



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIKLI ERİŞKİN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE SOSYAL ANKSİYETE
BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ

GÖKÇE DAĞAŞAN

DOÇ. DR. BARIŞ METİN

İstanbul, 2017

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIKLI ERİŞKİN ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE SOSYAL
ANKSİYETE BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gökçe Dağışan

154102053

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. BARIŞ METİN

İstanbul - 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102053
Öğrenci Adı Soyadı	: Gökçe DAĞAŞAN
Anabilim Dalı	: Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Barış METİN
Tezin Başlığı	: Sağlıklı Erişkin Üniversite Öğrencileride Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 31.10.2017	Saati	: 11.00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUĞU</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDİ		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.</p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Unvanı Hoca İsmi Doç. Dr. Barış Metin	
Üye	Tez Jürisi 1 Doç. Dr. Cemal Toy	
Üye	Tez Jürisi 2 Doç. Dr. Cemal Toy	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlıklı erişkinlerde DEHB semptomları ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasındaki ilişki ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih / /

Adı SOYADI

İmza

TEŞEKKÜR

Öncelikle her zaman desteğiyle yanımda olan Değerli Aileme, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Doç.Dr. Barış Metin'e, tez sürecinde veri toplamama destek veren değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Alper Evrensel'e, ve bu çalıőmamda bana desteklerini, yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım ve meslektaşlarım Berçin Kılıçoğlu ve Iőıl Afat'a sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bizim çalışmamızda sağlıklı erişkin üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomları arasındaki ilişki performansının incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma örneklemini ise 2016-2017 eğitim-öğretim yılında Üsküdar Üniversitesi'nin farklı bölümlerine devam eden ve rastlantısal olarak seçilen 42 kız 8 erkek toplamda 50 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yer alan verilerin analiz çalışması SPSS 24.00 Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılara Sosyo Demografik Form , Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) , Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ) , Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği , Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ölçekleri uygulanmıştır. Liebowitz Sosyal Fobi puanları arttıkça Erişkin DEHB ölçeğinin alt boyutları olan “aşırı hareketlilik / dürtüsellik” ve “DEB / DEHB” ile ilişkili özellikler WUDÖ puanlarında artmaktadır. Liebowitz Sosyal Fobi alt boyutu “Kaygı” puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin alt boyutları olan “Aşırı Hareketlilik / Dürtüsellik” ve “ DEB / DEHB ile ilişkili özellikler “ ek olarak WUDÖ puanlarında artmaktadır. Liebowitz Sosyal Fobi alt boyutu “ Kaçınma” puanları arttıkça Erişkin DEHB ölçeğinin alt boyutları olan “ Aşırı Hareketlilik / Dürtüsellik “ ve “DEB / DEHB ile ilişkili özellikler “ ek olarak WUDÖ puanlarında artmaktadır. DEHB ve alt ölçekleri ile Liebowitz Sosyal Fobi ve alt ölçekleri arasındaki bazı değişkenler arasında anlamlı bir ilişki vardır . Bu anlamlı ilişki Dikkat Eksikliği ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasındadır . Gerçekleştirilen korelasyon analizleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur .

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Sağlıklı Erişkin Üniversite Öğrencileri

ABSTRACT

In our study, it was aimed to examine the relationship performance between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Social Anxiety Disorder symptoms in healthy adult university students. The sample of the research will be given to the different departments of Üsküdar University during the 2016-2017 academic year, and randomly selected 42 girls and 8 boys with a total of 50 students. Analysis of the data in the study was analyzed using the SPSS 24.00 Windows package program. To participants Socio-demographic form, Liebowitz Social Anxiety Scale, Wender-Utah Assessment Scale, Adult Attention Deficit Hyperactivity Scale, Adults Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS) scales were applied. As the Liebowitz Social Phobia scores increase, the features associated with the sub-dimensions of the adult ADHD scale, "hyperactivity / impulsivity" and "ADHD / ADHD" are increasing in WUAS scores. Liebowitz Social Phobia sub-dimension As the "anxiety" scores increase, the sub-dimensions of the adult ADHD Scale, "Extreme Mobility / Impulsivity" and "ADHD / ADHD related features" are additionally increasing in WUAS scores. As the Liebowitz Social Phobia subscale increases the "Avoidance" scores The "Extreme Mobility / Impulsivity" and "ADD / ADHD Related Features" subscales of the adult ADHD scale are additionally increasing in the WUAS scores. There is a significant relationship between ADHD and its subscales and some variables between Liebowitz Social Phobia and subscales. This meaningful relationship is between Attention Deficit and Social Anxiety Disorder. Correlation analyzes performed were statistically significant meaningful

Key Word: AttentionDeficitHyperactivityDisorder , SocialAnxietyDisorder, HealtyAdultUniversityStudents.

İÇİNDEKİLER

Yemin metni.....	i
Teşekkür.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	iv
İçindekiler.....	v
Tablolar Listesi.....	vii
Kısaltmalar.....	viii
Giriş.....	1
1.Literatür.....	4
1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	4
1.1.1. Dehb'nin Tanımı.....	4
1.1.2.Dehb Tarihçesi.....	6
1.1.3.Dehb Tanı Kriteri.....	9
1.1.4.Dehb Etiyolojisi.....	14
1.1.4.1.Genetik Faktörler.....	14
1.1.4.2.Psikososyal-Çevresel Faktörler.....	15
1.1.4.3.Nörogelişimsel Faktörler.....	16
1.1.5.Dehb Epidemiyolojisi.....	16
1.1.6.Dehb Eşlik Eden Bozukluklar.....	17
1.1.7.Dehb Tedavi Yöntemleri.....	19
1.1.7.1.Farmakoloji (İlaç) Tedavisi.....	19
1.1.7.2.Psikoterapi ve Ebeveyn Bilgilendirilmesi.....	20
1.2.Sosyal Anksiyete (Sosyal Fobi) Bozukluğu.....	20
1.2.1.Sab Tanımı.....	20
1.2.2.Sab Tarihçesi.....	22

1.2.3.Sab Tanı Kriteri.....	23
1.2.4.Sab Etiyoloji.....	25
1.2.4.1.Genetik Faktörler.....	25
1.2.4.2.Ailesel Faktörler.....	25
1.2.4.3.Nörobiyolojik Faktörler.....	26
1.2.5.Sab Epidemiyolojisi.....	27
1.2.6.Sab Eşlik Eden Faktörler	28
1.2.7.Sab Tedavi.....	29
1.2.7.1.Bilişsel Davranışçı Tedavi.....	30
1.2.7.2. Farmakoloji (İlaç)Tedavisi.....	30
1.3.Amaç.....	30
1.4.Önem.....	30
1.5.Araştırmanın Hipotezi.....	31
2.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	32
2.1.Araştırmanın Modeli.....	32
2.2.Evren ve Örneklem.....	32
2.3.Veri Toplama Araçları.....	32
2.3.1.Sosyo Demografik Form.....	32
2.3.2.Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ).....	33
2.3.3.Wender Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ).....	33
2.3.4.Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği.....	34
2.3.5.Erişkin Dehb Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	34
2.4.İşlem.....	35
2.5.Veri Analizi.....	35
3.BULGULAR	36

4.TARTIŞMA.....	43
4.1.Sınırlılıklar.....	47
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
5.1.Sonuç.....	48
5.2.Öneriler.....	50
KAYNAKÇA.....	52
EKLER.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	67

KISALTMALAR

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

ICD: International Classification of Diseases

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

APA: American Pschiatric Association

DAT1: Dopamin Taşıyıcı Gen 1

TABLO LİSTELERİ

- Tablo 1.** DEHB DSM-5 Tanı Ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013)..... 8
- Tablo 2.** Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-5 Tanı Ölçütleri.....20
- Tablo 3.** Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları.....31
- Tablo 4.** Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları.....32
- Tablo 5.** Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları.....33
- Tablo 6.** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Uygulanan Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi Sonuçları.....34
- Tablo 7.** Katılımcıların Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanlarının Tamamlayıcı İstatistik Analiz Sonuçları.....35
- Tablo 8.** Katılımcıların Okudukları Bölümdeki Yıllara Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanlarının Tamamlayıcı İstatistik Analiz Sonuçları.....36

GİRİŞ

Günümüzde, çocukluk çağında başlayan ruhsal problemlerin etkileri yalnızca çocukluk ve ergenlik çağıyla sınırlı olmadığını, yetişkinlik çağında da süre gelen etkilerinin olduğu daha çok kabul edilmektedir (Durukan, Karaman, Kuru, Türker, Tufan 2011). Çocukluk çağında başlayan ve erişkinlik döneminde de devam eden bir ruhsal problemler arasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Sosyal Fobi de yer almaktadır . Çocukluk çağında başlayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bireyin ileriki yaşantısında aile, sosyal ve akademik olarak problem yaşamasına neden olabilir ve komortidite olarak Sosyal Fobi geliştirmesine neden olabilir.

Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik bireyin belirli bir düzeyde işlevselliğini veya gelişimini bozan, sürekliliği olan dikkatsizlik (dikkat eksikliği), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik durumunun söz konusu olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkatsizlik problemi bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan ve toplumsal, iş ve okul ile alakalı sosyal açıdan sürdürülen etkinlikleri gerçekleştirirken işlevselliğini doğrudan olumsuz olarak etkiler. Tanı kriteri içinde yer alan belirtilerin en az altı tanesi altı ay devam etmesi gerekmektedir. İleri yaştaki genç ve yetişkinlerde (17 yaşında ve daha fazla olan yetişkinlerde) en az beş semptom olması gerekmektedir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan toplum, iş ve okul yaşantısını belirgin düzeyde olumsuz etkileyen tanı kriteri içinde yer alan belirtilerin en az altı tanesi altı ay devam etmesi gerekmektedir. İleri yaştaki genç ve yetişkinlerde (17 yaşında ve daha fazla olan yetişkinlerde) en az beş semptom olması gerekmektedir (Amerikan Psychiatric Association , 2013).

DEHB çocukluk döneminde başlayıp, ergenlik ve yetişkinlik çağında da sürekliliği olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla bilişsel etkinliklerde bozulmaya neden olan nöropsikiyatrik bir bozukluktur. (Gümüş, Memik, Ağaoğlu 2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dikkat problemleri , aşırı hareketli olma ve dürtüsellik ile karakterize toplumda sıklığı %3-10 oranında farklılık gösteren çocukluk döneminin en sık rastlanılan psikiyatrik bozuklukları arasında yer almaktadır. (Ateşçi, Tüysüzöğulları, Özdel, Oğuzhanogulları, 2010). Okul çağındaki çocuklarda Dikkat

Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu görülme sıklığı %3-7, tüm dünya için görülme sıklığı %5.29 olarak bilinmektedir. Çocukluk döneminde en sık rastlanılan ruhsal problemlerden biri olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dikkat çekici derecede akademik, sosyal ve ruh sağlığı problemlerine neden olabildiği ve etkilerinin yaşam boyunca devam ettiği belirtilmektedir(Gümüş, Memik, Ağaoğlu 2015). Daha önceden yalnızca çocuklukta görüldüğü düşünülen DEHB'nin yetişkin döneminde de sürebildiği belirlenmiştir (Günay, Savran, Aksoy 2005). DEHB kişinin işlevselliğini olumsuz etkilemesi, aile ve sosyal çevresini etkilemesi sebebiyle ciddi bir toplum sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir (Gümüş, Mekik, Ağaoğlu 2015).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bireyin yaşamı süresince tanınan bir süreklilik göstermektedir ve çocuklarda olduğu bilinen bu belirtiler yetişkinlerde de görülebilmektedir (Öncü, Ölmez, Şentürk , 2005).DEHB' nin problemleri ;çok hareketlilik, dürtüsellik ile karakterize toplumda sıklığı %3-10 oranında değişim gösteren çocukluk döneminin en fazla rastlanılan psikiyatrik bozuklukları arasında yer almaktadır. Son günlerde klinik bulgular ve araştırmalar, hastaların yarısından fazlasında bozukluğun yetişkin çağında da süreklilik gösterdiği belirtilmektedir. Yetişkinlikteki DEHB yaygınlığı yaklaşık olarak %1-6 olarak belirtilmiştir(Ateşçi , Tüysüzoğulları, Özdel Oğuzhanoglu 2010).Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk yada yetişkinlik çağında olan yalnızca bu kişileri değil sosyal hayatlarını , aile hayatlarını , anne ve babalarını da etkiler. Riskli sağlık tutumları nedeniyle tehlike altında bulunan ergen ve genç yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun olması durumunda sigara ve madde'yi negatif kullanma, legal problemler, tehlikeli akran iletişimi, kendine güvenin düşmesi, okul ve iş hayatında başarısızlıklar ve psikiyatrik komorbidite gözlenmektedir (Tuğlu, Öztürk Şahin 2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan erişkinlerde psikiyatrik eş tanı olasılığı oldukça yüksektir (Ökyekçin, Şahin 2011) .Sosyal fobi ve DEHB'nin birlikte en sık rastlanılan ruhsağlığı bozuklukları arasında yer aldığı düşünülmektedir . Ergenlik çağına kadar tedavisi gerçekleştirilmemiş DEHB olgularında depresyon , anksiyete ve sosyal içe çekilmenin arttığı belirlenmiştir (Akdemir, Çuhadaroglu 2008 / ÖNCÜ VE ARK 2004).Akdemir ve Çetin'e göre 2008; Sosyal anksiyetenin , panik bozukluğun , maddeyi kötüye kullanmanın , major

depresyonun ve yeme bozukluklarının başlaması ergenlik çağında gerçekleşmektedir.

Sosyal Kaygı Bozukluğu (sosyalfobi), bireyin başkaları tarafından neden olan değerlendirilebileceği bir yada birden fazla toplumsal olaylarda belirgin bir şekilde korku veya kaygı belirtileri göstermesidir. Birey olumsuz olarak değerlendirileceği biçimde davranmaktan ve kaygı yaşadığını gösteren şekilde davranmaktan çekinir (küçük düşeceği şekilde, utanç duyacağı şekilde, başkaları tarafından dışlanmak ya da başkalarının kıracak şekilde davranışlar). Toplumsal durumlarda sürekli kaygı ve korku doğurur. Korkma, anksiyete ya da kaçınma devamlı bir durumdur. Semptomlar alt ay ya da daha uzun süre devam eder (Amerikan Psychiatric Association, 2013).

Sosyal ortamlarda eylemde bulunmaktan kaygılanma ve kaçınma tepkileri ile ortaya çıkan sosyal fobi bireyin performansında kayıplara neden olan yaygın ciddi bir ruh sağlığı problemidir (Dilbaz, 1997). Sosyal kaygı bozukluğu bireyin hayatının tüm önem gösterdikleri anlarında etkileme durumundadır. Sosyal anksiyetesi olan kişiler iş yaşantılarında eğitim hayatlarında, sosyal ve duygusal ilişkilerinde ciddi problemler yaşamaktadırlar (Gültekin, Derebay 2011).

Son yıllarda gerçekleştirilen epidemolojik çalışmalarla sosyal kaygı bozukluğunun çocuk, ergen ve yetişkinlerde oldukça sık olduğunu gösteren araştırma sonuçları elde edilmiştir. Sosyal kaygı semptomları gösteren çocukların yaşadıkları huzursuzlukla birlikte okula devam etmede sıkıntı, akademik konularda başarısızlık, arkadaşlık kurma ve sürdürmede güçlükler yaşamaktadırlar (Aydın, Tekinsav Sütçü 2007). Sosyal anksiyete kişinin hayatının tüm önem arz eden alanlarında etki gösterebilmektedir. Sosyal fobik kişiler iş hayatlarında, eğitim alanlarında, sosyal ve duygusal ilişkilerinde önemli problemler yaşamaktadırlar (Gültekin, Dereboy 2011).

Günümüzde gerçekleştirilen çalışmalarda tedavisi yapılmamış Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan kişilerde anksiyete ve depresif bozuklukların kontrol gruplarındaki kişilerden daha fazla oranla olduğu tespit edilmiştir. "Anksiyetinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun bir parçasını yoksa DEHB'ye komorbidite olarak ortaya çıkan bir problem mi olduğu tıbbi araştırmalarda incelenmektedir. Bazı yazarlar kaygının Dikkat

Eksinliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun patogeneziyle ilgili bir özellik olabileceğini düşünürken, başka yazarlarda Anksiyete Bozukluğuna eş tanı gösteren DEHB'nin farklı bir DEHB çeşidi olabilme ihtimalini düşünmektedir (Gümüş , Memik , Ağaoğlu 2015). Sosyal fobi'nin Türkiye de yapılan klinik çalışmasında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarına sahip olan kişilerde %14.3-18.5 ve DEHB semptomlarına sahip olmayan kişilerde %3,1-4,1 oranlarında olduğu tespit edilmiştir (Gümüş , Memik , Ağaoğlu 2015).

1.LİTERATÜR

1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

1.1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tanımı

Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik bireyin belirli bir düzeyde işlevselliğini veya gelişimini bozan, sürekliliği olan dikkatsizlik (dikkat eksikliği), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik durumunun söz konusu olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkatsizlik problemi bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan ve toplumsal, iş ve okul ile alakalı sosyal açıdan sürdürülen etkinlikleri gerçekleştirirken işlevselliğini doğrudan olumsuz olarak etkiler. Tanı kriteri içinde yer alan belirtilerin en az altı tanesi altı ay devam etmesi gerekmektedir. İleri yaştaki genç ve yetişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olan yetişkinlerde) en az beş belirti olması gerekmektedir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan toplum,iş ve okul yaşantısını belirgin düzeyde olumsuz etkileyen tanı kriteri içinde yer alan belirtilerin en az altı tanesi altı ay devam etmesi gerekmektedir. İleri yaştaki genç ve yetişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olan yetişkinlerde) en az beş semptomun olması gerekmektedir (Amerikan Psychiatric Association , 2013).

DEHB'nin , erken çocukluk çağında görülmeye başlar ve temel semptomları yetişkinlik çağında da süreklilik gösteren kronik, gelişimsel bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Temel özellikleri dikkat dağınıklığı, dürtüsellik, ve aşırı hareketlilik olup , yetişkinlik çağında da ruhsal ve sosyal alanlar ile eğitim/ mesleki alanlarda problemler yaşayabilmesine neden olabilmektedir (Ağaoğlu ve ark. 2006).

Ökyekçin ve Şahin' e 2011 göre; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk döneminde fark edilen davranışların kontrol edilmesinde geç kalınabildiği , klinik ve psiko-sosyal alanlarda bozulmanın eşlik etmesinin söz konusu olduğu , son zamanlarda yapılan araştırmalarda yaşam boyu devam ettiği fark edilen önem arz eden bir nöropsikiyatrik problemdir.

Günay, Savran ve Aksoy'a 2005 göre DEHB dünyada yaşamını sürdüren her toplumda görülebilen , hastaların büyük çoğunluğunda yetişkin döneminde de etkisini devam ettiren yaşama, kişilerarası ilişkilerine , okul ve iş hayatlarına farklı negatif etkileri nedeniyle toplumun ve sağlık hizmetlerinin ön teşkil eden problemlerinden biridir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun bireyin yaşamı boyunca sürekliliği olan bir nörogelişimsel bozukluktur ve birçok ruhsal bozukluğun gelişim göstermesine neden oluşturabileceği düşünülmektedir (Gümüş, Memik, Ağaoğlu 2015).

Şahin' e göre (2009) ; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu yedi yaşından önce başlayan belirtilerini dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ,ve dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir hastalıktır.

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olguları ile gerçekleştirilen beyin görüntüleme, farmakoloji,nörokognitif ve genetik alanda yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde tespit edilen DEHB olgularında olan belirtileri tekrarlamıştır. Çocukluk döneminde dikkat, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik yaşayan bu bireyler erişkinlik çağında işlerinde problemler ,dürtüsellik, dikkatsizlik, gibi var olan belirtiler nedeniyle ebeveyn rollerini sürdürmede problemler, aile ve arkadaş ilişkilerinde sıkıntılar yaşarlar (Ökyekçin ve Şahin , 2011).

Çocukluk döneminde kızlara oranla erkeklerde 3 kat daha fazla DEHB tespit edilmekteyken aradaki fark erişkin döneminde giderek azaldığını ve ortadan kalktığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (Taneri, Akış ve Sarandül , 2016).

Son yıllarda yapılan uzun dönem izlem çalışmalarında çocukluktaki DEHB olgularının %50-70'inin genç yetişkinliğe kadar devam ettiği tespit edilmiştir (Tuğlu ve Öztürk Şahin , 2010).

Anne yada babalara konulan tanılar major depresif, anksiyete bozukluğu, ve psikotik bozukluklar olarak gruplara ayrıldığında çocuklarda en sık belirlenen ruhsal bozukluk tanısının her 3 grupta DEHB olduğu belirtilmiştir (Öç, ve ark. 2006)

Görüntüleme çalışmalarında bu tanıyı alan çocuk, ergen ve erişkinlerde yapısal ve işlevsel beyin anormallikleri belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmalarda, en sık belirlenen bulgular; orbitofrontal korteks, bazal ganglionlar, korpuskalozumun bazı bölümleri ve serebellumda küçülme ve işlevsellikte azalmadır. Ayrıca, bu tanıyı karşılayan kişilerde toplam beyin hacmi de azalmaktadır. Bu bulgular DEHB'nin fronto-subkortikal ve serebellar devrelerdeki bozukluğa bağlı olabileceği yönünde yorumlanmıştır (Akgün ve ark. 2011).

Akgün ve ark. göre 2011 ; yapılan araştırmalarda nörofizyolojik venöropsikolojik çalışmalar da DEHB'nin daha çok frontal yapılar ve bağlantılı oldukları alanların işlev bozukluğuna bağlı olabileceğini destekler niteliktedir.

Günümüze kadar yapılmış olan araştırmalarda, ailede tek bir ebeveynde DEHB tanısı varsa çocuklarda hastalanma oranı %20-54 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle ebeveynlerdeki hastalık çocuklarda hastalanma riskini yaklaşık olarak sekiz kat artırmakta ve hastalık ailesel geçiş göstermektedir (Akgün ve ark. 2011).

1.1.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihi

DEHB yedi yaşından önce başlayan, kendini dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, ve dürtüsellikle gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Bilinen çocukluk dönemi psikiyatrik hastalıklarından birisi olan bu bozukluğun yetişkin psikiyatrisindeki önemi gitgide artmaktadır (Tuğlu ve Şahin, 2010) .Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun tanısı 19.Y.Y.'a dayanmaktadır. DEHB'nin tipik bulguları 1846 yılında daha sonra Frankfurt'taki ilk akıl hastanesini kuran Heinrich Hoffmann tarafından basılmış olan bir çocuk kitabında tanımlanmıştır (Şahin, 2009).1902 yılında George Still'in İngiltere'deki bir konuşması sırasında, aşırı hareketli, konsantre olamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları gösteren çocuklarda "ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği" olarak açıklanmıştır (Kayaalp, 2008). Birinci dünya savaşı sonrasında meydana çıkan influenza ensefaliti epidemisi sırasında ensefalit geçirmiş olan çocuklarda hastalıktan sonra gelişen ve Still'in tanımladığına benzeyen hiperaktivite,

dürtüsellik, antisosyaldavranışlar ve duygusal değişiklikleri Kahn ve Cohen 1934 yılında “organik kökenli” olarak tanımlamış ve bu durumun beyin sapındaki hasara bağlı olarak ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir (ŞAHİN , 2009).

Dünya savaşında ensafalitis laterjika salgınından sonra, bir kısım çocuk ve ergenlerde aşırı hareketlilik, koordinasyon bozukluğu, öğrenme güçlüğü, dürtü denetim sorunları ve agresyonla karakterize postensefalitik davranışsal sendrom tespit edilmiştir. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu tespit etmişler ve bu durumu “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” olarak adlandırmışlardır. 1960’larda belirlenmiş nörolojik bozukluğu bulunmayan bu grup çocuk için “minimal beyin disfonksiyonu” tanımı kullanılmıştır (Kayaalp , 2008). Still “Defects in Moral Control” olarak tanımladığı olguların kronik olduğuna inanıyordu. Böylece ilk kez DEHB’nin yetişkin çağda devam edeceğinden, en azından çocukluk olgularının yetişkin dönemde benzer bulgulara sahip olabileceğinden söz ediliyordu. Still yetişkin DEHB olasılığına işaret etmesine rağmen yetişkinlerin bu kronik çocukluk dönemi bozukluğunun belirtilerini gösterebileceğine dair ilk çalışmalar 1960’ların sonlarına doğru yayınlanmaya başlanmıştır. O dönemlerde bozukluk minimal beyin disfonksiyonu olarak biliniyordu. Üç farklı açıdan erişkin bozukluğundan söz ediliyordu (Tuğlu ve Şahin , 2010).

1968 yılında Harticollis ergen ve genç yetişkin çağındaki olguların nörofizyolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerini yayınladığı makalesinde ilk kez DEHB’nin yetişkin dönemde devam ettiğini belirtmiştir. Bu olguların nörofizyolojik değerlendirmesi minimal beyin disfonksiyonunu gösteriyordu. Davranış profilleri ise Still’in tanımladığı çocuk olgulara benzer şekilde dürtüsellik, aşırı hareketlilik, duygu durumunda labilite ile saldırgan davranışlara ve depresyona yatkınlığı içeriyordu. Bu kişilerin bazıları bu davranışları çocukluklarından itibaren hiç değiştirmeden sergiliyordu. Harticollis psikoanalitik kurama dayanarak bu durumun ego gelişimindeki erken ve olasılıkla konjenital kusurun başarı, görev odaklı ve çok meşgul olan ebeveyn örüntüsü ile etkileşmesi sonucu oluştuğunu ileri sürmüştür. Belirli çocuk yetiştirme örüntüsüne sahip, mükemmeliyetçilik beklentisi içindeki ebeveynlerin yetiştirdiği, doğuştan gelen bilişsel kusurlar sergileyen çocuklarda minimal beyin disfonksiyonu oluşuyordu. Mendelson 1971 ve Menkes 1967 yıllarında yaptıkları izlem

çalışmalarında pek çok olguda minimal beyin disfonksiyonu/hiperaktivite belirtilerinin erişkin dönemde sürdüğünü belirttiler.1970'li yıllarda yapılan iki ayrı çalışmada Cantwell ve Morison ise hiperaktif çocukların ebeveynlerinin de hiperaktif olduğunu ve erişkin dönemde sosyopati, histeri ve alkolizm sorunları olduğunu gösteren araştırmalarını yayınladılar (Tuğlu ve Şahin 2010).

Quitkin ve Klein 1969'da minimal beyin disfonksiyonu olan olgularda organik sebepleri ve beyin hasarının davranışsal belirtilerini araştırdıkları çalışmalarında hastalarda kontrol grubuna oranla iki kat daha fazla organik bozukluğa işaret eden EEG anormallikleri ve psikolojik testlerde bozulmalar belirlediler. Ayrıca dikkati çeken bir diğer yön erken yaşta hiperaktif dürtüsellik ve dikkat eksikliği sergilemenin yetişkin dönemdeki dürtüsel-yıkıcı davranışları öngördüğünü yani bozukluğun erişkin döneme dek sürdüğünü işaret eden bulgularıydı. Morison ve Minkoff 1975'de yetişkinlerdeki patlayıcı kişilik bozukluğu yada ataklarla giden kontrolsüzlük sendromunun hiperaktif çocukların erişkin görünümü olabileceğini ileri sürdü. Zametkin ve arkadaşları 1990'da yetişkin DEHB olgularında ilk nörogörüntüleme çalışmasını yayınlamışlardır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Bilimsel sınıflandırma çalışmaları 1968 de DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) ile başlamış ve tanı ölçütlerinde "Çocukluğun hiperaktif reaksiyonu" olarak ifade edilmiştir ve bir yetişkin bozukluğu olarak söz edilmiyordu. Tek bir belirti olarak motor etkinliği ön plana çıkartan bu tanımlamalar etyoloji ile ilgili bir görüş bildirmemektedir. Bu hiperaktif tepkiler eğer davranım bozukluğu ile birlikteyse "Hiperkinetik davranım bozukluğu" olarak adlandırılmıştır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

DSM-III' de (1980) ise dikkat eksikliği bozukluğu bir çocukluk tanısı olarak tanımlandı ve "Hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği" ve "Hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği" olarak adlandırılmıştır. DSM III'te tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği" "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirtilmiştir. Ayrıca Dikkat eksikliği bozukluğu-rezidüel tip olarak çocuklukta tanı konan olgulardan belirtileri devam edenlerde yetişkin dönem tanısına olanak sağladı. Bu DSM-III kategorisi yetişkinlerin tüm DEHB bulgularını göstermeyeceği düşüncesini içeriyordu. Gözden geçirilmiş DSM-III-R'de "Dikkat eksikliği hiperaktivite

bozukluğu” olarak adlandırılmış ve DEHB olan çocukların %30 kadarında belirtilerin erişkinlikte devam ettiği belirtilmiştir. DSM-IV’te yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altına alınmıştır ve ek önemli tanısal açıklamalar yer almıştır. DEHB’nin de dahil edildiği yıkıcı davranış bozukluklarının içinde, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıgelme bozukluğuna da yer verilmiş, bu durumlar yüksek birlikteliğine karşın farklı klinik durumlar olarak belirtilmiştir. Bulguların en azından 6 aydır devam ediyor olması vurgulanmış ve bulguların anlamlı olabilmesi için yaşa uygun normların dışında olması gerektiği üstünde durulmuştur. Günümüzde DSM-IV-TR yanı sıra ICD-10’da (International Classification of Diseases) çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında ele alınmaktadır. ICD-10’da “Hiperkinetik bozukluk” olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin problemlerin bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu belirtilmiştir. ICD-10’da ek olarak sıklıkla motor ve dil gelişiminin geç kaldığı belirtilmiştir. DSM-IV-TR yetişkin tanısına izin vermektedir ancak yinede olguların çoğunda belirtilerin genç ergenlik ve genç yetişkinlikte ortadan kalkacağı belirtilmiştir. (Şahin 2009)

1.1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukları Tanı Kriteri

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısını ortaya koyabilmek için bazı tanı ölçütleri ortaya konulmuştur. Son yıllarda DEHB tanısı konulurken uzmanlar tarafından DSM-IV tanı ölçütleri kitabı yerine DSM-V tanı ölçütleri kitabı kullanılmaya başlanmıştır. DSM-IV tanı ölçütleri kitabında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ismi DSM-V tanı ölçütleri kitabında Dikkat Eksikliği Aşırı Hareket Bozukluğu olarak değiştirildiği tespit edilmiştir. DEHB tanısı alabilmesi için DSM-V tanı ölçütleri kitabına göre dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik alanlarında yer alan semptomlardan altı yada daha fazla belirtinin en az altı ay sürmesi gerekmektedir. DEHB tanısı konulabilmesi için belirtiler en az 6 aydır sürüyor olmalı ve belirgin işlev kaybına yol açıyor olmalıdır.

Tablo 1. DEHB DSM-V tanı ölçütleri (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013)

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 , aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt 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 (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizde yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).

b. Çoğu kez , iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. Ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir uyarı olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).

d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okuldan verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker, kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).

f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde untkandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken , getir götür işrilen görevleri ya da yönergeleri lerini yaparken ; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde , telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede , randevularına uymakta).

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) 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 kıvrandır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn.sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (**Not:**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 hakeret halinde”dir, “kıçına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

B. On iki 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 (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin , toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin 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 (örn. duyurudum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu , kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını *belirtiniz* :

Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde , A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa *belirtiniz*:

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

O sıradaki ağırlığını *belirtiniz*:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden ,varsa bile , biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede : Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ ağır olmayan “la “ağır” arasında orta bir yerdedir .

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

Tanımlanmış Diğer Bir Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan , dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da nörogelişimsel bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu kategori, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da herhangi özgül bir nörogelişimsel bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer bir dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “yeterli olmayan, dikkatsizlik belirtileri ile giden”).

Tanımlanmış Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da nörogelişimsel bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu kategorisi , dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da herhangi özgül bir nörogelişimsel bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.

1.1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi

DEHB temel olarak genetik bir bozukluktur. Yapılan araştırmalarda DEHB'nin çoklu genlerle ilişkili karmaşık bir davranışsal fenotipi olduğunu düşünülmektedir. Ancak son dönemde yapılan araştırmalarda genetik yatkınlığın orta derece olduğunu , DEHB'nin ortaya çıkmasında çevresel ve genetik faktörlerin etkileşiminin daha önemli olduğu belirtilmiştir(Ökyekçin ve Şahin, 2011). Kayaalp'e (2008) göre ; DEHB'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir . Diğer psikiyatrik hastalıklarda da olduğu gibi biyo-psiko-sosyo-kültürel nedenlerin DEHB'nin ortaya çıkmasında rol oynadığı belirtilmektedir. Ökyekçin ve Şahin'e 2011 göre ; çocukların %30-50'sinde DEHB remisyona giriyor gibi olsada DEHB erişkinlikte sürmektedir ama bulguların devam etmesine neden olan etkenler henüz tam olarak belirlenememiştir.

1.1.4.1. Genetik Faktörler

Öç ve ark. (2006) göre ; anne yada babadaki ruhsal bozuklukların erken çağda belirlenmesi ve etkin bir şekilde tedavi edilmesinin çocuk ruh sağlığı açısından koruyucu niteliğe , sahip olabileceği belirtilmektedir. Çocukta psikopatoloji gelişiminde anne ya da babada ruhsal bozukluğun olması önemli bir risk etkeni olabileceğini belirtmesi açısından önemlidir (Öç ve ark. , 2006). Anne ya da babalara konulan tanıları majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar olarak gruplara ayrıldığında çocuklarda belirlenen en sık ruhsal bozukluk tanısının her üç grupta da DEHB olduğu görülmüştür (Öç ve ark. , 2006).

Akgün ve ark. 2011 göre; yapılan araştırmalarda , tek bir ebeveyn DEHB tanısı almışsa çocuklarda hastalanma oranı %20-54 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle ebeveynlerdeki hastalığın çocuklarda hastalanma olasılığını yaklaşık olarak sekiz kat arttırmakta ve hastalık ailesel geçiş göstermektedir. DEHB olan erişkinlerin en az 1/3 'ünün DEHB olan çocuğa sahip olduğu ve DEHB olan çocukların 1/3'ünün DEHB olan, anne ya da babaya sahip olduğu belirtilmektedir (Ökyekçin ve şahin , 2011).

Yapılan moleküler genetik çalışmalar D2,D3,D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi dopamin sistemiyle ilişkisi bulunan bazı aday genleri işaret etmektedir. Arasında ilişki bulunan genlerden en fazla üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler DRD4 (D4) ve DAT1 genleridir (Kayaalp, 2008). Kayaalp'e 2008 göre; DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında DEHB görülme olasılığı %10-35 arasında değişebilmektedir. DEHB olgularının kardeşlerinde DEHB görülme riski %32 seyrindedir. Anne-babasinda DEHB olan çocuklarda ise bu olasılık %57'lere ulaşmaktadır. İkiz çocuklarda yapılan araştırmalarda DEHB'nin kalıtsal özelliği vurgulanmıştır. Tek yumurta ikizlerinde dehb konkordansı %50-84, çift yumurta ikizlerinde ise %30-40 olarak tespit edilmiştir (Kayaalp, 2008). Araştırmalar DEHB'nin her bir bozukluk için risk oluşturan çok sayıda genle ilişkiliolan karmaşık bir davranışsal fenotip olduğunu belirtmektedir (Tuğlu ve şahin, 2010).

1.1.4.2. Psikososyal- Çevresel Faktörler

Psikososyal faktörlerin, DEHB'nin gelişimini hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı şekilde etki ettikleri belirtilmektedir (Doğangün ve Yavuz, 2011). Anne-babalarla çocukların iletişimlerinin iki yönlü olduğu ve aile ortamının DEHB'nin oluşumunu olumsuz etkilediği düşünölmektedir (Biederman ve ark. 1995, akt. Durukan ve ark 2008). Özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ebeveynlerin psikopatolojisinin çocukta psikopatoloji gelişme olasılığını daha fazla arttırdığı tespit edilmiştir (Öç ve ark. 2006).

DEHB'li olgularda parçalanmış aile yapısı, anne-baba arasında ciddi problemler , anne ve babada psikiyatrik bozukluk öyküsü ile kişinin ailenin tek yada ilk çocuğu olması gibi psikososyal özelliklerin sağlıklı kişilerin kontrollerine göre daha fazla göröldüğu tespit edilmiştir (Doğangün ve Yavuz, 2011).

Kayaalp'e 2008 göre; ülkemizde yapılan bir araştırmada anne sütünün DEHB için koruyucu olabileceği belirtilmiştir. Anne-baba-çocuk ilişkisinde ve aile işleyişindeki bozukluklarında DEHB'nin etiyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir. Yetiştirme yurtlarında kalan çocukların uzun süreli duygusal yoksunluk yaşamaları sonucu olarak dikkat sürelerinin kısa olduğu ve aşırı hareketli olabildikleri tespit edilmiştir. Bu tip çocuklarda evlat edinilme sonucu belirtilerde iyileşmeler belirlenmiştir (Doğangün ve Yavuz, 2011). Araştırmalarda anne-babanın suça karışmış olması, anne-babada mental reterdasyon varlığı, ekonomik problemler, koruyucu ailede yaşama ve çocuk kötüye kullanımı erişkin DEHB'yi olumsuz etkileyen risk faktörleri olarak belirtmektedir. Yüksek zeka , ev ve okulda tutarlı yapı ise olumsuz gidişin riskini azaltıyor gibi düşünülmektedir (Ökyekçin ve Şahin , 2011).

1.1.4.3. Nörogelişimsel Faktörler

DEHB'yi anlamlandırabilmek için beynin gelişimini anlamak gerekir. Beynin gelişimindeki DEHB için önemli olabilecek en dikkat çekici etken , yaşla beraber beyindeki dopamin konsantrasyonunun azalmasına paralel olarak inhibitör etkinin artmasıdır (Aysev ve ark. 2003). Aysev ve ark. 2003 göre; ilerleyen yaşla beraber DEHB belirtileride değişim göstermektedir. Tedavi olsun yada olmasın hiperaktivite zamanla azalır .Buna rağmen dikkat eksikliği belirtilerinde belirgin şekilde gerileme olmayabilir. Erişkinlerde DEHB belirtilerinin azalması , prefrontal devrelerin yaşamın üçüncü on yılında olgunlaşması ile uyumludur. DEHB mekanizmasında birden fazla nörotransmitter etkili olabilir ancak DEHB tanılı çocuk, ergen ve yetişkinlerin dopaminerjik ve noradrenerjik ajanlarla tedaviye yanıt vermesi nedeniyle, bozukluğun etiyolojisinde özellikle dopamin ve noradrenalin üzerinde yoğunlaşmaktadır (Akgün ve ark, 2011).

1.1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi

Çocukluk çağında görüldüğü düşünülen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun yetişkin çağında da sürdüğü tespit edilmiştir. DEHB her toplumda görülebilen , hastaların yarısından fazlasında yetişkinlik yaşamında da etkinliğini sürdüren , yaşama, kişiler arası ilişkilere , okul ve iş dünyasına yansıya çeşitli olumsuz etkileri açısından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli problemlerindendir (AKSOY ve ark. , 2005) . Yetişkinlerde DEHB'nin

oluşumuyla ilgili epidemiyolojik araştırmalar yetersizdir. DEHB'nin uygun bir şekilde örneklenmesi zordur , diğer bozukluklarla genellikle karışır, olguların bir kısmının evsizler ve hapistekiler olması nedeniyle genel gruba yansımaması olağandır. Elde edilen veriler DEHB'nin yetişkin dönemde düşünüldüğünde yüksek oranlarda görüldüğünü ve yetişkinlerde neden olduğu etki ve sonuçların oldukça kötü olduğunu göstermektedir (Barkley ve ark. , 2008). DEHB'nin %50-70 arasında süreklilik göstereceği beklentisiyle araştırmacılar yetişkinlerde DEHB'nin sıklığını %2-4 arasında olduğunu tahmin etmişlerdir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

1.1.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan yetişkinlerde psikiyatrik eş tanı oranları oldukça yüksektir (Ökyekçin ve Şahin ,2011). İkinci ve ark. (2011) göre ; yetişkin DEHB'nin yaşamboyunca psikiyatrik eştanı için önemli risk faktörleri oluşturduğu, DEHB'li yetişkinlerde yüksek oranlarda eş tanı tespit edildiği ve daha fazla tedavi maliyetine neden olduğu araştırmalarda belirlenmiştir. Ökyekçin ve Şahin'e (2011) göre ; DEHB olan yetişkinler kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak daha fazla eşlik eden psikopatoloji ve uyum işlevlerinde kayıp yaşarlar. DEHB eş tanı oranları oldukça yüksektir ve çeşitli çalışmalarda bu oran %65-89 olarak tespit edilmiştir.

Şahin ve Tuğlu'ya (2010)göre; eş tanı durumları ile ilgili sonuçlar DEHB'de çocuklukların uzunlamasına gözlemlendiği çalışmalardan ve yetişkin DEHB tanısı alanların geriye dönük değerlendirmesinden gelir. DEHB'si olan yetişkinler kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak daha fazla eşlik eden psikopatoloji ve uyum işlevlerinde belirgin şekilde azalma yaşarlar. DEHB eş tanı oranları oldukça yüksektir ve çeşitli araştırmalarda %65-89 arasında oranlar tespit edilmiştir (Şahin ve Tuğlu, 2010).Çocuklarda daha çok davranış bozuklukları görülürken, gençlerde anksiyete bozukluğu ve yetişkinlerde hem anksiyete hemde duygu durum bozuklukları görülmektedir (Şahin ve Tuğlu, 2010).

Doğangün ve Yavuz'a (2011) göre; DEHB' ye eşlik eden karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%50), depresyon ve duygu durum bozukluğu, kaygı bozuklukları (%20-25), öğrenme bozukluğu (%20-25), ve Tourette sendromu (%2) görülebilmektedir. Aysev ve ark. (2003) göre; bazı bozukluklar DEHB ile aynı zamanda son derece fazla görülebilirler ; hastaların üçte ikisinde eşlik eden farklı bir bozukluk daha vardır. %30-50'sinde davranım bozukluğu, %20-25 anksiyete bozukluğu , %15-20' de duygudurum bozukluğu , %10-25'de öğrenme güçlüğü görülmektedir. Spencer ve ark (1998) göre; yetişkin dönemdeki DEHB hastalarının ortalama %23-40'ın da ise herhangi bir eş psikiyatrik tanı tespit edilmemiştir. Yapılan farklı bir çalışmada da yetişkin DEHB ve komorbid bipolar bozukluğu olanların %88'i Bipolar Bozukluk Tip 2 olarak tespit edilmiştir(Wilens ve ark, 2003).

Şahin ve Tuğlu'ya (2010) göre; %35-50 oranları arasında distimik bozukluk yada major depresyon eş tanısı , %40-50 anksiyete bozukluğu , %40-50 madde bağımlılığı görülmektedir. Ayrıca %27-40 oranında alkol kötüye kullanımı olan hastalarda DEHB'nin daha yüksek oranda görüldüğü tespit edilmiş, %50 oranında nikotin bağımlılığı olduğu belirtilmiştir.

DEHB'si olan çocukların genç yetişkin döneme (ortalama 22 yaş) kadar gözlemlendiği çalışmada olguların kontrol grubundaki kişilere oranla nikotin, alkol ve madde bağımlılığı , duygudurum ve anksiyete bozuklukları açısından yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir (Şahin ve Tuğlu , 2010). Şahin ve Tuğlu'ya (2010) göre; anksiyete bozukluklarından sosyal fobi %20-34 oranında tespit edilirken , OKB oranları genel toplumda görülen OKB oranlarını geçmemektedir . Yaygın anksiyete bozukluğu bazı araştırmalarda genel toplumla aynı oranda , bazı araştırmalarda da %10-45 gibi geniş bir aralıkta tespit edilmektedir.

Anksiyete DEHB'nin bir parçasını yoksa DEHB'ye eşlik eden ikincil olarak ortaya çıkan bir durum mu tıbbi araştırmalarda tartışılmaktadır. Bazı araştırmacılar anksiyetenin DEHB'nin patogeneziyle ilişkili bir durum olabileceğini öne sürerken , bazı araştırmacılar da Anksiyete Bozukluğuna eşlik eden DEHB'nin ayrı bir DEHB tipi olabileceğini düşünmektedir (Ağaoglu ve ark., 2015).

1.1.7 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tedavi Yöntemleri

DEHB bireyin yaşamına, kişiler arası ilişkilerine , okul ve iş hayatına yansıyan çeşitli olumsuz faktörler bakımından toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli problemlerinden biridir. Yalnızca hasta olan kişileri değil çevrelerini, ailelelerini ebeveynlerinde içinde yer aldığı geniş bir kitleyi etkiler. Bu nedenle DEHB'nin çocukluk döneminde olduğu gibi yetişkin yaşamında da fark edilmesi, tanılandırılabilmesi ve uygun bütüncül tedavi yaklaşımlarına ulaşabilmesi bireysel ve toplum sağlığı bakımından önem arz etmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Ballı ve Ulukapı'ya (2006) göre; kullanılan tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı tedavi analizi , Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tedavisinde birden fazla yöntemin birarada kullanılabilirdiği (çok modelli) tedavi yönteminin olacağını belirtmektedir. Yetişkinlerdeki tedavi oranları çocuklardakinden çok daha düşüktür . DEHB'ye karakterize olan davranışsal, bilişsel, sosyal ve ailesel alanlardaki problemleri çözmek tedavinin ilk amacıdır. İyi bir tedavi ; ilaç, psikoterapi , ve psikososyal tedavileri kapsar (Kayaalp, 2008).

1.1.7.1. Farmakolojik (İlaç) Tedavisi

Davranışçı eğitimi, anne-baba eğitimi , aile terapisi , sosyal beceri eğitimi, akademik beceri eğitimi, bireysel psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi gibi çeşitli psikososyal müdahale tekniği vardır . Ancak bu yöntemlerin hiçbirisi DEHB'nin çekirdek semptomları üzerinde etkili değildir. DEHB'nin çekirdek semptomları üzerinde etkili olduğu belirtilen tedavi yöntemi, ilaç tedavileridir (Aysev ve ark. 2003).

Merkezi sinir sistemi uyarıcıları , antidepresanlar, anksiyolitikler, antikonvülzanlar, lityum,klonidin, ve guanfasin türündeki ilaçlar DEHB'nin tedavi yönteminde kullanılan ilaçlardır (Kayaalp, 2008). DEHB'nin farmakolojik tedavisinde ilk seçenek MSS uyarıcılarıdır. Trisiklik antidepresanlar, alfa 2 agonistler, venfoloksin, nikotin kullanılabilir diğ er ilaç seçenekleri arasında yer almaktadır . Yapılan çalışmalara göre , atomoksetinde ilk seçenek ilaç olarak kullanılabilir(Deniz, Öztop ve Mıstık, 2008). Psikositumulanlar etkilerini prefrontal bölgede DA yoğunluğunu artırarak gösterirler ve DEHB'nin

farmakolojik tedavisinde en fazla kullanılan ilaçlardandır. Tedavide en fazla kullanılan psikostimulan metilferidatinin (MPH) , ülkemizde hızlı ve yavaş salınımı tablet olarak iki tür bulunmaktadır. Ortalama etki süreleri hızlı salımlı tür için 4-6 saat, yavaş salımlı tür için ise 11-12 saattir. Önerilen günlük dozu 0.3-1 mg/kg'dir. Olabilecek yan etkileri uykusuzluk, kilo kaybı, iştah azalması, çarpıntı, sersemlik, baş ağrısı, disfori , kaygı artışı ve vazomotor bozukluklarıdır

Trisiklik grubundan bir antidepresan olan imipramin DEHB tedavisinde çoğunlukla kullanılmaktadır. Aritmi riski oluşması nedeniyle belli aralıklarla EKG izlenimi yapılması gerekir . Günlük doz üst sınırı 5mg/kg/gün'dür. Fluoksatin, sertralin gibi seçici serotonin geri alım inhibitörleri ,bopropiyon gibi noradrenalin geri alım inhibitörleri ya da klonidin ve guanfazin gibi alfa 2 antagonistlerde DEHB tedavisinde kullanılabilir (Doğangün ve Yavuz , 2011). Deniz ve ark. 2008 göre ; farmokoterapi tedavi yöntemi dışında davranışçı terapi, aile terapisi, bireysel terapi, sosyal beceri eğitimi ve aile eğitiminden de yararlanılmaktadır.

1.1.7.2. Psikoterapi ve Ebeveyn Bilgilendirilmesi

Kognitif davranışçı terapide istenilen davranışın pekiştirme yöntemiyle sıklığı arttırılmaya çalışılması ve istenmeyen davranışın söndürülmesi amaçlanmaktadır. Bu yaklaşım şekliyle tedavi sonucunda genellikle dürtü kontrolü, daha uzun düşünülerek harekete geçme ve motor hareketliliğin uygun bir biçimde gerçekleşmesi sağlanır (Doğangün ve ark. 2011).

Doğangün ve ark 2001 göre; bireysel psikoterapi karamsarlık, kaygı, düşük benlik saygısı, depresyon gibi durumların ortaya çıkmasını engelleyebilir ve tedavisinde yardımcı olabilir . Kayaalp'e 2008 göre; Psikososyal yöntemler aile, okul, çocuk odaklı olabilmektedir. Aileye yönelik çalışmalarda DEHB ile ilgili yapılan bilgilendirme çalışmaları önemlidir. Aile içinde varolan patolojik dinamiklerin farkındalığının sağlanmasıyla olumsuz ruhsal kısır döngünün önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

1.2. Sosyal Anksiyete (Sosyal Fobi) Bozukluğu

1.2.1. Sosyal Anksiyete (Sosyal Fobi) Bozukluğu Tanımı

Anksiyete duygusal tehlike yaşanabileceği beklentisiyle birlikte olan huzursuzluk olarak açıklanabilecek ve yaşam tecrübelerine bağlı olarak değişim gösterebilen , koruyucu ve uyum sağlayıcı bir duygu çeşididir. Anksiyete bozuklukları ise belirsiz düzeyde sıkıntı ve işlevsellik kaybına neden olan korku ya da endişe ile karakterize bir bozukluktur (Ağaoğlu ve ark. , 2015). Uzun yıllar ruhsal bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının kişilerin yaşam kalitelerine etkisi görmezden gelinmiş ve sadece semptomlardaki düzeltilmelere dikkat edilmiştir. Son yıllarda yaşam kalitesi kavramının ön plana çıkmasıyla birlikte bu konuda yapılan çalışmaların çoğaldığı ve sosyal anksiyeteninde yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu belirtilmiştir (Başaran ve ark. , 2010).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) kişinin başkaları tarafından normal değerlendirilebilecek toplumsal bir durumda veya olayda kişiyi bir eylemi gerçekleştirirken belirgin şekilde sıkıntıya sokan korku durumudur (APA, 2013). Sosyal ortamlarda şeyler yapmaktan kaçınma ve kaygılanma tepkileri ile ortaya çıkan sosyal fobi , kişinin performans kaybına neden olan önemli bir ruh sağlığı bozukluğudur (Dilbaz N. ,1997).

Gültekin ve Derebay'ın 2011 yaptığı araştırmalara göre ; sosyal fobik kişiler arasında sosyal korkuların sayısı , çeşidi, kaçınma durumlarının sayısı , işlevsellik seviyesi, sosyo demografik özellikler , başlangıç yaşı , yaşam tatmini , sosyal beceriler özgüven farklılıkları ve farklı terapötik müdahaleler gerektirmesi sosyal fobi alt tiplerini tanımlamasına neden olmuştur. Ancak en fazla kabul edilen yaklaşım yaygın ve özgül alt tiplerdir. Sosyal durumların bir ya da birkaçından korku hissedip kaçınma davranışı gösteren hastalar için özgül tip, birçok sosyal ortamdan korkan ve kaçınan hasta kişiler için ise yaygın tip SAB tanımlanmıştır.

Sosyal fobi bireyin tüm yaşantısını önemli alanlarda etkilemektedir . Sosyal fobik kişiler iş yaşamında, eğitim alanında sosyal ve duygular ilişkilerinde önemli problemler yaşamaktadır (Gültekin ve Derebay, 2011). Ateş ve Gençdoğan 2017 göre ; sosyal anksiyete bozukluğu'nun yüz kızarması , baş dönmesi, kaşların gerilmesi nefes almada güçlük, kalp çarpıntısı, göz teması kuramama, mide bulantısı gibi fizyolojik belirtileri , sosyal durumlarla ilgili işlevsel olmayan olumsuz düşünceler, beğenilmeme veya olumsuz

değerlendirilme düşüncesi , düşüncelerdeki dağınıklık gibi bilişsel belirtileri , topluluk önünde her hangi bir performans sergilemekten, aptalca gözükmekten küçük düşmekten , konuşmaya katılmaktan veya konuşmayı başlatan taraf olmaktan korkma gibi duygusal belirtilere sahiptir. Hasta çoğu defa yaşadığı korku ve endişenin abartılı , yersiz ve mantıksız olduğunun farkındadır , fakat bu farkındalık hastalığa eşlik eden fiziksel ya da psikolojik belirtileri engellemez. Yaşanan belirtiler arasında terleme, utanıp kızarma,taşikardi, titreme, konuşmada duraklama ya da hızlanma yer almaktadır (Ersoy ve ark. 2003).

Sosyal anksiyete yaşayan kişiler genel olarak yaşadıkları yoğun korku ve kaygının gerçek olmadığını farkındadırlar ancak sosyal bir ortamda bulduklarında ya da diğer insanlarla olan bir etkileşim durumunda korku ve kaygı hissetmekten kendilerini alıkoyamamakta ve yaşadıkları korkunun yaşamlarını kontrol etmesiyle başa çıkamamaktadır (Değer ve Totan, 2010). Sosyal fobik kişilerin iltifat almaları, o bireylerden övgüyle bahsedilmesi, diğer kişilerin yanında olumlu ve başarılı bir davranışta bulunmaları gibi durumlar da sosyal fobik kişilerde kaygı oluşturabilir (Değer ve Totan, 2010).

1.2.2. Sosyal Anksiyete (Sosyal Fobi) Bozukluğu Tarihçesi

Sosyal anksiyete ve fobilere ilişkin yapılan araştırmaların açıklamaları geçmişi antik döneme kadar uzanmaktadır. “Sosyal fobi” kavramı, ABD’de ilk olarak Beard (1879) tarafından tanımlanmıştır ve Fransa’da ilk olarak Janet (1903) tarafından, piyano çalarken, yazı yazarken ya da konuşurken diğer kişiler tarafından gözlenmekten korkan hastaları tanımlayabilmek için kullanılmıştır (Tuncer, N. 2017).

Çelik ve ark. 2016 tarafından yapılan farklı bir araştırmaya göre de ; sosyal fobi ilk defa Pierre Janet’in “phobie des situation sociales” tanımıyla psikiyatri literatüründe 1903 yılında yer almıştır. Fakat yıllarca araştırmacılar ve klinisyenler neredeyse hiç araştırılmamış ve ihmal edilmiş anksiyete bozukluklarındandır Noyan ve Berk , 2007).

Fobiler DSM-I’de ilk olarak “fobik reaksiyon” tanımı ile yer almaktadır . DSM-II’de ise “fobik nevrozlar” olarak ismi değiştirilmiş ve kategorilendirmesi yapılmamıştır. DSM-III’de (1980) fobiler agorafobi, özgül fobi ve sosyal fobi

olarak üç kategoriye bölünmüştür. Böylece sosyal fobi kavramı ilk defa DSM-III'de sınırları belli bir antite halinde belirtilmiştir (Tuncer, N. 2017) . DSM-III-R'de (1987) “yaygın sosyal fobi” alt tipi tanımlanmıştır ve sosyal fobi; kişinin diğer kişiler tarafından değerlendirilebileceği bir ya da daha fazla durumdan süreklilik gösteren ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durum ya da durumlardan kaçınma olarak tanımlanmıştır. DSM-IV'de sosyal fobi “Sosyal Anksiyete Bozukluğu” adını almıştır. Genelleşmiş ve genelleşmiş olmayan olmak üzere iki alt tipe ayrılmıştır. Sosyal fobi tanımına DSM-IV'de kişinin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması kriteri eklenmiştir ve SAB'da anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmıştır (Bayraktutan, 2014).

2013 Yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM-V'te Sosyal Anksiyete Bozukluğu “kaygı bozuklukları” kısmında yer almıştır ve DSM-IV 'te olan küçük düşürülme ve utandırılma ifadeleri yerine negatif değerlendirilme ifadeleri eklenmiştir ve kültürel duyarlılık açısından , başkalarını rahatsız etme ifadeside getirilmiştir .(Hatice AKSU ve ark. 2015).

1.2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı konulabilmesi için uzmanlar tarafından bazı tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-V'teki adı Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) olarak değişmiştir ve şuanda uzmanlar tarafından DSM-V tanı kriterleri göz önünde tutularak tanı konulmaktadır. DSM-5 te tanım olarak kişinin başkalarının kendini değerlendirebilecek toplumsal ve sosyal ortamlarda belirgin, gözlemlenebilen şekilde korku duyması olarak belirtilmektedir (APA, 2013).

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-5 Tanı Ölçütleri

- A. Kişinin, başkalarıyla değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme(örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

- B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarının dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).
- C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
- Not:** Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.
- D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.
- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- İ. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa Belirtiniz:

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.

1.2.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Sosyal anksiyete bozukluğu altında yatan mekanizma ya da problemler tam olarak tespit edilememektedir, fakat birden fazla yatkınlığa neden olacak etkeni içerebilmektedir. Olası etkenler arasında genetik yatkınlık, erken travmatik duygusal yaşantılar, ebeveyn davranışını gözlemleme ya da model alma ve beyin kimya sistemlerinde ki biyolojik düzensizlikler olduğu belirtilmektedir (Evren , 2010).

1.2.4.1. Genetik Faktörler

Birçok davranış bozukluğunda olduğu gibi sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında da kalıtsal etkenlerin önemli etkisi olduğuna dair bulgular bulunmaktadır (Özdikmenli Demir, 2009). Mancini ve ark 1996 göre; sosyal anksiyete bozukluğunun oluşmasına neden olan risk etkenlerini inceledikleri araştırmalarda sosyal anksiyete bozukluğu olan bir ebeveyne sahip olmanın çocukta da sosyal anksiyetenin gelişme olasılığını arttırdığını tespit etmişlerdir. Baba da sosyal fobinin olması çocukta sosyal fobinin gelişimi için önemli bir risk etkenidir. Babalar sosyal kaygı gösterdiklerinde , çocukları tarafından önemli bir olumsuz sinyal olarak yorumlanmasına neden olur ve güvenli hissetmek yerine stres altında hissetmelerine neden olur ve inançlarını yaşanan duruma göre oluşturlar (Aksu ve Özgür, 2015). Warren ve ark 1999 gerçekleştirdikleri boylamsal araştırmada 7 yaşındaki tek yumurta ikizlerinin sosyal fobi ölçümlerinden elde ettikleri puanlar arasındaki korelasyon çift yumurta ikizlerinininkinden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ancak hem çevresel faktörler hem de genetik faktörler bir arada olduğu durumlarda sosyal anksiyete üzerinde oldukça güçlü bir belirleyici etki oluşturmaktadır.

1.2.4.2. Ailesel Faktörler

Sosyal anksiyete bozukluğu semptomları gösteren bir çok bireyin çocukluk ve ergenlik döneminde de benzer problemler yaşadıklarını belirtmeleri yaşamın ilk yıllarında çocuğun özelliklerinin, tecrübelerinin, ev ortamının, okulun ve anne-babasıyla olan ilişkilerinin incelenmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir (Eldoğan, 2017). Ollendick ve ark.2014 yaptıkları araştırmaya göre ; çocuğun mizaç özellikleri üzerinde anne-baba tutumlarının koruyucu ya da zarar verici

şekilde etkileyebilecek bir rolü olasıdır. Davranış olarak baskılanmış mizaç özelliğine sahip çocuk destekleyen ve teşvik eden bir anne-baba stili ile yetiştiğinde yeniliklere ve sosyalleşmeye açık, yapıcı baş etme mekanizmalarını kullanabilme kapasitesine sahip bir birey olarak yetişebilmektedir. Aşırı kontrolcü , müdahaleci, endişeli, eleştirel/dışlayan anne-baba tutumuna maruz kaldığında ise sosyal fobi semptomlarını geliştirebilmektedir. Aşırı koruyucu anne-baba stiline sosyal fobi gelişimine neden olduğunu belirten çalışmaların olduğu bilinmektedir (Aksu ve Özgür , 2015). Sosyal kaygıya sahip kişiler ve aileleri üzerine yapılan bütün çalışmalar kalıtımsal geçişin yanı sıra aileden öğrenilen davranış şekillerinin, tutumların ve ebeveynleri model almanın da sosyal fobinin aktarımında önemli bir rol oynadığını belirtmektedir (Özdikmenli Demir, 2009).

1.2.4.3. Nörobiyolojik Faktörler

Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomları ile ilişkili biyolojik süreçlere ilişkin henüz tutarlı sonuçlar ortaya çıkma ihtimali düşük olsada , yapılan araştırmalar genetik etkenlerin yanı sıra genellikle sosyal anksiyete bozukluğu semptomlarını deneyimleyen bireylerde beyin yapılarına, nörol yollara, nörotransmitterlere ve psikofizyolojik süreçlere odaklanılmaktadır (Eldoğan, 2017). Sosyal fobi semptomları olan kişilerde sosyal fobi semptomları ile ilişkili beyin yapıları ve nörol yollar incelendiğinde araştırmacıların genellikle amigdala ve prefrontal kortekse odaklandıkları belirlenmiştir (Eldoğan , 2017). Yapılan nörogörüntülenme çalışmaları sosyal tehlike olarak düşünülen bir uyaran karşısında sosyal fobisi olan kişilerde özellikle bilateral amigdalada aktivasyon artışı olduğu belirlenmiştir (Syal ve ark , 2012). Sosyal fobi üzerinde bugüne kadar gerçekleştirilen beyin görüntüleme çalışmaları kaygıyı düzenlemede etkili olan bütün bölümlerde (amigdala, insula, ve dorsal anterior singulat) tehdit uyarısı karşısında sağlıklı bireylerin kontrollerine göre farklı aktivasyon olduğunu belirtmektedir (Aksu ve Özgür , 2015). Caoutte ve Guyar 'ın araştırma sonuçlarına göre ; sosyal fobi belirtileri gösteren kişilerin motivasyonel davranış ve ödül ile ilişkili uyarıların işlenmesi süreçlerinde özellikle frontal kortikal bölgeler, basal ganglia, hipokampus, amigdala ve arterier singulata kapsayan yollarda aktivasyon deneyimlediklerini göstermektedir. Aktivasyon ise ödüle duyarlılık, performansın değerlendirilmesine karşı aşırı uyarılmışlık ve olumlu sonuç elde etmeye çok fazla değer atfetmeye ile ilgili olduğu tespit edilmiştir (

Eldoğan , 2017). Özdikmenli ve Demir 2009 göre ; Sosyal anksiyete bozukluğunun nörobiyolojik yönünün araştırılmasının yapıldığı çalışmalar genellikle temel nörotransmitter sistemler ve sistemlerdeki işleyiş sorunları üzerinde durmaktadır. Özellikle serotonin ve dopaminin sosyal fobi ile ilişkisini incelemektedir.

1.2.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Son yıllarda klinisyenlerin sosyal fobiyle daha fazla ilgilenmeleri bu alanda yapılan çalışmalarda yapılan araştırma sayısının artmasına neden olabilmektedir. Sosyal fobiyle ilgili yeni bilgiler öğrenildikçe sosyal fobinin bilinen sıklıklardan çok daha fazla olduğu ve bireylerin yaşamında önemli problemlere neden olduğu tespit edilmiştir (Tuncer N. , 2017). Sosyal anksiyete bozukluğu kronik bir hastalık hastalık tipi olup bazen yaşam boyu devam edebilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).Epidemiyolojik çalışmalarda sosyal fobinin çocukluk ve adolesanlık döneminde (erken yaşlarda) ortaya çıkan bir bozukluk türü olduğu tespit edilmiştir (Koyuncu ve ark. , 2012).

Sosyal fobinin başlangıç yaşı 13-24 yaş arasında değişebilmekte ; toplumdaki yaygınlık oranı %3-13 arasında değişebilmektedir . ABD' de ise toplumda en sık rastlanan üç psikolojik sorun içinde gösterilmektedir. Sosyal fobi rahatsızlıkların %25'ini oluşturmaktadır. Sosyal fobinin üniversite öğrencileri arasındaki sıklığı ise %7 ile %21 arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir (Ateş ve Gençdoğan, 2017). Yapına araştırmalara göre yaşam boyu sosyal fobi görülme yaygınlığı %13 olarak tahmin edilmektedir (Ersoy ve ark., 2003). Turk ve ark.1997 yılında yaptığı bir çalışmada kadınlara erkeklere oranla daha şiddetli sosyal anksiyete belirtileri gösterdikleri tespit edilmiştir. Kadınların otorite karşısında konuşmada problem yaşadığı, dinleyici kitlesi karşısında performans sergilemede korku yaşadıkları gözlenmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğunun 25 yaşından sonra başlaması çok sık görülmez , fakat sosyal ve mesleki durumların oluşmaya başladığı yetişkin yaşlarda belirtilerin belirginleşmesi olasıdır (Ersoy ve ark. 2003). Sosyal fobi hastalarının yaklaşık olarak yarısı sosyal fobilerinin spesifik bir olayla başladığını belirtirken , diğer yarısı bu fobiyi hayatlarının büyük bir kısmında ifade etmişlerdir (Ersoy ve ark. 2003).Memik ve ark. 2011 yaptığı çalışmada epidemiyolojik örneklerde sosyal anksiyetenin yaygınlık oranının yüksek olduğunu fakat tedavi oranının düşük

olması hastaların tedavi için yardım talebinde çok az bulunduğunu düşünmesine neden olmakla birlikte klinik pratikte sosyal fobi tanısının yetersi konduğunu da düşündürmektedir. Tedavi amacıyla başvuran kişilerin başvurma yaşının genellikle 30'lu yaşlarda olması SAB ile ilgili bilgi eksikliğine ve bozukluğun genellikle bir kişilik özelliği olarak algılandığını belirtmiştir (Dilbaz, 1997). Bütün kaygı bozuklukları kızlarda erkeklerden 1,5 ile 2 kat daha fazla görülebilmektedir(Aksu ve Özgür, 2016). Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre kadınların daha fazla sosyal kaygı yaşadıklarını bildirirken yardım alma konusunda tedavi arayışının erkeklerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Dilbaz, 1997).

1.2.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Sosyal Anksiyete Bozukluğu'n da ek bir tanıya sahip olmak kişilerin yaşamlarındaki işlevselliği ve yaşam kalitesini düşürmekte , yaşanan psikolojik yükü çoğaltabilmekte ve yapılan tedavi sonucuna negatif yönde etki etmektedir (Klein Hofmeijer- Sevink ve ark. 2012). Alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde SAB tanısı alan kişilerin bir ya da birden fazla eş tanıya sahip oldukları tespit edilmiştir. (Kessler ve ark 2015). Yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde eş tanı oranı daha çoktur. Depresyon yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğunda en sık görülen komorbidedir. Bu durum kişinin yaşam kalitesinin düşmesine SAB'ın kronikleşmesine nede olabilmektedir . Yaygın tip sosyal fobi hastalarının psikiyatrik hastalık özgeçmişleri incelendiğinde %70'inin başka bir ruhsal hastalık öyküsüne sahip olduğu tespit edilmiştir (Bal ve ark. 2013). SAB hastalarında komorbidite yaygındır ve genellikle SAB başlangıç yaşı ile birlikte görüldüğü hastalıktan daha erken dönemde başlar (Koyuncu ve ark. , 2012). SAB genel popülasyonda fazlasıyla yaygındır ve yapılan araştırmalarda özellikle duygudurum bozuklukları ve alkolizm başta olmak üzere psikiyatrik komorbidite sık olarak tespit edilmiştir (Koyuncu ve Binday , 2014). Madde kötüye kullanımında alkoliklerde sosyal anksiyete görülme yaygınlığı %8-56 arasındadır . Sosyal fobikler hastalıklarıyla baş edebilmek için ilaç yerine alkol kullanırlar (Dilbaz N. , 1997). Kendler ve ark 1992 yaptıkları araştırmalarda sosyal anksiyete bozukluğuna , major depresyon , yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluğun yanı sıra alkolizm ve yeme bozukluklarında komorbidite oranlarında anlamlı sonuç olduğunu belirlemişlerdir. Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde yaşam boyu

major depresyon görülme oranı %35-80 arasında değişmektedir. İki bozukluğun birlikte olduğu durumlarda eğer major depresyondan daha önceki dönemde sosyal anksiyete belirtileri mevcutsa tanı sosyal anksiyete bozukluğu olarak konulmalıdır(Dilbaz N. , 1997) Özellikle bulimia hastalığına sahip yeme bozukluğu olan kadınlarda sosyal anksiyetenin ek tanı olması çok önemli bir bulgudur. (Dilbaz N. ,1997). Sosyal fobide Çekingen Kişilik Bozukluğu'nun görülme oranında artış olduğu tespit edilmiştir (Sayar ve ark. , 2003). Sadece yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olanlara kıyasla çekingen kişilik bozukluğu olanlarda anksiyete düzeyi daha yüksek olup, işlev kaybı daha fazladır (Dilbaz N.,1997). Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde yaşam boyu komorbidite olarak panik bozukluğunun görülme yaygınlığı %17-50 arasında değişim göstermektedir. (Dilbaz N. , 1997). Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaşam boyu obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alma oranı %4-11 arasında değişim göstermektedir. Obsesif-kompulsif olan bireyler obsesyonların içeriği nedeniyle çevresinde başka insanlar varken anksiyete gösterirken sosyal fobisi olanlar bu kişiler tarafından olumsuz değerlendirilecekleri düşüncesiyle yoğun bir kaygı yaşarlar (Dilbaz N. , 1997).

1.2.7. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Tedavi

Sosyal anksiyete bozukluğu'nun tedavisinde farmakolojik ve psikoterapotik yöntemlerin etkili olması ve her iki tedavi çeşidinde etkilerini hastalığın farklı yönlerinde göstermeleri nedeniyle beraber kullanıldıklarında daha etkili olabilecekleri düşünülmektedir (Dilbaz ve Açıkgöz, 2001).

1.2.7.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Sosyal fobi tedavisi için en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemi bilişsel davranışçı tedavilerdir (Yalçın ve Sütçü ,2016).Anksiyete bozukluklarının tedavisinde genellikle Bilişsel Davranışçı Terapilerden (BDT) yararlanılmaktadır ve bu tedavi çeşidinin etkinliğini değerlendirirken çok sayıda araştırma yapılmıştır . Bu araştırmaları değerlendiren gözden geçirme ve metaanaliz makalelerinde BDT'nin hem anksiyete belirtilerinin düşmesinde hemde anksiyete bozukluğu belirtisinde etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu tespit edilmiştir (Karakaya ve Öztop , 2013). Bilişsel modele göre sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde kendi davranışları ve başkalarının bu davranışlarını yargılama biçimleri ile ilgili

işlevsel olmayan bazı inanışlar söz konusudur. Bilişsel yaklaşıma göre alıştırma yöntemi hastanın sorununun altında yatan olumsuz inançları değiştirirse etkili olabilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel tedavinin amaçları şunlardır: Her hastanın sorununu bilişsel, affektif ve davranış sistemleri bütünü açısından değerlendirmek; üzerine gitme yöntemlerini ve yanlış bilgileri düzeltme sürecini engelleyen davranışların engellenmesi ve bilişsel yanıtlarını düzeltilmesi, işlevsel olmayan düşünce ve inançların tekrar gözden geçirilmesi, daha gerçekçi ve işlevsel olanların belirlenmesi ve işlevsel inançların desteklenmesi amacıyla kanıtların toplanmasıdır. Bilişsel değişiklikleri, davranışçı tekniklerle pekiştirerek yeni bilgilerin daha kolay sindirilmesini ve sonuçta düşünce ve davranışta değişiklik olmasını sağlar. Davranışçı yöntemlerde ise işlevsel olmayan inançlarla yüzleştirmeyi amaçlayan alıştırma tekniği uygulanmaktadır. Alıştırma tekniğini hızlandırmak amacıyla olumsuz değerlendirmelerle ilişkili uyumsuz davranışların engellenmesi; paradoksal yöntemler ve dikkat ile ilgili yöntemler kullanılmaktadır.

1.2.7.2. Farmakolojik Tedavi

Sosyal fobi tedavisinde en etkili olan ilaçlar serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), merkezi sinir sistemindeki monoamin oksidaz enzimini geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz olarak inhibe etmekte olan ilaçlardır. Bu ilaçların yanı sıra beta-blokörler, benzodiazepinler de bu alanda şekilde kullanılan ilaç gruplarındandır (Dilbaz N. , 2000). Sosyal fobi semptomlarını azaltmak , korku ile ilgili abartılı düşüncelerin ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak , yaşam kalitesini yükseltmek ve komorbid durumları tedavi etmek amaçlanmaktadır. Özel tipte performans kaygısı için , 30 dakika önceden propranolol 10-40 mg kullanılmalıdır. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğunda SSRI'lar etki göstermektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal , 2011).

1.3. AMAÇ

DEHB teşhisi almış çocuklarda karşı olma-karşıt gelme bozukluğundan sonra en fazla rastlanılan anksiyete bozuklukları komorbiditesi tespit edilmiştir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının komorbiditesinin fazla görülmesiyle Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun anksiyete belirtileri ile ilgili etkenler üzerinde fazla çalışma

gerçekleştirilmemiş alandır. Klinik ve epidemiyolojik araştırmaların sonuçlarına göre DEHB ve kaygı bozuklukları arasında tutarlı ve çift yönlü bir ilişki olduğu ; DEHB varlığında kaygı bozuklukları görölme oranının toplum örneklemine göre yükseldiği belirtilmekte ve iki bozukluk arasında bağımsız bir geçiş olduğu düşünölmektedir (Gökçe ve ark , 2015).

Günümüzde sağlıklı erişkinlerde geçmişe bağlı DEHB semptomları ile buna bağlı olarak Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasında ilişki oluşabilmektedir. DEHB semptomları ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomlarının birbirini tetikleyici özellikleri olduğu görölebilmektedir. Yapılan bu araştırmada sağlıklı erişkin üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomları arasındaki ilişki performansının incelenmesi amaçlanmıştır.

1.4.ÖNEM

DEHB'nin çocukluk çağında başlaması , yetişkin çağında belirtilerin yüksek oranda süregelmesi çeşitli bölümlerde işlevselliğini bozması , yetişkin dönemde bu bozukluğun tespit edilmesinin önemini arttırmaktadır (Öncü, 2014). Sosyal anksiyete , panik bozukluk, madde kötüye kullanımı , major depresyon ve yeme bozukluklarının başlangıcı ergenlik çağında başlamaktadır."Sosyal anksiyete bozukluğu olumsuz değerlendirileceğini düşünmesi ve sosyal ortamlarda hissedilen rahatsızlık/sıkıntı ile karakterizedir"(Demir, Eralp Demir, Türksoy , Özmen Uysal 2000) .Bu süreçler nedeniyle ergenlik dönemindeki normal ruhsal gelişimin ve psikopatolojilerinin değerlendirilmesi ve uygun olarak ele alınması önem kazanmaktadır (Akdemir, Çuhadaroğlu Çetin 2008) .

Bu faktörler göze alındığında sağlıklı erişkin üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomları arasındaki ilişki performansının incelenerek problemleri olan bireylerin hangi açıdan sıkıntı yaşadıkları tespit edilmek istenilmekte ve bu alanda çalışmalar yapılmasına önem gösterilmektedir

1.5.Araştırmanın Hipotezi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireylerde Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun daha fazla görölebileceği düşünölmektedir.

2 . Araştırmanın Yöntemi

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma ile ilgili araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği ölçme araçları, verilerin işlem ve analizi hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinde 18-30 yaş aralığında olan , sağlıklı gönüllü yetişkin özelliğine sahip olan rastgele seçilen 56 kişiden oluşan ama anketi geçerli 50 kişi örneklem grubunun Sosyo Demografik Veri Formu , Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) , Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ) , Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ‘den aldıkları aldıkları puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak ve bazı değişkenler kapsamında incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın modelini ise betimsel ve karşılaştırmalı araştırma modeli oluşturmaktadır. Betimsel yöntem, çalışılan konunun mevcut durumuna yönelik hipotezler test etmek için veya sorulara yanıt bulmak için genellikle gözlem, anket, görüşme veya test gibi bilgi toplama yöntemleri ile veri toplamayı sağlamaktadır. Karşılaştırmalı araştırma modeli ise; ortaya çıkmış/var olan bir durumun ya da olayın nedenlerini etkileyen değişkenleri ya da bir etkinin sonuçlarını belirlemeye yönelik araştırma türüdür.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örnekleminde Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden 18-30 yaş aralığında 42 kadın (% 84) ve 8 erkek (% 16) yetişkin katılımcı olmak üzere 50 gönüllü katılımcı yer almaktadır .

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Sosyo Demografik Form

Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı uygulanan ölçeklere katkı sağlayan katılımcılar hakkında detaylı bilgi edinmektir. Anket ve belirli formları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorular oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet,medeni durumu , eğitim durumu , bölümdeki yılı, çalışıp çalışmama

statüsü, şuan da yaşadığı yerleşim alanı , yaşamının çoğunun geçtiği yerleşim yeri gibi bilgilere bu şekilde ulaşılmaktadır.

2.3.2. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)

Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Heimberg ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. LSKÖ, sosyal kaygısı (fobisi) olan bireylerin korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdiği sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiş ölçektir (akt. Bayramkaya 2009). İki alt ölçeği olan LSKÖ'de 11'i sosyal ilişki ve 13'ü performans olmak üzere toplam 24 madde vardır. Ölçeğin puanlarının yükselmesi sosyal kaygı ve kaçınmanın arttığına işaret etmektedir. LSKÖ'nün Cronbach alfa değeri 0,81 ile 0,92 arasında değişmektedir (Heimberg ve ark. 1999). Ölçeğin dilimize uyarlaması Soykan ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur. 'Korku ya da kaygı' ve 'kaçınma' alt ölçekleri için de Cronbach alfa katsayısı sırasıyla; 0,96 ve 0,95'tir. Ölçeğin Türkçe formunun kendini bildirim ölçeği olarak geçerlik ve güvenilirlik hesaplarını Bayramkaya (2009) tarafından yapılmıştır. Tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,94, korku ya da kaygı alt ölçeği için 0,90 ve kaçınma alt ölçeği için 0,89'dur. (Dağ, i. & Gülüm, İ.V. 2013)

2.3.3. Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ)

Wender-Utah Değerlendirme Ölçeğiçocuklukta DEHB semptomlarını geriye yönelik olarak sorgulamak ve yetişkinlerde DEHB tanısının konulmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiş ölçek türüdür, 61 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Yapılan analizler sonucu DEHB olan yetişkinleri sağlıklı kontrollerden en iyi ayırdığı saptanan 25 madde puanlanmaktadır. Bu maddelerden elde edilen 0-100 arası puanlar Wender Utah Derecelendirme Ölçeği puanını vermektedir. Kesim noktası olarak 36 puan alındığında erişkin DEHB hastaların % 82.5'ni ayırt edebileceği bildirilmektedir . Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması Öncü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ateşci , F. , Tüysüzoğulları, H. D. , Özdel, O. & Oğuzhanoğlu, N.K. 2010). WUDÖ eryetişkinlerde DEHB tanısına yardımcı olmak amacıyla en yaygın biçimde kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçek kullanılırken dikkat edilmesi gereken taraf, ölçeğin erişkinlerin çocuklukta DEHB durumlarının değerlendirilmesi

için geliştirildiği ve ölçek puanına göre yetişkinlere tanı konamayacağıdır. Ölçek bize çocuklukta DEHB belirtilerinin olup olmadığı konusunda fikir vermektedir (Öncü ve ark. , 2005).

2.3.3.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

Ölçek, Dr. Atilla Turgay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Dikkat Eksikliği Bölümü (I), Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü (II) ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu/DEHB ile ilişkili özellikler (III) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin I. ve II. bölümü DSM-IV tanı ölçütleri referans alınarak hazırlanmıştır, kişinin şu anki dikkat, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarını sorgulamaktadır. Bu iki bölümde toplam 18 madde vardır. III. bölüm ise Turgay tarafından geliştirilmiştir ve DEHB ile ilişkili olabilecek özellikler, birtakım duygusal ve davranışsal semptomların sorgulandığı toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Her üç bölümde de semptomların şiddeti ve sıklığı, ‘hemen hemen hiç’, ‘biraz ya da bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘çok fazla’ olarak gruplandırılmış ve sırası ile ‘0’, ‘1’, ‘2’, ‘3’ olarak puanlandırılmıştır. Çalışmamızda ölçek değerlendirilirken ‘0 ve 1’ puanlar negatif (yok), ‘2 ve 3’ puanlar ise pozitif (var) olarak kabul edilmiştir. III. bölümde de aynı şekilde ‘2 ve 3’ olarak işaretlenen maddeler ‘pozitif’ olarak kabul edilmiş ve bu puanların toplamı ham puan olarak hesaplanmıştır. Yüksek puanlar daha büyük psikopatolojiyi göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması, Şennur Günay tarafından Marmara Üniversitesi psikolojik danışmanlık bölümünde yüksek lisans tezi olarak yürütülmektedir. (Güçlü, O . & Erkıran, M. 2004)

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

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, 18 adet DEHB DSM-IV-TR tanı kriteri üzerinden, bireylerin kendi bildirdikleri DEHB semptomlarını saptamak için oluşturulmuştur. Doğan ve ark. 2009 ; bu ölçeği Türkçe’ ye çevirerek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçek 6 soruluk A ve 12 soruluk B bölümünden oluşmaktadır. Tarama için A bölümü kullanılmış ve bölümde 4 veya daha fazla pozitif cevap varlığında sonuç erişkin

DEHB açısından pozitif kabul edilmiştir. (Taneri , P.E. , Akış, N. & Sarandöl , A. 2016).

2.4. İşlem

Araştırmanın ölçekleri, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden rastgele seçilen gönüllü katılımcılar esas alınarak uygulanmıştır. Katılımcılara ulaşmak için çeşitli bölümlerden oluşan dersliklerden yararlanılmıştır. Ölçekler, elden kağıt formu ile uygulanmıştır. Katılımcılara ilk olarak sözlü şekilde bilgilendirme yapılmıştır, ardından 30 dakika sürecek Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) , Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ) , Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)yöneltilmiştir. Ölçekler araştırmacı tarafından elden verilmiş,araştırmacı gözetiminde doldurulmuş ve bitiminde elden toplanmıştır. Toplam 56 ölçek elde edilmiş fakat formu dolduran 6 katılımcıdan bazılarının ölçeklere birden fazla yanıt verdiği ve bazılarının sorulara eksik yanıt verdiği anlaşıldığından veri analizine girememiştir. Toplamda 50 katılımcıdan elde edilen veriler ile çalışılmıştır

2.5. Veri Analizi

Kaygı ile dikkat eksikliği arasındaki ilişki için pearson, cinsiyet ve eğitim analizi için Mann-chitney U ve Kruskai Wallis testi yapıldı .

3. BULGULAR

Tablo 3. Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	N	R	P
Erişkin DEHB “Dikkat Eksikliği”	50	.211	.141
Erişkin DEHB “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	50	.351	.012**
Erişkin DEHB ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler”	50	.529	<.001*
WUDÖ	50	.661	<.001*

Tablo 3’de görüldüğü gibi, Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi yapılmıştır ve sonucunda; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .351$; $p < .05$); $r = .529$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .661$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

Tablo 4. Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	N	R	P
Erişkin DEHB “Dikkat Eksikliği”	50	.185	.198
Erişkin DEHB “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	50	.293	.039**
Erişkin DEHB ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler”	50	.488	<.001*
WUDÖ	50	.668	<.001*

Tablo 2’de görüldüğü gibi, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi yapılmıştır ve sonucunda; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” arasında düşük düzeyde ancak “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .293$; $p < .05$); $r = .488$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .661$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

Tablo 5. Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki İlişiyi Belirlemek Üzere Uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	N	R	P
Erişkin DEHB “Dikkat Eksikliği”	50	.218	.128
Erişkin DEHB “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik	50	.374	.007**
Erişkin DEHB ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler”	50	.523	<.001*
WUDÖ	50	.604	<.001*

Tablo 3’de görüldüğü gibi, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ arasındaki ilişiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi yapılmıştır ve sonucunda; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .374$; $p < .01$); $r = .523$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .604$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı

Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasındaki Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Uygulanan Non-Parametrik Mann Whitney-U Testi Sonuçları

Değişkenler	Cinsiyet	N	S.O	S.T	U	p
Liebowit Sosyal Fobi Toplam Puan	Kadın Erkek	42 8	78.07 84.88	19.887 20.670	145.500	.551
Liebowitz Sosyal Fobi “Kaygı”	Kadın Erkek	42 8	40.95 44.38	9.435 10.875	135.000	.380
Liebowitz Sosyal Fobi “Kaçınma”	Kadın Erkek	42 8	37.12 40.50	11.391 10.128	158.000	.791
Erişkinlerde DEHB Ölçeği	Kadın Erkek	42 8	39.93 34.88	21.986 18.310	129.500	.308
DEHB Ölçeği “Dikkat Eksikliği”	Kadın Erkek	42 8	8.10 6.75	4.772 4.432	130.500	.320
DEHB Ölçeği “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”	Kadın Erkek	42 8	6.40 4.38	4.899 4.689	125.500	.260
DEHB Ölçeği “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler”	Kadın Erkek	42 8	25.40 23.75	14.329 10.925	146.500	.569
WUDÖ	Kadın Erkek	42 8	20.21 29.25	14.450 16.893	108.5	0.11

Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanlarının Tamamlayıcı İstatistik Analiz Sonuçları

Değişkenler	N	S.O	S.T
ASRS	107.231	26.56	10.355
ASRS “ A Bölümü”	20.044	9.42	4.477
ASRS “B Bölümü”	51.225	17.14	7.157
LIEBOWITZ Sosyal Fobi Ölçeği	398.300	79.16	19.957
LIEBOWITZ “Kaygı”	92.990	41.50	9.643
LIEBOWITZ “Kaçınma”	124.800	37.66	11.171
Erişkinlerde DEHB Ölçeği	455.863	39.12	21.351
Erişkin DEHB “Dikkat Eksikliği”	22.108	7.88	4.702
Erişkin DEHB “aşırı Hareketlilik /Dürtüsellik	23.789	6.08	4.877
Erişkin DEHB DEB/ DEHB ile ilişkili Ölçekler	189.225	25.14	13.756
WUDÖ	226.678	21.66	15.056

Tablo 8. Katılımcıların Okudukları Bölümdeki Yıllara Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanlarının Tamamlayıcı İstatistik Analiz Sonuçları

Değişkenler	N	S.O	S.T
<u>ASRS</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	121.605	26.26	11.027
Bölümdeki 2. Yılı	50.000	20.00	7.071
Bölümdeki 3. Yılı	92.167	30.17	9.600
Bölümdeki 4. Yılı	24.917	27.25	4.992
<u>ASRS “A Bölümü”</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	18.507	8.92	4.302
Bölümdeki 2. Yılı	8.000	8.00	2.828
Bölümdeki 3. Yılı	31.067	13.67	5.574
Bölümdeki 4. Yılı	3.000	8.50	1.732
<u>ASRS “B Bölümü”</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	53.799	17.34	7.335
Bölümdeki 2. Yılı	18.000	12.00	4.243
Bölümdeki 3. Yılı	77.900	16.50	8.826
Bölümdeki 4. Yılı	14.917	18.75	3.862
<u>Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	417.002	80.39	20.421
Bölümdeki 2. Yılı1	740.500	81.50	41.719
Bölümdeki 3. Yılı2	45.200	72.00	15.659
Bölümdeki 4. Yılı	242.000	77.00	15.556
<u>Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği “Kaygı”</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	89.553	42.47	9.463
Bölümdeki 2. Yılı	578.000	44.00	24.042

Bölümdeki 3. Yılı	44.967	36.17	6.706
Bölümdeki 4. Yılı	65.333	39.00	8.083

Değişkenler	N	S.O	S.T
<u>Liebowitz Sosyal Fobi Ölçeği "Kaçınma"</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	139.426	37.92	11.808
Bölümdeki 2. Yılı	312.500	37.50	17.678
Bölümdeki 3. Yılı	89.367	35.83	9.453
Bölümdeki 4. Yılı	58.000	38.00	7.616
<u>Erişkinlerde DEHB Ölçeği</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	483.915	38.37	21.998
Bölümdeki 2. Yılı	924.500	30.50	30.406
Bölümdeki 3. Yılı	533.500	44.50	23.098
Bölümdeki 4. Yılı	150.333	42.50	12.261
<u>Erişkin DEHB Alt Ölçeği Dikkat Eksikliği</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	20.361	7.74	4.512
Bölümdeki 2. Yılı	18.000	3.00	4.243
Bölümdeki 3. Yılı	43.600	10.00	6.603
Bölümdeki 4. Yılı	5.667	8.50	2.380
<u>Erişkin DEHB Alt Ölçeği Aşırı Hareketlilik/</u>			
<u>Dürtüsellik</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	24.891	6.03	4.989
Bölümdeki 2. Yılı	32.000	5.00	5.657
Bölümdeki 3. Yılı	25.100	5.50	5.010
Bölümdeki 4. Yılı	22.667	8.00	4.761
<u>Erişkin DEHB Alt Ölçeği DEB/DEHB</u>			
<u>ite İlişkili Özellikler</u>			
Bölümdeki 1. Yılı	208.413	24.58	14.436
Bölümdeki 2. Yılı	420.500	22.50	20.506
Bölümdeki 3. Yılı	184.800	29.00	13.594
Bölümdeki 4. Yılı	32.667	26.00	5.715

WUDÖ

Bölümdeki 1. Yılı	226.752	21.29	15.058
Bölümdeki 2. Yılı	1352.000	29.00	36.770
Bölümdeki 3. Yılı	229.067	22.33	15.135
Bölümdeki 4. Yılı	33.000	20.50	5.7

Katılımcıların okudukları bölümdeki yıllara göre Liebowitz Sosyal Fobi toplam puanları ile Erişkin DEHB ölçeğinin alt boyutları olan “ Dikkat Eksikliği” , “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” , “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir .

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlıklı erişkin üniversite öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiştir .Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu , erken çocukluk çağında başlayan ve genel semptomları yetişkin çağdada süregelen kronik, gelişimsel psikiyatrik bir bozukluk türüdür (Özdikmenli ve Demir, 2009).Uzun sürede gerçekleştirilen çalışmalarda dikkat eksikliği semptomları olan kişilerin %50'sinde yetişkin dönemde de belirtilerin sürdüğü tespit edilmiştir (Ökyekçin ve Şahin, 2011). DEHB çocukların yaklaşık olarak %5-7'sini yetişkinlerin ise ortalama olarak %2.5-5'ini etkilenmesine neden olan ruhsal bir bozukluktur (Taneri, Akış, ve Sarandöl , 2016). DEHB'si olan yetişkinlerin %65-89'un da bir veya daha fazla sayıda ruhsal bozukluk olması söz konusudur. Yapılan araştırmalarda DEHB'ye komorbiditesi olan anksiyete bozukluklarının sıklığı %40-60 olarak tespit edilmiştir (Sobonski, E. , 2006) . Son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalara kadar DEHB'nin özellikle çocukluk dönemi

bozukluğu olduğu ve çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçmesiyle birlikte ortadan kalktığı düşünülmekteydi (Doğan , Öncü,Varol , Saraçoğlu ve Küçükgöncü 2009). ABD' de gerçekleştirilen ulusal nitelikteki bir araştırmanın sonucu olarak Erişkin DEHB sıklığı %4 olarak tespit edilmiş ve bozukluğun en yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer aldığı belirtilmiştir (Doğan , Öncü,Varol , Saraçoğlu ve Küçükgöncü 2009). Yapılan araştırmalarda toplum örneklemeleri ve klinik örneklemelerde farklı sonuçlar elde edilsede kaygı bozukluklarının DEHB'ye eşlik etme yaygınlığı %13-50 arasında değişiklik göstermektedir (Gökçe, Ayaz, Arman ve Kayan , 2015). Gerçekleştirilen genel toplumsal araştırmalarda yetişkin DEHB ile SAB eştanısının varlığı ilişkili şekilde tespit edilmiştir . Yapılan çalışmalarda DEHB'li yetişkinlerin %29.3'ü eşzamanlı olarak SAB tanısı aldığı belirtilmiştir (Park, S. 2011) . Biederman ve ark gerçekleştirmiş olduğu araştırmada yetişkin DEHB'li grubun SAB eştanı sıklığı %32 olarak belirlenmiştir ve yetişkin DEHB'li grubun SAB eştanı sıklığından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Biederman , J. 1993). Sobanski ve ark.2007 ; yılında yaptığı araştırmada 70 yetişkin DEHB hastası ve 70 kişinin oluşturduğu kontrol grubunu karşılaştırmışlar. Yetişkin DEHB'li grubun SAB eştanı oranı %18.6 , kontrol grubunun %10 olarak belirlenmiştir, fakat aradaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada yetişkin DEHB'li grubun yaşam boyu eştanı sıklığı %77.1 olarak tespit edilmiştir .Millstein ve ark 1997 yılında gerçekleştirmiş oldukları başka bir araştırmada ise yetişkin DEHB dikkat eksikliği baskın grubunun SAB eştanı yaygınlığı %31 , yetişkin DEHB alt grubunun SAB eştanı sıklığı %24 olarak tespit edilmiştir . SAB ve DEHB toplumlarda görülme sıklığı fazla olan bozuklukların arasında olmasına rağmen , her iki hastalığında eştanı durumu yeterli oranda araştırılmamıştır. SAB

hastalarında yetişkin DEHB eşanı yaygınlığını araştıran özgül nitelikli çalışmalar sınırlıdır ve çok az bilgi elde edilmiştir. Fakat DEHB araştırmalarında , SAB yüksek oranlarda tespit edilen bir anksiyete bozukluğu eşanı olarak tespit edilmiştir (Koyuncu ve Bınbay , 2014). Bu araştırmaya göre Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu araştırmanın sonucu genel anlamda literatürdeki sonuçları destekler niteliktedir .

DEHB belirtileri gösteren kişilerin büyük kısmında duygudurum bozukluğu , anksiyete bozukluğu gibi en az bir eşanlı ruhsal bozukluk görüldüğü tespit edilmiştir(Güçlü ve Erkıran , 2014). Literatüre katkı sağlamak amacıyla gerçekteşirilen genel toplum araştırmalarında yetişkin DEHB ile Anksiyete Bozuklukları eşansı varlığı ilişkili olduğu belirtilmiştir (Koyuncu ve Binbay , 2014) . Literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılan araştımlarda kaygı seviyesi arttıka DEHB semptomları ortaya çıkmaktadır Yapılan bu araştırmada; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” arasında düşük düzeyde ancak “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .293$; $p < .05$); $r = .488$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .661$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları arttıka Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

Yetişkin DEHB hastalarında yapılan araştırmalarda %40-60 anksiyete bozukluğu eş tanısı tespit edilmiştir. Anksiyete bozukluğu ve DEHB

birlikteliğinin , DEHB' de rastlanan dürtüsellik artmasına , işlevselliğinin daha da çok bozulmasına neden olmanın yanı sıra tedaviye uyumu bozmasına ve direnç oluşmasına neden olduğu belirtilmiştir (Semerci, B. , 2012) . Yapılan bu araştırmada; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .374$; $p < .01$); $r = .523$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .604$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

Çocukluk döneminde erkeklerde kızlardan 3 kat daha fazla DEHB semptomları tespit edilmektedirken bu farkın erişkinlik döneminde gittikçe azaldığını hatta ortadan kalktığını gösteren araştırmalar vardır (Greydanus, D.E. , 2007) . Yetişkin bireylerde cinsiyet dağılımı ile ilgili verilerin sonuçları tutarlı olarak bulunamamıştır . Son yıllarda yapılan iki araştırmadan biri, erkeklerde daha yüksek oranda görülme sıklığı olduğunu belirtmiştir (Kessler , R.C. , 2006) . Literatürde yer alan başka bir çalışmada ise “hiperaktivite” belirtilerinin bayanlarda daha sık rastlandığı ve tanı eşiği temel alındığında DEHB tanısının daha sık olduğu belirlenmiştir (Kaoji , JJS , 2003). DEHB sıklığını araştıran başka iki çalışmada ise cinsiyetler arasında fark belirlenmemiştir (Doğan , Öncü, Varol , Saraçoğlu ve Küçükgöncü 2009) . Kayaalp'e göre 2008 ; DEHB'nin erkeklerde görülme oranı kızlardan fazladır. Erkek/kız oranı 3-5/1 arasında bildirilmektedir . Kızlarda DEHB'nin genel olarak dikkatsizlik ve bilişsel problemlerle seyretmesi , dürtüsellik ve saldırgan davranış problemlerinin daha az

olması nedeniyle , gözden kaçtığı yada önemsenmediği düşünülmektedir . Turk ve ark 1998 yılında yaptıkları çalışmada ise kadınların erkeklere oranla daha şiddetli anksiyete belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. Dilbaz ve Güz'ün 2002; yılında yaptıkları çalışmanın sonuçlarında sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alanların 2/3'ünün erkek olduğunu belirtmişleridir. Turk ve ark 1998 yılında gerçekleştirdikleri araştırmalarında ise sosyal anksiyete bozukluğu olan kadınlar ve erkekler arasında sosyal anksiyete bozukluğunun şiddeti açısından farklar tespit etmişlerdir. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Literatürde bu alanla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Katılımcıların okudukları bölümdeki yıllara göre Liebowitz Sosyal Fobi toplam puanları ile Erişkin DEHB ölçeğinin alt boyutları olan “ Dikkat Eksikliği” , “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” , “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir .

4.1. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın örneklemini 2016-2017 eğitim öğretim döneminde yalnızca Üsküdar Üniversitesinin çeşitli bölümlerinde eğitim gören öğrencilerin oluşturması , yalnızca bir üniversitede yapılmasının sonuçları genellemesi açısından bir sınırlılık oluşturmaktadır.
2. Araştırma, Üsküdar Üniversitesi öğrencileri örneklem grubuyla sınırlıdır.
3. Araştırmanın örneklemini yalnızca özel üniversitede okuyan öğrencilerin oluşturması sınırlıdır.
4. Sonuçların katılımcıların kişisel ifadelerine dayalı olması sınırlılıktır.

5. Öğrencilerin dehb düzeylerine ilişkin veriler, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)'nden alınan puanlar ile sınırlıdır
6. Öğrencilerin sosyal anksiyete bozukluğu düzeyine ilişkin veriler, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)'nden alınan puanlar ile sınırlıdır.
7. Öğrencilerin kişisel bilgileri sosyo-demografik veri formunda verilen cevaplarla sınırlıdır.
8. Öğrencilerin çocukluktaki dehb semptomları düzeyine ilişkin veriler , Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ)'nden alınan puanlar ile sınırlıdır.
9. Öğrencilerin erişkin dehb semptomları düzeyine ilişkin veriler , Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği'nden alınan puanlar ile sınırlıdır.
10. Öğrencilerin kendi bildirdikleri dehb semptomları düzeyine ilişkin veriler , Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'nden alınan puanlar ile sınırlıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son bölümde araştırmadan çıkan sonuçlar ve diğer araştırmacılara sunulacak önerileri içermektedir.

5.1. Sonuç

Çalışmamızda “ Sağlıklı Erişkin Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiştir .

1.Tablo 3’de görüldüğü gibi, Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi yapılmıştır ve sonucunda; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt

Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .351$; $p < .05$); $r = .529$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .661$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

2. Tablo 4’de görüldüğü gibi, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi yapılmıştır ve sonucunda; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” arasında düşük düzeyde ancak “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .293$; $p < .05$); $r = .488$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .661$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaygı” Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

3. Tablo 5’de görüldüğü gibi, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere uygulanan Pearson Çarpım Moment Korelasyon analizi yapılmıştır ve sonucunda; Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı

Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre; Liebowitz Sosyal Fobi Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($r = .374$; $p < .01$); $r = .523$; $p < .001$). Ek olarak Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları ile WUDÖ puanları arasında da orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r = .604$; $p < .001$). Başka bir deyişle, Liebowitz Sosyal Fobi Alt Boyutu “Kaçınma” Puanları arttıkça Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik” ve “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ek olarak WUDÖ puanları da artmaktadır.

4.Tablo 6 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

5.Tablo 8 Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liebowitz Sosyal Fobi Toplam Puan, Alt Boyutları “Kaygı” ve “Kaçınma” Puanları ile Erişkin DEHB Ölçeğinin Alt Boyutları Olan “Dikkat Eksikliği”, “Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik”, “DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler” ve WUDÖ Puanları Arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

5.2. Öneriler

1-Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yalnızca çocukluk çağına özgü bir hastalık değildir ,yetişkinlik çağında da rastlanılmaktadır . Bu alanda yetişkinlere yönelik yapılacak çalışmalar artırılmalıdır

2-Yetişkin dönemde karşılaşılabilecek DEHB semptomları için fark uyandıracak bilgilendirme amacıyla çalışmalar yapılmalıdır.

3-Gerçekleştirilen bu araştırma diğer araştırmacılar tarafından daha geniş kapsamlı bir örneklem alınarak yapılabilir

4-Yetişkin dönemde karşılaşılabilecek Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomları için fark uyandıracak bilgilendirme amacıyla çalışmalar yapılmalıdır.

5- Psikiyatrist ve psikologlar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu semptomları olan hastalarla çalışırken Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptomlarının da eştanı olarak ortaya çıkma ihtimali nedeniyle bu hastalarla çalışırken çok daha hassas ve detaylı şekilde çalışmalarını sürdürmelidirler.

KAYNAKÇA

Akdemir, D., & Çetin, F. Ç., 2008, “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(1): 5-13.

Akgün, G. M., Tufan, E., Yurteri, N., & Erdoğan, A., 2011, “ Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1):15-48

Aksu, H.,& Özgür, B. G. , 2015, “Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Kliniği, Tanı ve Ayırıcı Tanısı”, *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(3): 46-51.

Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, (Çev., E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara , 2014.

Ateş, B.,& Gençdoğan, B., 2017, “Analyzing the Effects of Solution Focused Group Psychological Counseling upon University Student' Coping with Social Phobia”, *Journal of the Faculty of Education*, 18(1):188-203.

Ateşci, F., Tüysüzoğulları, H. D., Özdel, O., & Oğuzhanoglu, N. K., 2010, “Erişkinlerde Bipolar I Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı: Bir Ön Çalışma”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1): 66-73.

Aydın, A., & Sütçü, S. T., 2007, “Ergenler için Sosyal Kaygı Ölçeğinin (ESKÖ) Geçerli ve Güvenirliğinin İncelenmesi.

Bal, U., Çakmak, S., & Uğuz, Ş., 2013, “Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4): 441-459.

Ballı, B., 2006, “Ulukapı I. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Diş Hekimi Yaklaşımı”, *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 40: 67-73.

Bayraktutan, M., 2014, “Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan Hastalarda Empati Becerisi, Aleksitimi, Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ile Sempatik Deri Yanıtı İlişkisi ve Tıbbi Tedavinin Etkileri”, Doctoral Dissertation, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.

Bayramkaya , E., 2009, “Sosyal Fobi Belirtileri, Yetişkin Bağlanma Boyutları ve Kişilerarası İlişki Biçimleri Arasındaki İlişkiler”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K.A., et al. 1993, “Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition, and Psycho Social Functioning in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, *Am J Psychiatry*, 150:1792–1798.

Dağ, İ., & Gülüm, V. , 2013, “Yetişkin Bağlanma Örüntüleri İle Psikopatoloji Belirtileri Arasındaki İlişkide Bilişsel Özelliklerin Aracı Rolü: Bilişsel Esneklik”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4):240-247

Demikaya, S. K., Aksu, H., Yılmaz, N., Özgür, B. G., Eren, E., & Avcil, S. N., 2015, “Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Olguların Tanıları ve Sosyodemografik Özellikleri”, *16(1):4-8*.

Demir, G. Ö. , 2009, “Sosyal Fobinin Etiyolojisinin İncelenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Araştırmalara Genel Bir Bakış”, *Akademik İncelemeler Dergisi*, 4(1).

Demir, T., Eralp-Demir, D., Türksoy, N., Özmen, E., & Uysal, Ö. , 2000, “Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği”, *Düşünen Adam*, 13(1): 42-48.

Dilbaz, N. & Güz, H., 2002, “Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39(2-3-4) :79-86.

- Dilbaz, N., 1997, "Sosyal Fobi", *Psikiyatri Dünyası*, 1(1):18-24.
- Dilbaz, N., 2000, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3): 21.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G., & Küçükgöncü, S., 2009, "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2): 77-87.
- Doğan, T., & Totan, T., 2010, "Olumlu Değerlendirilme Korkusu Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Akademik Bakış Dergisi*, 22:1-20.
- Doğangün, B., & Yavuz, M., 2011, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", *Türk Pediatri Arşivi*, 46(11):25-28.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö., & Türkbay, T., 2008, "DEHB olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:217-223.
- Ekinci, S., Öncü, B., & Canan, S., 2011, "Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Eş Tanı ve İşlevsellik", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3):185-91.
- Eldoğan, D., 2017, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu Belirti Düzeyi Yüksek ve Düşük Olan Bireylerin Çeşitli Psikolojik Değişkenler ve Bilişsel Yanlılıklar Açısından Karşılaştırılması: Bir Bilgece Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programı Önerisi", Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Ersoy, F., Edirne, T., & Oğuz, T. F., 2003, "Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları", *Sted*, 12(9):326-327.
- Evren, C., 2010, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4):473-515.

Gokce, S., Ayaz, A. B., Arman, A. R., & Kayan, E., 2015, "The Interaction Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Anxiety Symptoms/Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile Kaygı Belirtileri İlişkisi", *Dusunen Adam*, 28(2):103-111.

Greydanus, D.E., Pratt, H.D., Patel D.R.,DM 2007, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder Across The Life Span: The Child, Adolescent, and Adult", *Disease-a-Month*, 53:70-131.

Güçlü, O., & Erkıran, M., 2004, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yüklülük", *Klinik Psikiyatri*, 7: 32-41.

Gültekin, B. K., & Dereboy, İ. F., 2011, "Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3):150-158

Gümüş, Y. Y., Memik, N. Ç., & Ağaoğlu, B., 2015, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eşhastalanımı", 52:185-193

Günay, Ş., Savran, C., & Aksoy, U. M., 2005, "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*, 21:133-150.

Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R. ,1999, " Psychometric Properties of The Liebowitz Social Anxiety Scale", *Psychological Medicine* , 29(1):199-212.

Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., VanMegen, H. J., Penninx, B.W., Cath, D. C., VanDenHout, M. A., & VanBalkom, A. J., 2012, "Clinical Relevance of Comorbidity in Anxiety Disorders: A Report From The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)", *Journal of Affective Disorders*, 137(1), 106-112.

- Karabekiroğlu, K, 2011, "Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımları", "*Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 24:113-120
- Karakaya, E., & Öztop, D. B., 2013, "Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi", 2:10-24.
- Karamustafahoğlu, O., & Yumrukçal, H., 2011, "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları", *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45: 65-74.
- Kayaalp, Levent., 2008, " Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", İ.Ü. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi , No: 62, 147-152.
- Kendler, K. S., , Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. ve Eaves, L. J.,1992, "The Genetic Epidemiology of Phobias in Women: The Interrelationship of Agoraphobia, Socialphobia, Situational Phobia, and Simple Phobia", *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley,R., Biederman,J., Conners,C.K., Faraone S.V., et al., 2006, "The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in The United States: Results From The National Comorbidity Survey Replication", *Am J Psychiatry*,163:716-723.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters,E.E., 2005,"Life Time Prevalence and Age-of-on Set Distributions of DSM-IV Disorders in The National Comorbidity Survey Replication, *Archives of GeneralPsychiatry*, 62:593–602.
- Kooij, J.J.S, Buitelaar J.K., Van Den Oord, E.J, Furer, J.W., Rijnders,C.A, Hodiament,P.P.G., 2005,"Internalan Dexternal Validity of Attention Deficit

Hyperactivity Disorder in a Population- Based Sample of Adults”, *Psychological Medicine*, 35:817-827.

Koyuncu, A., & Binbay, Z., 2014,” Sosyal Anksiyete Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği” , *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1):10-21.

Koyuncu, A., Binbay, Z., Özyıldırım, İ., Ertekin, E., Grubu, B. B. H., & Hekim, S., 2012,”Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Başlangıç Yaşının Klinik Gidiş Üzerine Etkisi” , *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(2):111-120.

Mancini, C., Van Amaringen, M., Szatmari, P., Fugere, C., Boyle, M., 1996, “A High-Risk Pilot Study of The Children of Adults with Social Phobia”, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11): 1511-1518.

Memik, N. Ç., Yıldız, Ö., Tural, Ü., & Ağaoğlu, B., 2011,”Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme” , *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiyatri Arsivi*, 48(1):4-10.

Millstein, R.B., Wilens, T.E., Biederman, J., Spencer, T.J., 1997, “Presenting ADHD Symptoms and Subtypes in Clinically Referred Adult Swith ADHD” , *J AttenDisord*, 2:159-166.

Noyan, H., & Sertel-Berk, Ö., 2007,”Ergenlerde Sosyal Fobi, İç ve Dışa Dönük Kişilik Özellikleri ve Okul Başarı Durumu,” *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 27:31-50.

Ollendick, T.H., Benoit, K.E., & Grills-Tauechel, A. E., 2014,”Social Anxiety Disorder in Children And Adolescents”, *The Wiley Black Wellhand Book of Social Anxiety Disorder*, 179-200.

Öç, Ö. Y., Şişmanlar, Ş. G., Ağaoğlu, B., Tural, Ü., Önder, E., & Karakaya, I. , 2006,”Anne-Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi” , *Klinik Psikiyatri*, 9(1):123-30.

Öncü, B., Ölmez, Ş., & Şentürk, V., 2005, "Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4):252-259.

Öner, P., Öner, Ö. ve Aysev, A. (2003). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 12 (3). www.ttb.org.tr/STED/sted0303/dikkat.pdf

Öyekçin, U. D. D. G., & Şahin, E. M., 2011, "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşım" , *Turkish Family Physician*, 2(4):1-8.

Öztop, D. B., Deniz, E., & Mıstık, S., 2009, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 12(4):207-212. İnternet Yayın,2009. Normal Yayın,2008.

Öztürk Şahin, Ö., 2009, "Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı, Eştanı ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi".

Semerci,B., 2012,"Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunda Anksiyete ve Tik Bozuklukları Birlikteliği", *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* , 5(1):54-59.

Sobanski,E., Bruggemann,D., Alm,B., Kern,S., Deschner,M., Schubert,T., et al. , 2007,"Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivitydisorder (ADHD)", *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience* ,257:371–377.

Sobanski, E., 2006, Psychiatric Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuro Science* , 256, Supplement 1:i26-31.

Soykan,Ç., Özgüven,H.D., Gençöz,T.,2003, Liebowitz Social Anxiety Scale: The Turkish Version, *Psychol Rep*93:1059-69, Study. *Metabolic Brain Disease*, 27(3), 299–309.

Syal, S., Hattingh, C. J., Fouché, J.-P., Spottiswoode, B., Carey, P. D., Lochner, C. Ve Stein, D. J., 2012, "Grey Matter Abnormalities in Social Anxiety Disorder: A Pilot

Şengül, C. B., Şengül, C., Telci, Ş., & Dilbaz, N. , 2004, “Erken Erişkinlikte Tam Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu”, *Klinik Psikiyatri*, 7:51-56.

Taneri, P. E., Akış, N., & Sarandöl , A., 2016 ,”Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42 (1):23-27.

Tuğlu, C.& Şahin, Ö. Ö., 2010,”Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tam Sorunları ve Klinik Özellikler”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1):75-116.

Tuncer, N., 2017, “Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Belirlenen Sosyal Anksiyete Düzeylerine Göre Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi” , Master's Thesis, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , İstanbul.

Turk,C.L., Heimberg, R.G., Orsillo,.S.M., Hol, C.S., Gitow,A., Street,L.L. ,et al., 1998,”An Investigation of Gender Differences in Social Phobia”. *J. Anxiety Disorder*, 12:209-223.

Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R. & Liebowitz, M.R. , 1998, “An Investigation of Gender Differences”.

Warren, S. L., Schmitz, S., & Emde, R. N., 1999, “Behavioral Genetic Analyses of Self-Reported Anxiety at 7 Years of Age”, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11):1403-1408.

Yalçın, M., & Sütçü, S. T. , 2016, “Yetişkinlerde Sosyal Fobinin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 61-78.

EKLER

EK 1. Sosyo Demografik Form

EK 2. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)

EK 3. Wender-Utah Değerlendirme Ölçeği (WUDÖ)

EK 4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği

EK 5. Erişkin DikkatEksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Bu anket formu Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü bitirme tezimin bir parçası olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılmayı reddetme veya kendinizi rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız dahi istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Ankette isim ya da isim yerine geçebilecek herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı yürütülmesi için soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtladığınız önemlidir.

TEŞEKKÜRLER

GÖKÇE DAĞAŞAN

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız:** a)18-20 b)21-23 c)24-26 d)26 ve üstü
2. **Cinsiyetiniz:** a) Kadın b) Erkek
3. **Medeni Durumunuz:** a) Evli b) Bekar c) Diğer (lütfen belirtiniz).....
4. **Bölümde Kaçınıcı Yılınz :**.....
5. **Çalışıyor musunuz?** a) Evet b) Hayır
6. **Şuan ne tür bir yerleşim alanında yaşamaktasınız?**
 - a) Yurtta tek başıma
 - b) Yurtta arkadaşım ile
 - c) Yurtta arkadaşlarım ile
 - d) Tek başıma evde
 - e) Arkadaşım ile evde
 - f) Arkadaşım ile evde
 - g) Diğer: (lütfen belirtiniz).....
7. **Yaşamınızın büyük bir çoğunluğu ne tür bir yerleşim yerinde geçti?**

a) Köy- Kasaba	b) İlçe
c) Şehir	d) Metropol(İstanbul, Ankara, İzmir)

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 kaçınıyorum
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınıyorum
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınıyorum

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	

1. BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da 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

2. BÖLÜM

Aşırı hareketlilik /Dürtüsellik Bölümü a) Aşırı hareketlilik

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

	Hemen hiç	Biraz ya da bazan	Sıklıkla	Çok sık
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
b) Dürtüsellik				
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

3. BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun

Sorunun şiddeti ve sıklığı

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

Ek 1. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

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

İsim:					
Tarih:					
	Asla	Nadire	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir iş/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Adı-Soyadı : Gökçe Dağaşan

Doğum Yeri : Bursa

Doğum Tarihi : 16.10.1984

Eğitim Durumu :

2015-2017: Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tez döneminde bulunmaktayım)

2009-2015: Girne Amerikan Üniversitesi Beşeri Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü

1998-2002 : Bursa Atatürk Lisesi

Yabancı Dil :

İngilizce (iyi)

Bilgisayar Bilgileri :

Microsoft Office Programları (word, excel , powerpoint)

İş Deneyimi :

2015-2016 : Beyaz Okyanus Bakım Merkezi (Psikolog)

2016-2017: Bursa Orhangazi Üniversitesi (Psikolog)

2017-Halen: Bes-Mer Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (Psikolog)

Alman Eğitimler/Testler:

Kognitif ve Davranış Terapi Eğitimi : Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur