçenekleriyle kategorik olarak), yaşadığı il (açık uçlu), yaşadığı il (kent içi, varoş, kasaba, köy seçenekleriyle kategorik olarak), göç öyküsü (var, yok, birden fazla seçenekleriyle kategorik olarak), göç öyküsü yaşı (açık uçlu), yaşadığı kişiler (açık uçlu) psikoaktif madde (nikotin, alkol, esrar, kokain, ekstazi, opiat) kullanım öyküsü (yok, var seçenekleriyle kategorik, var şeklinde cevap verenler de adet/gün/yıl açık uçlu olarak, süre yıl cinsinden açık uçlu olarak), sorgulanmıştır. Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü (var ve yok seçenekleriyle kategorik olarak), geçmiş diğer psikiyatrik öyküsü olanların ne öyküsü olduğu (panik bozukluk, Sosyal Anksiyete, okb, yeme bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, psikoz, hipokondriasis, kişilik bozukluğu, PTSD, intihar öyküsü, alkol-madde kullanımı, diğer seçenekleriyle kategorik olarak), geçmiş psikiyatrik öyküsü olanların ilk tedavi yaşı (yıl cinsinden, açık uçlu), geçmiş psikiyatrik öyküsü olanların hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay cinsinden, açık uçlu), çocukluk psikiyatrik tanı (yetersiz bilgi, yok, eşikaltı, var seçenekleriyle kategorik olarak), nörolojik tanı öyküsü (var, yok seçenekleriyle kategorik olarak), nörolojik tanı öyküsü olanlarda ne öyküsü olduğu (açık uçlu), psikiyatrik tanı harici diğer tanı öyküsü (var, yok seçenekleriyle kategorik olarak), psikiyatrik tanı harici diğer tanı öyküsü olanlarda ne öyküsü olduğu (açık uçlu), intihar girişimi (var ve yok seçenekleriyle kategorik olarak ayrıca intihar girişimi sayısı ve türü açık uçlu olarak), psikiyatrik yatış öyküsü ve sayısı (açık uçlu), şu anda tedavi alma durumu (evet ve hayır seçenekleriyle kategorik olarak), tedavi alanların tedavi alma süresi (açık uçlu), hastaların kullandıkları ilaçlar (açık uçlu) sorgulanmıştır.

3.10. Araştırma Takvimi

Faaliyet	Aralık 2016	Mayıs 2017	Mayıs 2017-Mayıs 2018	Mayıs-2018 Temmuz 2018	Ağustos 2018
Tez konusunun belirlenmesi	X				
Veri toplama araçlarının hazırlanması	X				
Etik kurul başvurusunun yapılması		X			
Verilerin Toplanması			X		
Veri tabanı hazırlanması ve veri girişi				X	
Veri analizi				X	X
Araştırma raporunun yazımı					X

3.11. Araştırma Bütçesi ve Destekler

Araştırmanın maddi giderlerinin karşılanabilmesi için herhangi bir destek alınmamıştır.

3.12. Verilerin Analizi

Araştırma verileri SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğugörsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri için normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca, minimum ve maksimum kullanılarak gösterilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının karşılaştırılmasında Student-t Testi, bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek için normal dağılım göstermeyenlerde Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük saptanması koşulu aranmıştır.

4. BULGULAR

4.1. SAB Tanılı Hastaların ve SAB'a Eşlik Eden ÇKB Tanılı Hastaların Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

Tablo I: SAB ve SAB'a Eşlik Eden ÇKB Tanılı Hastaların Sosyodemografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

	ÇKB(-) (s=22)		ÇKB(+) (s=48)		Toplam (S=70)				
	s	%	s	%	s	%	χ^2	df	p
Cinsiyet							0.018	1	0.894
Erkek	10	45.5	21	43.8	31	44.3			
Kadın	12	54.5	27	56.3	39	55.7			
Medeni durum							0.489	2	0.783
Bekar	16	72.7	35	72.9	51	72.9			
Evli	6	27.3	12	25.0	18	25.7			
Boşanmış	0	0	1	2.1	1	1.4			
Ailede Psikiyatrik Hastalık öyküsü							0.000	1	0.986
Yok	17	77.3	37	77.1	54	77.1			
Var	5	22.7	11	22.9	16	22.9			
Meslek							2.469	4	0.650
Çalışıyor/Öğrenci	19	86.4	37	77.1	56	80.0			
İşsiz	2	9.1	3	6.3	5	7.1			
Çalışmıyor	1	4.5	4	8.3	5	7.1			
Emekli	0	0	1	2.1	1	1.4			
Ev kadını	0	0	3	6.3	3	4.3			
Göç Öyküsü							0.455	2	0.796
Yok	14	63.6	27	56.3	41	58.6			
Bir kez	6	27.3	17	35.4	23	32.9			
Birden fazla	2	9.1	4	8.3	6	8.6			
Sosyoekonomik Durum							3.799	2	0.150
Alt	1	4.5	7	14.6	8	11.4			
Orta	16	72.7	37	77.1	53	75.7			
Üst	5	22.7	4	8.3	9	12.9			
Sigara							0.027	1	0.871
Yok	16	72.2	34	70.8	50	71.4			
Var	6	27.3	14	29.2	20	28.6			
Alkol							0.000	1	0.986
Yok	17	77.3	37	77.1	54	77.1			
Var	5	22.7	11	22.9	16	22.9			
Madde							6.839	1	0.009
Yok	19	86.4	48	100	67	95.7			
Var	3	13.6	0	0.0	3	4.3			
Hastane Yatış Öyküsü							0.011	1	0.916
Yok	20	90.9	44	91.7	64	91.4			
Var	2	9.1	4	8.3	6	8.6			
İntihar Öyküsü							0.184	1	0.668
Yok	20	90.9	45	93.8	65	92.9			
Var	2	9.1	3	6.3	5	7.1			

Çalışma 70 katılımcıyla yapılmış olup, bunlardan 22'sinde SAB, 48'inde SAB'a eşlik eden ÇKB tanısı mevcuttu. Toplam hastaların % 44.3'ü erkek, % 55.7'si kadındı. SAB tanılı hastaların % 54.5'i kadın cinsiyette iken, SAB'a eşlik eden ÇKB hastalarında bu oran %56.3 idi. Her iki grupta bekarlar çoğunlukta olup, SAB tanılı hastaların % 72.7'si, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastaların %72.9'u becardı. Çalışma durumu değerlendirildiğinde; SAB tanılı hastaların %86.4'ü çalışmakta iken, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastaların %77.1'i çalışmaktaydı.. Sosyoekonomik durum değerlendirildiğinde; geliri gidere denk olanlar her iki grupta çoğunlukta olup, rakamsal olarak birbirine yakın değerlerde bulundu. Göç öyküsü incelendiğinde SAB tanılı hastaların % 36.4'ünde, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastaların 41.4'ünde göç öyküsü bulunmaktaydı. İntihar girişiminde bulunan kişi sayısı incelendiğinde; SAB tanılı hastalarda intihar girişim öyküsü pozitifliği % 9.1 iken, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastalarda intihar oranı % 6.3 bulunmuştur.

Her iki grupta sigara içen hastaların oranları birbirine yakındı. Aralarında anlamlı bir fark yoktu.(p:0.871) Alkol kullanımı oranı her iki grupta da %77 idi. Madde kullanımı açısından bakıldığında, güncel madde kullanım oranı SAB tanılı hasta grubunda, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hasta grubuna göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. SAB+ÇKB grubunda madde kullanım öyküsü yoktu(p:0.009). Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü SAB tanılı hasta grubunda %9.1 iken, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hasta grubunda % 8.3 olarak saptandı.

SAB ve SAB+ÇKB tanılı hasta gruplarında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından oranlar sırayla %77.3 ve %77.1 olup, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo II: SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Tanılı Hastaların Yetişkin, Çocukluk Çağı DEHB ve SAB Tanıları Bakımından Karşılaştırılması

	ÇKB(-) (s=22)		ÇKB(+) (s=48)		Toplam (S=70)				
	s	%	s	%	s	%	χ^2	df	p
Yetişkin DEHB							3.764	1	0.052
Yok	16	72.7	23	47.9	39	55.7			
Var	6	27.3	25	52.1	31	44.3			
Yetişkin DEHB							4.438	2	0.109
Yok	16	72.7	23	47.9	39	55.7			
DE	4	18.2	21	43.8	25	35.7			
Karma	2	9.1	4	8.3	6	8.6			
HA	0	0	0	0	0	0			
Çocuklukta Sosyal Anksiyete Bozukluğu							10.295	1	0.001
Yok	7	31.8	2	4.2	9	12.9			
Var	15	68.2	46	95.8	61	87.1			
Çocuklukta DEHB							4.125	1	0.042
Yok	13	59.1	16	33.3	29	41.4			
Var	9	40.9	32	66.7	41	58.6			

Yetişkin DEHB tanısının, SAB tanılı hastalarda %27, SAB+ÇKB tanılı hastalarda %52 oranında eşlik ettiği saptanmıştır. İki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, SAB+ ÇKB tanılı hastalarda daha yüksek birliktelik olduğu saptandı (p:0.052). SAB tanılı hastaların 4 tanesine dikkat eksikliği baskın tip DEHB tanısı konurken, 2 hastaya karma tip DEHB tanısı kondu. SAB+ ÇKB grubunda 21 hasta dikkat eksikliği baskın tip DEHB tanılı iken, 4 tanesi karma tip DEHB tanılıydı. Her iki grupta da hareketlilik baskın tip DEHB tanılı hasta saptanmadı. SAB tanısı olan grupta, çocukluk döneminde SAB tanısı %68.2 olduğu görülürken, ÇKB eşlik eden SAB tanısı olan hastalarda bu oran % 95.8 idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0.0001). SAB tanısı olan grupta, çocukluk çağı DEHB oranı % 40.9 iken, SAB+ÇKB eşlik eden grupta bu oran %66.7’ydi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p:0.042).

Tablo III: SAB Tanılı Hastaların İlaç Kullanımlarının Dağılımı

Katılımcıların kullandıkları ilaçların dağılımı (s=70)		
Essitalopram 10 mg/gün	4	5.7
Venlafaksin 75mg/gün	2	2.8
Fluoksetin 20 mg/gün	3	4.2
Paroksetin 20 mg/gün	1	1.4
Paroksetin 40 mg/gün	1	1.4
Sertralin 150 mg/gün	1	1.4
Fluoksetin 20 mg/gün, Amisulprid 100 mg/gün	1	1.4
Klozapin 200mg/gün	1	1.4
Sulpirid 200 mg/gün	1	1.4
Paroksetin 10 mg/gün	1	1.4
Metilfenidat 10 mg/gün	1	1.4
Sertralin 100 mg/gün Risperidon 2 mg/gün Ketiapin 25 mg/gün	1	1.4
Sertralin 50 mg/gün	1	1.4
Vortiksetin 10 mg/gün Mirtazapin 15 mg/gün	1	1.4
Valproik asit 1250 mg/gün, Sertralin 25 mg/gün	1	1.4
Valproik asit 1250mg/gün Olanzapin 5mg/gün	1	1.4
Lamotrijinin 50 mg/gün Arıprazol 5 mg/gün	1	1.4
İlaç almayan grup	47	67.1

**Sütun yüzdesi alınmıştır*

Hastaların %67' si çalışmaya katıldığı sırada herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmamaktaydı. Medikal tedavi alan hastaların, %60'ı, tek SSGİ grubu ilaç kullanan hastalardan oluşmaktaydı. Essitalopram SSGİ'ler arasında en sık kullanılan etken madde olarak saptandı. Hastalardan ikisi antipsikotik tedavi almaktaydı. 3 hasta duygu-durum dengeleyici ilaç tedavisi almaktaydı. 1 hasta DEHB tanısı nedeniyle metilfenidat kullanmaktaydı. Tedavi alan hastaların %78'i monoterapi alırken, %22'si birden fazla ilaçla tedavi olmaktaydı.

Tablo IV: Katılımcılarda Bulunan SCİD 1 İle Tanı Konan Psikiyatrik Hastalıkların Dağılımı

	s	%
SCİD eş tanı mevcut olanların psikiyatrik hastalık dağılımları		
Major Depresyon	46	65.7
Distimi	8	11.4
Bipolar bozukluk	3	4.2
Obsesif kompulsif bozukluk	10	14.2
Yaygın anksiyete bozukluğu	38	54.2
Panik bozukluk	3	4.2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	1.4
Konversiyon	1	1.4
Agorafobi	1	1.4
Özgül Fobi	1	1.4
Hipokondriasis	2	2.8
Dikkat Eksikliği HiperAktivite Bozukluğu	31	43.4
Borderline kişilik Bozukluğu	4	5.7
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	1	1.4
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	1	1.4
Patolojik Kumar	1	1.4
Deri Yolma Bozukluğu	1	1.4
Anoreksiya Nervoza	2	2.8
Bulimia Nervoza	1	1.4
Ek tanısı olmayan	8	11.4

**Sütun yüzdesi alınmıştır*

Katılımcıların %88’ inde en az bir psikiyatrik tanı mevcuttu. SAB’a en sık Major Depresyon (%65) eşlik etmekteydi. Hastaların %11’inde distimi tanısı mevcuttu. Hastalarda komorbid en sık görülen anksiyete bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu’ydu(%54). Hastaların %4’ünde Panik Bozukluk tanısı mevcuttu. Hastaların % 14’ ünde Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı mevcuttu. %4’ünde Bipolar Bozukluk, Borderline Kişilik Bozukluğu tanıları mevcuttu. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, hastaların %43’ünde mevcuttu. Hastaların % 2’sinde Anoreksiya Nervoza,Hipokondriasis tanısı mevcuttu. Hastaların % 1.4 ‘ünde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Konversiyon, Agorafobi, Özgül Fobi, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu, Patolojik Kumar, Deri Yolma Bozukluğu, Bulimia Nervoza tanıları mevcuttu. 8 hastada SAB dışında eşlik eden psikiyatrik hastalık tanısı yoktu.

Tablo V: DEHB Alt Tipleri ve SAB Alt Tiplerinin Dağılımı

	s	%
DEHB alt tipi		
Dikkat eksikliği	25	80.6
Hiperaktivite/Dürtüsellik	0	0,0
Karma	6	19.3
SAB alt tipi		
Yaygın	51	72.9
Yaygın olmayan	19	27.1

**Sütun yüzdesi alınmıştır*

Katılımcılar, DEHB alt tipleri açısından incelendiğinde; dikkat eksikliği alt tipi oranı % 80,6 iken, karma alt tip oranı % 19.3 idi.. SAB alt tipleri açısından incelendiğinde SAB yaygın alt tipi % 72.9 , SAB yaygın olmayan alt tipi % 27.1 oranında bulundu. Ayrıntılar tablo 5’de verilmiştir.

Tablo VI: SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının SAB Alt Tipi Bakımından Değerlendirilmesi

	SAB		SAB+ÇKB		χ^2	df	p
	s	%	s	%			
SAB alt tipi							
Yaygın	15	68.2	44	91.7	-	-	0.000
Yaygın olmayan	7	31.8	4	8.3			

^oFisher’s Exact Test

Her iki grup SAB alt tipi bakımından karşılaştırılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (p=0,000). SAB’a ÇKB eşlik eden grupta daha yüksek oranda yaygın tip SAB mevcuttu.

4.2. SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının SCID 1 Eştanı Varlığı Bakımından Karşılaştırılması

Tablo VII: SAB ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının SCID 1 Eştanı Varlığı Bakımından Karşılaştırılması

	SAB		SAB+ÇKB		χ^2	df	p
	s	%	s	%			
SCID 1 eştanı mevcut olma durumu							
Var	15	62.8	47	97.9	-	-	0.000
Yok	7	38.2	1	2.1			

^oFisher’s Exact Test

Katılımcıların eş tanı birlikteliği SCID 1 ile sorgulandı. SAB tanısı olan hastalarda ek psikiyatrik hastalık oranı %62.8 iken, bu oran SAB + ÇKB grubunda %97.9 bulundu. Her iki grupta, eş tanı mevcut olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0.000).

Tablo VIII: SAB Ve SAB’a Eşlik Eden ÇKB Hastalarının Ölçek Puanları Bakımından Karşılaştırılması

	ÇKB(-) (s=28)		ÇKB(+) (s=42)				
	Ort.	SS	Ort.	SS	t	df	p
Yaş	27.27	6.77	27.38	8.58	-0.049	68	0.961
Öğrenim Yılı	16.54	3.58	14.45	3.43	-2.327	68	0.023
Çocuk Sayısı	0.18	0.58	0.33	0.98	-0.859	68	0.394
ÇKB Madde Sayısı	1.72	1.02	5.91	3.94	-16.034	68	0.000
BECKDÖ	9.95	9.83	21.66	10.13	-4.530	68	0.000
BECKAÖ	9.91	9.33	22.65	13.82	-3.922	68	0.000
LSFÖ-Toplam	37.40	31.45	74.31	23.33	-5.489	68	0.000
Kaygı Performans	12.5	8.32	23.18	6.83	-5.667	68	0.000
Kaygı Sosyal Etkileşim	8.27	7.67	17.00	7.31	-4.563	68	0.000
Kaçınma Performans	10.72	8.95	19.68	6.84	-4.604	68	0.000
Kaçınma Sosyal Etkileşim	6.86	7.88	14.54	5.96	-4.507	68	0.000
WENDER UTAH	22.54	18.70	37.45	17.76	-3.207	68	0.002
TURGAY-Toplam	42.5	29.19	61.9	22.59	-3.034	68	0.003
TURGAY-DE	9.22	6.51	13.66	6.20	-2.735	68	0.008
TURGAY-HA	7.31	6.43	7.31	5.23	-0.004	68	0.997
TURGAY-SORUNLAR	26.13	18.38	41.27	14.38	-3.738	68	0.000

SAB ve SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastalar, yaş açısından karşılaştırıldıklarında anlamlı bir fark bulunmadı. ($p:0.961$). SAB ve SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastalar, toplam öğrenim yılı açısından karşılaştırıldıklarında, ÇKB eşlik etmeyen grupta toplam öğrenim yılı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (**$p:0.023$**). Çocuk sayısı açısından, iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu(0.394). SCID II'de yer alan ÇKB sorgulayan maddelere verilen evet yanıtı, ÇKB eşlik eden SAB tanılı grupta SAB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. (**$p:0.000$**). Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek puanları, SAB grubuna göre SAB+ÇKB grubunda daha yüksek bulundu (**$p:0.0000$**). Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları, SAB+ ÇKB grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (**$p:0.000$**). Wender Utah Derecelendirme Ölçeği toplam puanı SAB+ÇKB grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu(**$p:0.002$**). DSM-IV' E Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı Ve Değerlendirme Envanteri- Turgay toplam puanı ve dikkat eksikliği ve sorunlar alt ölçeğinde SAB+ÇKB grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. (**$p:0.0003, p:0.0008$** **$p:0.000$**). Turgay Hareketlilik alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p:0.997$).

Tablo IX: Çocukluk Çağı Ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Toplam ve Alt Ölçek Puanları İle Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu Semptomları Korelasyon Tablosu

	ÇKB Madde Sayısı		LSFÖ Toplam		Kaygı Performans		Kaygı Sosyal Etkileşim		Kaçınma Performans		Kaçınma Sosyal Etkileşim	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Wender Utah	0.43	<0.0001	0.43	<0.0001	0.40	0.001	0.42	<0.0001	0.37	0.001	0.38	0.001
Turgay Total	0.39	0.001	0.28	0.01	0.29	0.01	0.25	0.03	0.23	0.05	0.27	0.02
Dikkat Eksikliği	0.33	0.004	0.32	0.007	0.29	0.01	0.28	0.01	0.27	0.02	0.32	0.006
Dürtüsellik/Hiperaktivite	0.51	0.67	0.33	0.78	0.20	0.86	0.09	0.94	0.06	0.57	0.03	0.77
Turgay Sorunlar/Özellikler	0.46	<0.0001	0.33	0.005	0.35	0.003	0.29	0.01	0.28	0.01	0.31	0.008

Tablo 9’da gösterildiği üzere, Wender Utah ile ÇKB pozitif madde sayısı, LSFÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Turgay total puanı ile ÇKB pozitif madde sayısı, LSFÖ toplam puanı, kaygı performans alt ölçek puanı, kaygı sosyal etkileşim alt ölçeği, kaçınma sosyal etkileşim puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunduğu, kaçınma performans alt ölçeği ile anlamlı düzeyde ilişki bulunmadığı tespit edildi.

Turgay dikkat eksikliği alt ölçeği ile ÇKB pozitif madde sayısı, LSFÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Turgay dürtüsellik/hiperaktivite alt ölçeği ile ÇKB pozitif madde sayısı, LSFÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı tespit edildi.

Turgay Özellikler/Sorunlar alt ölçeği ile ÇKB pozitif madde sayısı, LSFÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Tablo X: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız sürekli değişkenler		B	S.E	WALD	df	p	Exp(B)
SAB- ÇKB Eştanısı	Yaygın SAB		2.867	0.734	15.280	1	<0.0001	17.591
	Turgay DE		0.020	0.086	0.052	1	0.81	1.020
	Turgay Ö/S		0.042	0.022	3.797	1	0.05	1.043
	Çocukluk SAB		-1.425	1.607	1.607	1	0.20	0.240
	WUDÖ		-0.016	0.260	0.260	1	0.61	0.984

SAB-ÇKB eştanısı ile bağımsız değişkenler olan yaygın SAB, Turgay DE, Turgay Ö/S, çocukluk SAB, WUDÖ puanlarının her biri ile olan ilişkisi lineer regresyon analizi ile incelendi, tablo 10’da belirtildi.

Sonuçlara göre; SAB-ÇKB eştanı durumu ile sadece yaygın SAB istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuş olup(**p<0.0001**), Turgay DE, Turgay Ö/S, çocukluk SAB, WUDÖ puanlarının SAB-ÇKB ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, örneklemin% 68.57'sinin (n = 48) komorbid ÇKB tanısı olduğunu bulundu. ÇKB komorbiditesi olan ve olmayan SAB hastalarının karşılaştırılması sonucu, yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmemiştir. SAB ve SAB+ÇKB tanılı hasta gruplarında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından oranlar sırayla %77.3 ve %77.1 olup, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgularımız literatürde belirtilen, daha önce yapılmış olan 2 çalışma ile uyumluydu. (17-18)

Çalışmamızın epidemiyolojik verileri incelendiğinde, hem pür SAB tanılı hasta grubunda hem de SAB'ye eşlik eden ÇKB tanılı grupta bekarlar çoğunlukta olup, SAB tanılı hastaların % 72.7'si, SAB'a eşlik eden ÇKB tanılı hastaların %72.9'u bekarı. Literatürde Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, medeni durumu bekar olan hasta oranı diğer kaygı bozukluğu tanısı alan gruplarla kıyaslandığında, anlamlı biçimde sosyal kaygı bozukluğu grubunda daha yüksek bulunmuştur (26). Bizim çalışmamızdaki oranlarda bu oranlarla örtüşmektedir.. Ek olarak verilerimizden çalışma durumu değerlendirildiğinde; SAB tanılı hastaların %86.4'ü çalışmakta iken, SAB'a eşlik eden ÇKBtanılı hastaların %77.1'i çalışmaktaydı. SAB + ÇKB olan grupta daha düşük evlilik oranlarının ve daha düşük çalışma oranlarının görülmesini ÇKB'nin SAB'nin daha ağır bir formu olduğu ve işlevsellikte bozulmaya yol açtığı görüşünü desteklemektedir. Daha geniş örneklem grubu üzerinde yapılacak çalışmalarla anlamlı farklılıklar bulunabileceği kanaatindeyiz.

SAB tanılı hastalarda yüksek oranlarda eş tanı varlığı bildirilmesine rağmen, bu çalışmalarda DEHB eş tanısına bakılmamıştır. Ayrıca DSM-IV SCID I gibi tarama testlerinde DEHB ilgili bölümün olmaması da, bu gözden kaçma durumunu kolaylaştırmış olabilir(105).Bizim çalışmamızda yetişkin DEHB tanısının, SAB tanılı hastalarda %27, SAB+ÇKB tanılı hastalarda %52 oranında eşlik ettiği saptanmıştır. İki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, SAB+ ÇKB tanılı hastalarda daha yüksek birliktelik olduğu saptanmıştır (**p:0.052**). SAB tanısı olan grupta, çocukluk çağı DEHB oranı % 40.9 iken, SAB+ÇKB eşlik eden grupta bu oran %66.7'ydi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.(**p:0.042**). Bu sonuçlar, çocukluk çağı DEHB tanısının SAB ve ÇKB ile komorbid olduğu durumlarda daha sık eşlik ettiğini ortaya koymuştur.

Literatür incelediğinde, yaygın tip SAB tanısı olan hastalar sosyal durumların büyük bir çoğunluğunda korku ve kaygı yaşadıkları (hem performans hem de etkileşim durumlarında) ve hastaların %70-80'inde, çekingen kişilik bozukluğu da birlikte olduğu görülmektedir (90-91-92). Çalışmamızda, Turgay Dikkat Eksikliği alt ölçek puanları ve Turgay DEHB toplam puanları, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği puanları ve Wander Utah Derecelendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları ÇKB-SAB tanılı hastalarda, komorbiditesi olmayan SAB tanılı hasta grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Erişkin DEHB alt türleri açısından, ÇKB'si olan ve olmayan SAB tanılı hastalar arasında fark yoktu. Korelasyon analizinde, ortalama ÇKB kriteri sayısının WUDÖ toplam skorları ($r = 0.43, p < 0.0001$), toplam Turgay Skorları ($r = 0.39, p = 0.001$) ve Turgay Dikkatsizlik Alt Ölçek skorları ($r = 0.33, p = 0.004$) ve Turgay Ölçeğinin özellik / problem alt ölçekleri ($r = 0.46, p < 0.0001$) anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde SAB ve SAB+ÇKB grubunun DEHB alt tipleri açısından karşılaştırıldığı ilk çalışma olması önemlidir.

Çalışmamızda katılımcılar, DEHB alt tipleri açısından incelendiğinde; dikkat eksikliği alt tipi oranı % 80,6 iken, karma alt tip oranı % 19.3 idi. SAB alt tipleri açısından incelendiğinde SAB yaygın alt tipi % 72.9, SAB yaygın olmayan alt tipi % 27.1 oranında bulundu. Her iki grup SAB alt tipi bakımından karşılaştırılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. ($p=0,000$). SAB'a ÇKB eşlik eden grupta daha yüksek oranda yaygın tip SAB mevcuttu. Bu bulgular literatür ile uyumluydu. (88-89)

Katılımcıların eş tanı birlikteliği SCID 1 ile sorgulandı. SAB tanısı olan hastalarda ek psikiyatrik hastalık oranı %62.8 iken, bu oran SAB + ÇKB grubunda %97.9 bulundu. SAB hastalarında yüksek oranlarda eş tanı varlığı bildirilmesine rağmen, literatürde olan bu çalışmalarda DEHB eş tanısına bakılmamıştır. SAB hastalarında erişkin DEHB eş tanı sıklığını araştıran az sayıda özgül çalışma mevcuttur ve konu ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Bu konuda Safren ve arkadaşlarının çalışmasında 33 SAB hastasında çocukluk DEHB sıklığı % 3, 22 yaygın anksiyete bozukluğu hastasında ise %32 olarak bulunmuştur(7). Van Ameringen ve arkadaşlarının çalışmasında ise 129 anksiyete bozukluğu hastasında erişkin DEHB sıklığı %27.9 olarak bulunmuştur(106). Bizim çalışmamızda yetişkin DEHB tanısının, SAB tanılı hastalarda %27, SAB+ÇKB tanılı hastalarda %52 oranında eşlik ettiği saptanmıştır. İki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, SAB+ ÇKB tanılı hastalarda daha yüksek birliktelik olduğu saptandı. SAB tanısı olan grupta, çocukluk çağı DEHB oranı % 40.9 iken, SAB+ÇKB eşlik eden grupta bu oran %66.7'ydi. Bu fark istatistiksel

olarak anlamlı bulundu (**p:0.042**). Park ve arkadaşlarının çalışmasında erişkin DEHB ile SAB eştanısı varlığı ilişkili bulunmuştur (odds oranı=7.57). Bu çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %29.3'ü eşzamanlı olarak SAB eştanısını almışlardır(111). Erişkin DEHB hastalarında yapılan çalışmalarda ise %40-60 anksiyete bozukluğu eştanısı saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu birlikteliğinin, DEHB'de görülen dürtüsellliği artırdığı, işlevselliğin daha çok bozulmasına neden olmasının yanı sıra tedaviye uyumu bozduğu ve direnç oluşmasına neden olduğu bildirilmiştir(112).

SAB ve ÇKB tanılarının klinik olarak farklı durumlar olup olmadığına dair bir belirsizlik vardır. Süreklilik hipotezinde olduğu gibi ÇKB, SAB'nin daha ciddi bir varyantıdır. Baskın görüş, daha hafif uçta normal sosyal anksiyete ve utangaçlıktan farklı olarak, ÇKB'de en ciddi farklılık sosyal kaygının değişik durumlarda da süreklilik göstermesidir. Süreklilik hipotezinde, SAB ve ÇKB'yi ayırt etmek tüm hastalarda kolay değildir.

SAB ile ÇKB arasındaki ilişkinin bir diğer önemli boyutu da ortak etiyolojik faktörlerin derecesidir. Bazı çalışmalar ÇKB ile yüksek düzeyde semptom örtüştüğünü göstermektedir.(X) Bununla birlikte, bu iki bozukluk arasındaki nitel farklılıklar konusunda bir fikir birliği yoktur. Mevcut çalışmada, ÇKB ve SAB eştanılı bireylerin DEHB ile birlikteliklerine göre ÇKB'si olmayan SAB tanılı hastalardan ayırt edilebileceğini varsaydık. Literatür incelendiğinde, bu çalışma, ÇKB olan ve olmayan SAB tanılı hasta örnekleminde çocukluk ve / veya yetişkinlik DEHB'nin varlığını ve ilişkilerini karşılaştıran ilk çalışmadır(225).

Önceki çalışmaların çoğunda, SAB ve ÇKB ilişkisi incelendiğinde, ÇKB'de daha fazla sosyal sıkıntı ve işlevsellikte bozulma ve genellikle daha fazla depresyon görülmesi, yazarları ÇKB'nin SAB'nin daha ciddi bir varyantı olduğu ve aralarında süreklilik hipotezi olduğu konusunda bir fikir birliğine götürmüştür. (256) Bizim çalışmamızda da katılımcıların eş tanı birlikteliği SCID 1 ile sorgulandığı zaman SAB tanısı olan hastalarda ek psikiyatrik hastalık oranı %62.8 iken, bu oran SAB + ÇKB grubunda %97.9 bulundu. Her iki grupta, eş tanı mevcut olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p=0.000**). (tablo VII).

Elde ettiğimiz sonuçlara göre, SAB ve ÇKB komorbiditesi bulunan grup, ÇKB komorbiditesi olmayan SAB tanılı grupla kıyaslandığında; DEHB çocukluk tanısı, yaygın tip SAB oranı ve LSKÖ skorları, daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak, DEHB'nin çocukluk çağı skorları, komorbid hastalarda (SAB+ÇKB), pür SAB hastalarına göre anlamlı olarak daha

yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Wender Utah Derecelendirme Ölçeği toplam puanları da SAB+ÇKB grubunda, pür SAB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (**p:0.002**).

Aynı zamanda, çalışmamızda DSM-IV' E Dayalı Erişkin DEB/DEHB Tanı Ve Değerlendirme Envanteri- Turgay ile yapılan test ve alt testler incelendiğinde, SAB ve ÇKB komorbiditesi gösteren grubun toplam puanı ve dikkat eksikliği ve sorunlar alt ölçek puanları, pür SAB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (**p:0.0003,p:0008 p:0.000**). Turgay Hareketlilik alt ölçeğinde her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ek olarak, lojistik regresyon analizleri, yaygın tip SAB'nin, SAB ve ÇKBkomorbiditesini kuvvetle öngördüğünü göstermiştir.Bu nedenle, çalışmamızın bulguları, ÇKB-SAB eştanısının daha ciddi bir SAB formu olduğunu destekleyebilir. Çalışmamızda yapılan lojistik regresyon analizi, DEHB'nin çocukluk ve erişkin tanılarının varlığının ve şiddetinin, ÇKB ve SAB arasındaki komorbidite ile ilişkili olmadığını göstermiştir.

Bu çalışma, çocukluk çağı DEHB'sinin SAB'nin ve ÇKB ile komorbid olduğu durumlarda daha belirgin olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir önemli bulgu ise, erişkin DEHB ölçeğinin dikkatsizlik ve sorunlar alt ölçek puanlarının ÇKB ve SAB birlikteliği ile anlamlı ilişkilerinin olmasıdır.

Benzer şekilde, önceki çalışmalardan bazılarıdikkatsizlik belirtileri olan çocukların sosyal etkileşime katılma ve sosyal durumlara aktif katılımında daha fazla zorluk yaşadıklarını, daha pasif ve utangaç oldukları ve kontrollere ve DEHB'li diğer hastalara göre daha agresif olduklarını bildirmişlerdir.(257-258-259) Sosyal kaygı ve sosyal kaçınma şiddetinin DEHB varlığında artmış olması, SAB tedavi yaklaşımında önemli olabilir. DEHB olan ve olmayan SAB tanılı hastalarda antidepresan ilaç yanıtlarını inceleyen ve SAB tedavisi ile eşzamanlı olarak DEHB tedavisinin katkılarını gösteren yeni çalışmalar konuyu aydınlatacaktır.

DEHB olan erişkin hastalarda, hastaların yaşı ilerledikçe biliş ve dikkat problemlerinin artması ile anksiyete daha belirgin hale gelebilir. Bizim çalışmamızda, bu hipotezle uyumlu olarak, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek puanları, SAB grubuna göre SAB+ÇKB grubunda daha yüksek bulundu. SAB ve ÇKB eşlik eden grupta daha önce de belirtildiği gibi erişkin DEHB ölçeğinin dikkatsizlik ve sorunlar alt ölçek puanlarını anlamlı olarak pür SAB grubundan daha yüksek olarak bulunmuştu. Bu nedenle, DEHB'nin dikkatsizlik tipi belirtilerinin, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma ile anlamlı olarak ilişkili olduğu sonucuna varabiliriz.

Bulgularımız çocukluk çağı DEHB şiddetinin ve erişkin DEHB toplam ve dikkatsizlik belirtileri şiddetinin, hem ÇKB hem de SAB ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu göstermiştir.

Hipotezimizin aksine, yapılanlojistik regresyon analizi, DEHB'nin çocukluk ve erişkin tanılarının varlığının ve şiddetinin, ÇKB ve SAB komorbiditesi ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Çocukluk çağı DEHB ve yetişkinlik DEHB tanılarının, pür SAB hastalarından ÇKB +SAB hastalarını ayırt etmede yordayıcı olmadığını ortaya koymuştur.

Çocukluk çağı ve yetişkin DEHB tanı birliktelikleri, hem sosyal kaygı hem de kaçınma ile ilişkilendirilmiştir.(186)Bizim örneklememiz DEHB ile SAB ve ÇKB arasındaki örtüşme görüşlerini desteklemektedir. Bu nedenle, ÇKB ve SAB'nin beklentilerimizin aksine, çocukluk veya yetişkinlik DEHB'ye göre basitçe ayırt edilemeyeceği sonucuna vardık.

Bazı yazarlar, DEHB semptomlarının doğrudan neden olduğu deneyimler sonucunda, başkaları tarafından nasıl algılandıklarına dair endişe, kaçınma ve izolasyon ile başlayan çocuklukta DEHB'de bir “iç tasarım” önermişlerdir(146-189).Kaçınma, yoğun sıkıntı olarak algılanan bir sonuçtan kaçmak için kullanılan öncü bir mekanizma olabilir.Bu hoş olmayan deneyimler kronikleşebilir ve SAB'ye ve muhtemelen ÇKB'ye dönüşebilir. Biz bu gözlemlere dayanarak, SAB ve ÇKB'nin bazı hastalarda DEHB'ye sekonder gelişebileceğini varsaydık.Nedensellik yönünün zor olmasına rağmen, bulgularımız SAB ve ÇKB ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdi.

Bu nedenle, bu çalışmanın sonuçları, çocukluk ve yetişkinlik DEHB tanısı varlığının SAB'den ÇKB farklılaşması için olası bir aday olabileceğini göstermemektedir. SAB ve ÇKB arasındaki sınırları aydınlatmak için hala daha fazla bilgiye ihtiyaç duyuyoruz. DEHB'nin her iki bozukluğun birlikteliğinde rol oynayabileceği sorusu, çocukluktan yetişkinliğe geçiş sırasında hayati öneme sahiptir. Gelecekteki araştırmalar DEHB belirtilerinin SAB ve ÇKB ile nasıl ilişkili olduğuna odaklanmalıdır.

Çalışmamızda sonuçları yorumlarken bazı sınırlamalar göz önünde bulundurulmalıdır. İlk olarak, SAB'ın iki alt kategorisi, yani performans tipi SAB ve yaygın tip SAB arasında ayırım yapmadık. Bazı bilgiler retrospektif olarak değerlendirildi. Çocukluk dönemi ile ilgili geriye dönük raporların kullanımı bu çalışmanın dikkate değer başka bir kısıtlamasıdır

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Biz bu çalışmada, örneklemin% 68.57'sinin (n = 48) komorbid ÇKB tanısı olduğunu tespit edildi. Örneklemin %44.3'ünde (n=31) DEHB tanısı olduğu tespit edildi.

ÇKB komorbiditesi olan ve olmayan SAB hastalarının karşılaştırması; yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını gösterdi.

ÇKB-SAB grubu, SAB grubuna kıyasla daha az eğitilmişti.

SAB oranı ve SAB'nin çocukluk tanısı, ÇKB-SAB grubunda tek başına SAB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0.0001$).

ÇKB-SAB grubundaki hastalar, SAB grubundakilere göre daha fazla çocukluk çağı DEHB tanısına sahipti ($p = 0.039$).

İki grup arasında yetişkin DEHB tanısı açısından istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. ($p = 0.052$).

Turgay, Turgay DEB/ DEHB ve LSFÖ'nün WUDÖ toplam ve alt ölçek puanları ÇKB-SAB hastalarında, komorbiditesi olmayan SAB hastalarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ÇKB olan ve olmayan SAB hastaları arasında, erişkin DEHB'nin tipi farklı değildi (Tablo 1). Korelasyon analizleri ortalama ÇKB puanlarının WUDÖ ($r = 0.43$, $p < 0.0001$), toplam ($r = 0.39$, $p = 0.001$) ve dikkatsizlik puanları ($r = 0.33$, $p = 0.004$), Turgay ADD / DEHB Ölçeğinin özellik / problem alt ölçekleri ($r = 0.46$, $p < 0.0001$) toplam skorları ile anlamlı korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur.

LSFÖ'nün toplam ve tüm alt ölçek puanları, Turgay DEB/ DEHB ölçeğinin WUDÖ puanları, toplam dikkatsizlik ve özellik / problem alt ölçekleri ile anlamlı korelasyon göstermiştir (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizi, DEHB'nin çocukluk ve erişkin tanılarının varlığının ve şiddetinin, ÇKB ve SAB arasındaki komorbidite ile ilişkili olmadığını göstermiştir.

YAB varlığı, ÇKB ve SAB eştanısı olan hastaları güçlü bir şekilde öngörmüştür ($\beta = 2.867$, $S.E = 0.734$, $OR = 17.591$, $CI: 4.177-74.078$, $p < 0.0001$).

ÖZET

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA ÇEKİNGEN KİŞİLİK BOZUKLUĞU EŞTANISI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI VE ALT TİPLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç ve hipotez: Çalışmanın amacı; SAB ve SAB+ÇKB grubunun, sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yanı sıra DEHB sıklığı ve alt tipleri karşılaştırmalı biçimde incelenmesidir. Çalışmanın hipotezi sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında çekingen kişilik bozukluğu eştanısı olan ve olmayan grupta erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve alt tipleri arasındaki ilişki vardır şeklindedir.

Yöntem: Araştırma, kesitsel-analitik bir çalışmadır. Araştırma verilerinin toplanması Mayıs 2017 Temmuz 2018 tarihleri arasında, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Psikiyatri Yatan Hasta Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni, araştırmaya katılımcı alma döneminde polikliniğe başvuran veya serviste takip edilen tüm SAB ve SAB+ÇKB hastalarıdır. Araştırmaya 22 SAB, 48 SAB+ÇKB olmak üzere toplam 70 hasta alınmıştır. Tüm katılımcılara Sosyodemografik Klinik Veri Formu, DSM-IV Eksen Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Wender-Utah derecelendirme ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi - şimdi ve yaşam boyu şekli Türkçe uyarlaması, Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği ve DSM-IV'e dayalı erişkin DEB/DEHB tanı ve değerlendirme envanteri uygulanmıştır. Tip-1 hata düzeyi %5 alınmıştır.

Bulgular: SAB ve SAB+ÇKB hastalarının sosyo-demografik karşılaştırmasında; madde kullanımı öyküsü dışında anlamlı fark tespit edilememiştir. SAB grubunda daha yüksek oranda madde kullanım öyküsü varken, SAB+ÇKB grubunda bu oran daha düşüktü. SAB+ÇKB grubunda SAB grubuna göre daha yüksek oranda DEHB tanısına rastlandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p:0.052$). SAB+ÇKB eş tanılı grup ile SAB arasında DEHB alt tipleri ve sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p:0.109$). SAB+ÇKB grubunda daha yüksek oranda çocukluk çağı DEHB olduğu bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0.042$). SAB+ÇKB tanı grubunda daha yüksek oranda çocukluk çağı SAB tanısı olduğunu bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0.001$). SAB+ÇKB eş tanı grubunda SAB grubuna göre SAB Alt tipleri

açısından bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda yaygın SAB ile ilişkili olduğunu bulundu.(p:0000). SAB+ÇKB eş tanı grubunda daha yüksek oranda ek psikiyatrik hastalık olduğunu bulundu.(p:0000). Örneklemin %44.3'ünde DEHB tanısı olduğu tespit edildi. DEHB tanılı hastaların %80.6'sında dikkat eksikliği baskın alt tip, %19.3'ünde karma alt tip olduğunu tespit ettik. Hiperaktivite ve dürtüsellik baskın alt tip tanılı hastaya rastlanmadı. SAB olan hastaların %72.9'unda yaygın tip, %27.1'inde yaygın olmayan tip olduğunu bulundu. .

Sonuç: Çalışmamızda SAB ve SAB+ÇKB tanılı iki ayrı grup incelendiğinde, SAB+ÇKB grubunda daha yüksek oranda DEHB eş tanısı olmasına rağmen DEHB sıklığı ve alt tipleri açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu. SAB+ÇKB grubunda çocukluk çağı SAB ve DEHB tanılarının istatistiksel olarak daha yüksek oranda eşlik ettiği bulundu. Bu nedenle çocukluk çağı DEHB ve SAB'ın tedavi edilmesi ilerleyen dönemlerde bu hastalarda ÇKB gelişimini engelleyebileceği öngörülmüş olup, bu konu ile ilgili daha büyük ölçekte yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Sosyal anksiyete bozukluğu, Çekingen Kişilik Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

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

SUMMARY
THE RELATIONSHIP BETWEEN THE INCIDENCE OF ATTENTION
DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER FREQUENCY AND
SUBTYPES IN THE GROUP WITH AND WITHOUT COMORBID
PERSONALITY DISORDER IN THE PATIENTS WITH SOCIAL
ANXIETY DISORDER

Objective and hypothesis Purpose of the study; The comparison of SAD and SAB + AVDP groups with sociodemographic and clinical features, as well as ADHD frequency and subtypes. The hypothesis of the study is that there is a relationship between the incidence of attention deficit hyperactivity disorder frequency and subtypes in the group with and without the comorbid personality disorder comorbidity in social anxiety disorder patients.

Method: This research is an analytical cross sectional study. The collection of research data was carried out between February 2017 and July 2018 at the Aydın Adnan Menderes University Research and Practice Hospital Psychiatry Polyclinic and Psychiatry Inpatient Department. The universe of the study was all SAD and SAD+ADHD patients who were admitted to the polyclinic or were being followed up during the period of finding participants for the study. A total of 28 patients, including 13 SAD patients and 15 SAD+ADHD patients, were included in the study. The Sociodemographic Clinical Data Form, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I), Wender-Utah Rating Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version Turkish version, Liebowitz Social Anxiety Scale, and DSM-IV based Adult ADD/ADHD Diagnostic and Evaluation Inventory were applied to all participants. The Type-1 error level was taken as 5%.

Results: In socio-demographic comparison of SAD and SAD + AVPD groups; there was no significant difference except the history of substance use. History of substance abuse was higher in the SAD group. In the SAD + AVPD group, ADHD was found higher than in the SAD group, although the difference was not statistically significant ($p: 0.052$). There was no statistically significant difference between the SAD + AVPD co-diagnosed group and SAD in terms of ADHD subtypes and frequency ($p: 0.109$). In the SAD + AVPD group, there was a higher rate of childhood ADHD. This difference was statistically significant ($p: 0.042$). In the SAD + AVPD group, there was a higher incidence of childhood SAD. This difference was

statistically significant ($p: 0.001$). When we compared the SAD group and the SAD + AVPD group in the terms of the SAD subtypes, the SAD+AVPD group had statistically significantly higher frequency of Generalized Social Anxiety Disorder Subtype ($p: 0.000$). In the SAD + AVPD group, higher comorbid psychiatric disorder was found ($p: 0.000$). 44.3% of the sample was diagnosed as having ADHD. We found that 80.6% of patients with ADHD had Predominantly Inattentive subtype and 19.3% of them had a combined subtype. There was no patients diagnosed as Predominantly Hyperactive or Hyperactive-Impulsive subtype in our sample. We found that 72.9% of the patients had generalized SAD subtype and 27.1% had non-generalized subtype in our sample.

Conclusion: In our study, we found that there was no statistically significant difference in terms of ADHD frequency and subtypes between the two groups with SAD and SAD + AVPD, although ADHD diagnoses were higher in the SAD + AVPD group. Childhood SAD and ADHD diagnoses were found to be statistically higher in the SAD + AVPD group. For this reason, treatment of childhood ADHD and SAD are predicted to prevent the development of AVPD. There is a need for new studies about childhood SAD and ADHD on a larger scale.

Key words: Social Anxiety, Avoidant Personality Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder

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

KAYNAKLAR

1. Micheal, T., ve ark Epidemiology of anxiety disorder. Psychiatry, 2007. 6: s. 136-142
2. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current opinion in psychiatry. 2007;20(4):359.
3. McEvoy PM, Grove R, Slade T. Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2011;45(11):957-67.
4. Fahlen T TI (1995a) Personality traits in social phobia, I: Comparisons with healthy controls. J Clin Psychiatry, 56(12):560-8.
5. Günay Ş, Savran C, Aksoy UM. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeğinin (adult add/adhd dsm iv-based diagnostic screening and rating scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik güvenirlik ve norm çalışması, 2005.
6. Sabri Ercan E. , Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, 2010.
7. Safren SA, Lanka GD, Otto MW, Pollack MH. Prevalence of childhood ADHD among patients with generalized anxiety disorder and a comparison condition, social phobia. Depression and anxiety. 2001;13(4):190-1.
8. Koyuncu A, Ertekin E, Yuksel C, Aslantas Ertekin B, Celebi F, Binbay Z, et al. Predominantly Inattentive Type of ADHD is Associated With Social Anxiety Disorder. Journal of attention disorders. 2015;19(10):856-64.
9. Koyuncu A, Celebi F, Ertekin E, Kok BE, Tükel R. Clinical Effects of ADHD Subtypes in Patients With Social Anxiety Disorder. Journal of attention disorders. 2015.
10. Koyuncu A, Alkin T, Tükel R. Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis). Early intervention in psychiatry. 2016.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E.(Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

12. Dilbaz N, Güz H, Sosyal anksiyete bozukluğunun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi*. Tükel R, Alkın T (ed), 2001; 4: 185-212.
13. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American journal of psychiatry*. 2005;162(6):1179-87.
14. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen H-U, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1996;53(2):159-68.
15. Gultekin BK, Dereboy IF, The prevalence of socialphobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students, *Türk Psikiyatri Derg*, 2011;22(3):150-8.
16. N Dilbaz, H Güz Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2002; 39(2-4):79-86.
17. Pietrini F, Lelli L, Lo SC, Faravelli C. Epidemiology of social phobia. *Rivista di psichiatria*. 2009;44(4):203-13.
18. Çakin Memik N, Yıldız Ö, Tural Ü, Ağaoğlu B. Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2011;48(3):1.
19. Chavira DA, Stein MB, Malcarne VL. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of anxiety disorders*. 2002;16(6):585-98.
20. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general Psychiatry*. 1992;49(4):282-8.
21. Crozier WR, Alden LE, *Handbook of Social Anxiety for Clinicians* . Westussex:JohnWiley&Sons, 2005:2.
22. Stein MB, Asmundson GJ, Chartier M. Autonomic responsivity in generalized social phobia. *Journal of affective disorders*. 1994;31(3):211-21.

23. Wittchen H-U, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*. 1999;29(2):309-23.
24. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
25. Dilbaz N (baskıda) Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği, Dilbaz N. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirliği 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul 2001, s. 132
26. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri* 2000;Ek 2:3-21
27. Book SW, Randall CL. Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Res Health* 2002; 26:130-135., 16. Beidel DC. Social anxiety disorder: Etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 17):27-31.
28. Cloitre, M., & Shear, M. K. Psychodynamic perspectives. In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia: Clinical and research perspectives* Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1995;pp. 163-187
29. Mineka S, Zinbarg R. Conditioning and ethological models of social phobia. RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Eds). *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press, 1995: 134-162.
30. Leary MR, Kowalski RM. The self-presentation model of social phobia. RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Eds). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press, 1995: 94-11
31. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):467-86.
32. Wells A, Clark DM. Social phobia: a cognitive approach. GCL Davey (Ed). *Phobias. A handbook of Theory, Research and Treatment*. White Sussex, Wiley, 1997: 3-26.

33. Clark DM, Wells AA. A cognitive model of social phobia. Social Phobia: Diagnosis, assessment and treatment, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope, FR Schneier (Ed), New York: Guilford Press, 1995: 69-93
34. McEwan KL, Devins GM. Is increased arousal in social anxiety noticed by others? J Abnorm Psychol 1983; 92: 417-421
35. Rutter M. Attachment and the development of social relationships. In; Rutter M ed. Scientific Foundations of Developmental Psychiatry. London: Heineman Medical. 1980; 267-276.
36. Reich J, Yates W. Family history of psychiatric disorders in social phobia. Comprehensive Psychiatry. 1988;29(1):72-5.
37. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF. A direct interview family study of social phobia. Archives of General psychiatry. 1993;50(4):286-93.
38. Fyer AJ, Mannuzza S, Gallops M, Martin LY, Aaronson C, Gorman JM, et al. Familial transmission of simple phobias and fears: a preliminary report. Archives of General Psychiatry. 1990;47(3):252-6.
39. Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2000;41(6):713-26.
40. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia: Reliability and validity. Archives of general psychiatry. 1995;52(3):230-7.
41. Cooper PJ, Eke M. Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. Br J Psychiatry 1999;174:439-43
42. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:847-856
43. Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein MB. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(11):1464-72.

44. Rowe DC, Stever C, Gard JM, Cleveland HH, Sanders ML, Abramowitz A, Kozol ST, Mohr JH, Sherman SL, Waldman ID. The relation of the dopamine transporter gene (DAT1) to symptoms of internalizing disorders in children. *Behav Genet* 1998;28(3):215-25
45. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2017 March; 174(2): 120–131. doi:10.1002/ajmg.b.32520. Genetic Risk Variants for Social Anxiety
46. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behavior Modification*. 2000;24(1):102-29.
47. Topcu A. Sosyal Fobi Olgularında Aile Yaşantılarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004.
48. Öst L-G, Hugdahl K. Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1981;19(5):439-47.
49. Stemmerger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;104(3):526.
50. Stemmerger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;104(3):526.
51. Kasper, S. “Social Phobia: The Nature of The Disorder”, *Journal of Affective Disorder*, 1998;Vol.50, s.3-9.
52. Chartier MJ, Walker J, Stein M. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*. 2001;31(2):307-15.
53. Tancer ME, Mailman RB, Stein MB, Mason GA, Carson SW, Golden RN. Neuroendocrine responsivity to monoaminergic system probes in generalized social phobia. *Anxiety*. 1994;1(5):216-23.
54. Hollander E, Kwon J, Weiller F, Cohen L, Stein DJ, DeCaria C, et al. Serotonergic function in social phobia: comparison to normal control and obsessive–compulsive disorder subjects. *Psychiatry research*. 1998;79(3):213-7.

55. Shlik J, Maron E, Tru I, Aluoja A, Vasar V. Citalopram challenge in social anxiety disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 2004;7(2):177-82.
56. Harmer CJ, Bhagwagar Z, Perrett DI, Völlm BA, Cowen PJ, Goodwin GM. Acute SSRI administration affects the processing of social cues in healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology* 2003;28(1):148-52
57. Tse WS, Bond AJ. Serotonergic intervention affects both social dominance and affiliative behaviour. *Psychopharmacology* 2002;161(3):324-30
58. Lanzenberger RR, Mitterhauser M, Spindelegger C, Wadsak W, Klein N, Mien LK, Holik A, Attarbaschi T, Mossaheb N, Sacher J, Geiss-Granadia T, Kletter K, Kasper S, Tauscher J. Reduced serotonin-1A receptor binding in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2007;61(9):1081-9
59. van der Wee NJ, van Veen JF, Stevens H, van Vliet IM, van Rijk PP, Westenberg HG. Increased serotonin and dopamine transporter binding in psychotropic medication-naïve patients with generalized social anxiety disorder shown by 123I-beta- (4-iodophenyl)-tropane SPECT. *J Nucl Med* 2008;49(5):757-63
60. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Simpson W. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: an update. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46(1):53-61
61. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(4):311-7
62. Coupland NJ, Wilson SJ, Potokar JP, Bell C, Nutt DJ. Increased sympathetic response to standing in panic disorder. *Psychiatry Res* 2003;118(1):69-79
63. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS ve ark. DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of general phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis*, 1990;178: 172-179
64. Levin AP, Saoud J, Strauman T ve ark. Responses of generalized and discrete social phobics during public speaking. *J Affect Disorders*, 1993;7: 207-221

65. Extrastriatal dopamine D2-receptor availability in social anxiety disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2017 May;27(5):462-469. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.03.007.
66. Parker C. C., Chen H., Flagel S. B., Geurts A. M., Richards J. B., Robinson T. E., Solberg Woods L. C. and Palmer A. A. (2014). Rats are the smart choice: rationale for a renewed focus on rats in behavioral genetics. *Neuropharmacology* 76, 250-258. 10.1016/j.neuropharm.2013.05.047
67. Emmanuel NP, Lydiard RB, Ballenger JC. Treatment of social phobia with bupropion. *Journal of clinical psychopharmacology.* 1991;11:276-277.
68. Mikkelsen EJ, Deltor J, Cohen DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidols in patients with Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry*, 1981;138:1572-1576
69. King R, Mefford I, Wang C ve ark. CSF dopamine levels correlate with extraversion in depressed patients. *Psychiatr Res*, 1986;19:305.
70. Liebowitz MR, Campaes R, Hollander E. MAOI's : Impact on social phobia on social behaviour (letter). *Psychiatry Res*, 1987;22:89-90
71. Tancer ME. Neurobiology of social phobia. *J Clin Psychiatry*, 1993;54 (Supl 12): 26-30
72. Condren RM, O'Neill A, Ryan MC, Barrett P, Thakore JH. HPA axis response to a psychological stressor in generalised social phobia. *Psychoneuroendocrinology* 2002;27(6):693-703
73. Furlan PM, DeMartinis N, Schweizer E, Rickels K, Lucki I. Abnormal salivary cortisol levels in social phobic patients in response to acute psychological but not physical stress. *Biol Psychiatry* 2001;50(4):254-9
74. Smoller JW, Rosenbaum JF, Biederman J, Kennedy J, Dai D, Racette SR, et al. Association of a genetic marker at the corticotropin-releasing hormone locus with behavioral inhibition. *Biological Psychiatry.* 2003;54(12):1376-81.
75. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(8):819-35

76. Hoge EA, Pollack MH, Kaufman RE, Zak PJ, Simon NM. Oxytocin levels in social anxiety disorder. *CNS Neurosci Ther* 2008;14(3):165-70
77. Thompson RJ, Parker KJ, Hallmayer JF, Waugh CE, Gotlib IH. Oxytocin receptor gene polymorphism (rs2254298) interacts with familial risk for psychopathology to predict symptoms of depression and anxiety in adolescent girls. *Psychoneuroendocrinology* 2011;36(1):144-7
78. Labuschagne I, Phan KL, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, Stout JC, Nathan PJ. Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology* 2010;35(12):2403-13.
79. Guastella AJ, Howard AL, Dadds MR, Mitchell P, Carson DS. A randomized controlled trial of intranasal oxytocin as an adjunct to exposure therapy for social anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34(6):917-23.
80. Davidson JRT., Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 1993;23, 709–718
81. Heimberg RG, Juster HR. Cognitive behavioral treatments: literature review. In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York; Guilford, 1995; s.261-309
82. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 84-93
83. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association and Task Force on DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
84. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003;(417):4-18
85. Davidson, J. R. T. & Foa, E. B. Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond Stress Disorder: DSM-IV and Beyond (eds J.R.T. Davidson & E. B. Foa), 1993;pp. 229-235

86. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28(1):109-26.
87. Bayraktutan M. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri İle Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi Ve Tıbbi Tedavinin Etkileri, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, 2014.
88. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity survey. *Am J Psychiatry*, 1998;155: 613-619
89. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992;101, 326–331
90. Heimberg RG, Holt, CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 1993;7, 249–269
91. Herbert JD., Hope DA, Bellack AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992;101, 332–339
92. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 1995;26, 467– 489
93. McNeil DW, Ries BJ, Taylor LJ, Boone ML, Carter LE, Turk CL. Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 1995;9, 47–57
94. Slavkin SL, Holt CS, Heimberg RG, Jaccard JJ, Liebowitz MR. The liebowitz social phobia scale: An exploratory analysis of construct validity. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC, 1990.
95. Safren SA, Heimberg RG, Horner K J, Juster HR., Schneier FR, Liebowitz MR. Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999;13, 253–270

96. Brown E, Heimberg R, Juster HR. Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behav Ther*, 1995;26: 467-486
97. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
98. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(417):4-18
99. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28(1):109-26.
100. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal Fobide Klinik Özellikler ve Eştanı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10(3):207-214
101. Alden LE, Laposa JM, Taylor CT, Rider AG. Avoidant personality disorder: current status and future directions. *J Person Disord* 2002;16:1–29
102. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety* 2006;23(3):153-7
103. Corretti G, Pierucci S, De Scisciolo M, Nisita C. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):183-7
104. Greenberg D, Stravynski A. Patients who complain of social dysfunction as their main problem: I. Clinical and demographic features. *Can J Psychiatry* 1985;30(3):206- 11
105. Koyuncu A, Binbay Z. Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(1):10-21.
106. Van Ameringen M, Mancini C, Simpson W, Patterson B. Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2011;17(4):221-6.
107. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit /hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med* 1999; 29:515-525

108. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M et al. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009; 26:212–221
109. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *J Affect Disord* 2004; 80:163-171
110. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-723
111. Park S, Cho MJ, Chang MS, Jeon HJ, Cho S, Kim BS. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011;186 :378-383
112. Semerci B. Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunda anksiyete ve tik bozuklukları birlikteliği. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2012; 5(1):54-59
113. Edel MA, Rudel A, Hubert C, Scheele D, Brüne M, Juckel G et al. Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *Eur J Med Res* 2010; 15:403-409
114. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1792– 1798
115. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T et al: Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257:371–377
116. Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *J Atten Disord* 1997; 2:159-166
117. Schmitz M, Ludwig H, Rohde LA. Do hyperactive symptoms matter in ADHD-I restricted phenotype? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010;39:741-748

118. Fischer AG, Bau CHD, Grevet EH, Salgado CA, Victor MM, Kalil KL et al. The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J Psychiatric Res* 2007; 41:991-996
119. McIntyre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12:PCC.09m00861
120. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder. data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005; 57:1467–1473
121. Koyuncu A, Tutkunkardaş D, Binbay Z, Özyıldırım I, Ertekin E, Tükel R. The prevalence and clinical features of adult attention deficit hiperactivity disorder in social anxietydisorder. *Eur Psychiatry*2012; 27(suppl 1): P-119
122. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E et al: The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35:245–256
123. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980–988
124. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kultur EC, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni GörüşmeÇizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004;11:109-116
125. Alpert KE, Uebelacker LA, McLean NE, Nierenberg AA, Pava JA, Worthington JJ et al. Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence andclinical implications. *Psychol Med* 1997; 27:627-633
126. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:729-736

127. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC , American Psychiatric Press, 1994
128. Stein MB. An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2006; 67 suppl(12): 3-8
129. Sullivan PF, Kessler RC, Kendler KS. Latent class analysis of lifetime depressive symptoms in the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 1998; 155:1398-1406
130. Posternak MA, Zimmerman M. Partial validation of the atypical features subtype of major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:70-76
131. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Simpson W. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: an update. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2009;46(1):53-61
132. Simon NM, Worthington JJ, Moshier SJ, Marks EH, Hoge EA, Brandes M, Delong H, Pollack MH. Duloxetine for the treatment of generalized social anxiety disorder: a preliminary randomized trial of increased dose to optimize response. CNS Spectr 2010;15(7):367-73
133. Versiani M, Nardi AE, Mundim FD, Alves AB, Liebowitz MR, Amrein R. Pharmacotherapy of social phobia. A controlled study with moclobemide and phenelzine. Br J Psychiatry 1992;161:353-60
134. Stein DJ. Pharmacotherapy of social anxiety disorders. In: Bandelow B, Stein DJ, eds. Social Anxiety Disorder. New York, NY: Marcel Dekker; 2004;235-263
135. Holaway RM, Heimberg RM. Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Treatment Review In: Bandelow B, Stein DJ, eds. Social Anxiety Disorder. New York, NY: Marcel Dekker; 2004;207-220
136. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı, Ankara, 2015; p581-585.
137. Şenol S: Bölüm 30. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. HYB Basım Yayın. Ankara, sayfalar: 2008;293-294.

138. Aşkın R, Akdağ R, Banoğlu R, Karakelleoğlu C, Kahya H, Ulaşmış Y: Erzurum’da 7-12 yaş arası çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı. Karadeniz Tıp Dergisi, 1993;6(2):207-210.
139. Motavallı N: Kentsel Kesimde Türk İlkokul Çocuklarında “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nozolojik Bağlamda Prevalansının Araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, İstanbul, 1994
140. Albayrak EC: Bursa İlinde Bir İlkokul Örnekleminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ile ilgili Sosyodemografik Özellikler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bursa, 1998.
141. Özcan ME, Eğri M, Kutlu NO, Yakıncı C, Karabiber H, Genç M: Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Ön Çalışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 1998;5(2-3):138-142.
142. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H: The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004;13(6):354-361.
143. Şenol S: Dikkat Eksikliği Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri, Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, Risklerin ve Tedavi , Eğilimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara, 1997.
144. Aras S, Tas FV, Unlu G: Psychotropic medication practices of a child and adolescent psychiatry out-patient clinic in Turkey. Child Care Health Dev, 2007;33(4):482-90.
145. Ercan Es, Avcı A, Mukaddes Motavallı N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y: Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu. Türkiye-2008.
146. Turgay A. Diagnosing and Treating ADHD in Adults. The Canadian J of CME 2001;182–190.
147. Schmidt K, Freidson S. Atypical Outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990;29:566–570

148. Hill, J.C. & Schoener, E.P. Age dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:1143–1146. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 8:282–292
149. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M et al. Childhood predictors of adult attentiondeficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009; 65:46-54.
150. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. How persistent is ADHD? acontrolled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Res* 2010; 177:299-304.
151. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study.*J Psychiatr Res* 2011; 45:150-155.
152. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716-723
153. Park S, Cho MJ, Chang MS, Jeon HJ, Cho S, Kim BS. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Res* 2011;186 :378-383
154. Fayyad J, DeGraaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. et al. Cross-National Prevalence And Correlates Of Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.*British Journal of Psychiatry* 2007;190:402-9.
155. Özdemiroğlu FA, Yargıç İ, Oflaz S. Genel psikiyatri polikliniğinde erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğua eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar. *Nöropsikiyatri arşivi dergisi* 2011;48:119-24.
156. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender Effects on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults, Revisited. *Biol Psychiatry* 2004;55:692–700.
157. Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003; 73: 211-221.

158. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Across Life Span. *Ann Rev Med.* 2002;53:113–131
159. Schmidt K, Froidson S. Atypical Outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:566–570
160. Mattes JA, Boswell L, Oliver H. Methylphenidate Effects on Symptoms of Attention Deficit Disorder in Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 1984; 41: 1059–1063.
161. Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorder. In: HI Kaplan, BJ Sadock, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins. 1995; 2295-310
162. Yüksel N. *Temel Psikofarmakoloji*. Ankara: Tuna Matbaacılık 2010: 41-88
163. Rohde LA, Halpern R. Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal de Pediatria* 2004; 80:61-70
164. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri, Tedavisi, Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri, İstanbul, Gendas A.S. 2005: 25- 63
165. Yeo RA, Hill DE, Campbell RA, Vigil J, Petropoulos H, Hart B et al. Proton magnetic resonance spectroscopy investigation of the right frontal lobe in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 303-310
166. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ, Ding YS, Gatley SJ. Role of dopamine in the therapeutic and reinforcing effects of methylphenidate in humans: results from imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12(6):557-66
167. Nieoullon A. Dopamine and the regulation of cognition and attention. *Prog. Neurobiology*. 2002; 67: 53-88
168. Stahl SM. *Temel Psikofarmakoloji*. Çev eds.: Taneli B, Taneli Y. 2.baskı., Ankara, Yelkovan Yayıncılık. 2003; 59-467
169. Cabral P. Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *Eur J Paediatr Neurol*. 2006; 10: 66–77

170. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları (Çev. Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8.baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007: 3183-3205
171. Mick E, Biederman J, Faraone S V, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002; 41: 378-385
172. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention deficit/hyperactivity disorders: current perspectives. Arch Gen Psychiatry. 1996; 35: 264-272
173. Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. Life Sci. 1983; 33: 2609-14
174. Perlov E, Philipsen A, Hesslinger B, Buechert M, Ahrendts J, Feige B, Bubl E, Hennig J, Ebert D, Tebartz van Elst L. Reduced cingulate glutamate/glutamine-to-creatine ratios in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder- A magnet resonance spectroscopy study. J Psychiatr Res. 2007; 41: 934-941
175. Curran S, Taylor EA. Attention deficit hyperactivity disorder: biological causes and treatment, review. Current Opinion in Neurology 2000; 13: 397-40
176. Akgün G.M, Tufan A. E, Yurteri N. Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, genetik boyutu psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):15-48
177. Akgün G.M, Tufan A. E, Yurteri N. Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, genetik boyutu psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):15-48
178. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. Klinik Psikiyatri 2002;5:111-119

179. Comings DE, Comings BE, Muhleman D, Dietz G, Shahbahrani B, Tost D et al. The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA* 1991; 266: 1793-1800
180. Bekaroglu M, Aslan Y, Gedik Y, Deger O, Mocan H, Erduran E, Karahan C. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J. Child Psychol. Psychiat* 1996;37(2): 225– 227
181. Mitchell EA, Aman MG, Turbott SH, Manku M, Clinical Characteristics and Serum Essential Fatty Acids Levels Hyperactive Children. *Clinical Pediatrics*. 1987;26(8):406–411
182. Kozielc T, Starobrat HB, Kotkowiak L. Deficiency of certain trace elements in children with hiperactivity. *Psychiatry pol* 1994; 28: 345-353
183. Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 542- 548
184. Biderman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E et al. Family environment risk factors of attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 464-470
185. Faraone SV. Genetics of Childhood Disorders: xx. ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogeneous. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000;39: 1455–1460
186. Wender, P, Wolf, L. & Wassertein, J. Adults with ADHD: An overview. In J.Wasserstein, L.Wolf,&F.F.LeFever (Eds.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. New York Academy of Science Annals 2001; 931: 1–16
187. Pary R, Lewis S, Matuschka PR, Rudzinskiy, Safi M, Lippmann S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *Ann Clin Psychiatry* 2002;14:105–111.
188. Faraone SV. Genetics of Childhood Disorders: xx. ADHD, Part 4: Is ADHD Genetically Heterogeneous. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000;39: 1455–1460
189. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, *Clinician's to Adult ADHD Assesment and Intervention*. Academic Pres, California, USA 2002

190. Öncü B. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Editör: Karakaş S. Kognitif Nörobilimler. İstanbul: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi 2008: 417-36
191. Elliott H. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: a guide for the primary care physician. South Med J. 2002; 95: 736-742
192. Adler LA. Clinical presentations of adult patients with ADHD. J Clin Psychiatry 2004; 65: 8-11
193. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC , American Psychiatric Press, 1994
194. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with DEHB. An overview. Ann NY Acad Sci 2001; 931:1-16
195. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Kitabevi, 2008: 779-783
196. Torun NY, Özşahin A, Sütçigil L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yetişkinlikteki Yansımaları. Klinik Psikiyatri 2009;12:43-50
197. Clarke S, Kohn HMR. Attention deficit disorder: not just for children. Internal Medicine Journal 2005;35:721-5
198. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. JCLP. 2005; 61: 535-547
199. Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler As, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12:177-184
200. Alyanak FÖ, Yargıç İ, Oflaz S. Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı Ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. Archives Of Neuropsychiatry 2011; 48: 119-24
201. Tuğlu C. Bipolar bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişki. Duygudurum Dizisi 2001;5:247-251

202. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinician's to Adult ADHD Assessment and Intervention. Academic Press, California, USA 2002
203. Şenol S, Şener Ş, Köroğlu E. Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar. E Köroğlu (Çev ed). DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda, dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994, s.43-49.
204. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. Am J Psychiatry 2002; 159:36-42.
205. Touzin M. Academic difficulties in hyperactive children. Rev Prat 2002; 15;52:1998-2001
206. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. M Lewis (ed): Child and Adolescent Psychiatry'de, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, s.645-670.
207. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005;6(1): 5-10.
208. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psych. 1993; 50: 885-890.
209. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychiatr Clin North Am. 2004; 27: 187-201
210. Wasserstein J. Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. JCLP. 2005; 61: 535-547
211. Weis M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. CMAJ. 2003; 168: 715-22
212. Kessler RC, Lane M, Stang PE, van Brunt DL. The prevalence and workplace costs of adult attention deficit hyperactivity disorder in a large manufacturing firm. Psychol Med. 2008; 21: 11

213. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2: 75-116
214. Philipsen A, Heblinger B, van Elst LT. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood Diagnosis, Etiology and Therapy. *Dtsch. Arztebl. Int*. 2008; 105: 311- 317
215. Teo SK, San RH, Wagner VO, Gudi R, Stirling DI, Thomas SD, Khetani VD. D-Methylphenidate is non-genotoxic in in vitro and in vivo assays. *Mutat Res*. 2003; 537: 67-79
216. Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, et al. summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 1352-5
217. Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroglu M, Yildirmis S. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004; 28: 181- 90
218. Öncü B. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Editör: Karakaş S. *Kognitif Nörobilimler*. İstanbul: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi 2008: 417-36
219. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future*. 2004; 29: 1235-44.
220. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS. The Texas children's medication algorithm project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 642-57
221. M. O. Öztürk. 2015) • Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı 13. Basım)
222. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 14.Basım Orhan Öztürk Syf 562*
223. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları 13.Basım Orhan Öztürk Syf:575*
224. Fahlen T TI (1995a) Personality traits in social phobia, I: Comparisons with healthy controls. *J Clin Psychiatry*, 56(12):560-8.

225. Coninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki
Haluk Arkar, Doç.Dr., Ege Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İzmir 2004.
226. *Kaplan &Sadock Davranış Bilimleri ve klinik Psikiyatri 11.Basım Syf753*
227. *Sosyal Fobinin Diğer Psikiyatrik Hastalıklarla Birlikteliği, Metin TURAN, Ali S ÇİLLİ, Rüstem AŞKIN.,KLİNİK PSİKIYATRİ 2000;3:170-175).*
228. *Kaplan &Sadock Davranış Bilimleri ve klinik Psikiyatri 11.Basım Syf754-760*
229. *Sevinçok L, Şahin M, Yüksel N (1998) Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu: sosyal fobili bir grup hasta üzerinde kavramsal bir tartışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 9:38-42.*
230. *Personality disorders in a community sample in Turkey: Prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions, C Dereboy, HS Güzel, F Dereboy, P Okay, M Eskin International Journal of Social Psychiatry 60 (2), 139-147).*
231. Amerikan Psikiyatri Birliği (1987). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V),(Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
232. Brooks RB, Baltazar PL, Munjack DJ (1989) Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 3:359-385.
233. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM (1992) Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 101:326-331.
234. Widiger TA (1992) Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: a commentary on three studies [comment] *J Abnorm Psychol*, 101(2): 340-3.
235. Emmelkamp PMG, Mersch PP, Vissia E (1985) Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. *Behav Res Ther*, 23:365-369.
236. Mersch PPA, Emmelkamp PMG, Lips C (1991) Social phobia: individual response patterns and the long-term effects of behavioral and cognitive interventions: a follow-up study. *Behav Res Ther*, 29:357-362.

237. Cappe RF, Alden LE (1986) A comparison of treatment strategies for clients functionally impaired by extreme shyness and social avoidance. *J Consult Clin Psychol*, 54:796-801.
238. Brooks ve ark 1989, Herbert ve ark. 1992, Liebowitz ve ark. 1992, Turner ve ark. 1992.
239. Deltito JA, Stam M (1989) Psychopharmacology treatment of avoidant personality disorder. *Compr Psychiatry*, 30:498-504.
240. Liebowitz MR, Hollander E, Schneier F ve ark (1992) Reversible and irreversible monoamine oxidase inhibitors in other psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 360 (suppl): 29-34.
241. Liebowitz MR, Schneier F, Campeas R ve ark. (1990a) Phenelzine and atenolol in social phobia. *Psychopharmacol Bull*, 26:123-125.
242. Davidson JRT, Ford SM, Smith RD ve ark. (1991) Long-term treatment of social phobia with clonazepam. *J Clin Psychiatry*, 52 (suppl 11):16-20.
243. Rickels K, Schweizer E, Weiss S ve ark. (1993) Maintenance drug treatment for panic disorder, II: short- and long-term outcome after drug taper. *Arch Gen Psychiatry*, 50:61-68.
244. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders (SCID-I). Washington DC , American Psychiatric Press, 1997.
245. Coşkunel H, SCID 2 (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarında güvenilirliği *Türk Psikoloji dergisi* 1994, 9 (32), 26-29.
246. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon (SCID-I). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
247. Hisli N. Almanya'dan geri dönüş yapan ikinci kuşağın psikolojik uyum sorunları. *Seminer Dergisi*, 1989;6: 1-17

248. Ulusoy, M. Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
249. Soykan C, Özgüven HD, Gençöz T ve ark. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. Psychology Report. 2003; 93:1059-69
250. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psych, 1993;50(6): 885-890
251. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention deficit/hyperactivity disorder in adults. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2000;12:240-5
252. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenirlik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(4):252-259
253. Koyuncu A, Çelebi F, Ertekin E, Kök BE, Tükel R., Attention deficit and hyperactivity in social anxiety disorder: relationship with trauma history and impulsivity, ADHD Atten Def Hyp Disord (2016) 8:95–100
254. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult Add/Adhd Dsm Iv- Based Diagnostic Screening And Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlik Ve Norm Çalışması*M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi Yıl : 2005, Sayı 21, Sayfa : 133-150
255. Schneier FR, Spitzer RL, Gibbon M, et al. The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. Compr Psychiatry; 1991: 32: 496-502.
256. Tai, Y. M., Gau, C. S., Gau, S. S., & Chiu, H. W. Prediction of ADHD to anxiety disorders: An 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *Journal of Attention Disorders*, 2013;17,660-669.
257. Koyuncu A, Tutkunkardaş D, Binbay Z, Özyıldırım I, Ertekin E, Tükel R. The prevalence and clinical features of adult attention deficit hyperactivity disorder in social anxiety disorder. Eur Psychiatry 2012; 27(suppl 1): P-119

258. Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-based differences among boys with ADHD. *J Clin Child Psychol*; 2000; 29: 443-452.
259. Maedgen JW, Carlson CL. Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *J Clin Child Psychol*; 2000; 29: 342.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/05/2017-E.26638



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



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd.Doç.Dr. Bilge DOĞAN
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.05.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK

Başkan

KARAR 6

Protokol No : 2017/1140
Sorumlu Yürütücü Yrd.Doç.Dr. Bilge DOĞAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Bilge DOĞAN'ın "Sosyal anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda çekingen kişilik bozukluğu eştanısı olan ve olmayan grupta erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve alt tipleri arasındaki ilişki" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

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

Ek 2. Scıd Kişilik Envanteri

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

AŞAĞIDA SİZİN KİŞİLİĞİNİZ VE KARAKTERİNİZLE İLGİLİ SORULAR VARDIR. AMACIMIZ SİZİN NASIL BİR İNSAN OLDUĞUNUZU, HUYUNUZU VE GENELDE NASIL DAVRANDIĞINIZI ANLAMAKTIR. LÜTFEN SORULARI DİKKATLE OKUYUP, YERİNE GÖRE “Evet”.VEYA “Hayır” CEVAPLARINDAN BİRİNİ İŞARETLEYİN. TÜM SORULARI İÇTENLİKLE CEVAPLANDIRMAYA ÇALIŞIN. EĞER ANLAYAMADIĞINIZ BİR SORU OLURSA BOŞ BIRAKIN.

1. Başkalarının sizi eleştirmesi, sözlerinizi veya davranışlarınızı onaylamaması sizi incitir mi?	Evet	Hayır
2. Ailenizin dışında, kendinizi gerçekten yakın hissettiğiniz hiç kimsenin olmadığı duygusuna kapılır mısınız?	Evet	Hayır
3. Gerçekten istendiğinizden emin olmadıkça, insanlara yaklaşımdan kaçınır mısınız?	Evet	Hayır
4. İnsanlarla çok yakın olmanızı gerektirecek durumlardan kaçınır mısınız?	Evet	Hayır
5. Topluluk içindeyken, yanlış bir şey söylemek, ya da cevap verememek korkusu ile konuşmadığınız olur mu?	Evet	Hayır
6. Başkalarının önünde, kızarmak, ağlamak ya da sinirli görünmekten korkar mısınız?	Evet	Hayır
7. Başkalarına kolay gelen bir çok şey size zor ya da tehlikeli gelir mi?	Evet	Hayır

Ek 3. Ayrılma Anksiyetsi Belirti Envanteri

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ				
Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, “tüm soruları” yanıtlayınız. Ben 18 yaşından küçükken...				
	Çok Sık Hissettim	Sıklıkla Hissettim	Nadiren Hissettim	Hiç Hissetmedim
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kâbuslar görürdüm.				
10-Ailemden ayrıldığımda çok mutsuz olurdum.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurdum.				
15- Karanlıktan korkardım.				

Ek 4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ				
Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.				
	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2- Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3- Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşıyor musunuz?				
4- Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmazdan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5- Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6- Bir yolculuğa çıkmanızdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7- Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8- Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9- İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10- İnsanları yakınızdaki tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınıız evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13- Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14- Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				

Ek 5. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (Devam)

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ DEVAMI				
Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.				
	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
15- Evinizden uzakta olmayla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				
16- Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17- Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18- Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19- Hiç, evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiğiniz mi?				
20- Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21- Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22- Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapamadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23- Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onsuz yapamayacağınızdan korkunuz mu?				
24- Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25-Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26- Hiç, size yakın olan kişiler "çok fazla konuştuğunuzu" söylediler mi?				
27- Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

Ek 6. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

İsim:

Tarih:

I. Yaşam / Ölüme Dair Tutumun Özellikleri

1. Yaşama arzusu ()

0.Orta veya şiddetli

1.Zayıf

2.yok

2. Ölme arzusu ()

0.Yok

1.Zayıf

2.Orta veya şiddetli

3. Yaşam / Ölüm için Nedenler ()

0.Yaşam ölümden ağır basmakta

1.Yaşam ve ölüm için nedenler eşit

2.Ölmek yaşamaktan ağır basıyor

4. Aktif intihar girişiminde bulunma arzusu ()

0.Yok

1.Zayıf

2:Orta veya şiddetli

5. Pasif İntihar girişimi ()

0.Yaşamı korumak için intihar girişimi

1.Yaşamayı ölmeyi şansa bırakabilir

2.Hayatını korumak ve sürdürmek için önlemlerden kaçınma

6. II. İntihar Düşüncesi / Arzusu Karakteristiği

7. Zaman boyutu : Süresi ()

0.Kısa ve geçici dönemler

1.Uzun dönemler

- 2.Kronik veya hemen daima sürekli
8. Zaman boyutu : Sıklık ()
- 0.Nadiren
- 1.Aralıklı
- 2.Sebat eden veya süregen
9. Düşünce ve Arzuya karşı tutum ()
- 0.Kabul etmeyen
- 1.Ambivalan , tepkisiz
- 2.Kabul eden
10. İntihar davranışını / Acting outu kontrol etme arzusu ()
- 0.Kontrol etme duygusu mevcut
- 1.Kontrol edeceğinden emin değil
- 2.Kontrol etme duygusu yok
11. Aktif girişimden caydıran etmenler (din, aile, başarılı olmayan ciddi hasar. Geri dönüş yok) ()
- 0.Caydırıcılar sebebi ile intihar etmeme
- 1.Caydırıcılar hakkında biraz ilgi gösterme
- 2.Caydırıcılar hakkında hiç yada minimal ilgi taşıma
12. Düşünülen girişim için sebep ()
0. Çevreyi etkilemek, dikkat çekmek,intikam
1. 0 ve 2 nin kombinasyonu
2. Problemden kaçma, çözmek, tamamen sona erdirmek
13. **III. Tasarlanan Girişimin Özellikleri**
14. Yöntem: Özgüllük ve Planlama ()
- 0.Dikkate alınmama
- 1.Dikkate alınmış fakat detaylar çalışılmamış
- 2.Detaylar çalışılmış ve çok iyi planlanmış
15. Yöntem: Erişilebilirlik ()

0.Yönteme ulaşamıyor, fırsat yok

1.Yöntem zaman ve çaba istiyor, fırsat gerçekten yok

2a.Yöntem ve fırsata erişilebilir

2b.Gelecekte yöntem ile ilgili fırsat veya erişilebilirlik önceden tahmin edilebilir.

16. Girişimi gerçekleştirme yeteneğine ilişkin duyumları olması ()

0.Cesaret yok, korkmuş, çok zayıf, yeteneksiz

1.Cesaret konusunda emin değil, yeteneği var.

2.Yeteneği ve cesareti var

17. Gerçek girişimin beklentisi / öngörüsü ()

0.Yok

1.Belirsiz, emin değil

2.Evet

18. IV- Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi

19. Gerçek Hazırlık ()

0.Yok

1.Kısmen

2.Tam

20. İntihar Notu ()

0.Yok

1.Başlamış fakat tamamlamamış yada bırakmamış, sadece düşünce

2.Tamamlamış, bırakmış

21. Ölüm beklentisi içinde yapılan son hareketler ()

0.Yok

1.Düşünmüş ve bazı düzenlemeler yapmış

2.Kesin planlar yapmış yada düzenlemeleri tamamlamış

22. Tasarlanan girişimin gizlenmesi yada aldatıcı bir tavır sergilenmesi ()

0.Tasarıları açıkça belli etmek

1.Açıklamaktan çekinmek

2.Yalan söyleme, aldatma, gizli tutma girişimlerinde bulunur.

23. V- Arka Plan Faktörleri

24. Önceki intihar girişimi ()

0. Yok

1. 1

2. Birden fazla

25. Son girişimle ilgili ölme eğilimi ()

0.Düşük

2.Yüksek

1.Orta derecede, ikilemli, emin değil



Ek 7. Beden Algısı Ölçeği

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar – dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					
30. Cinsel gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun duruş şekli					
38. Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					

Ek 8. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Adı – Soyadı :

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

Ek 9. Beck Depresyon Envanteri

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 10. Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

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

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

Ek 11. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

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

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

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

Teşekkürler.

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

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

	HAY IR	HAF İF	ORTA DERE CE	FAZ LA	ÇOK FAZL A
ÇOCUKKEN					
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere daldırdım.					
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, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA					
23. Genel olarak başarısızdım,yavaş öğrenirdim					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım					

Ek 13. Dsm-Iv’e Dayalı Erişkin Deb/Dehb Tanı ve Değerlendirme Envanteri

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınız ile teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz. Anlamadığınız sorular olursa size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

13.1. BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorunun şiddeti ve sıklığı

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

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1.Bölümde karşılanan kriter sayısı:

1.Bölümde elde edilen DEHB puanı:

Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü

a) Aşırı hareketlilik

Sorunun şiddeti ve sıklığı

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

b) Dürtüsellik

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

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2.Bölümde karşılanan kriter sayısı:

2.Bölümde elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1.ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

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

DEB/DEHB İle İlişkili Özellikler**Sorunun şiddeti ve sıklığı**

Sorun	Hemen hiç	Biraz ya da Bazen	Sıklıkla	Çok sık
1.Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2.Başlanan bir işi bitirememe ya da başlama güçlüğü	0	1	2	3
3.Aynı anda pek çok işle/proje ile uğraşma; bu işleri takip etmekte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4.Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklın geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5.Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6.Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7.Herkes tarafında izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8.Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9.Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10.Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11.Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12.Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13.Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14.Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15.Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16.Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17.Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18.Unutkanlık	0	1	2	3
19.Sözel saldırganlık	0	1	2	3

Sorun	Hemen hiç	Biraz ya da Bazen	Sıklıkla	Çok sık
20.Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21.Alkol kullanımı	0	1	2	3
22.Madde kullanımı	0	1	2	3
23.Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24.Çökkünlük (Depresyon)	0	1	2	3
25.Kendine zarar verici davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26.Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27.İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28.Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29.Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30.Kapasite ile uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

3.Bölümde karşılanan kriter sayısı:

3.Bölümden elde edilen DEHB puanı (Aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1.ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı + 3.bölümdeki pozitif semptom sayısı:

1., 2. ve 3. bölümlerden elde edilen toplam DEHB puanı: