

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYAL ANKSİYETE VE
ALEKSİTİMİ

GİZEM BİÇEN

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2018

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYAL ANKSİYETE VE
ALEKSİTİMİ

GİZEM BİÇEN

İstanbul Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2016,
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2018

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2018

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI


DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK VE
ERGENLERDE SOSYAL ANKSİYETE VE ALEKSİTİMİ

GİZEM BİÇEN

ONAYLAYANLAR:

Doç.Dr. Betül Mazlum
(Tez Danışmanı)

Acıbadem Mehmet Ali
Aydınlar Üniversitesi



Dr. Öğr.Üyesi S.Vicdan Yücel

Işık Üniversitesi



Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aktan

Okan Üniversitesi



ONAY TARİHİ: 04.06.2018

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYAL ANKSİYETE VE ALEKSİTİMİ

Özet

Amaç: Bu araştırmada, DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) olan çocuk ve ergenlerin aleksitimi ve sosyal anksiyete düzeyleri bakımından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve aleksitimi ile sosyal anksiyete arasında olası bir ilişkinin araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: Katılımcılar, İstanbul ili Acıbadem Hastanesi Altunizade Şubesi'ne başvuran 9-16 yaş arası çocuk ve ergenler ile ebeveynlerinden oluşmaktadır. Araştırmaya toplam 77 çocuk/ergen ve 77 ebeveyn katılmıştır. Araştırılması amaçlanan bilgiler Sosyodemografik Bilgi ve Veri Formu, Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM- IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği –Yenilenmiş Biçim, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları, Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması, Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği ve Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği ile elde edilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonucuna göre DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin aleksitimi ve sosyal anksiyete puanları kontrollerden anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Ek olarak, KOKGB (Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu) eş tanısına sahip olan DEHB tanılı hastalar, KOKGB eş tanısına sahip olmayan DEHB hastalarından anlamlı düzeyde daha yüksek aleksitimi puanları almıştır. Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği alt boyutları olan 'Duyguları Tanıma', 'Duyguları İfade Etme' ve 'Dışsal Yönelimli Düşünme' puanları DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Ayrıca DEHB grubu ve kontrol grubunun her ikisi kendi içinde analiz edildiğinde sosyal anksiyete ile aleksitimi arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur.

Sonuç: Sonuçlar DEHB olan çocuk ve ergenlerin duyguları tanıma ve ifade etmede zorlukları olduğunu ve sosyal anksiyete için yüksek risk altında olduğunu desteklemektedir. Ek olarak sosyal anksiyete ve aleksitimi arasında sadece DEHB'na spesifik olmayan bir ilişki bulunmuştur. Son olarak aleksitiminin, karşıt olma karşı gelme davranışı için bir risk faktörü olduğu öngörülebilir.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, aleksitimi, sosyal anksiyete bozukluğu

SOCIAL ANXIETY AND ALEXITHYMIA IN CHILDREN AND
ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER

Abstract

Objective: The aim of this study is to compare the social anxiety and alexithymia levels of ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) children and adolescents and healthy controls and to analyze possible relationship between alexithymia and social anxiety.

Method: Twenty-seven children and adolescents (aged between 9-16 years) diagnosed with ADHD and their parents are recruited to research group while fifty children and adolescents who do not have a psychiatric diagnosis and their parents are included in control group. Sociodemographic Form, Alexithymia Questionnaire for Children (AQC), Turgay DSM-IV-based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV), Social Anxiety Questionnaire for Children- 4th version (SAQ-CIV), K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version), Conners Parent Rating Scale (CPRS) and Family Assessment Device and Parenting Scale were used to obtain data in this study.

Result: The children and adolescents diagnosed with ADHD had significantly higher scores of alexithymia and social anxiety compared to healthy controls. In addition, children with ADHD co-diagnosed with ODD (oppositional defiant disorder) got higher levels of alexithymia than children with ADHD without ODD. ‘Recognizing Emotions’, ‘Explanations of Emotions’ and ‘Outward Oriented Thinking’ subdimensions of Alexithymia Questionnaire for Children were significantly higher in ADHD group. There was also a positive relationship between alexithymia and social anxiety levels in both ADHD and control groups.

Conclusion: The results supports that ADHD children have difficulty in recognizing and explaining emotions and have high risk for social anxiety. Also there is a relationship between alexithymia and social anxiety which is not specific for ADHD. Lastly, we suggest alexithymia as a risk factor of oppositional behavior in ADHD.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, alexithymia, social anxiety disorder

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sırasında beni destekleyen ve yalnız bırakmayan herkese teşekkürlerimi sunarım. İlk olarak, bitirme tezi süpervizörüm Doç. Dr. Betül Mazlum'a bu süreçte sağladığı destek ve her konuda açık ve net önerileriyle yol gösterdiği için teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim esnasında fikirleriyle bana yol gösteren, pozitif ve güç veren yaklaşımıyla her zaman yanımda olan hocam Yrd. Doç. Dr. Deniz Aktan'a teşekkür ederim. Bilgi ve deneyimleriyle eğitimime katkı sağlayan hocam Yrd. Doç. Dr. Vicdan Yücel'e teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde beni destekledikleri, sevgileri, sabırları ve bugüne gelmeme sebep olan üzerimdeki değerli emekleri, her anlamda bana olan sonsuz güvenleri, mutluluğum için sarf ettikleri çaba için sevgili babam Erol Biçen ve sevgili annem Çiğdem Biçen'e sonsuz teşekkür ederim.

Bu zorlu süreçte dostlukların ne kadar önemli olduğunu bana yaşatan arkadaşlarım Melek Kaya ve Gizem Demiralp'e hem akademik hem özel yaşamımda her zaman yanımda oldukları, sevgi ve destekleri için teşekkür ederim. Sonsuz anlayışıyla benden desteğini esirgemeyen, karşılaştığım her soruna çözüm bulmaya çalışan ve hayatımda çok değerli bir yeri bulunan Ahmet Doğan'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Onay Sayfası	
Özet.....	ii
Abstract.....	iv
Teşekkür.....	vi
İçindekiler Tablosu.....	vii
Tablolar Listesi.....	x
Semboller Listesi.....	xi
Kısaltmalar Listesi.....	xii
Terimler Listesi.....	xiv

BÖLÜM 1

GİRİŞ.....	1
1.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tarihiçesi.....	1
1.2.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	2
1.2.1.DSM-IV'e Göre DEHB Tanı Ölçütleri	2
1.2.3.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Görüntümleri.....	3
1.2.4.DEHB DSM-IV DSM-V Tanı Ölçütler Farkları.....	4
1.2.5.DEHB Komorbiditesi ve Ayırıcı Tanısı.....	4
1.3.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	5
1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi.....	7
1.4.1.Genetik Etmenler.....	7
1.4.2.Çevresel Etmenler.....	8
1.4.3.Psikososyal Etmenler.....	9
1.4.4.Katkısal-Etkileşim Modeli.....	9
1.5.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi.....	9
1.5.1.İlaç Tedavisi.....	10
1.5.2. Psikoterapi ve Psikososyal Tedavi.....	10
1.5.3.Multi Multidisipliner Tedavi.....	11

1.6.Aleksitimi.....	12
1.6.1. Aleksitimi Nedenler.....	12
1.6.2. Aleksitimik Bireylerin Özellikleri.....	12
1.6.3. Aleksitiminin Kuramsal Alt Yapısı.....	13
1.6.3.1. Nörofizyolojik Yaklaşım.....	13
1.6.3.2. Psikanalitik Yaklaşım.....	13
1.6.3.3. Bilişsel Bakış.....	14
1.7. DEHB’de Aleksitimi.....	15
1.8. Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	16
1.8.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Nedenleri.....	16
1.8.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı.....	16
1.9. DEHB’de Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	17
1.10.Aleksitimi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	18
1.11. DEHB’de Aleksitimi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	19

BÖLÜM 2

YÖNTEM.....	20
2.1.Araştırmanın Amacı.....	20
2.2.Hipotezler.....	20
2.3.Ara Hipotezler.....	21
2.4.Araştırmanın Modeli.....	21
2.5.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
2.6. Veri Toplama Araçları.....	21
2.6.1.Sosyodemografik Bilgi Formu.....	21
2.6.2.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	22
2.6.3.Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği.	22
2.6.4.Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (CEDBÖ).	23
2.6.5.Çocuklar için Anksiyete Ölçeği – Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y).....	23
2.6.6. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi Ve Yaşam Boyu Şekli – Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG- ŞY- T).....	23
2.6.7. Yenilenmiş Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği	24

2.6.8. Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği.....	24
2.7. Veri Toplama Yöntemi.....	25
2.8. Verilerin Çözümlemesi.....	26
BÖLÜM 3	
BULGULAR.....	27
3.1. Betimsel Analizlere Dair Bulgular.....	27
3.2. Temel Hipotezlere Dair Bulgular.....	29
3.2.1. Çalışmanın Yan Hipotezlerine İlişkin Bulgular.....	34
BÖLÜM 4	
TARTIŞMA.....	38
BÖLÜM 5	
ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	
EKLER	
Ek A	
Ek B	
EK C	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Çalışmadaki Ebeveynlere Ait Sosyo-Demografik Özellikler.....	34
Tablo 2. Çalışmadaki Çocuk Ve Ergenlere Ait Sosyo-Demografik Özellikleri.....	35
Tablo 3. Deney Ve Kontrol Gruplarının Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 4. Deney Ve Kontrol Gruplarının Aleksitimi Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 5. Deney Grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi Puanları İle CEDÖ ve ÇEDBÖ Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri.....	38
Tablo 6. Kontrol Grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi Puanları İle CEDÖ ve ÇEDBÖ Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri.....	39
Tablo 7. Örneklem ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 8. Kombine Tip DEHB Grubu ile Tanı Almayanlara ve Dikkat Eksikliği Baskın DEHB Grubuna Ait CEDÖ Karşı Gelme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 9. DEHB/KOKG Tanılı Grup ile Ek Tanı Almayan DEHB Grubuna Ait Aleksitimi Puanlarının Karşılaştırılması	45

SEMBOLLER LİSTESİ

N : Katılımcı sayısı

p : İstatistiksel anlamlılık

Ss : Standart Sapma

X : Ortalama değer

% : Yüzdellik değer

t : T-Testi Değeri

X^2 : Ki-kare Değeri

r : Pearson Korelasyon Değeri

KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- APA:** American Psychiatric Association
- CED ÖY/U:** Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form
- CEDÖ:** Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği
- CÖD ÖY/U:** Yenilenmiş Conners Sınıf Öğretmeni Derecelendirme Ölçeği
- DB:** Davranım Bozuklukları
- DDB:** Duygudurum Bozuklukları
- DE:** Dikkat Eksikliği
- DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM:** The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder/Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- ÇAÖ:** Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği
- ÇEDBÖ:** Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM- IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (YDBÖ: Yıkıcı Davranım Bozuklukları Değerlendirme ve Tarama Ölçeği)
- ÇDSG-ŞY-T:** Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması
- ÇSAÖ-Y:** Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği –Yenilenmiş Biçim
- G.A.:** Güven Aralığı
- G.İ:** Global İndeks
- Hİ:** Hiperaktivite İmpulsivite
- KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
- MR:** Mental Retardasyon
- MPH:** Metilfenidat
- ÖB:** Öğrenme Bozukluğu

SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

SB: Standart Satma

UB: Uyum Bozukluklar

TERİMLER LİSTESİ

Fenobarbital: Luminal olarak da adlandırılan bir barbitürattır. Barbitürik asit türevi bir hipnotik ilaç etken maddesidir.

Karbamazepin: Birincil kullanım alanı epilepsi ve nöropatik ağrı tedavisi olan ilaçtır.

Antiaştmatik: Astım tedavisinde kullanılan ilaçtır.

D2: Dopamin reseptörüdür.

D3: Dopamin reseptörüdür.

D4: Dopamin reseptörüdür.

D5: Dopamin reseptörüdür.

DE: Dikkat Eksikliği

DAT1: Dopamin taşıyıcısı 1.

Norepinefrin: Hormon ya da nörotransmitter olarak görev yapan bir katekolamindir.

Rostrum: Beynin bölgesi olan korpus kallosum'un iç bölgelerinden biridir.

Rostral: Beynin ön kısmını gösteren bölüme verilen addır.

Metilfenidat: Metilfenidat fenetilamin grubuna ait, dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, narkolepsi ve kronik yorgunluk sendromu tedavisinde sıklıkla reçete edilen merkezi sinir sistemi uyarandır.

Amfetamin: Amfetamin narkolepsi ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu dahil çeşitli bozuklukların tedavisinde kullanılan sentetik bir uyarıcıdır.

Pelominer: Uyarıcı görevinde kullanılan ilaç grubudur.

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tarihçesi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde ortaya çıkan ve yaşa göre uygun olmayan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi belirtileri olan nörogelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA,2013).

DEHB'nin araştırma süreci uzunca bir tarihe dayanmaktadır. DEHB literatüründeki ilk çalışma, İngiliz doktor Alexander Crichton tarafından yapılmıştır. Crichton akıl hastalığının klinik olgularını incelediği üç ciltli kitabında DEHB hakkında tanımlamalar yapmıştır (Crichton'dan aktaran Lange ve ark., 2010). Crichton, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu tanımlamıştır. Ancak tanımında, dürtüsellik ve hiperaktivite alt boyutlarına yer vermeyerek DEHB'den 'Zihinsel Hoşnutsuzluk' olarak bahsetmektedir. Henrch Hofmann, 1846 yılında yazdığı ve çizdiği "Fidgety Philp" isimli çocuk kitabında DEHB'yi tanımlamıştır. Hoffman kitabında, DEHB olan çocukların davranışları ve aile içi ilişkilerini detaylandırmıştır. Kitapta, dikkat eksikliği ve dürtüsellik/hiperaktivite boyutlarının hikaye örnekleri ile detaylandırıldığı görülmektedir (Lange ve ark., 2010). Hoffman'ın 1846 yılında yayınladığı bu kitabında öne sürdüğü dikkat eksikliği ve dürtüsellik/hiperaktivite tanımlamalarının bazılarının, 2000 yılında basılan DSM-IV-TR kitabında tanı kriteri olarak belirlendiği görülebilmektedir (Lange ve ark., 2010; APA, 2000). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite davranışları olan çocuklara Sir George Frederic Still tarafından dikkat çekilmeye devam edilmiştir (Still'den aktaran Lange ve ark.,2010).

Sir George Frederic Still, DEHB konusunda yaptığı çalışmalar ve tanımlamalarla, bir çok bilim insanı için DEHB tarihinin başlangıç noktası olarak kabul edilir. Still, "Defects in Moral Control" başlığı altında öğrenme güçlükleri, hiperaktivite, dikkat eksikliği ve davranım bozukluklarını kapsayan problemleri tanımlamıştır. Still, bu

bozukluklarda çevresel faktörler rol oynasa da büyük olasılıkla genetik nedenlere bağlı olacağını öne sürmüştür (Still'den aktaran, Lange ve ark., 2010). Birinci dünya savaşından sonra Still'in tanımladığı belirtileri gösteren çocuklar sırasıyla, Kahn ve Cohen tarafından "Organik Kökenli" ve beyin sapındaki hasara bağlı, (Kahn ve Cohen, 1934), Bradley tarafından ise, "Minimal beyin disfonksiyonu ya da hasarı" şeklinde tanımlanmıştır. Clements ve Peters, 1960 yılında yaptıkları araştırmada hiperaktivite bozukluğu olan çocukların beyinlerinin yalnızca küçük bir kısmında hasar olduğunu ortaya koymuşlardır (Clements ve Peters'tan aktaran Tuğlu ve Şahin, 2010). 20. Yüzyıldan sonra, DEHB tedavilerinde barbitüratlar, amfetaminler ve antipsikotikler kullanılmaya başlanmıştır. Tarihte ilk kez Bradley 1937 yılında, hiperaktif çocuklarda benzedrinin (rasemik amfetamin sülfat) olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Bradley, 1937). 1970'lerden sonra, DEHB için yaygın olarak metilfenidat kullanılmaya başlanmıştır (Spencer ve ark. 2007). Bilimsel sınıflandırma, DSM-II'de 'çocuğun hiperaktif reaksiyonu' olarak tanımlanmıştır (APA, 1968). DSM-III'de hastalığın ana belirtileri, 'dikkat eksikliği', 'dürtüsellik' ve 'hiperaktivite' olarak tanımlanmıştır. Hastalık, DSM-III-R'de 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' olarak tanımlanmıştır ve çocukların %30 civarının yetişkinlikte de bu belirtileri devam ettirdiği belirtilmiştir. (APA, 1980). DEHB, DSM-IV'te 'Yıkıcı davranış bozuklukları'nın içerisinde konumlandırılmıştır (APA, 2000). DSM-V'te ise DEHB 'Nörogelişimsel bozukluklar' başlığı altında yer alarak DEHB'nin yaşam boyu bir bozukluk olduğuna vurgu yapılmıştır. (APA, 2013).

1.2.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuklarda en sık görülen bozukluklardan biridir (National Institutes of Health, 2012). Yüksek oranda, çocuklukta tanı alınmasına rağmen küçük yaşlarda fark edilmesi oldukça güçtür. Belirtiler, okul çağlarında daha sık fark edilmektedir. Belirtiler arasında, ayrıntılara dikkat etmeme, sık sık eşyalarını kaybetme veya unutma, uzun yazılar okuyamama, yerinde duramama, dikkat gerektiren sorumlulukları tamamlayamama, ödevlerini veya verilen görevleri tamamlayamama, odaklanma ve organize olmada problemler bulunmaktadır. Bu problemler anaokulu veya ilkokul çağlarında fark edilir ve DEHB tanısı konulur (Öncü ve Şenol, 2002).

1.2.1. DSM-IV'e Göre DEHB Tanı Ölçütleri

DSM-V'e göre DEHB belirtileri 'Dikkat eksikliği', ve 'Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik' adı altında iki başlığa ayrılmaktadır. DEHB tanısının

konulması için, dikkat eksikliği semptomlarından altı ya da daha fazlasının en az altı ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı olarak sürmesi, Hiperaktivite/İmpulsivite semptomlarından 6 ya da daha fazlasının en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı olarak sürmesi gerekmektedir.

Dikkat Eksikliği

1. Yönergeleri başından sonuna kadar takip edemezler,
2. Dikkatlerini yaptığı işe ya da oyununa vermekte zorlanırlar,
3. Evde ya da okulda yapacağı işler ve aktiviteler için gereken malzemeleri kaybederler,
4. Siz konuşurken dinlemez gibi görünürler,
5. Detayları gözden geçirirler,
6. Düzensiz görünürler,
7. Uzun süre zihinsel çaba gerektiren işleri yapmakta zorlanırlar ve bunlardan kaçınırlar,
8. Unutkandırlar,
9. İlgileri kolayca başka yöne kayar.

Hiperaktivite/İmpulsivite

1. Yerinde duramazlar,
2. Oturması gerektiği halde oturamazlar,
3. Sessiz sakin oyun oynamakta güçlük çekerler,
4. Yerli yersiz koşup tırmanırlar,
5. Çok konuşurlar,
6. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştirırlar,
7. Her zaman bir şeylerle uğraşırlar,
8. Sırasını beklemekte zorlanırlar,
9. Olaylara ya da konuşmalara müdahale edip yarıda keserler.

1.2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Görünümleri

DSM-V DEHB tanı ölçütlerine göre, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun üç görünümü bulunmaktadır. Bunlar; dikkat eksikliğin ön planda olduğu görünüm, hiperaktivite/impulsivitenin ön planda olduğu görünüm ve dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik birlikte görüldüğü birleşik görünümdür. Görünüm kavramı, DSM-V ile gündeme gelmiştir.

Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Görünüm

DSM-V'e göre, dikkat eksikliği alt kriterlerinin en az 6'sının, en az 6 ay süresince

devam etmesi ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt kriterlerinin görülmemesi veya belirtilerin 6'dan az olması gerekmektedir. Kız çocuklarında erkek çocuklara oranla daha sık rastlanır.

Hiperaktivite/İmpulsivitenin Ön Planda Olduğu Görünüm

DSM-V'e göre, aşırı hareketlilik-dürtüsellik alt kriterlerinin en az 6'sının, en az 6 ay süresince devam etmesi ve dikkat eksikliği alt kriterlerinin görülmemesi veya belirtilerin 6'dan az olması gerekmektedir. Kişinin yaşa uygun gelişim ve hareket düzeyi göz önüne alınmalıdır. Erkek çocuklarında kız çocuklara oranla daha sık rastlanır.

Birleşik Görünüm

DSM-V'e göre, her 2 alt başlığa ait kriterlerinin en az 6'sının, en az 6 ay süresince devam etmesi gerekmektedir. Görülme sıklığında cinsiyet dağılımlarına göre bir farklılık yoktur.

1.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu DSM-IV ve DSM-V Tanı Ölçütleri Farklılıkları

DSM-V'te tanı ölçütleri günlük hayattan örnekler vererek açıklanmıştır. Semptomların neden olduğu bozulmaların yaş sınırı, yedi yaş öncesi yerine 12 yaş öncesinde az da olsa görülen şekilde değiştirilmiştir. DSM-IV'ten farklı olarak DSM-V'te on yedi yaşından büyükler için, DEHB tanısı için belirtilerin en az altısının karşılanması gerekirken bu sayı DSM-V'te beşe düşürülmüştür. DSM-V'te bozukluğun alt grupları için 'Tip' kelimesi yerine 'Görünüm' kelimesi kullanılmıştır. Aynı zamanda, Otistik Spektrum Bozukluğu'nun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ile komorbid bozukluk olamayacağı belirtilmiştir. DEHB, DSM-IV'de 'Bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar' başlığı altında yer alırken, DSM-V'de 'Nörogelişimsel bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır, (APA,2014).

1.2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Komorbidite ve Ayırıcı Tanı

DEHB tanısı çoğunlukla diğer nörogelişimsel bozukluklar veya psikiyatrik bozukluklar ile komorbid olarak görülür. DEHB'nin tek başına görülmesi oldukça nadirdir. DEHB çoğunlukla Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Duygudurum Bozuklukları (DDB), Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Öğrenme Bozuklukları (ÖB), Mental Retardasyon (MR), Davranım Bozuklukları (DB) ve Uyum Bozuklukları (UB) ile birlikte görülebilmektedir (Ercan, 2010). Ayrıca,

DEHB tanısı alan kişilerde madde ve alkol kullanımı, yeme bozuklukları da birlikte görülebilir. DEHB tanısı konulurken ayırıcı tanılara (yaş, belirti sıklığı vb.) dikkat edilmelidir. DSM-IV'e göre DEHB için olası ayırıcı tanılar psikiyatrik olanlar ve olmayanlar olarak 2 grupta belirtilmiştir. Psikiyatrik olmayan hastalıklar içinde görme ve işitme bozuklukları, nöbetler, kafa travması sekeli, akut ve kronik fiziksel rahatsızlıklar, kötü beslenme, uyku bozukluklarına bağlı olarak yetersiz uyku, fenobarbital, karbamazepin, antiastmatik ilaçların kullanımı bahsedilirken, ayırıcı tanısı yapılması gereken psikiyatrik bozuklukların başında depresyon, anksiyete bozuklukları, öğrenme güçlükleri, bipolar affektif bozukluk tanımlanmıştır. DSM-V'te ise, Otistik Spektrum Bozukluğu'nun DEHB ile komorbid olarak görülebileceği belirtilmiştir. Avrupa genelindeki çocuk ve ergenler üzerinde yapılan ve 24 ay süren araştırmaya göre, DEHB tanısı alan 4-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin %67'sinde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKB), %46'sında Davranım Bozukluğu (DB), %44'ünde Anksiyete, %33'ünde Depresyon, %8'inde Tik Bozukluğu, %1'inde ise Tourette Sendromu görülmektedir (Steinhausen, 2006). DEHB'yi Duygu Durum Bozuklukları (DDB) ve Uyum Bozuklukları (UB)'ndan ayıran temel özellik belirti başlangıç yaşıdır. DEHB anaokulu veya ilkokulu çağında kendini göstermeye başlarken DDB ve UB çoğunlukla ergenlikte ve yetişkinlikte kendini göstermeye başlar. 2006 yılında yapılan uzun süreli kontrollü araştırmada, DEHB tanısı alan kadın ve erkek yetişkinlerin psikiyatrik sonuçları değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, DEHB tanılı erkekler ve kadınların, antisosyal, bağımlılık, duygudurum ve anksiyete bozuklukları açısından eşlik eden kontrol grubuna göre yaşam boyu daha yüksek risk taşıdıkları ortaya konulmuştur (Biderman ve ark., 2006).

1.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dünyada çocukluk çağında görülen en sık tanısı konulan bozukluklardan biridir (National Institutes of Health, 2012). Bu denli yaygın ve önemli bir konu olması sebebiyle DEHB hakkında bir çok araştırma yapılmış ancak yaygınlık ve sıklığı hakkında ortak bir görüş ortaya konulamamıştır. Bunların sebepleri arasında, çalışmalarda tanı koyma ölçütlerinin farklılığı, farklı yöntemler kullanılması, bilgi alınan kaynak, örneklem ve bölge farklılıkları örnek gösterilebilir (Lima ve ark., 2007). Yapılan meta-analiz çalışması sonucunda DEHB'nin dünya üzerindeki prevalansı %5.29 olarak bulunmuştur (Polanczyk, de Lima ve ark., 2007). Bir başka meta-analiz çalışmasında ise DEHB sıklık oranı yetişkinlerde %5, çocuk ve ergenlerde ise %5.9-7 olarak saptanmıştır (Willnut, Nigg

ve ark., 2012). ABD’de 8-15 yaş arası 3082 çocuğun katıldığı bir araştırmada DEHB görülme sıklığı %8.7 olarak saptanmıştır (Froehlich ve ark., 2007). ABD’de Çocuk Sağlığı Ulusal Anketi verilerine göre DEHB tanısı almış çocuk sayısı 2003 yılında %7.8 iken, 2007 yılında %9.5’e yükselmiştir. Tedavi oranı ise %66 olarak saptanmıştır (Visser SN ve ark., 2010). Türkiye’de de DEHB sıklığını belirlemek adına çalışmalar mevcuttur (Erşan ve ark., 2004; Ercan, 2010; Gul ve ark., 2010; Güler ve ark., 2014). Ancak bu çalışmaların sayısı yeterli değildir. Sivas’ta yapılan bir çalışmaya göre DEHB prevalansı %8.1 olarak saptanmıştır (Erşan ve ark., 2004). İstanbul’da 3 farklı okulda, 7-14 yaş arası 33110 çocuk ve ergenin katıldığı bir araştırmada, DEHB sıklığı aile ölçekleri analiz edildiğinde %2.7-%9.6 öğretmen ölçekleri analiz edildiğinde ise %2-%10.1 olarak saptanmıştır (Güler ve ark., 2014). Ercan tarafından 2010 yılında yapılan bir araştırmada ise DEHB prevalansı %13.38 olarak saptanmıştır (Ercan, 2010). Trabzon’da 6-12 yaş arası 1126 ilkokul öğrencisinin katıldığı bir araştırmaya göre DEHB prevalansı %8.6 olarak bulunmuştur (Gul ve ark., 2010). 2013 yılında ülkemizde yapılan kapsamlı bir araştırmaya göre DEHB prevalansı %12 olarak bulunmuştur (Ercan ve ark., 2013). Toplumsal örneklemler araştırmalarda kız/erkek oranı 1:2 olarak, klinik araştırmalarda ise 1:5’den 1:9’a değişen oranlardadır (Gershon ve Gershon 2002). Yapılan cinsiyet araştırmalarında kızlarda daha çok dikkat eksikliğinin ön planda, erkeklerde ise hiperaktivite ve yıkıcı davranış problemlerinin ön planda olduğu saptanmıştır. Kız/erkek oran farklılıklarına bu klinik farklılığın neden olduğu düşünülmektedir (Barbesi ve ark., 2002; Gershon ve Gershon 2002; Gul ve ark., 2010). Kızlar ve erkeklerde ortaya çıkan bu farklılık üzerine bir diğer düşünce ise kız çocuklarında görülen dikkat eksikliği alt tipinde hiperaktivite ve dürtüsellik gibi dışa vurulan davranışlar söz konusu olmadığı için bu durum ebeveynler tarafından ihmal edilebilmektedir (Kayaalp, 2008).

1.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi

DEHB, nedeni kesin olarak bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Bozukluğun nedeni olarak genetik ve çevresel etkenler üzerinde durulmuştur. DEHB’nin biyopsikososyal nedenlerden dolayı ortaya çıktığı düşünülmektedir. DEHB üzerine yapılan ilk çalışmalarda, genetik etmenler çevresel etmenlerden daha çok ön planda tutulmuştur. Sebepler biyopsikososyal etmenlerden birine bağlanamasa da her bir hipotezi destekleyecek kanıtlar mevcuttur. Bu hipotezlere, genetik nedenler, doğum sırasında ya da sonrasında yaşanan problemler, beyin işlevindeki problemler ve

çevresel etkenler örnek gösterilmektedir. Kanıt gösterilen hipotezlerden biri olan çevresel etmenler arasında, düşük sosyoekonomik düzey, aile içi sorunlar, ihmal edilme ve olumsuz yaşam olayları yer almaktadır (Weiss, 1996). DEHB'nin etiyojisi tek bir etmene bağlanamadığı gibi, daha iyi anlaşıldığında çok etkenli olma ihtimali yüksektir (Öncü ve Şenol, 2002).

1.4.1. Genetik Etmenler

DEHB etiyojisi, medikal ve psikoloji alanlarında araştırılan popüler bir konu olmaya devam etmektedir. Genetik etmenler üzerinde yapılan çalışmalar kardeş, aile ve ikiz çalışmalarına dayanmaktadır. DEHB olan çocukların birincil dereceden akrabalarında da bozukluğun sık olduğu bulunmuştur (Timimi, 2005). Kardeşlerde, DEHB ile karşılaşma oranı %30-35 arası iken DEHB'nin birinci dereceden akrabalarda görülme riski normalin 6-8 kat üstündedir. Bu risk kadın ve erkek akrabalar için farklılık göstermemektedir. (Faraone ve ark., 2000). İkizlerde yapılan çalışmalarda ise, çift yumurta ikizlerinde göre (%31-%38) tek yumurta ikizlerinde (%58-%82) DEHB oranı daha yüksektir. Geçmişte yapılan çalışmalarda DEHB'nin önemli miktarda kalıtsal olduğuna dair kanıtlar sunmakta olsa da genetik geçişin şekli ile ilgili hala net bir sonuç bulunamamıştır (Levy ve ark., 1997; Levy ve ark., 2001; Sherman ve ark., 1997; Willcutt ve ark., 2000). DEHB, farklı birçok genin birbiriyle etkileşimi sonucu ortaya çıkmış bir bozukluktur. Yapılan moleküler ve genetik araştırmaları D2,D3,D4,D5 reseptörleri ve dopaminlerle ilişkili bazı genlerin etkili olabileceğini göstermiştir. DEHB üzerinde yapılan araştırmalarda en fazla üzerinde durulan genler D4 ve DAT1 (dopamin taşıyıcısı 1) genleridir. Ancak bu genlerin etkisi hakkında kesin bir sonuca ulaşmak henüz mümkün değildir (Öncü ve Şenol, 2002). Ayrıca norepinefrin modülasyonun sağlayan genlerin ve dikkat döngüsünün modülasyonunda etkin bir rolü olan katekolaminlerin etkilendiğini gösteren kanıtlar mevcuttur (Kayaalp, 2008). DEHB olan çocuklarda, silik nörobiyolojik bulgular sık görülmektedir. Yapılan araştırmalarda rostrum ve rostral cisminin DEHB olan çocuklarda belirgin derecede küçük bulunması, DEHB'de frontal lob gelişimi ve işlevinde bozukluk olduğunu göstermiştir. Frontal lobun görevleri arasında, verilen bilgileri sıraya koyma, davranışları denetleme, uygun olmayan reaksiyonları bastırma, gelecek için plan ve organizasyon yapmak bulunmaktadır. Bunların bir diğer adı olan 'yürütücü işlevlerin' temelinde dikkati başlatmak, sürdürmek ve başka yere yönlendirmek de bulunmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002). Bu açıdan frontal lob hasarı olan bireyler DEHB tanısı almış bireyler ile

benzer semptomlar göstermektedir.

1.4.2. Çevresel Etmenler

DEHB'nin nedeni henüz tam olarak kesinleşmese de çevresel etmenlerin de büyük ölçüde etkili olduğu düşünülmektedir. Çevresel etmenlerle ilgili kapsamlı araştırmalar yapılmıştır (Boris ve Mangel, 1994; Zapitelli ve ark., 2001). Çevresel etmenlerin de DEHB'nin gelişiminde sorumlu olabileceği düşünülmüştür. Bunlar içinde prenatal ve perinatal sorunlar, kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri, şeker zehirlenmesi, boya maddeleri ve koruyucular gibi etmenler öne sürülmüştür. Ancak yapılan araştırmalar sonucunda kesin bilimsel sonuçlara ulaşılamamıştır (Boris ve Mandel, 1994; Wolreich ve ark., 1994; Faraone ve Biederman, 1998). Boris ve Mandel'in yaptığı araştırmalar sonucu boya ve koruyucu gibi gıda katkılarının DEHB'nin artmasında etkili olduğu bulunmuştur (Boris ve Mandel, 1994). Aynı şekilde, Kanakerk ile Wolraich ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yüksek miktarda şeker tüketiminin DEHB'nin artmasında etkili olduğu öne sürülmüştür (Kanarek 1994; Wolraich ve ark., 1994). Ancak Connors 1980 yılında katkılı yiyeceklerin diyetten çıkarılması ile ilgili yaptığı araştırmalarda bunun DEHB ile ilgisi olmadığını göstermiştir (Connors, 1980). Fazla şeker tüketiminin DEHB üzerinde etken olduğu öne sürülse de uzun süreli ve sistematik yapılan araştırmalar şeker tüketimi ile DEHB arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (Faraone ve Biederman, 1998). DEHB belirtilerinin ortaya çıkmasında toksinler de sorumlu tutulmuştur. Minder ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre kurşun zehirlenmesi olan çocuklar dikkat eksikliği, huzursuzluk ve aşırı hareketlilik gibi belirtiler gösterebilmektedir (Minder ve ark., 1994). Ancak DEHB tanısı almış çocukların bir kısmı kurşun ile hiç temas etmemiş olduğu gibi, kurşun zehirlenmesi geçirmiş çocukların bir kısmı da DEHB belirtileri göstermemektedir (Öncü, 2002). Doğum öncesi, sırası ve sonrasında yaşanan olumsuz olayların etkisinin DEHB üzerindeki etkileri de araştırılmaktadır. Annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasındaki tıbbi durum ve doğum komplikasyonlarının çocuktaki DEHB için risk oluşturduğu belirtilmiştir (Firestone ve Prabju, 1983). DEHB ile ilişkili olabilecek bazı olumsuz faktörler şunlardır: anne yaşı, annenin sağlığının bozuk olması, düşük doğum ağırlığı, doğum öncesi kanamalar, perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterin rubella, enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit ve yeme bozuklukları (Biederman, 1998). 2001 yılında Zapitelli ve arkadaşları tarafından bir metaanaliz çalışması ile 1976-2001 yılları arasında yayınlanan 51 makale incelenmiştir. Bulunan

sonuçlara göre, DEHB'li çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha fazla maruz kaldıkları bulunmuştur (Zapitelli ve ark., 2001).

1.4.3. Psikososyal Etmenler

DEHB'nin etiolojisinde genetik ve çevresel etmenlerin yanı sıra psikososyal etmenler de araştırılmıştır. Ancak psikososyal nedenlerin birincil sıralamada olduğu düşünülmemektedir (Öncü, 2002). Yapılan çalışmalarda erken yaşta kayıp ve ayrılıklar yaşayan çocuklarda DEHB belirtileri görülmüştür (Arnold ve Jensen, 1995). Aynı zamanda, herhangi bir zeka geriliği tanısı almamalarına rağmen kişisel ve profesyonel yaşamlarında beklenenin daha altında başarıya sahip oldukları gözlemlenmiştir (Gill ve Bhatt, 2016).

1.4.4. Katkısal-Etkileşim Modeli

DEHB'de etiyojolojiyi açıklayacak tek bir model olmadığı için Arnold ve Jensen Katkısal-Etkileşim Modeli'ni öne sürmüşlerdir (Arnold ve Jensen, 1995). DEHB belirtileri genellikle stres altında, kişinin alışık olmadığı ve yapılan görevin karmaşık olduğu durumlarda şiddetlenmektedir. Katkısal-Etkileşim Modeli'ne göre, çocuğuna stressiz ve elverişli bir ortam hazırlayabilen ebeveynler, çocuklarının DEHB belirtileri ile başa çıkmasına yardımcı olabilir. Ancak muhtemelen DEHB tanılı olan çocukların ailelerinde de benzer genetik yatkınlık söz konusu olacaktır. Bu esnada anne ve baba iyi niyetli olsa bile evde yeterli güvenli ortam oluşamayabilir. Evdeki bu karmaşık ortam var olan DEHB belirtilerini şiddetlendirebilir veya komorbid bir durum ortaya çıkarabilir. Arnold ve Jensen'in yaptıkları araştırmalara bakarak bu modelin, DEHB'nin modern toplumlarda sorun haline gelmesini de açıklamaya yardımcı olduğu görülebilir. Günümüzün karmaşık ortamında televizyon, video ve bilgisayar oyunları, okul sonrasında yapılan etkinlikler ve sürekli değişen bakım verenler, çocuğun dikkat sistemlerinde regülasyon problemi ortaya çıkarabilmektedir. Bunun sonucunda, daha karmaşık bir uyarılma sistemine alışık olan çocuk okul ve derslerde uyarılara yanıt vermede yetersiz kalabilmektedirler (Arnold ve Jensen, 1995).

1.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

DEHB'nin, yaşam işlevselliğini bir çok alanda etkilediği bilinmektedir. DEHB'nin tedavisi için bir çok etkili yöntem kullanılmaktadır. Tedavi yaklaşımında, duruma göre psikoterapiler, psikososyal müdahaleler, aile, okul ve çevrenin bilgilendirilmesi ve ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Güncel ve etkili olan tedavide ilaç ve psikoterapinin bir arada olması önemlidir (Dombeck, 2007). Vitamin takviyeleri,

gevşeme teknikleri, diyet ve 'biofeedback' gibi yöntemler bir çok araştırmada bahsedilmiş ancak sistematik olarak ele alınmamıştır (Kayaalp, 2008). Tedavinin ilk hedefi sosyal, bilişsel ve davranışsal alanlarda etki sağlamaktır. Aynı zamanda tedavi tipi yaşa göre de değişmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin 2011 yılında güncellediği kılavuza göre okul öncesi (4-5) yaş döneminde öncelikli olarak davranış terapisi ve aile eğitimi önerilmektedir. Cevap alınmazsa ilaç tedavisi (metilfenidat) kullanımı eklenebilir. İlkokul çağında ve ergenlik döneminde orta ve ağır şiddette DEHB'de (6-18) tedaviye ilaç tedavisi ile başlanmalı ve davranış terapisi ile aile eğitimi eklenmelidir. Birçok ebeveyn ilaç tedavisi ile ilgili endişeler taşımaktadır. Bunun sebebi ilaçların yan etkileri ve kırmızı reçete ile satılıyor olmalarıdır (Ercan ve ark., 2012). Çocuk ve ergenlerde oluşturulacak tedavi şeklinde ailenin fikirlerine de önem verilmelidir (Wolraich ve ark., 2011).

1.5.1. İlaç Tedavisi

20. yy'dan itibaren DEHB tedavisinde ilaç kullanımının olumlu etkileri saptanmıştır (Spencer ve ark., 2007). DEHB'nin ilaç tedavisinde sıkça kullanılan ilaçlar merkezi sinir sistemini uyanan metilfenidat, amfetamin ve pemolinedir. Amerika Gıda ve İlaç Birliği (FDA), psikostimülan grubuna giren amfetamin tuzlarının 3 yaşından, metilfenidatın ise 6 yaşından sonra kullanılmasını onaylamıştır. Türkiye'de çocuklar için en sık tercih edilen ilaç olan metilfenidat (MPH) kullanımı ile DEHB'lilerin %75'inde belirgin düzelme görülmektedir. Bireye uygun dozu belirlemek amacıyla en düşük dozda başlanır ve yan etkileri takip edilerek doz yükseltilir. Tavsiye edilen günlük doz 0,03-1 mg/kg'dır. En sık rastlanan yan etkiler; iştahsızlık, baş ve karın ağrısı, mide bulantısı, uykusuzluk ve kilo kaybıdır. (Shaw ve ark., 2012). İlaçların etkisi, yan etkileri, kullanım süresi bireyden bireye değişmektedir.

1.5.2. Psikoterapi ve Psikososyal Tedavi

İlaç tedavisine ek olarak DEHB semptomlarının azalması psikoterapi ve psikososyal destek ile de ele alınmalıdır. Yalnızca ilaç tedavisi yeterli değildir. DEHB'nin bireye getirdiği zorluklar için psikolojik destek verilmelidir. Bu etaptaki müdahalelerde aile eğitimi, aile terapisi, davranış tedavileri, bireysel terapi yaygın olarak kullanılmaktadır (Selçuk, 2000). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sorunu olan çocukla birlikte aile ve okul çevresi de bu durumdan etkilenmektedir. Bozukluk ilk olarak aile içerisinde ortaya çıkan sorunlarla fark edilir. Aile terapisi ve aile eğitimi kullanılarak aileye DEHB hakkında bilgi verilmesi, ailedeki yıpranan

ilişkilerin düzenlenmesi ve aile işlevselliğinin artırılması ilk hedef olmalıdır. Aile eğitimi programları çerçevesinde, ebeveynlik becerilerinin ve güveninin artırılması, aile ilişkilerinin düzeltilmesi, bozukluğun hem birincil hem de ikincil belirtilerinin azaltılması ve stresin azaltılması amaçlanır.

Sonuga-Barke'nin (2001) yaptığı araştırmada aile eğitimi ve aile desteği ile ebeveynlerin, çocuklarının davranışlarının nedenlerini ve bu davranışları nasıl denetleyebileceklerini öğrendiklerinde, çocuklarındaki semptomların azalmasına destek sağladıkları belirlenmiştir (Sonuga-Barke ve ark., 2001).

Aile yaşamından sonra, DEHB semptomlarının en fazla görüldüğü ve çocukların yaşamının etkilendiği ortam okuldur (Türe, 2010). Çocuk için belli kurallara uyması ve bir program çerçevesinde hareket etmesi gereken yer okuldur. Tedavi sürecinde okulla iş birliği yapılmalıdır. Sıkıcı gelen etkinliklerin saptanması ve sınıfta bazı düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Oturduğu sıranın yerini belirlemek, dış etkenlerden arındırmak, kapı veya pencereden uzak oturmasını sağlamak gibi düzenlemeler için öğretmenlerin desteği gerekmektedir. Bu esnada öğretmene büyük bir görev düşmektedir. Aynı zamanda, öğretmenin ders esnasında uyarıların, çocukla iletişiminin nasıl olması gerektiğine dair bir psikolog ya da rehber öğretmen tarafından bilgilendirilmesi gereklidir. Tedavi esnasında, aile ve öğretmenle işbirliği yapılarak tutarlı olunmalıdır. DEHB olan çocukların öğretmenlerinin okulda üç aşamalı bir stratejiyi izlemesi önerilmektedir; çocuğun kendine özgü ve yetenekli alanlarının belirlenmesi, uygun öğretim stratejilerinin belirlenmesi, belirlenen öğretim stratejileri çerçevesinde uygun aktivitelerin belirlenmesi (Türe, 2010). Yapılan bu müdahalelerle semptomların azalma süreci hızlandırılacaktır. DEHB olan çocuklar, okulda ve sosyal hayatta sahip oldukları arkadaş ilişkilerinde problemler yaşayabilirler. Bu esnada, sosyal ilişkilerde yaşanan sorunların azalması için aile ve öğretmen ile iş birliği içerisinde olunmalıdır. Eğitimde, uygun bir şekilde sohbete katılma ve sonlandırma, yönergeleri takip etme, empati kurma, oyun oynama ve paylaşım gibi becerilerin geliştirilmesi amaçlanmalıdır. Oyun terapisi ve davranış terapisi ile çocuğa ilişkiler için gerekli olan farkındalık kazandırılabilir. Davranış değiştirme, DEHB tedavisinde sıkça kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntem ile sosyal ve fiziki çevre uygun bir hale getirilerek, istenmeyen davranış istenilen davranış ile değiştirilir (Fabiano ve ark., 2008). DEHB tedavisinde, aile ve okul destekli müdahalelerin DEHB'li çocuk ve ergenler üzerinde semptomları azaltmaya yönelik olumlu etki yarattığı saptanmıştır

(Barke ve ark., 2001; Dupaul ve ark., 2006).

1.5.3. Multidisipliner Tedavi

Multidisipliner yaklaşım ile Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu, tıbbi yöntem, psikososyal tedavi ve okul işlevselliği olarak üç ana yönden bir arada ele alınır (Gündoğdu ve ark., 2016). Bu süreçte aile, okul ve klinisyenin tutarlı olarak birlikte çalışması büyük önem taşır. Tıbbi yöntem ile çocuğun hangi DEHB alt tipine sahip olduğu belirlenir. Psikososyal tedavi ile davranışsal tedavi yöntemleri uygulanır. Okul işlevselliğinde ise çocuğun eğitim hayatındaki sorunlara yönelik düzenlemeler yapılır ve öğretmenler DEHB hakkında bilgilendirilir (Gündoğdu ve ark., 2016).

1.6. Aleksitimi

Aleksitimi, duyguları tanıma, tanımlama ve ayırt edebilme güçlüğü olarak bilinen bir kişilik özelliğidir (Çam Çelikel ve ark., 2009). Literatürde ilk kez Sifneos tarafından 1972 yılında ‘duygulara dair sözün olmayışı’ şeklinde tanımlanmıştır (Oktay ve Batıgün, 2014). Canlıların kendi varlıklarını ortaya koyabildikleri bir araç da duygulardır. Bireyler üzülebilmekte, korkabilmekte, mutlu olabilmekte ve kızabilmektedirler. Kişinin duygularının yaşam kalitesine olan etkisi oldukça büyüktür. Aleksitimik kişiler genelde duygularını ifade edemezler ve fiziksel belirtilerle göstermeye çalışırlar (Çam Çelikel ve Saatçioğlu, 2002). Aleksitimi kavramı ilk olarak psikosomatik hastaların kişilik özelliklerini tanımlamak için kullanılsa da (Bach ve Bach, 1995), daha sonra yapılan araştırmalar aleksitiminin yalnızca psikosomatik hastalara özgü olmadığını keşfetmiştir. Aleksitimi sağlıklı görülen popülasyonda da görülebilmektedir (Bankier ve ark., 2001; Helmes ve ark., 2008).

1.6.1. Aleksitimi Nedenleri

Aleksitiminin nedenleri üzerine çok fazla araştırma yapılmış olup olası üç nedenden söz edilmiştir. Bunlar; genetik, çevresel ve sosyo-kültürel etkenlerdir (Şaşıoğlu ve ark., 2013).

1.6.2. Aleksitimik Bireylerin Özellikleri

Aleksitimik bireyler, yaşadıkları duyguları hatırlayabilme, düşünme, konuşabilme ve davranışları eyleme dökebilme yetisine sahip olup temel düşünceleri ile duyguları arasında bağlantı kuramayan bireylerdir. Aleksitimik bireylerin özellikleri; ‘duyguları fark edip ifade etmede güçlük’, ‘hayal kurmaktan yoksun olma’, ‘dış merkezli bilişsel yapı’ ve ‘işlemsel düşünme’ olarak tanımlanmaktadır

(Batıgün ve Büyükşahin, 2008). Yapılan araştırmalarda, aleksitimik özelliklerin görülme olasılığının kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Levant ve ark., 2009).

1.6.3. Aleksitiminin Kuramsal Altyapısı

Aleksitimi temellerinin dayandığı kuramlar; Nörofizyolojik yaklaşım, psikanalitik yaklaşım, bilişsel yaklaşım ve sosyo-kültürel yaklaşım olarak adlandırılmaktadır.

1.6.3.1. Nörofizyolojik Yaklaşım

Nörofizyolojik yaklaşıma göre aleksitimi, limbik sistemden neokortekse giden duyuşsal uyarıların engellenmesi sonucu, beynin yarım küreleri arasında oluşan bir kopukluktur (Hoppe ve Bogen, 1977).

Lane ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre, aleksitimi beynin ön kabuğunda meydana gelen bir bozukluk olarak tarif edilmektedir. Beynin ön kabuğunun duyguları işleme ve tepki verme sürecinde önemli bir rolü olduğu keşfedilmiştir (Lane ve ark., 1997).

Taylor, Burgess ve Simpson'ın beyin yarım kürelerinin uzmanlaşmasına dair yaptıkları araştırmada, aleksitimik bireylerin uzmanlaşmasının sol yarım kürede olduğunu ve bunun da aleksitimik bireylerde görülen kısıtlılık, hayal gücü yoksunluğu, katı düşünce yapısı ve panik bozukluk gibi belirtilere sebep olduğunu öne sürmüşlerdir (Taylor, 1984; Burgess C. ve Simson, 1988).

Son yıllarda aleksitimi hakkında nörobiyolojik çalışmalar devam etmektedir. Moriguchi ve arkadaşları, aleksitiminin medial prefrontal kortekste hipoaktiviteyle ilişkili olduğunu keşfetmiştir (Moriguchi ve ark., 2006). Aleksitimi alanında yapılan araştırmalardan elde edilen verilerin sonuçları karmaşık ve yetersiz olsa da gelecekte yapılacak araştırmalar ile aleksitiminin kuramsal altyapısına açıklık getirmek amaçlanmaktadır.

1.6.3.2. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik teorisyenler, sözel bir biçimde ifade edilemeyen çatışmaların somatizasyon olarak ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir. Psikanaliz acı verici algı ve duyguların bastırılmasının ve sözel olarak yansıtılmamasının sebebini sağlıklı ego savunmalarına ve yaşanan travmatik olaylara bağlar. Psikanalitik yaklaşımda, bu kavramın aleksitimi için de geçerli olduğunu görürüz (Şaşıoğlu ve ark., 2013).

Psikanalitik kuram aracılığı ile aleksitimi üzerinde çalışanlar, erken dönem anne-bebek ilişkisinin aleksitimi üzerinde etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir (Krystal,

1979; McDougall, 1982; Von Rad, 1984). McDougall'a göre, erken dönem anne-bebek ilişkisindeki bozukluk çocuğun içsel temsil yapmasını ve imge kurma yeteneğini engeller (McDougall, 1982).

Corcos ve Sperenza da erken anne-bebek ilişkilerinde, anne imgesini kurması için desteklenmeyen bebeklerin ileriki dönemde ihtiyacı olan hayal kurma ve fantezi yaratma becerisinden mahrum kalacağını öne sürmektedir (Tyche ve ark., 2010).

Von Rad'a göre ise aleksitimi, nesne ilişkileri kuramından yola çıkılarak ayrılma-birleşme döneminde yaşanan aksaklık sonucunda ortaya çıkan kimlik ve öz temsil duygusunun eksikliğinden ortaya çıkmıştır (Von Rad, 1984).

Kyristal ise erken çocukluk döneminde ebeveynin çocuğun duygusal iletişim kapasitesini geliştirmeye yönelik çalışma yapmamasının aleksitimiye neden olabileceğini öne sürmüştür. Ailenin kurduğu ilişkilerin, ailenin çocuğun duygusal yaşantısını tanıyıp zenginleştirmesi çocuğun duygusal iletişim kapasitesini geliştirmeye yardımcı olur. Bu etapta aleksitimi, çocukluk döneminde yaşanan gelişimi engelleyici ve yıkıcı olaylara bağlanmaktadır (Krystal, 1979).

Wolff ise, çocuğun kendisini ve duygularını anlatmasını engelleyen ebeveyn yaklaşımının aleksitimiye neden olduğunu öne sürmektedir. Duygularını yakınları ile paylaşamayan çocuk duygusuz ilişkiler içerisinde olur ve sahte bir benlik geliştirir. Ebeveyn tarafından yapılan bu baskılar çocuğu duyguları tanıyamama ve anlamlandıramamaya yöneltir (Wolff, 1977).

1.6.3.3. Bilişsel Yaklaşım

Aleksitimi'yi bilişsel yaklaşım üzerinden yorumlayan araştırmacılar birçok farklı bilgi öneri sürmüşlerdir. Beck'e göre, bireyde oluşan psikolojik sorunların sebebi uyarıların işlevsel olmayan bir bilişsel süreç sebebiyle çarpık algılanması ve gerçek dışı yorumlanmasıdır (Koçak, 2002). Aleksitimi, bilişsel yaklaşıma göre bu çerçevede açıklanmakta ve işlevsiz bilişsel süreçlerle ilişkilendirilmektedir (Şaşıoğlu ve ark., 2013).

Lazarus'a göre duygu, bilişsel değerlendirmeler sonucudur. Ona göre, çevre ile iletişimde yapılan bilişsel değerlendirmelerin sonucu, basitten karmaşığa doğru sıralanmaktadır. Lazarus'a göre, bilişsel değerlendirmelerin en ilkel biçimi dil öncesi, bilinç ve bilinçdışı, en gelişmiş biçimi ise bilinçtir (Koçak, 2002).

Pennebaker ise duygunun bilişsel süreçler içerisinde yeterince işlenememesi nedeniyle, kişinin duygusal uyarınları bedensel imgeler üzerinde odakladığını öne sürer. Lazarus, aleksitimi ile, kişinin kendisini yansıtmada eksikliği ve duygusal ket

vurmanın birbiriyle ilişkisi olduğunu söyler (Pennebaker, 1989).

Lane ve Schwartz'ın ortaya attığı kurama göre, duygu dediğimiz şey duygusal fark edilmiş bilişsel olarak işlenmesi sonucu oluşur. Piaget'in bilişsel gelişim modeline dayanarak geliştirilen bu kuramda, duygunun da tıpkı bilişsel gelişim modelindeki gibi beş adımdan geçtiği öne sürülür. İlk evrelerde duygular henüz bedensel nitelikte iken, üst çevrelerde ruhsal yaşantılar halindedirler. Lane ve Schwartz'a göre, aleksitimik bireyler bu gelişim evrelerinde ilk basamakta kalmışlardır (Stoudemire'den aktaran Sallıoğlu, 2002).

1.7. DEHB'de Aleksitimi

Son yıllarda, yetişkinler üzerinde aleksitiminin rolü ve farklı psikopatolojilerle ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan araştırmalarda, DEHB ile aleksitimi arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Yetişkin DEHB'lilerle yapılan çalışmalarda, DEHB'nin yol açtığı işlevsel olmayan duygu işlemenin kısmen aleksitimiye yol açtığı öne sürülmektedir (Friedman ve ark., 2003). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan kişilerin duygu ile ilişkili alanlarda açıklara sahip olabileceğini ve bozukluğun semptomlarının hem alıcı hem de ifade gücü yüksek güçlüklerin varlığına işaret ettiğini gösteren çeşitli kanıtlar bulunmasına rağmen çocuklarda yapılan araştırmalar yetersizdir (Rapport ve ark., 2002).

Barkley de, DEHB olan kişilerde duygusal yanıtların düzenlenmesinin olumsuz etkilendiğini öngörmektedir. (Barkley, 1997). Edel ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı ve DEHB'li 73 yetişkinin katıldığı araştırmada, katılımcıların %22'sinin aleksitimik özellikler gösterdiği bulunmuştur (Edel ve ark., 2010). Aynı şekilde yapılan araştırmalarda, DEHB'li yetişkinlerin duygusal yüz tanıma görevlerinde (Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi) kontrol grubuna göre daha fazla süreye ihtiyaç duyduğu ve daha yanlış cevaplar verdiği test edilmiştir (Rapport ve ark., 2002; Markovska-Simoska, 2010).

Çocuklarda yapılan araştırmalarda da, DEHB'li çocukların duygusal yüz tanıma görevlerinde (Yüzde Dışa Vuran Duyguları Ayırt Etme Testi) kontrol grubuna göre daha başarısız olduğu belirlenmiştir (Corbett ve Glidden, 2000; Cadesky ve ark., 2000). DEHB grubundaki çocukların kendi duygularını tanımada eksikliği olduğu bulunmuştur. Casey'nin 1996 yılında yaptığı araştırmada, DEHB grubundaki çocuklar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kendi duygularını tanıma yeteneklerinin azalmış olduğu bulunmuştur (Casey, 1996). Donfrancesco ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı araştırmada ise bulunan sonuçlar, aleksitimi ile

DEHB arasındaki ilişki üzerine önceden bilgi vermektedir. Bulgular, duyguları belirleme güçlüğü ile hiperaktivite / dürtüsellik arasındaki bir ilişkiyi işaret etmektedir (Donfrancesco ve ark., 2013).

1.8. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), kişinin performans gerektiren durumlarda veya sosyal ortamlarda başkaları tarafından yargılanacağına, aşağılanacağına ve küçük düşeceğine dair korku duyması ve bu korku sebebiyle sosyal ortamlardan kaçınmasıdır (Rapee, 2004). Literatürde ilk kez 1966'da Marks ve Gelder 25 bireyi incelemiştir. Bu kişileri restoranlarda yemek yemekten, karşı cinsle tanışmaktan utanan ve toplum içinde kızaran kişiler olarak gruplamış, bu kişilerin kaygı durumlarına göre anksiyeteyi gruplara ayırmıştır (Marks ve Gelder, 1966).

1.8.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Nedenleri

SAB'nun ortaya çıkma sebebi hakkında kesin bir kaniye varılmamasına rağmen öne sürülen genetik, biyolojik ve çevresel etkenler bulunmaktadır. Bunlar arasında sırasıyla; genetik faktörler, mizaç özellikleri, beta-adrenerjik sistem hiperaktivasyonu, ebeveyn özellikleri, bağlanma ve diğer çevresel etkenler örnek gösterilebilir (Demir ve ark., 2013).

1.8.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı

Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun epidemiyolojisi kültürel farklılıklar ve kullanılan yöntemlere göre değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış ve DSM-IV'e göre değerlendirilmiş olan Ulusal Epidemiyolojik Araştırma'da Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun 12 aylık ve yaşam boyu prevalansları sırasıyla %2.8 ve %5.0 olarak belirtilmiştir (Grant ve ark., 2005). Demir ve arkadaşlarının 2013'te yaptığı araştırmada Türkiye'de yaşayan ilk ve ortaokulda eğitim gören öğrencilerden seçilen bir örnekleme yapılan çalışmada ise Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun bu yaş grubundaki prevalansı %3.9 olarak bulunmuştur (Demir ve ark., 2013). Yapılan araştırmalarda kızlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü belirlenmektedir (Moutier ve Stein, 1999). Ülkemizde yapılan araştırmada kızlarda Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Demir ve ark., 2013).

SAB'nın genellikle ergenlik çağında başladığı ve 25 yaşında pik yaptığı bilinmektedir (Rapee ve Spence, 2004). Uygun tedavi edilmediğinde yaşamın bir çok yönünde sorunlara yol açmaktadır. Yaşanan sorunlar arasında; akademik başarıda düşme, arkadaş ilişkilerinde problemler, okul ve diğer sosyal çevrelerle ilişki

kurmada problemler, ilerleyen yaş dönemlerinde alkol ve madde kötüye kullanımı ve depresif bozukluklar gibi sorunlar bulunmaktadır (Steinert ve ark., 2013).

1.9. DEHB’de Sosyal Anksiyete Bozukluğu

DEHB ile sosyal anksiyete ve diğer kaygı bozukluklarının birlikteliğine sıkça vurgu yapılmaktadır (Kessler ve ark., 2006; Biederman ve ark., 1993a; Van Ameringen ve ark., 2010).

Erişkinlerde SAB ile DEHB eştanı çalışmaları yapılmıştır. Sobanski ve arkadaşları (2007) çalışmalarında DEHB tanılı hastalarda SAB eştanı oranını %18.6 olarak bildirmişlerdir. (Sobanski ve ark., 2007). Park ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin %29.3’ü SAB eş tanısı almıştır. SAB ile DEHB eş tanısı varlığına dair bulgular bulunmuştur (Park ve ark., 2011). Aynı şekilde Van Ameringen ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı araştırmada, SAB tanılı hastaların %27.9’unda DEHB eştanısı olduğu görülmüştür (Van Ameringen ve ark., 2010). Edel ve arkadaşları da (2010), DEHB tanısı almış 142 Alman yetişkin üzerinde yaptıkları araştırmada DEHB tanılı yetişkinlerin %40’ında SAB eş tanısı görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca SAB ve DEHB’nin, duygu işleme bozukluğu sonucu ortaya çıkan bozukluklar olabileceğini öne sürmüşlerdir (Edel ve ark., 2010).

Maalesef, çocuklar üzerinde yapılan DEHB ile komorbid anksiyete bozuklukları çalışmaları kısıtlıdır (Jarrett ve Ollendick, 2008; Jarrett, 2013). Çoğu araştırma anksiyete bozukluğunun DEHB belirtilerini nasıl etkilediğine odaklanmış olsa da, şaşırtıcı derecede az araştırma, DEHB varlığının kaygı belirtilerinin doğasını etkileyip etkilemediğini araştırmıştır.

Safren ve ark. (2001), 33 SAB hastasında çocukluk DEHB sıklığının % 3 olduğunu bildirmiştir (Safren, ve ark., 2001). Küçük örneklemlerle bir SAB örneğinde Mörtberg ve ark. (2012) çocuklukta DEHB semptomlarının, katılımcıların % 7.8’inde olduğunu bildirmiştir. Mancini ve meslektaşları (1999), 149 anksiyete bozukluğu hastasında çocukluk DEHB sıklığının % 19.5 olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada 34 SAB hastasının 12’sinde (% 35.2) çocukluk dönem DEHB olduğu tespit edilmiştir (Mancini ve ark., 1999).

Manassis ve ark., (2007) yaptıkları çalışmada, DEHB’si olan çocukların öfkelerini daha az algıladıklarını bulmuşlardır (Manassis ve ark., 2007). Bu çalışmalar emosyonel algı farklılıklarına değinmiş olsa da anksiyete semptomatolojisi türündeki farklılıklar ve alt boyutlar ele alınmamıştır. Bu çalışma aynı zamanda çocuk kaygısının genel ölçütleri için ortalama puanlar bildirmiştir

ancak anksiyetenin spesifik yönlerini (ör. Fiziksel belirtiler, sosyal anksiyete, vb.) incelememiştir. Tannock (2009) tarafından da belirtildiği gibi, DEHB ve anksiyete bozukluğu olan çocuklara yönelik anksiyete semptomatolojisini karşılaştırmak için gelecek çalışmalara ihtiyaç vardır (Tannock, 2009).

1.10. Aleksitimi ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Aleksitimi ve SAB'nu ilişkilendiren çalışmaların sayısı az olmakla birlikte bu alanda yapılan araştırmalar son yıllarda artmıştır. Yapılan araştırmalarda sosyal anksiyete bozukluğu ile aleksitimi arasındaki ilişki olduğu öne sürülmüştür.

Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda, Cox ve arkadaşları (1995), 46 SAB tanılı hastanın %28.3'ünde aleksitimi saptamışlardır (Cox ve ark., 1995). Aynı şekilde Fukunishi ve arkadaşları da (1997), SAB'da aleksitimi yaygınlığını %58 olarak bildirmişlerdir (Fukunishi ve ark., 1997). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Aslan ve arkadaşları (1997), üniversite öğrencilerinde SAB ile aleksitimi arasında ilişki bulmuşlardır (Aslan ve ark., 1997). Aynı şekilde Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada (2000), SAB hastalarında aleksitimi yaygınlığı %58 olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda, sosyal anksiyete tutumlarının çocukluk yaşlarından itibaren başlayabildiği düşünüldüğünde, kaçınma davranışlarına bağlı sosyal etkileşim azalmasının, aleksitimik özelliklerin gelişmesine katkıda bulunacağı öne sürülmüştür (Öztürk ve ark., 2000). SAB tanılı yetişkinler ile Turk ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırmada SAB tanılı yetişkinlerin kontrol grubuna göre duygularını ifade etmekte ve anlamlandırmakta zorlandığını öne sürmüşler ve bunu aleksitimiyle ilişkilendirmişlerdir. (Turk ve ark., 2005). Edel ve arkadaşlarının 142 Alman yetişkin ile yaptığı araştırmada, yetişkinlerin % 40'nın SAB tanısı aldığı ve yaklaşık % 22'sinin aleksitimik olduğu ve aleksitimik özelliklerin duygu işleme problemleriyle, özellikle de 'kendi duygularını kabul etmede güçlük' bağlantılı olduğu bulunmuş ve aleksitimik özelliklerin sosyal anksiyete özellikleriyle yakından ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Edel ve ark., 2010).

Çocuk ve ergenlerde bu konuda yapılan araştırma sayısı oldukça azdır. Kaur ve Kaur'un (2010), 210 ergen öğrenci üzerinde yaptığı araştırmada SAB ile aleksitimi arasında anlamlı derecede ilişki bulmuştur (Kaur ve Kaur, 2010).

Sosyal anksiyete davranışlarının çocukluktan itibaren ortaya çıkabildiği düşünüldüğünde, bu ortamlardan kaçınma davranışına bağlı sosyal etkileşimin azalmasının aleksitimik özelliklerin gelişmesinde pozitif rol oynayabileceği düşünülmektedir (Sayın, 2007).

1.11. DEHB’de Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi

DEHB, SAB ve Aleksitimi’ye bakıldığında, bu üç durumun birbiriyle ilişki içerisinde olduğu literatür tarafından ortaya konulmuştur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan kişilerin duygu ile ilişkili alanlarda açıklara sahip olabileceğini ve bozukluğun semptomlarının hem alıcı hem de ifade gücünde güçlüklerin varlığına işaret ettiğini gösteren kanıtlar mevcuttur (Rapport ve ark., 2002). Bununla birlikte, DEHB’nin sonucunda ortaya çıkan negatif davranışların kişinin hayatında kaygı uyandırdığı, sosyal ortamlardan kaçındığı ve sosyal etkileşiminin azaldığı bilinmektedir (Van Ameringen ve ark., 2010). Bu kaçınma davranışının aleksitimik özellikleri pekiştirebileceği öngörülmektedir (Solmaz ve ark., 2000). Edel ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmada, DEHB tanılı yetişkinlerde DEHB, SAB ve aleksitimi arasında anlamlı derecede bir ilişki bulunmuştur (Edel ve ark., 2010).

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde, Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Aleksitimi belirtileri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

2.2. Hipotezler

- DEHB grubundaki katılımcıların Sosyal Anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- DEHB grubundaki katılımcıların Aleksitimi düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- DEHB grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- Kontrol grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi puanları arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

2.3. Yan Hipotezler

- DEHB grubunda sosyodemografik özelliklere göre kontrol grubuna kıyasla fark yoktur.
- Kombine tip DEHB grubunda Karşı Gelme puanlarının, diğer tip DEHB gruplarına göre daha yüksek olması beklenmektedir.
- DEHB/KOKGB tanılı grupta, eş tanı almayan DEHB grubuna göre Aleksitimi puanlarının yüksek olması beklenmektedir.

2.4. Araştırmanın Modeli

Araştırma ile DEHB tanısı alan 9-16 yaş arası çocuk ve ergenlerde Aleksitimi, ve Sosyal Anksiyete Bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. DEHB'li çocuklarda Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile Aleksitimi arasındaki ilişkinin incelemesi amacıyla karşılaştırmalı bir betimleme çalışması yapılmıştır. Katılımcıların öğretmenlerinin ve ebeveynlerinin görüşleri ile verilerin desteklenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde sırasıyla araştırmanın yapıldığı hastane, katılımcılar, veri toplama araçları, veri toplama işlemi ve veri çözümleme yöntemleri açıklanmıştır.

2.5. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni Üsküdar ilçesinde bulunan Acıbadem Altunizade Hastanesi'dir. Çalışmanın evreni 2017-2018 yılında hastanenin psikiyatri ve pediatri polikliniğine başvuran 9-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler ve onların ebeveynlerinden oluşturulmuştur. Toplam 110 çocuğun ebeveyn ve öğretmene başvurulmuş, ebeveynlerin 77'si öğretmenlerin ise 43'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğretmenlerin yeterli sayıya ulaşamaması sebebiyle, öğretmenler analiz dışı bırakılmıştır.

Araştırmanın Örneklemi

Deney grubuna, DEHB tanısı bulunan 27 çocuk ve ergen hasta, kontrol grubuna ise 50 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Deney grubu, 2017-2018 yılı içerisinde Acıbadem Altunizade Hastanesi çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran, Çocuk ve Ergen Psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilerek DEHB tanısı konulan 9-16 yaşları arasında 27 çocuk-ergen hasta grubundan ve onların ebeveynlerinden oluşmaktadır. Kontrol grubunun katılımcıları uygunluk yöntemi ile seçilmiştir. Kontrol grubuna, Acıbadem Altunizade Hastanesi Pediatri Polikliniğine başvuran daha önce DEHB dahil herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, nörolojik ve gelişimsel bozukluğu olmayan 9-16 yaşları arası 50 çocuk-ergen ve onların ebeveynleri dahil edilmiştir. Görüşmeler esnasında, kontrol grubundan 15 katılımcı DEHB şüphesi ile psikiyatriste yönlendirilmiş ve tanı aldıkları için araştırma dışı bırakılmıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi ve Veri Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcı çocuk-ergen ve aile bireylerinin sosyodemografik verilerini toplama amacı ile uygulanmıştır. (Ebeveynin

yaşı, mesleği, medeni durumu, öğrenim düzeyi, evde yaşayan diğer aile bireyleri, ruhsal veya fiziksel hastalık öyküsü, gelir durumu, çocuğun cinsiyeti, yaşı, kardeş bilgileri, sınıfı, okul başarısı, bakım vereni, tıbbi hastalığı ve DEHB tanısı alıp almadığı, alıyorsa kullandığı ilaç isimleri gibi sosyodemografik bilgileri içermektedir).

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış, ebeveyne verilen çocuklarının araştırmaya katılmasına onay verdiğiğine dair onay formudur.

Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ)

Rieffe, Oosterveld ve Terwogt (2006), tarafından geliştirilen kişilerin aleksitimi düzeylerini araştırmak için kullanılan, toplamda 20 maddeden oluşan, üçlü likert tipi bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin orjinalinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Chronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı .78 olarak bulunmuştur (Rieffe ve ark., 2006). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Koçak ve arkadaşları tarafından yapılmış, chronbach alpha iç tutarlılık katsayısı .78 olarak bulunmuştur (Koçak ve ark., 2015). Likert tipi olan bu ölçekte derecelendirme; (1=Yanlışı, 2= Bazen Doğru, 3= Sık Sık Doğru) şeklinde yapılmaktadır. 3 adet alt ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçekler: Duyguları Tanıma Güçlüğü (7 madde), Duyguları Açıklama Güçlüğü (5 madde) ve Dışsal Yönelimli Düşünme (8 madde) olarak adlandırılmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği için yapılan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .78 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca ölçeğin alt boyutları için ayrı ayrı yapılan iç tutarlılık analizi sonuçları Duyguları Tanıma Güçlüğü boyutunda .82; Duyguları Açıklama Güçlüğü boyutunda .76 ve Dışsal Yönelimli Düşünme boyutunda ise .77 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin üç- boyutlu yapısal modeli bulunmaktadır. Bu modelde 7 madde (1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14) Duyguları Tanımlama Güçlüğü; 5 madde (2, 4, 11, 12 ve 17) Duyguları Açıklama Güçlüğü ve 8 madde (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20) Dışsal Yönelimli Düşünme alt boyutlarını ölçen maddeler olarak tanımlanmıştır. Ölçekteki ters puanlanan maddeler ise; madde 4, madde 5, madde 10, madde 18 ve madde 19'dur. Ölçekteki ters puanlanan her bir madde 1-3 arasında (Yanlışı: 3 Bazen Doğru: 1 Sık sık Doğru: 0) değer almaktadır. Ölçekteki toplam puanın ve alt ölçek puanların yüksekliği aleksitimi düzeyinin yüksekliğini göstermektedir.

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM- IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ)

Bu ölçek Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri göz önüne alınarak geliştirilmiştir. 9'u aşırı dikkat eksikliği, 9'u hiperaktivite ve dürtüsellik, 8'i Karşıt Olma Karşıt Gelme'yi ve 15'i Davranış Bozuklukları'nı sorgulayan 41 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 3'lü likert tipindedir. Her madde 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla biçiminde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır (Ercan ve ark., 2001). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı, dikkat eksikliği alt boyutu için .88, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu için ise .95 olarak bulunmuştur.

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği –Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y)

1998 yılında La Greca ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz bildirime dayalı bir ölçektir. 10 Sorudan oluşan bu ölçek 1993'te gözden geçirilmiş ve 18 soruluk yeni bir ölçek haline getirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik chronbach alpha iç tutarlılık katsayısı kabul edilebilir bulunmuştur. Üç alt ölçeğinin chronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı .69-.86 arasında değişmektedir (La Greca ve ark., 1998). 2000 yılında Demir ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Demir ve ark., 2000). Ölçeğin güvenilirliği için yapılan Cronbach alfa içtutarlılık katsayısı .81 olarak tespit edilmiştir. Test-tekrar korelasyonu $r=0.81$ 'dir. Ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçek, 1= Hiçbir zaman, 2= çok az, 3= bazen, 4= çoğu zaman, 5=daima şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 18-90 arasındadır.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Kaufman ve arkadaşları tarafından DSM-III ve DSM-IV ölçütleri göz önüne alınarak, çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu anki psikopatolojilerini belirlemek adına 1997 yılında geliştirilmiştir (Kaufman ve ark., 1997). Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılırken, kappa istatistikleri kullanılmıştır. Kappa katsayısı yorumlanırken Landis ve Koch (1977) tarafından önerilen ölçütler göz önüne alınmıştır. Kappa >0.75 = güvenilirlik çok iyi, $0.59 - 0.74$ = güvenilirlik iyi, $0.40 - 0.58$ = güvenilirlik orta ve $0.40 > kappa$ = güvenilirlik zayıf. DEHB için kappa katsayısı

iyi derece bulunmuştur ($kappa= 0.70$). KOKGB için $kappa$ sayısı orta derecededir ($kappa= 0.50$). ÇDŞG-ŞY-T belirti şiddetini, ‘yok’, ‘eşik altı’ ve ‘eşik’ şeklinde değerlendirir. ÇDŞG-ŞY-T, anne baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yapılarak uygulanmakta ve tüm kaynaklardan toplanılan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gökler ve ark., 2004). Diğer tanıların sayısının yetersizliği nedeniyle, ölçek yalnızca 6 ana tanı grubu için geçerlilik değerlendirmiştir. DEHB için $kappa$ katsayısı iyi derece bulunmuştur ($kappa= 0.681$). KOKGB için $kappa$ sayısı orta derecededir ($kappa= 0.458$). Diğer tanıların sayısının yetersizliği nedeniyle, ölçek yalnızca 4 ana tanı grubu için geçerlilik değerlendirmiştir. DEHB için $kappa$ katsayısı iyi derece bulunmuştur ($kappa= 0.894$). Bu çalışmada ÇDŞG-ŞY-T Ölçeği’nin sadece Davranım Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu alt ölçekleri ve ekleri kullanılmıştır.

Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (ÇED ÖY:U/CEDÖ)

Conners tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (Conners, 1997). Yenilenmiş formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır (Kaner ve ark., 2011). 14 Alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler sırasıyla ‘Karşı Gelme Alt Ölçeği’(10 madde), ‘Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği’ (12 madde), ‘Hiperaktivite Alt Ölçeği’ (9 madde), ‘Kaygı-utangaçlık Alt Ölçeği’ (5 madde), ‘Psikosomatik Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘DEHB İndeksi Alt Ölçeği’ (12 madde), ‘Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite Alt Ölçeği’ (7 madde), ‘Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği’ (3 madde), ‘Conners Global İndeks Toplam Alt Ölçeği’ (10 madde), ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği:Hiperaktivite-Dürtüsellik Alt Ölçeği’ (9 madde), DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği:Dikkatsizlik Alt Ölçeği’ (9 madde), ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği Toplam Alt Ölçeği’ (18 madde) şeklindedir. Ölçek 80 sorudan ve 3 likert tipinden oluşmaktadır. Ölçek, 0= hiç doğru değil (hiçbir zaman, nadiren), 1= biraz doğru (bazen), 2= oldukça doğru (çoğu kez, sık sık), 3= çok doğru (pek çok kez, sık sık) şeklinde puanlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha ve yarı güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.85-0.55 ve 0.80-0.50 arasındadır. Test-tekrar test güvenilirlik değerleri ise 0.73-0.35’dir.

Yenilenmiş Conners Sınıf Öğretmeni Derecelendirme Ölçeği (CÖD ÖY:U)

Öğrencilerin sınıf içi davranışlarının öğretmenleri tarafından değerlendirilmesi amacıyla Conners tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (Conners, 1997). Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik cronbach alpha iç tutarlılık kat sayısı kızlarda 0.78-0.93, erkeklerde 0.77-0.94 arasındadır. Ölçeğin yenilenmiş formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır (Kaner ve ark.,2011). 14 Alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler sırasıyla ‘Karşı Gelme Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik Alt Ölçeği’ (8 madde), ‘Hiperaktivite Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘Kaygı-Utangaçlık Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘Sosyal Problemler Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘DEHB İndeksi-Dikkatsizlik Alt Ölçeği’ (6 madde), ‘DEHB İndeksi-Hiperaktivite Alt Ölçeği’ (5 madde), ‘Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite Alt Ölçeği’ (5 madde), ‘Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik Alt Ölçeği’ (5 madde), ‘Conners Global İndeks Toplam Alt Ölçeği’ (10 madde), DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği:Dikkatsizlik Alt Ölçeği’ (9 madde), ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği:Hiperaktivite-Dürtüsellik Alt Ölçeği’ (9 madde), ‘DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği Toplam Alt Ölçeği’ (18 madde) şeklindedir. Ölçek 59 sorudan ve 3 likert tipinden oluşmaktadır. Ölçek, 0= hiç doğru değil (hiçbir zaman, nadiren), 1= biraz doğru (bazen), 2= oldukça doğru (çoğu kez, sık sık), 3= çok doğru (pek çok kez, sık sık) şeklinde puanlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayıları sırasıyla 0.72-0.90’dır.

2.7. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama işlemi başlamadan önce araştırma protokolü, Işık Üniversitesi Etik Kurul Komitesi tarafından onaylanmıştır. Ardından, Acıbadem Altunizade Hastanesi’ne Işık Üniversitesi Etik Kurul Onayı sunularak araştırmanın yapılabilmesi için baş hekimlik onayı alınmıştır. Katılımın gönüllülük esasına göre olduğu bu çalışmada, uygulama öncesinde tüm katılımcılara bilgi verilmiş ve katılımcılardan hem çocuklarının hem de kendilerinin bu araştırmada yer almayı onayladıklarına dair imzalı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır. Uygulama her bir katılımcı için yaklaşık 25 ile 30 dakika arasında sürmüştür. Uygulama sırasında katılımcılara veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş, gizlilik esasına dair açıklama yapılmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda, katılımcıların soru sorabilmeleri için araştırmacının e-mail adresi yazılmıştır.

İlk olarak Çocuk ve Ergen Psikiyatri uzmanı tarafından görülerek DEHB tanısı almış olan hastaların tanısının ÇDŞG-ŞY-T ile konfirme edilmesi amacı ile bu ölçeğin DEHB kısmına ilişkin sorular hastaya ve ebeveynine yöneltilmiştir. Katılımcı ebeveynler sırasıyla, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formu, Sosyodemografik Form, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ), Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (CED ÖY:U/CEDÖ) doldurmuşlardır. Katılımcı çocuk ve ergenler sırasıyla Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) ile Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği –Yenilenmiş Biçim (ÇSAÖ-Y) ölçeklerini doldurmuşlardır. Öğretmenler, tüm öğrenciler için Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği (CÖD ÖY:U) ölçeklerini doldurmuşlardır. DEHB ve kontrol grubundaki çocukların öğretmenleri ile iletişime geçilerek Conners Öğretmen Değerlendirme Ölçeğini doldurmaları talep edilmiştir.

2.8. Verilen Çözümlemesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle veri toplama araçlarından elde edilen verilerin programa aktarımı yapılmıştır. Tüm ölçeklerin alt boyut ve toplam puanları hesaplanmıştır.

Analize geçmeden öncelikle elde edilen verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik analizleri ile incelenmiştir. Tüm sürekli değişkenlerin normal dağılım sayılıtısını karşılayıp karşılamadıkları Kolmogorov Smirnov ile test edilmiştir. Ayrıca grupların sosyodemografik değişkenler açısından dengeli olup olmadığını test etmek üzere kategorik değişkenler için ki kare testi ile sürekli değişkenler için ise Bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak alınmıştır. Olgu grubu ve kontrol grubu için, değişkenlerin ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ana hipotezlerden 1. ve 2., yan hipotezlerden ise 6. hipotez için bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Aynı şekilde, ana hipotezlerden 3. ve 4. hipotez için Pearson Korelasyon Analizi gerçekleştirilmiş, yan hipotezlerden 5. hipotez için ise ki-kare testi kullanılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın bulguları iki başlık halinde sunulmuştur. İlk başlıkta katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine dair betimleyici bilgilerin yanı sıra çalışmanın yan hipotezlerine dair de analiz sonuçlarına yer verilirken ikinci başlık altında çalışmanın hipotezlerini sınamak amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır.

3.1.Betimsel Analizlere Dair Bulgular

Bu kısımda çalışma katılımcılarının sosyo-demografik özelliklerine dair betimleyici bilgilere ait tanımlayıcı istatistiksel sonuçlara yer verilmektedir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ebeveynlere ait (Tablo 1) ve çocuğa ait (Tablo 2) olmak üzere iki kısımda sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışmadaki Ebeveynlere ait Sosyo-demografik Özellikler

Değişkenler (N=77)			
Yaş Ort.	41.36	N	%
Çocuğa Yakınlık Derecesi	Anne	67	87
	Baba	10	13
Anne Öğretim Düzeyi	İlkokul	15	19
	Ortaokul	13	17
	Lise	28	36
	Üniversite	19	25
	Lisansüstü	1	1
Baba Öğretim Düzeyi	İlkokul	11	14
	Ortaokul	11	14
	Lise	29	38
	Üniversite	17	22
	Lisansüstü	5	6
Anne-Babanın Birliktelik Durumu	Evli ve birlikte	75	97
	Boşanmış	1	1
	Ebeveynlerden biri ölmüş	1	1
Gelir Durumu	Düşük	1	1
	Orta	58	75
	Yüksek	17	22
	Çok Yüksek	1	1
Ailede Ruhsal veya Fiziksel Hastalık	Var	5	6
	Yok	72	94

Tablo 1’de de görüldüğü üzere çalışmaya katılan ve yaş ortalaması 41.3 olan ebeveynlerin %87’si annedir. Annelerin %36’sı babaların ise %38’si lise mezunudur. Ebeveynlerin %97’si evli ve birlikte yaşamakta iken katılımcıların %75’i gelir durumlarının orta düzeyde olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %72’sinin ailelerinde ruhsal ve fiziksel hastalık bulunmamaktadır.

Tablo 2. Çalışmadaki Çocuk ve Ergenlere ait Sosyo-demografik Özellikler

Değişkenler (N=77)			
Yaş Ort.	12.39		
		N	%
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	41	53
	Erkek	36	47
Çocuğun Sınıfı	3-5. sınıf	24	31
	6-8. sınıf	33	42
	9-11. sınıf	20	25
Kardeş Varlığı	Evet	62	80
	Hayır	14	18
Psikolojik Tedavi Geçmişi	Evet	3	4
	Hayır	74	91
Tıbbi Hastalık Varlığı	Var	6	8
	Yok	71	92
DEHB Başlangıç Yaş Ort.		10.52	
		N	%
DEHB Tanı Varlığı	Tanı Yok	50	65
	Dikkat Eksikliği Baskın Tip	6	8
	Kombine Tip	21	27
DEHB'ye Eşlik Eden Tanı	Eş tanı Yok	62	80
	KOKG	15	19
DEHB için İlaç Kullanımı	Evet	26	34
	Hayır	51	66

Çalışmadaki yaş ortalaması 12.3 olan çocuk ve ergenlerin %47'sini erkekler oluştururken %42'si 6-8. sınıfta okuyan öğrencilerdir ve %80'inin kardeşi vardır. Çalışmadaki çocuk ve ergenlerin %91'inin psikolojik tedavi öyküsü bulunmamakta iken benzer şekilde %91'i tıbbi bir hastalığa sahip değildir. Katılımcı çocuk ve ergenlerin %65'i DEHB tanı kriterlerini karşılamazken %27'si kombine tip, %8'i ise dikkat eksikliği baskın tip tanısına sahiptir. Çalışma kapsamında DEHB tanısına sahip çocuk ve ergenlerin %80'ininde KOKGB ve DB eş tanıları bulunmazken %66'sı DEHB için herhangi bir ilaç kullanmamaktadır (Tablo 2).

Temel Hipotezlere Dair Bulgular

Bu başlık altında çalışmanın temel hipotezlerine ilişkin analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 3. Deney ve Kontrol Gruplarının Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması

		N	Ort	SS	Test İstatistiği
ÇSAÖ-Y ¹	Deney	27	42.14	12.98	t=1.023*
	Kontrol	50	35.64	10.39	

¹Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçim

*p<.05

Deney grubundaki katılımcıların Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçimi'nden aldıkları puanlar kontrol grubuna kıyasla farklılık göstermektedir. Buna göre deney grubundaki katılımcıların Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Biçimi puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir ($t_{(75)}=1.023, p<.05$).

Tablo 4. Deney ve Kontrol Gruplarının Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması

		N	Ort	SS	Test İstatistiği
Aleksitimi_Duyguları Tanıma	Deney	27	6.48	3.41	t=2.809**
	Kontrol	50	3.86	2.72	
Aleksitimi_Duyguları Açıklama	Deney	27	4.33	2.14	t=.098*
	Kontrol	50	3.32	2.04	
Aleksitimi_Dışsal Yönelimli Düşünce	Deney	27	7.48	2.29	t=.034*
	Kontrol	50	6.34	2.32	
Aleksitimi_Toplam Puan	Deney	27	18.29	6.10	t=1.366*
	Kontrol	50	13.52	5.19	

*p<.05, **p<.00

Analiz sonuçlarına göre deney grubu ile kontrol grubunun Aleksitimi toplam ve alt ölçek puanları birbirinden farklılaşmaktadır. Elde edilen verilere göre deney grubunun kontrol grubuna kıyasla duyguları tanıma alt ölçeğinden elde ettiği puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($t_{(75)}=2.809, p<.001$). Diğer yandan, duyguları açıklama, dışsal yönelimli düşünce ve toplam puanlar değerlendirildiğinde, deney grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar elde ettiği görülmüştür (sırasıyla, $t_{(75)}=.098, p<.05$; $t_{(75)}=.034, p<.0$; $t_{(75)}=1.366, p<.05$).

Tablo 5. Deneç Grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi Puanları ile CEDÖ ve CEDBÖ Öçeeri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Anksiyete	1	.787***	.297	.378	.114	.323	-	-	.315	.453*	-	.263	.458*	.347	.435*	.427*	.426*	.276	.107	-	-
							.176	.196			.093									.147	.062
Aleksitimi	1	.428*	.474*	.167	.369	.041	-	.422*	.482*	.204	.396*	.503**	.476*	.531**	.609**	.564**	.564**	.273	.088	.032	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

¹Sosyal Anksiyete Toplam Puan, ²Aleksitimi Toplam Puan, ³CEDÖ Dikkatsizlik Altı Öçeęi, ⁴CEDÖ Hiperaktivite Altı Öçeęi, ⁵CEDÖ Kaygı Altı Öçeęi, ⁶CEDÖ Mükemmeliyetçilik Altı Öçeęi, ⁷Comers Sosyal Problemler Altı Öçeęi, ⁸Comers Psikosomatik Altı Öçeęi, ⁹Comers DEHB Altı Öçeęi, ¹⁰Comers Huzursuzluk Altı Öçeęi, ¹¹CEDÖ Duygusal Altı Öçeęi, ¹²CEDÖ Toplam Puan, ¹³CEDÖ DSM Dikkatsizlik Altı Öçeęi, ¹⁴CEDÖ DSM Hiperaktivite Altı Öçeęi, ¹⁵CEDÖ DSM Toplam Puan, ¹⁶CEDBÖ Dikkatsizlik Altı Öçeęi, ¹⁷CEDB Aşırı Hareketlilik Altı Öçeęi, ¹⁸CEDBÖ Durumsellik Altı Öçeęi, ¹⁹CEDBÖ Saldırganlık Altı Öçeęi, ²⁰CEDBÖ Zarar Verme Altı Öçeęi, ²¹CEDBÖ Dolandırıcılık Altı Öçeęi, ²²CEDBÖ Kural Bozma Altı Öçeęi

Deney grubunda yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre anksiyete ve aleksitimi puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=.787, p<.001$). Anksiyete ile CEDÖ Huzursuzluk Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Toplam Puan, ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği ve ÇEDBÖ Aşırı Hareketlilik Alt Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur (sırasıyla $r=.453, p<.05$; $r=.458, p<.05$; $r=.435, p<.05$; $r=.427, p<.05$; $r=.426, p<.05$). Bununla birlikte aleksitimi puanları ile CEDÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ Hiperaktivite Alt Ölçeği, CEDÖ DEHB Alt Ölçeği, CEDÖ Huzursuzluk Alt Ölçeği, CEDÖ Toplam Puan, CEDÖ DSM Hiperaktivite Alt Ölçeği puanları arasında düşük (sırasıyla $r=.428, p<.05$; $r=.474, p<.05$; $r=.422, p<.05$; $r=.482, p<.05$; $r=.396, p<.05$; $r=.476, p<.05$). CEDÖ DSM Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Toplam Puan, ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Aşırı Hareketlilik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler mevcuttur (sırasıyla $r=.503, p<.01$; $r=.531, p<.01$; $r=.609, p<.01$; $r=.564, p<.01$; $r=.564, p<.01$).

Diğer yandan deney grubunda anksiyete puanları ile CEDÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ Hiperaktivite Alt Ölçeği, CEDÖ Kaygı Alt Ölçeği, CEDÖ Mükemmellikçilik Alt Ölçeği, CEDÖ Sosyal Problemler Alt Ölçeği, CEDÖ Psikosomatik Alt Ölçeği, CEDÖ DEHB Alt Ölçeği, CEDÖ Duygusal Alt Ölçeği, CEDÖ Toplam Puan, CEDÖ DSM Hiperaktivite Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Saldırganlık Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Zarar Verme Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dolandırıcılık Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Kural Bozma Alt Ölçeği puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $r=.297, p>.05$; $r=.378, p>.05$; $r=.114, p>.05$; $r=.323, p>.05$; $r=-.176, p>.05$; $r=-.196, p>.05$; $r=.315, p>.05$; $r=-.093, p>.05$; $r=.263, p>.05$; $r=.347, p>.05$; $r=.276, p>.05$; $r=.107, p>.05$; $r=-.147, p>.05$; $r=-.062, p>.05$; $r=-.172, p>.05$). Aleksitimi puanları ile de CEDÖ Kaygı Alt Ölçeği, CEDÖ Mükemmellikçilik Alt Ölçeği, CEDÖ Sosyal Problemler Alt Ölçeği, CEDÖ Psikosomatik Alt Ölçeği, CEDÖ Duygusal Alt Ölçeği, CEDÖ Saldırganlık Alt Ölçeği, CEDÖ Zarar Verme Alt Ölçeği, CEDÖ Dolandırıcılık Alt Ölçeği, CEDÖ Kural Bozma Alt Ölçeği puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (sırasıyla $r=.167, p>.05$; $r=.369, p>.05$; $r=.041, p>.05$; $r=-.047, p>.05$; $r=.204, p>.05$; $r=.273, p>.05$; $r=.088, p>.05$; $r=.032, p>.05$; $r=-.141, p>.05$).

Tablo 6. Kontrol Grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi Puanları ile CEDÖ ve ÇEDBÖ Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Anksiyete	1	.507**	.16	.20	.402*	.341	.227	.335	.20	.13	.12	.11	.07	.11	.15	.13	.17	.2	.043		-.092	-.078
	*	5	2	*	*	*	*	*	8	4	0	3	4	1	2	4	6	4	0			
Aleksitimi	1	.04	-	.200	-	.312	.079	-	.01	-	.10	.06	.06	.13	.07	.1	.16	.1	-.038		-.160	-.153
	9	.04	1		.021	*		.02	0	.10	.06	.06	.13	.07	1	7	6	6				
									0	8	8	4	8	0	0	3	3	3				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

¹Sosyal Anksiyete Toplam Puan, ²Aleksitimi Toplam Puan, ³CEDÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, ⁴CEDÖ Hiperaktivite Alt Ölçeği, ⁵CEDÖ Kaygı Alt Ölçeği, ⁶CEDÖ Mükemmelleştiricilik Alt Ölçeği, ⁷Conners Sosyal Problemler Alt Ölçeği, ⁸Conners Psikosomatik Alt Ölçeği, ⁹Conners DEHB Alt Ölçeği, ¹⁰Conners Huzursuzluk Alt Ölçeği, ¹¹CEDÖ Duygusal Alt Ölçeği, ¹²CEDÖ Toplam Puan, ¹³CEDÖ DSM Dikkatsizlik Alt Ölçeği, ¹⁴CEDÖ DSM Hiperaktivite Alt Ölçeği, ¹⁵CEDÖ DSM Toplam Puan, ¹⁶ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, ¹⁷ÇEDB Aşırı Hareketlilik Alt Ölçeği, ¹⁸ÇEDBÖ Dürüstlük Alt Ölçeği, ¹⁹ÇEDBÖ Saldırganlık Alt Ölçeği, ²⁰ÇEDBÖ Zarar Verme Alt Ölçeği, ²¹ÇEDBÖ Dolandırıcılık Alt Ölçeği, ²²ÇEDBÖ Kural Bozma Alt Ölçeği

Korelasyon analizi sonuçları kontrol grubunda anksiyete ve aleksitimi puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermektedir ($r=.507, p<.001$). Kontrol grubunda anksiyete puanları ile CEDÖ Kaygı Alt Ölçeği puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.402, p<.01$); CEDÖ Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği ve CEDÖ Psikosomatik Alt Ölçeği puanları arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür (sırasıyla $r=.341, p<.05$; $r=.335, p<.05$). Bununla birlikte aleksitimi puanları ile CEDÖ Sosyal Problemler Alt Ölçeği puanları arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur ($r=.312, p<.05$). Diğer yandan anksiyete puanları ile CEDÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ Hiperaktivite Alt Ölçeği, CEDÖ Sosyal Problemler Alt Ölçeği, CEDÖ DEHB Alt Ölçeği, CEDÖ Huzursuzluk Alt Ölçeği, CEDÖ Duygusal Alt Ölçeği, CEDÖ Toplam Puan, CEDÖ DSM Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Hiperaktivite Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Toplam Puan, ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Aşırı Hareketlilik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Saldırganlık Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Zarar Verme Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dolandırıcılık Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Kural Bozma Alt Ölçeği puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($r=.165, p>.05$; $r=.202, p>.05$; $r=.227, p>.05$; $r=.208, p>.05$; $r=.134, p>.05$; $r=.120, p>.05$; $r=.113, p>.05$; $r=.074, p>.05$; $r=.111, p>.05$; $r=.152, p>.05$; $r=.134, p>.05$; $r=.176, p>.05$; $r=.240, p>.05$; $r=.043, p>.05$; $r=-.092, p>.05$; $r=-.078, p>.05$). Aleksitimi puanları ile de CEDÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ Hiperaktivite Alt Ölçeği, CEDÖ Kaygı Alt Ölçeği, CEDÖ Mükemmelliyetçilik Alt Ölçeği, CEDÖ Psikosomatik Alt Ölçeği, CEDÖ DEHB Alt Ölçeği, CEDÖ Huzursuzluk Alt Ölçeği, CEDÖ Duygusal Alt Ölçeği, CEDÖ Toplam Puan, CEDÖ DSM Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Hiperaktivite Alt Ölçeği, CEDÖ DSM Toplam Puan, ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Aşırı Hareketlilik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dürtüsellik Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Saldırganlık Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Dolandırıcılık Alt Ölçeği, ÇEDBÖ Kural Bozma Alt Ölçeği puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır (sırasıyla $r=.049, p>.05$; $r=-.041, p>.05$; $r=.200, p>.05$; $r=-.021, p>.05$; $r=.079, p>.05$; $r=-.020, p>.05$; $r=.010, p>.05$; $r=-.108, p>.05$; $r=-.068, p>.05$; $r=-.064, p>.05$; $r=-.138, p>.05$; $r=-.070, p>.05$; $r=.251, p>.05$; $r=.167, p>.05$; $r=.163, p>.05$; $r=-.038, p>.05$; $r=-.160, p>.05$; $r=-.153, p>.05$).

3.1.1. Çalışmanın Yan Hipotezlerine İlişkin Bulgular

Çalışmanın yan hipotezleri bağlamında örneklem ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların sosyo-demografik özellikler açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarını öğrenebilmek amacıyla Bağımsız Örneklem t Testi ve ki-kare testleri yapılmıştır (Tablo 4).

Tablo 7. Örneklem ve Kontrol Gruplarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Örneklem Grubu		Kontrol Grubu		Test İstatistiği
		Ort.	SS	Ort.	SS	
Ebeveyn Yaş		42.04	6.079	41.02	5.30	t=.215
Çocuk Yaş		11.63	2.323	12.80	2.32	t=.000*
		N	%	N	%	Test İstatistiği
Çocuk Cinsiyet	Kız	7	25.9	34	68	$\chi^2=12.467^{***}$
	Erkek	20	74.0	16	32	
Annenin Öğretim Düzeyi	İlkokul	3	11.5	12	24	$\chi^2=5.475$
	Ortaokul	3	11.5	10	20	
	Lise	10	38.4	18	36	
	Üniversite	10	38.4	9	18	
	Yüksek Lisans	0	0	1	2	
Babannın Öğretim Düzeyi	İlkokul	4	14.8	7	14	$\chi^2=9.482$
	Ortaokul	1	3.7	10	20	
	Lise	8	29.6	21	42	
	Üniversite	10	37	7	14	
	Yüksek Lisans	3	11.1	2	4	
Medeni Durum	Evli-Birlikte	27	100	48	96	$\chi^2=1.109$
	Boşanmış	0	0	1	2	
	Ebeveynlerden biri ölmüş	0	0	1	2	
Gelir Düzeyi	Düşük	0	0	1	2	$\chi^2=9.064^*$
	Orta	16	59.2	42	84	
	Yüksek	11	40.7	6	12	
	Çok Yüksek	0	0	1	2	

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

Analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin yaş ortalamaları farklılık göstermezken iki gruptaki çocuk ve ergen katılımcıların yaş ortalamaları farklılaşmaktadır. Buna göre deney grubundaki çocuk ve ergenlerin yaş ortalamaları örneklem grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir ($t_{(75)}=.000$, $p<.05$). Deney ve kontrol grubu çocuk ve ergen katılımcıların cinsiyetleri açısından birbirlerinden yüksek düzeyde anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($\chi^2=12.467$, $p<.001$).

Deney grubunda kontrol grubuna kıyasla kız katılımcılar daha fazla iken erkek katılımcıların sayısı daha düşüktür. Deney ve kontrol gruplarında anne-babanın öğretim düzeyi, medeni durumları birbirleri arasında farklılık göstermezken gelir düzeyi anlamlı olmak üzere farklılaşmıştır ($\chi^2=9.064, p<.05$).

Tablo 8. Kombine Tip DEHB Grubu ile Tanı Almayanlara ve Dikkat Eksikliği Baskın DEHB Grubuna Ait CEDÖ Karşı Gelme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Ort.	Test İstatistiği
COKG ¹	Tanı yok	50	27.3	
	Dikkat Eksikliği Baskın Tip	6	44.7	$\chi^2=42.80^{***}$
	Kombine Tip	21	65.1	

¹COKG: *Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği Karşı Gelme Alt Boyutu*

*** $p<.001$

Kombine tip DEHB grubunda CEDÖ Karşı Gelme alt boyut puanlarının, tanı almayanlara ve dikkat eksikliği baskın DEHB grubuna göre daha yüksek olup olmadığını sınamak amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testinin sonuçları üç grup arasında yüksek düzeyde anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre kombine tip DEHB grubunda CEDÖ Ölçeği Karşı Gelme alt boyut puanlarının, tanı almayanlara ve dikkat eksikliği baskın DEHB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2(2)= 42.80, p<.001$).

Tablo 9. DEHB/KOKG Tanılı Grup ile Ek Tanı Almayan DEHB Grubuna Ait Aleksitimi Puanlarının Karşılaştırılması

		N	Ort	SS	Test İstatistiği
Aleksitimi_Duyguları Tanıma	DEHB/KOKG	15	7.13	3.870	t= 3.989*
	Eş tanı almayan DEHB	62	4.21	2.789	
Aleksitimi_Duyguları Açıklama	DEHB/KOKG	15	5.00	2.236	t=.106**
	Eş tanı almayan DEHB	62	3.35	1.984	
Aleksitimi_Dışsal Yönelimli Düşünce	DEHB/KOKG	15	7.46	2.614	t=.210
	Eş tanı almayan DEHB	62	6.56	2.287	
Aleksitimi_Toplam Puan	DEHB/KOKG	15	19.60	6.811	t= 2.010**
	Eş tanı almayan DEHB	62	14.13	5.249	

* $p < .05$, ** $p < .01$

DEHB/KOKG tanılı grubun aleksitimi puanlarının eş tanı almayan DEHB grubuna göre daha yüksek olup olmadığının araştırıldığı analiz sonucuna göre DEHB/KOKG tanılı grubun Aleksitimi ölçeği duyguları tanıma alt ölçek puanları anlamlı olarak bulunmuştur ($t_{(75)} = 3.989, p < .05$). Bunun yanı sıra Aleksitimi ölçeği duyguları açıklama alt ölçeği ve toplam puanlarının eş tanı almayan DEHB grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. (sırasıyla; $t_{(75)} = .106, p < .01$; $t_{(75)} = 2.010, p < .01$). Aleksitiminin dışsal yönelimli düşünce alt ölçek puanları ise iki grup arasında farklılaşmamaktadır ($t_{(75)} = .210, p > .05$).

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

DEHB, çocukluk döneminde en sık rastlanan psikopatolojik kondisyonlardan olmasına ve literatürde bu alanda yapılan çeşitli çalışmalara rastlanmasına rağmen, DEHB, Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi konusunda sınırlı çalışmaya rastlandığı bilinilmektedir (Edel ve ark.,2010; Van Ameringen ve ark., 2010). Bu araştırmada literatüde yer alan bu boşluğun doldurulması amacıyla, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollerinki ile kıyaslanması ve Sosyal Anksiyete ile Aleksitimi arasındaki olası ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, araştırmaya katılan ve yaşları 9-16 yaş arasında değişen çocuk ve ergenlerin DEHB semptomları ile Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi alt boyutları incelenmiştir. Bu bölümde araştırmanın bulguları, literatürde yer alan yabancı ve Türkçe kaynaklar ışığında tartışılmıştır.

Literatürde DEHB tanısı almış çocukların dörtte birinde anksiyete bozukluğunun da eşlik ettiği görülmektedir (Erman ve ark., 1999). DEHB tanısı alan çocuklar, okulda arkadaşlarıyla, öğretmenleriyle ve aileleriyle çeşitli problemler yaşarlar. DEHB belirtileri gösteren çocuklarda okul başarısında düşüklük ve sosyal ilişkilerde problemler görülmektedir (Osipova, 1997). Bununla birlikte, DEHB ile birlikte komorbid olarak görülen bozuklukların başında Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Öğrenme Güçlükleri, Duygu Durum Bozuklukları ve Kaygı Bozuklukları gelmektedir (Güçlü ve Erkıran, 2004; Özmen, 2010). Eşlik eden bu tanılar, çocukların sosyal ve akademik hayatlarını oldukça etkilemektedir. Anksiyetenin eşlik ettiği DEHB nedeniyle çocuklarda ve ergenlerde, düşük benlik saygısı da sık görülmektedir (Souza ve ark., 2005). Araştırmamızın Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği–Yenilenmiş Biçim istatistik sonuçları incelendiğinde, DEHB tanılı deney grubundaki katılımcıların Sosyal Anksiyete puanlarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, Sosyal Anksiyetenin

DEHB tanılı çocuklarda daha yüksek olduğu ile ilgili literatür bilgisiyle uyumludur. Ek olarak, DEHB grubunda Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği sonuçları ile Sosyal Anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında da, Sosyal Anksiyete ile CEDÖ DSM Dikkatsizlik Ölçeği, CEDÖ DSM Toplam Puan, ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği, CEDÖ Toplam Puan, ÇEDBÖ Dikkatsizlik Alt Ölçeği ile ÇEDBÖ Aşırı Hareketlilik Alt Ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmada Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (CEDÖ) puanları incelendiğinde, DEHB tanılı deney grubunda Sosyal Anksiyete alt ölçeği arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Bunların nedenleri arasında, DEHB'li çocukların okul ve sosyal yaşamlarında yaşadıkları zorluklar akla gelmektedir. DEHB, bireyin akademik başarısında ve sosyal ilişkilerinde ciddi bir düşüşe sebep olur. DEHB'li çocuklar arkadaşlık ilişkileri kurmak ve bu ilişkileri yürütmekte diğer çocuklara kıyasla daha çok zorlanırlar. Araştırmamızın sonucuna paralel olarak yapılan araştırmalar, DEHB'li hastalarda SAB'nun yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. 7-18 yaş arası pediatrik hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada DEHB'li hastalarda SAB'a rastlanma oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Chavira ve ark., 2004). Jarret'in 2013 yılında yaptığı araştırmada, DEHB'li olan çocuklarda Sosyal Anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Jarret, 2013). Literatürde, DEHB ve Sosyal Anksiyete birlikteliği %20-38 arasında görülmektedir (Souza ve ark., 2005). Manassis ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada ise DEHB'li olan çocukların öfkelerini daha az algıladıkları ve buna bağlı olarak Anksiyete semptomlarında artış görüldüğü belirtilmiştir (Manassis, 2007). Yetişkinler üzerine yapılan araştırmalar, DEHB belirtileri arttıkça Sosyal Anksiyete belirtilerinin de arttığını göstermektedir (Koyuncu ve ark., 2012; Koyuncu ve Binbay, 2013). Çocuklarda, DEHB ve SAB arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı incelenmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, DEHB ile Aleksitimi arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Manassis ve arkadaşları yaptıkları araştırmada (2007), DEHB'si olan çocukların öfkelerini daha az algıladıklarını bulmuşlardır. Edel ve arkadaşları (2010), DEHB'li 73 yetişkin ile yaptıkları bir araştırmada, katılımcıların aleksitimik özellikler gösterdiğini bulmuşlardır. Çalışmamızda ise, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerden oluşan deney grubunda Aleksitimi puanlarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aleksitimi alt ölçeklerine bakıldığında, DEHB'li grubun Duyguları Tanıma ve Duyguları Açıklama puanları kontrol grubuna

göre daha yüksektir. Yuill ve Lyon'ın (2007), DEHB tanısı almış 8-11 yaş arası erkek çocuklarıyla yaptığı araştırmada, DEHB tanılı grubun, 'Duyguları Tanıma ve Eşleştirme' görevlerini kontrol grubuna göre daha uzun sürede tamamladığı ve daha başarısız olduğu bulunmuştur (Yuill ve Lyon, 2007). Çalışmamızın sonucuna paralel olarak, Barkley (1997) de yaptığı bir çalışmada DEHB olan kişilerin duygusal yanıtlarının düzenlenmesinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Çocuklarla yapılan araştırmalarda ise, DEHB'li çocukların kendi duygularını tanımada eksikliği olduğu bulunmuştur (Casey, 1996). Donfrancesco ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada (2013) ise duyguları belirleme güçlüğü ile hiperaktivite/dürtüsellik arasında bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Bunun nedeni için, dürtüsellik ile ortaya çıkan ön görülemez davranışlar ile ilişkili olarak duyguların tanımlanamaması söylenebilir. Çalışmamızda, DEHB ile KOKGB eş tanılı katılımcıların Aleksitimi toplam puanının, KOKGB eş tanısı almayan DEHB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde, DEHB eş tanılı KOKGB ile Aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

DEHB, Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi'nin arasındaki ilişki literatür tarafından ortaya konmuştur. DEHB tanılı kişinin duyguyla ilişkili alanlarda zorlanabileceği ve bozukluğun alıcı ve ifade edici becerileri olumsuz etkileyebileceği ön görülmektedir (Rapport ve ark., 2002). Bu durumun yarattığı sosyal kaçınma sonunda sosyal ortamlardan kaçınmaya ve aleksitimik özellikleri pekiştirmeye neden olacağı belirtilmektedir (Van Ameringen, 2010). Bununla birlikte, aleksitimik kişilerin fiziksel ve psikolojik semptomları normal bir şekilde tanıma, algılama ve yansıtma becerilerindeki bozuklukların SAB'nu tetiklemesine neden olduğu düşünülmektedir (Kooiman ve ark., 2006). Çalışmamızda, DEHB tanısı almış deney grubunda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki mevcuttur. Edel ve arkadaşlarının yetişkinler üzerinde yaptıkları araştırmada (2010), DEHB'li hastalarda, Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, çalışmamızda kontrol grubunda da Aleksitimi ve Sosyal Anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda Aleksitimi ve Sosyal Anksiyete arasındaki ilişkinin yalnızca DEHB'ye özgü olmadığını öne sürebilir. Çalışmamızda, Aleksitimi ve Sosyal Anksiyete pozitif yönde bir korelasyon içindedir. Bu noktada Aleksitiminin, Sosyal Anksiyete ile komorbid görünen Depresyon, Major Depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Distimi gibi bozukluklarda etkili

olabileceği öne sürülebilir (Dilbaz, 2000; Solmaz ve ark., 2000; Sayar ve ark., 2000, Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Çocuklarda yapılan araştırmalara bakıldığında, DEHB'li çocuklarda Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda, DEHB tanılı deney grubunun %19'una KOKGB eş tanısı eşlik etmektedir. Öner ve Aysev yaptıkları bir araştırmada (2000), DEHB tanılı okul öncesi çocukların %74'ünde Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'nun da görüldüğünü ortaya koymuşlardır (Öner ve Aysev, 2000). İlkokul çocukları ile birlikte yapılan bir diğer araştırmada ise DEHB ve DEHB'ye eşlik eden Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'nun kişilerin sosyal problemlerinde etkili olduğu belirtilmiştir. (Çakaloz ve ark., 2007). Bilgiç ve arkadaşlarının (2006), 4-16 yaş arası DEHB tanısı almış 266 çocuk üzerinde yaptıkları araştırmada, çocukların %25.9'unda Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu görülmektedir. Bir diğer araştırmada DEHB tanısı alan çocuklarda KOKGB'nun %30.4'lük bir oranla ilk sırada geldiği saptanmıştır. (Kılıç ve Şener, 2005). Yine Aktepe'nin yaptığı bir çalışmada (2010) ise, DEHB tanılı çocuk ve ergen grubunun aldığı eş tanılar arasında KOKGB'nun %60 oranında ilk sırada geldiği saptanmıştır (Aktepe, 2011). Bununla birlikte Goldstein ve Goldstein'in yaptıkları araştırmada DEHB belirtileri gösteren çocukların sosyal problemlerini en çok etkileyen sorunların %30-%40'lık bir dilimini saldırgan davranışların oluşturduğunu belirtmişlerdir. DEHB tanısı alan çocukların %50'sinde saldırganlık ve karşı gelme davranışları görülmektedir (Lauth ve Heubeck, 2006). APA (2013), DEHB kombine tip olan çocukların %50'sinin, DEHB dikkat eksikliği baskın tip olan çocukların ise %25'inin KOKGB tanısını karşıladığını belirtmiştir. Çalışmamızda, Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği puanları incelendiğinde, kombine tip DEHB grubunda Karşı Gelme puanlarının tanı almayan veya dikkat eksikliği baskın DEHB tanısı alanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. DEHB kombine tip tanısı alan çocukların meydana gelen dürtüsellik sonucunda ortaya çıkan kontrol edilemez karşı gelme davranışları sergiledikleri öne sürülebilir. Literatüre bakıldığında KOKGB'nun DEHB'nin alt tipi olması gerektiğini öne sürenler vardır (Pekcanlar ve ark., 2001; Aktepe, 2011). DEHB'li vakalarda oldukça sık görülen dürtüsellik ve anne, baba ile çocuk arasındaki ilişkinin KOKGB'ye neden olabileceği belirtilmektedir (Aktepe, 2011).

Literatürde KOKGB ve Aleksitimi arasındaki ilişkiye bakıldığında, aleksitiminin belirtisi olan 'Duyguları Tanımlamada Güçlük' ile meydana gelen

empatiden uzaklaşmanın KOKGB ile ilişkisi olduğu ve KOKGB'na sahip olan kişilerin aleksitimik özellikler gösterdiği ortaya konmuştur (Chen ve ark., 2011). Bununla birlikte, Sterzer ve arkadaşları (2007), Davranım Bozukluğu (DB) tanısı alan ergenler üzerinde yaptığı araştırmada, agresif davranış ve empati kapasitesinin zayıflığı arasında ilişki bulmuş, empati kapasitesinin zayıflığının aleksitimik özelliklere işaret ettiğini belirtmişlerdir (Sterzer ve ark., 2007). Fairchild ve arkadaşlarının (2009), 14-18 yaş arası DB tanısı almış ergenler üzerinde yaptığı araştırmada, DB tanısı almış grubun 'Yüz Tanıma' görevlerinde daha başarısız olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda bu işlevsizliğin küçük yaş DB grubunda daha yüksek oranda olduğunu belirtmişlerdir (Fairchild ve ark., 2009). Bu sonuca bakıldığında, aleksitiminin KOKGB için bir risk faktörü olduğu iddia edilebilir. DEHB olan hastalarda mevcut olabilecek KOKGB'nun da ileride DB'nu yordadığı bilinmektedir (Lahey ve ark., 2000). Kombine tip DEHB özellikleri gösteren çocukların okul öncesi ve ilkokul döneminde fark edildiği göz önüne alındığında, duyguları tanıma becerisi ile erken dönemde çalışılmasının KOKGB prevalansını düşürebileceği iddia edilebilir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar 'Duyguları Tanıma Güçlük' yaşayan DB tanısı almış çocuklara verilen 'Empatik Duygu Tanıma Eğitimi'nin davranışsal problemler üzerinde etkisi olduğunu bulmuştur (Dadds ve ark., 2012). Bu eğitimler küçük yaştan itibaren uygulandığında, kombine görünüm DEHB tanısı alan çocuklarda ortaya çıkan KOKGB riskinin azaltılabileceği ön görülmektedir. Bizim çalışmamızda, kombine görünüm DEHB/KOKGB eş tanısı alan grupta aleksitimik özellikler, DEHB'nin diğer görünümüne göre farklılaşmamıştır. Bu sonucun örneklem küçüklüğünden ve örneklemin sosyodemografik özellikler bakımından farklılıklar göstermesinden kaynaklandığı iddia edilebilir. Buna karşın bu çalışmada DEHB ve KOKGB eş tanısı gösteren katılımcıların toplam aleksitimi puanı, KOKGB olmayan DEHB tanılı çocuklardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç aleksitiminin karşıt olma davranışı için bir risk faktörü olduğunu destekler niteliktedir.

Diğer yandan araştırmamızda bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. En önemli sınırlılık DEHB grubu ile kontrollerin yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey bakımından anlamlı düzeyde farklılık göstermesidir. Aleksitiminin erkeklerde daha fazla oranda görüldüğü iddia edilmektedir (Levant, 2009). Dolayısı ile DEHB grubunda da erkek katılımcılar yoğunlukta iken kontrol grubunda kızların fazla olması aleksitimi açısından gruplar arasında fark çıkmasına neden olmuş olabilir.

Ancak sosyal anksiyetenin de kızlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü bilinmektedir (Demir, 2009). Buna rağmen erkeklerin daha fazla oranda olduğu DEHB grubunda sosyal anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca her iki grupta da aleksitimi ve sosyal anksiyete arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuş olması aleksitimi ve sosyal anksiyete arasındaki bu ilişkinin gruplar arasındaki cinsiyet ve yaş farkından bağımsız olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda, DEHB ile Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Aynı şekilde, Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi arasında da pozitif bir ilişki mevcuttur. Bununla birlikte araştırmamızın sonucunda, Aleksitimi'nin KOGB için risk faktörü olduğu ön görülmektedir. Literatürde DEHB tanılı yetişkinlerde aleksitimi ve sosyal anksiyete ilişkisini araştırılsa da çocuk ve ergenlerde bu konuda yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma bu konuda bildiğimiz kadarıyla yapılmış olan ilk çalışmadır. Ancak sosyodemografik değişkenler bakımından daha iyi benzeşen gruplar ve daha büyük bir örneklem ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

BÖLÜM 5

ÖNERİLER

Araştırmaya Yönelik Öneriler

1. Çocukluk döneminde DEHB hakkında yapılan araştırmalar oldukça fazla olsa da, DEHB ile diğer bozuklukların ilişkisi hakkındaki araştırmaların sayısı arttırılmalıdır. Türk ve yabancı kaynaklı literatürde, çocukluk döneminde görülen DEHB ile Aleksitimi ve DEHB ile Sosyal Anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. DEHB tanılı çocukların yaşadıkları sosyal ve ailesel problemleri inceleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir.
2. Araştırmanın deney grubunda DEHB tedavisinde ilaç kullanımına başlamamış hastalarla yapılması hedeflenmiştir. Ancak bu kriterlere uyan yeterli sayıda katılımcıya ulaşılamaması sebebiyle araştırmaya ilaç tedavisine başlamış katılımcılar da dahil edilmiştir. Literatürde ilaç tedavisinin DEHB grubunda aleksitimi puanlarını düşürdüğüne dair sonuçlar mevcuttur (Matuzsak ve ark., 2013). Bu sebeple gelecek araştırmalarda, tanısı yeni konulan ve ilaç tedavisine başlamamış katılımcılarla çalışılması ilacın olası etkilerinin sonucu etkilemesini engellemek açısından önemlidir.
3. Araştırmada öğretmen ve ebeveyn geri bildirimlerini karşılaştırabilmek adına öğretmenlerden de veriler toplanmıştır. Ancak çalışmaya katılan öğretmen sayısının az olması sebebi ile öğretmenlerden alınan veriler analize dahil edilmemiştir. Bu çalışma, öğretmen katılımcı sayısının arttırılmasıyla genişletilebilir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2. Baskı (DSM-II), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3. Baskı (DSM-III), Washington DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Washington DC., K rođlu, E., (Çev.), *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) Washington DC., Körođlu, E., (Çev.), *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.
- Aktepe, E. (2011). Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konulan Çocuk Ve Ergenlerde Eş Tanılar Ve Sosyodemografik Özellikler. *Yeni Symposium*, 49:201-208.
- Aslan, H. (1996). Psikiyatrik, Psikosomatik Hastalarda Aleksitimi. *N ropsikiyatri Arşivi*, 33:13-18.
- Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and somatization: a factor analytic study. *Psychosomatics*, 37:451-458.
- Bankier, B., Aigner, M., Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder and depression. *Psychosomatics*, 42:235-240.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of AdHd. *Psychological Bulletin*, 121:65-94.
- Batıgün, D., B y kşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3):105-114.
- Bradley, C. (1937). The Behavior of Children Receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94:577-581.
- Bierman, K.L., Coie, J.D., Dodge, K.A., Foster, E.M., Greenberg, M.T., Lochman,

- J.E., McMahon, R.J., Pinderhughes, E.E. (2007). Fast track randomized controlled trial to prevent externalizing psychiatric disorders: Findings from grades 3 to 9. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:1250–1262.
- Bilgiç, A., Kılıç, B.H., Gürkan, K., Aysev, A. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulan klinik örneklerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları ve Özgül Öğrenme Bozuklukları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13; 54-59.
- Binbay, Z., Koyuncu, A. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları Birlikteliği, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4:1-13.
- Boris, M., Mandel, F.S. (1994). Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. *Annals of Allergy*, 72:462–468.
- Burgess, C., Simpson, G.B. (1998). Cerebral hemispheric mechanisms in the retrieval of ambiguous word meanings. *Brain and Language*, 33:86-103.
- Cadesky, E.B., Mota, V.L., Schachar, R.J. (2000). Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39:1160–1167.
- Casey, R.J. (1996). Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders. İçinde: Lewis M, Sullivan M. (eds) Emotional development in atypical children. *Lawrence Erlbaum Associates*, 161–183.
- Chavira, D.A., Stein, M.B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 14:797-818.
- Conners, C.K. (1997). Conners' Rating Scales-Revised. Instruments For Use With Children and Adolescents. *MHS*, Toronto.
- Conners, C.K. (1997). Conners' Rating Scales-Revised. Instruments For Use With Children and Adolescents. *MHS*, Toronto.
- Corbett, B., Glidden, H. (2000). Processing affective stimuli in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, 6:144–155.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D., Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36:195-198.
- Cunningham, C.E., Boyle, M.H. (2000). Preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family parenting and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30:555-569.
- Crichton, A. (1798). An inquiry into the nature and origin of mental derangement:

comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects. Cadell T Jr., Davies W., London [Reprint: Crichton A (2008) An inquiry into the nature and origin of mental derangement. On attention and its diseases. *Journal of Attention Disorders*, 12:200–204].

Çakaloz, B., Akay, A.P., Günay, T. (2007). Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğunun Eşlik Ettiği ve Etmediği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocukların Davranışsal Sorunlar, Ders Başarısı ve Akran İlişkileri Açısından Değerlendirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 45, 84-92.

Çam Çelikel, F., Saatçioğlu, Ö. (2002). Konversiyon Bozukluğunda Aleksitiminin Depresyon ve Anksiyeteye Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5, 229-234.

Çam Çelikel, F., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B., Cloninger, C. (2009). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51:64-67.

Dadds, M.R., Cauchi, A.J., Wimalaavera, S., Hawes, D.J., Brennan, J. (2012). Outcomes, Moderators, And Mediators Of Empathic-Emotion Recognition Training For Complex Conduct Problems In Childhood. *Psychiatry Research*, 201-207.

Demir, T., Eralp-Demir, D., Türksoy, N., Özmen, E., Uysal, Ö. (2000). Çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13: 42-8.

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

Demir, T., Karacetin, G., Demir, D., Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, 28 (1):64-9.

Dilbaz, N. (2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Journal of Clinical Psychology*, 3-21.

Donfrancesco, R., Parisi, P., Vanacore, N., Martines, F., Sargentini, V., Cortese, S. (2013). Iron and ADHD: time to move beyond serum ferritin levels. *Journal of Attention Disorders*, 17:347-357.

Dombeck, M.B. (2007). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care for Women International*, 22:649-65.

Edel, M.A., Rudel, A., Hubert, C., Scheele, D., Brüne, M., Juckel, G., (2010). Alexithymia, emotion processing and social anxiety in adults with ADHD. *European Journal of Medical Research*, 15:1–7.

- Ercan, E.S., Amado, S., Somer, O. (2001). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8:132-42.
- Ercan, E. S., (2010). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda epidemiyolojik veriler. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 6(2): 1-5.
- Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardınc, U., Yazıcı, K., Basay, B., Aydın, C., Rohde, L. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1): 30.
- Ercan, E.S., Köse, S., Kutlu, A. (2012). Treatment Duration is Associated with Functioning and Prognosis in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22(2), 148-60.
- Erman, H., Öncü, B., Türkbay, T., Erman, Ö., Söhmen, T., Turgay, A. (2000). İki farklı kültürde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşı Gelme Bozukluğu belirtilerinin karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7:72-79.
- Erşan, E., Doğan, O., Doğan, S., Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13: 354-361.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M. (2008). A Meta-Analysis of behavioral treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology Review*, 29:129–140.
- Faraone, SV., Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44(10):951–8.
- Fairchild, G., Van Goozen, H.M., Calder, A.J., Stollery, S., Goodyer, I.M. (2009). Deficit In Facial Expression Recognition In Male Adolescents With Early-Onset Or Adolescence-Onset Conduct Disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 627-636.
- Faraone, SV., Biederman, J., Mennin, D., Russell, RL. (1998). Bipolar and antisocial disorders among relatives of ADHD children: Parsing familial subtypes of illness. *American Journal of Medical Genetics*, 81(1):108–116.
- Firestone, P., Prabhu, A.N. (1983). Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11:207-216.
- Friedman, R., Rapport, J., Lumley, M., Tzelepis, A., Van-Voorhis, A., Stettner, L., Kakaati, L.(2003). Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 17:50-8.

- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., Kahn, R.S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161: 857-864.
- Fukunishi, I., Kawamura, N., Ishikawa, T., Ago, Y., Sei, H., Morita, Y., Rahe, R.H. (1997). Mothers' Low Care In The Development Of Alexithymia: A Preliminary Study In Japanese College Students. *Psychological Reports*, 80:143-146.
- Gershon, J., Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3): 143-154.
- Gill, A., Bhatt, A. (2016). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Short Review. *International Journal of Advances in Medicine*, (3):446-451.
- Ginsberg, G., La Greca, A. M., Silverman, W. S. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175–185.
- Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, E.Ç., Akdemir, D., Taner, Y. (2004). Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 11:109-116.
- Gul, N., Tiryaki, A., Kultur, S., Topbas, M., Ak, I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 20(1): 50-56.
- Guclu, O., Erkiran, E. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların Ebeveynlerinde Psikiyatrik Yükünlük. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7:32-41.
- Güler, A.S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S., Yazgan, Y. (2014). Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. *Journal of Attention Disorders*, 2014a [Epub ahead of print].
- Günoğdu, Y., Varol, Ö., Özyurt, F., Dönder, E., (2016). Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17: 143-145
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Blanco, C., Stinson, F.S., Chou, S.P., Goldstein, R.B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (11):1351-61.
- Güçlü, O., Erkiran, M. (2005). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı

- alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 8: 18-23.
- Hay, D. A., Levy, F. (2001). Implications of genetic studies of attentional problems for education and intervention. İçinde: F. Levy & D. A. Hay (Eds.), *Attention genes and ADHD* (pp. 214–224). East Sussex, UK: Brunner-Routledge.
- Helmes, E., McNeill, PD., Holden, RR., Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64:318-331.
- Hodgkins, P., Shaw, M., Coghill, D., Hechtman, L. (2012). Amfetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: complementary treatment options. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9): 477-492.
- Hoppe, K.D., Bogen, J.E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28:148-155.
- Jarrett, M.A., Ollendick, T.H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28:1266–1280.
- Jarrett, MA. (2013). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: Processes of change. *Psychological Assessment*, 25:545–555.
- Kanarek, R. (1997). Psychological effects of snacks and altered meal frequency. *British Journal of Nutrition*, 77:105–120.
- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E. Connors Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. XVI. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi. 20-23 Nisan 2006, Antalya. Kongre Özet Kitabı, 69.
- Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E. (2011). Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun: Türk Çocukları için Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:150–163.
- Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2012). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45:2.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (KSADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:980–988.
- Kayaalp, L., (2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *İ.Ü. Cerrahpaşa*

Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 62:147-152.

- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E., Zaslavsky, A.M. (2005). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163:716– 723.
- Kılıç, B.G., Şener, Ş. (2005). Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımda Aile İşlevleri Ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 21-28.
- Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1-2):183-212.
- Koçak, R., Karaboğa, M., Baloğlu, M. (2015). Çocuklar için Aleksitimi Ölçeğinin (ÇAÖ) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Turkish Studies*, 2013:1036.
- Koyuncu, A., Binbay, Z., Özyıldırım, İ., Ertekin, E. (2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Başlangıç Yaşının Klinik Gidiş Üzerine Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15:111-120.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33:17-31.
- Lane, R.D., Ahern, G.L., Schwartz, G.E., Kaszniak, A.W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, 42:834–844.
- Lange, K.W., Lange, K. M., Reichl, S., Tucha, L., Tucha, O. (2010). The History of Attention Deficit Disorder, *Published Online Springer ADHD*, 2(4): 241–255.
- Lahey, B.B., McBurnett, K., Loeber, R. (2000). Are Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder And Oppositional Defiant Disorder Developmental Precursors To Conduct Disorder?, *Handbook of Development Psychopathology*, 431-446.
- Lauth, G.W., Heubeck, B.G. (2006). Observation of children with attention-deficit hyperactivity (ADHD) problems in three natural classroom contexts. *Brisith Journal of Educational Psychology*, 76, 385-404.
- Levant, R.F., Hall, J., Williams, M., Hasan, T. (2009). Gender Differences In Alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 3:190-203.
- Levy, F., Hay, D., McStephen, M., Wood, C., Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 737-744.

- Manassis, K., Tannock, R., Young, A., Francis-John, S. (2007). Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: A comparison with clinical and normal children. *Behavioral and Brain Functions*, 3(4), 1–10.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J.M., Figueiredo, D. (1999). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 29:515–525.
- Markovska-Simoska, S. (2010). Face emotive recognition by ADHD and normal adults. *Acta Neuropsychologica*, 8:99–122.
- Marks, I.M., Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, (2):218-21.
- Matuzsak, J., Miller, G., Kimmelmeier, M., Mason, N. (2013). A Pilot Study Of The Impact Of Stimulant Pharmacotherapy In College Students With ADHD On Alexithymia And Psychological Mindedness. *Scientific Research*, 2: 139-142.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38:81-90.
- Minder, B., Das-Smaal, A., E. F., Brand, J.M., Orlebeke, J. F. (1994). Exposure to lead and specific attentional problems in schoolchildren. *Journal of Learning Disabilities*, 27(6): 393-399.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R.D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. *NeuroImage*, 32:1472–1482.
- Moutier, C.Y., Stein, M.B.. (1999). The History, Epidemiology, and Differential Diagnosis of Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60: 4–8.
- National Institutes of Health (NIH). (2012). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *U.S. Department of Health and Human Services*, 12-357.
- Oktay, B., Batgün, A.D. (2014). Aleksitimi: Bağlanma, Benlik Algısı, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke, *Türk Psikoloji Yazıları*, 17 (33), 31-40.
- Osipova, E.A., Pankratova, N.V. (1997). Dynamics of neuropsychological status in children with different forms of attention deficit and hyperactivity disorder. *School of Attention*, 31-43.
- Öncü, B., Şenol, S., (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun etiolojisi: bütüncül yaklaşım. *Journal of Clinical Psychology*, 5:111-119.
- Özmen, S.K. (2010). Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6:2.
- Öztürk, M., Sayar, K., Güveli, M., Uğurad, I., Acar, B., Solmaz, M. (2000). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinde depresyon ve

- anksiyete düzeyleri. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13:170-174.
- Park, S., Cho M.J., Chang, S.M., Jeon, H.J., Cho, S.J., Kim, B.S., Bae, J.N., Wang, H.R., Ahn, J.H., Hong, J.P. (2011). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, 186(2-3), 378-383.
- Pekcanlar, A., Turgay, A., Miral, S.(2001) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Komorbidite. Aysev A.S., editor. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü. Ankara: Ankara Üniversitesi Müdürlüğü*, 201-212.
- Pennebaker, J.W. (1989). Confession inhibition and disease. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22:211-244.
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., Münzebrock, M., Scheel, C., Jacob, C., Perlov, E., Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195:1013-19.
- Polanczyk, G., de Limas, M. S., Horta, B.L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164:942-8.
- Rappoport, J., Friedman, S.L., Tzelepis, A., Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16:102-10.
- Rapee, R.M., Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, (7):737-67.
- Safren, S. A. (2001). Prevalence of childhood ADHD among patients with generalized anxiety disorder and a comparison condition, social phobia. *Journal of Depression and Anxiety*, 13: 190-191.
- Sayın, A. (2007). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10:3-10.
- Spencer, T.J., Faraone, S.V., Michelson, D. (2006). Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67:415-20.
- Spencer, T. J., Biederman J., Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6): 631-642.
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F., Kruse, J. (2007). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A

systematic literature review. *Journal of Anxiety Disorder*, 27 692–702.

- Steinhausen, H.C., Novik, T.S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M.J., Rodrigues Pereira, R., Ralston, S.J., Rothenberger, A. (2006). Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15:25–29.
- Sterzer, P., Stadler, C., Poustka, F., Kleinschmidt, A. (2007). A Structural Neural Deficit in Adolescent With Conduct Disorder And Its Association With Lack of Empathy. *NeuroImage*, 335-342.
- Sherman, D.K., McGue, M.K., Iacono, W.G. (1997). Twin concordance for attention deficit hyperactivity disorder: a comparison of teachers' and mothers' reports. *American Journal of Psychiatry*, 154, 532-535.
- Sonuga-Barke, E.J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Weeks, A. (2013). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402.
- Souza, I., Pinheiro, M.A., Mattos, P. (2005). Anxiety Disorders in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Clinical Sample. *Arquos de-Neuora psiquiatria*, 63:407-409.
- Stoudemire, A. (1991). Somato Thymia, Part 1 and Part 2. *Psychosomatics*, 32(4):365-381.
- Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., Tosun, A. (2013). Aleksitimi Kavramı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4):507-527.
- Tannock, R. (2009). ADHD with anxiety disorders. İçinde: T. E. Brown (Ed.), *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults* (pp. 131–155). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Taylor, G.J., Ryan, D., Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44:191-199.
- Timimi, S. (2005). The Rise and Rise of ADHD. İçinde: C. Newnes & N. Radcliffe (Eds.), *Making and breaking children's lives*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Tuğlu, C., Şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (1), 75-116.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89–106.
- Türe, F. (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların (8-12 Yaş) Değişik Anne Tutumlarına Göre Benlik Saygı Düzeylerinin İncelenmesi.

- Tychey, C., Garnier, S., Lighezzollo-Alnot, J., Claudon, P., Rebourg-Roesler, C. (2010). An accumulation of negative life events and the construction of alexithymia: a longitudinal and clinical approach. *Journal of Personality Assessment*, 92:189-206.
- Weiss, G. (1996). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatry: A Comparative Textbook. (Ed: M. Lewis), 2nd ed., USA: Williamson & Wilkins, 544-64.
- Weyandt, L.L., DuPaul, G. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders*, 10: 9-19.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. (2001). Pharmacotherapy of social anxiety disorder at the turn of the millennium. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24 (4):783- 803.
- Van den Hove, D.L., Steinbuch, H.W.M., Scheepens, A., Van de Berg, W.D.J., Kooiman, L., M., Boosten, B.J.G., Blanco, C.E. (2006). Parental stress and neonatal rat brain development. *Neuroscience*, 137(1): 145-155.
- Visser, S.N., Bitsko, R.H., Danielson, M.L., Perou, R., Blumberg, S.J. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children - United States, 2003 and 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59: 1439-1443.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42:80-89.
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33:179–191.
- Wolff, H. (1977). The Contribution Of The Interview Situation to Restriction Of Fantasy Life and Emotional Experience In Psychosomatics Patients Psychotherap. *Psychosomatics*, 28:58-67.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3):319–24.
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R.T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H.M., Ganiats, T.G., Kaplanek, B., Meyer B., Perrin, J., Pierce, K., Reiff, M., Stein, M.T., Visser, S. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention- deficit/hyperactivity disorder in children and adolescent. *Pediatrics*, 128: 1007- 1022.

- Yuill N., Lyon, J. (2007). Selective Difficulty In Recognizing Facial Expressions Of Emotion In Boys With ADHD. General Performance Impairments Or Specific Problems In Social Cognition. *European Child Adolescence Pschiatry*, 298-404.
- Zapitelli, U., Pinto, M., Grizenko, N. (2001). Pre-, Peri- and Postnatal trauma in subjects with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46:542- 548.

EKLER

Ek A. Ebeveyn Formları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı İçin Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nin Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi ile ilişkili olup olmadığını incelemektir. Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığımız sorularda yardım isteyebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde elde edilen bulgular sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Tez Öğrencisi Gizem Biçen tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen bilgileri okudum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu koşullarla çocuğum ile beraber araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onam belgesini kendi isteğimle imzalıyorum.

Tarih:...../...../.....

Katılımcı:

Adres/ Tel:

İmza:

İmza:

Araştırmacı:

Adı Soyadı: Psk. Gizem Biçen

Adres/ İletişim: Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü, pskgizembicen@gmail.com

İmza:

Tanık:

Adı Soyadı: Dr. Betül Mazlum

Adres/İletişim: drbakkaloglu@yahoo.com

Tarih:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız:
2. Çocuğa yakınlık dereceniz
3. Yaşınız:
4. Anne- baba öğrenim düzeyi?

	Anne	Baba
İlkokul mezunu	()	()
Ortaokul mezunu	()	()
Lise mezunu	()	()
Üniversite mezunu	()	()
Yüksek lisans mezunu	()	()
5. Mesleğiniz:
6. Anne babanın şu anki durumu?
() Evliler, birlikte yaşıyorlar
() Evliler, ayrı yaşıyorlar
() Boşandılar
() Anne veya babadan biri öldü
7. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?
8. Ailenizin gelir durumu? Düşük() Orta() Yüksek() Çok Yüksek()
9. Ailede ruhsal veya fiziksel hastalık öyküsü Yok() Var()
10. Çocuğunuzun adı:
11. Cinsiyeti : Kız () Erkek ()
12. Yaşı :
13. Sınıfı:
14. Okulu:
15. Kardeşi var mı? Evet () Hayır ()
16. Okul Başarısı Kötü () Orta () İyi ()
17. Bebeklik ve çocuklukta en uzun süre ile bakımını sağlamış olan kişi kimdir?
18. Geçmişte psikolojik bir rahatsızlık nedeniyle tedavi gördü mü?
Hayır () Evet ()
19. Tıbbi bir hastalığı ? Yok () Var ()
20. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu semptomlarının başlangıç yaşı kaçtır?
21. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için ilaç kullanıyor mu?
() Evet (İlaç ismini ve günlük dozunu yazınız.)

() Hayır

YENİLENMİŞ CONNERS EBEVEYN DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Çocuğun adı:-----	Cinsiyeti: K E (daire içine alınız)
Doğum Tarihi: -----/-----/----- Ay Gün Yıl	
Anne ya da Babanın Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/----- Ay Gün Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karnı ağrır.	0	1	2	3
8	Kavga eder.	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur .	0	1	2	3
18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez .	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiç bir şeyi yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
	Günlük etkinliklerde unuttandır.	0	1	2	3
50	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
51	Yemekte lokmalar arasında koşturur durur.	0	1	2	3
52	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
53	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
54	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
55	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
56	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
57	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
58	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
59	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
60	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar	0	1	2	3
61	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
62	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
63	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
64	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır	0	1	2	3
65	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
66	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
67	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
68	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
69	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
70	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
71	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
72	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür	0	1	2	3
73	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
74	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
75	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
76	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir	0	1	2	3
77	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3
78	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
79	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır	0	1	2	3
80					

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI-TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

I. BÖLÜM

A-DİKKATSİZLİK

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde yada diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi/ev ödevi gibi) kaçınır.	0	1	2	3
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlır.	0	1	2	3
IA bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	.....	/9		
IA bölümünde alınan toplam puan	.....	/27		

B-AŞIRI HAREKETLİLİK-DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturmaz.	0	1	2	3
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (Gençlerde yada erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir)	0	1	2	3
13. Sakince oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14. Hep hareket halindedir, yada sanki motor takmış gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (Başkalarının konuşmaları yada oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

IB bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	.....	/9		
IB bölümünde alınan toplam puan	.....	/27		
IA ve IB bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı	.....	/18		
Bölüm IA ve IB' nin toplamı	.....	/54		

II. BÖLÜM

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok fazla
19. Kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
20. Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25. Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
II.bölümünde karşılanan ölçüt sayısı	.....	/8		
II.bölümünde alınan toplam puan	.....	/24		

III. BÖLÜM

SORUN	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok fazla
İNSANLARA VE HAYVANLARA KARŞI SALDIRGANLIK				
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar vererek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb) kullanır.	0	1	2	3
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırganlıkla soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birisine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
MALA ZARAR VERME				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında).	0	1	2	3
DOLANDIRICILIK YA DA HIRSIZLIK				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak yada sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık).	0	1	2	3
KURALLARI CİDDİ BİÇİMDE BOZMA				
39. 13 yaşından önce başlayarak ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40. Anne-babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmış olma (yada uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçma	0	1	2	3
III.bölümde karşılanan ölçüt sayısı	.....	/15		
III.bölümden alınan toplam puan	.....	/45		
I.II.III. bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı	.....	/41		
Her üç bölümden alınan toplam puan	.....	/123		

Ek B. Çocuk Formları

ÇAÖ

ÇOCUKLAR İÇİN ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

Lütfen adınızı:.....

Doğum tarihinizi yazınız:.....

Aşağıda 20 (yirmi) kısa cümle göreceksiniz. Her bir cümle insanların nasıl hissettikleri ya da hisleri konusunda ne düşündükleriyle ilgilidir. Cümlelerin ifade ettiği durumun size uygunluğunu *sık sık doğru, bazen doğru, yanlış* şeklinde verilen seçeneklerin sadece birini işaretleyerek kendi seçiminizi belirtiniz.

Eğer cümlelerin ifade ettiği durumlardan birini seçmekte zorlanıyorsanız, size en çok uyan seçeneği işaretleyiniz. Çünkü her insanın duyguları ile ilgili farklı düşünce ve hisleri vardır. Bu yüzden doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu cümleler sadece sizin ne düşündüğünüze yöneliktir.

Yanlış Bazen Doğru Sık sık doğru

	Yanlış	Bazen Doğru	Sık sık doğru
1. Çoğu zaman iç dünyamda ne hissettiğim konusunda kafam karışıktır.			
2. İç dünyamda neler hissettiğimi anlatmakta zorlanırım.			
3. Bedenimde doktorların bile anlayamadığı şeyler hissedirim.			
4. Duygularımı kolaylıkla söyleyebilirim.			
5. Bir problemim olduğunda sadece konuşmaktansa problemin nedenini bulmaya çalışırım.			

6. Keyfim kaçtığımda üzgün, korkmuş yada kızgın olup olmadığını bilemem.			
7. Bedenimde hissettiğim şeyler beni sık sık şaşırtır.			
8. Bir şeylerin neden olduğunu düşünmek yerine neler olacağını bekleyip görmeyi tercih ederim			
9. Bazen ne hissettiğimi anlatacak kelime bulamam.			
10. İç dünyanızda neler hissettiğinizi anlamak önemlidir.			
11. Başkaları hakkında ne hissettiğimi söylemek benim için zordur.			
12. Çevremdeki insanlar neler hissettiğim konusunda daha çok konuşmam gerektiğini söylüyorlar.			
13. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.			
14. Çoğu kez neden kızgın olduğumu bilemiyorum.			
15. İnsanlarla onların ne hissettiklerinden ziyade günlük yaşam ile ilgili şeyleri konuşmayı tercih ederim.			
16. Diğer insanların problemleri ile ilgili filmleri izlemektense eğlenceli televizyon programlarını izlemeyi tercih ederim.			
17. Gerçekten ne hissettiğimi en yakın arkadaşşıma bile söylemek benim için çok zordur.			
18. Yan yana oturduğum bir insan ile konuşmadığım halde kendimi ona yakın hissedebilirim.			
19. Problemlerim ile ilgili bir şeyler yapmak istediğimde, duygularım hakkında düşünmek bana yardımcı olur.			
20. Bir filmin konusunu anlamaya odaklandığımda filmde daha az keyif alırım.			

Lütfen bütün cümleleri işaretlediğinizden emin olunuz.

Teşekkürler.

DAVRANIM BOZUKLUĞU EKİ

1. Başkasının malına zarar vermek (Vandalizm)

Hiç başkaların eşyalarına bilerek zarar verdiğin olur mu? Örneğin, camları kırdın mı? Arabaları çizdin mi? Başka? Bilerek zarar verdiğin, dağıttığın ya da kırdığın en pahalı şey ne oldu? Çok öfkelendiğin zamanlar ne yaparsın? Ne sıklıkla başkalarının eşyalarına bilerek zarar verirsin?

AB Ç Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: 1 ya da 2 kez başkasının malına hafif derecede zarar vermiştir (Bilerek başkasının oyuncasını kırma gibi).
3 3 3 Eşik: En az 3 kez başkasının malına orta ya da ağır düzeyde zarar vermiştir.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

2. Bir yere zorla girmek

Geçtiğimiz 6 ay içerisinde senin ya da bir arkadaşının herhangi bir arabaya zorla girdiğiniz oldu mu? Herhangi bir eve? Herhangi bir dükkana? Depolara? Diğer binalara? Yaklaşık olarak kaç kez zorla bir eve, arabaya, dükkana ya da diğer binalara girdin?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Bir eve, arabaya, dükkana ya da binaya zorla giren arkadaşlarının yanında bulunmuş, ancak etkin olarak katılmamıştır.
3 3 3 Eşik: En az bir kez zorla bir ev, araba, dükkana ya da binaya girmiştir.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

3. Saldırganlık içeren hırsızlık eylemi

Geçtiğimiz 6 ay içerisinde sen ya da bir arkadaşın birini soydunuz mu? El çantalarını kaptınız mı? Başkalarının yolunu kesip soydunuz mu? Tehdit ettiniz mi? Ne sıklıkla?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Saldırganca hırsızlık yapan arkadaşların yanında bulunmuş, ancak etkin olarak katılmamıştır.
3 3 3 Eşik: En az bir kez kapkaççılık, gasp, silahlı soygun ve benzeri davranışlarda bulunmuştur.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

4. Yangın çıkarma

Geçtiğimiz 6 ay içerisinde hiç yangın çıkardın mı? Neden? Kibritlerle oynarken farkında olmadan mı yoksa bilerek mi yangın başlattın? O sırada öfkeli miydin? Hasar vermeye ya da birinden öğ almaya m çalışıyordun? Şimdiye kadar yangın çıkartarak neden olduğun en büyük hasar ne olmuştur? Kaç kez yangın çıkardın?

AB Ç Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Kibrit ile oyun oynuyor, hasar verme niyeti yoktur ve yangın(lar) kızgınlık sonucu başlatılmamıştır.
3 3 3 Eşik: 1 ya da daha fazla sayıda yangın hasar verme amaçlı olarak ya da öfke ile başlatılmıştır.

GEÇMİŞ:
AB Ç Ö

5. Geceyi dışarıda geçirme

Akşamları eve saat kaçta gelmen gerekiyor? Sık sık bu saat sınırını aştığın olur mu? Dışarıda en geç saat kaçta kadar kaldın? Hiç bütün gece boyunca dışarıda kaldığın oldu mu? Bunu kaç kez yaptın?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Yalnızca 1 kez bütün geceyi ya da gecenin büyük bölümünü dışarıda geçirmiştir.
3 3 3 Eşik: Pek çok kez (2 ya da daha fazla) bütün geceyi ya da gecenin büyük bölümünü dışarıda geçirmiştir.

GEÇMİŞ:
AB Ç Ö

6. Evden kaçma

Geçtiğimiz 6 ay içerisinde hiç evden kaçtın mı? Neden? Evde kaçıp kurtulmak istediğin birşeyler mi oluyor? Ne kadar süre evden uzak kaldın? Bunu kaç kez yaptın?

Not: Eğer çocuk fiziksel ya da cinsel istismardan kaçınmak amacıyla evden kaçmışsa değerlendirmeye almayın.

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Yalnızca 1 geceliğine evden kaçmıştır ya da kısa süreli birçok kez evden kaçmıştır.
3 3 3 Eşik: En az 1 kez, 2 ya da daha çok geceliğine evden kaçmıştır ya da gece dönmeyecek şekilde 2 ya da daha çok kez evden kaçmıştır.

GEÇMİŞ:
AB Ç Ö

7. Silah kullanma

Bıçak ya da tabanca taşıyor musun? Çaktı? Hiç başkasına karşı tuğla, kırık şişe ya da başka şeyleri silah olarak kullandın mı? Kendini savunmak gerektiğinde ne yaparsın? Hiç birini kendinden uzaklaştırmak amacıyla bu silahlardan birini kullanmakla tehdit ettin mi?

AB Ç Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Silah kullanmak tehditinde bulunmuş ancak hiç kullanmamıştır.
3 3 3 Eşik: En az 1 kez ağır hasara neden olabilecek şekilde silah (örn. bıçak, tuğla, kırık şişe, tabanca) kullanmıştır.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

8. Başkalarına fiziksel açıdan eziyet etme

Bu güne kadar başkalarına verdiğin en ciddi fiziksel zarar ne olmuştur? Ortada gerçek bir neden yokken bir başkasını kötü bir şekilde dövdüğün oldu mu? Sonuçta ne oldu? Yaralandılar mı?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Kabadayılık eder (örneğin itekler, başkalarının gözünü korkutur) ancak bir başkasını yaralamamıştır ya da ağır hasara neden olmamıştır.
3 3 3 Eşik: Yaptığı kabadayılık ya da fiziksel eziyetler yoluyla hafif ya da ağır düzeyde yaralanmalara neden olmuştur.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

9. Bir başkasını cinsel etkinliğe zorlama

Hiç başkasını seninle cinsel ilişkiye girmeye ya da karşındakinin istediğinden daha ileri gitmeye zorladığın oldu mu? Hiç böyle davrandığını söyleyen oldu mu? Ne olduğunu söylediler? Bu kaç kez oldu?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: En az 1 kez birilerini cinsel organları içermeyen bir cinsel etkinliğe zorlamıştır.
3 3 3 Eşik: En az 1 kez birilerini cinsel organları okşama, oral seks, vajinal ve/ ya da anal ilişkiye zorlamıştır.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

10. Hayvanlara eziyet etme

Bazı çocuklar hayvanları incitmekten ya da onlara eziyet etmekten hoşlanırlar. Geçtiğimiz 6 ay içerisinde bilerek hayvanlara zarar verdiğin ya da zarar vermeye çalıştığın oldu mu? Hiç bir hayvanı vurdun mu? Ya da zehirledin mi? Başka şeyler yaptın mı? Geçtiğimiz 6 ay içerisinde yaklaşık kaç kez bilerek bir hayvana zarar verdin?

Not: Geleneksel avlanmayı değerlendirmeye almayın.

AB Ç Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Yalnızca 1 kez bir hayvanı öldürmüş ya da eziyet etmiştir.
3 3 3 Eşik: En az 2 kez bir hayvanı öldürmüş ya da eziyet etmiştir.

GEÇMİŞ: $\frac{\text{AB}}{\text{AB}} \frac{\text{Ç}}{\text{Ç}} \frac{\text{Ö}}{\text{Ö}}$

Ölçüt	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
11. <u>İşlevsellikte Bozulma</u>						
a: Sosyal (yaşlılarıyla)	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Ailesiyle	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: Okulda	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
12. <u>Süre</u>						
<i>Yakınmaların (çocuktaki belirtileri sıralayın) ne kadar süredir var?</i>	6 ay ya da daha fazla	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
13. <u>Grup tipi</u>						
<i>Genellikle _____'yi (çocuktaki belirtileri sıralayın) arkadaşlarıyla birlikte mi yapardın?</i>	Davranım sorunları ağırlıklı olarak çoğu arkadaşlarla yapılan grup etkinliği sırasında ortaya çıkar.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

Ölçüt	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
14. Tek başına saldırgan tip						
<i>Genellikle _____'yi (çocuktaki belirtileri sıralayın) tek başına yalnızken mi yaptın?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Davranım sorunlarının çoğu çocuk tarafından başlatılır (grup etkinliği olarak değil).						
15. Ayrışmamış tip						
<i>Konuştuğumuz şeylerin bazılarını arkadaşlarıyla diğerlerini tek başına mı yaptın?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Davranım sorunları tek başına saldırgan tip ya da grup tipi olarak sınıflandırılmıyor						
16. Çocukluk başlangıçlı tip						
<i>İlk olarak _____ (çocuktaki belirtileri sıralayın) yapmaya başladığında kaç yaşındaydın?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10 yaşından önce en az bir davranım sorununun başlamış olması						
17. Ergenlik başlangıçlı tip						
<i>Bunların hiçbirini 10 yaşından önce yapmadın öyle mi?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
10 yaşından önce davranım sorunu yok						
18. Davranım Bozukluğu	Özet ŞD	Özet GEA				
DSM-III-R Ölçütleri	0 1 2	0 1 2				
A. Gözden geçirilen 6 aylık zaman dönemi içerisinde aşağıdaki 13 belirtiden en az 3 tanesini karşılar:						
Yalan söyleme, okuldan kaçma, dövüşme, saldırganlık içermeyen hırsızlık, vandalizm, zorla bir yere girme, saldırganlık içeren hırsızlık, yangın çıkarma, evden kaçma, silah kullanma, başkalarına fiziksel açıdan eziyet etme, birilerini cinsel etkinliğe zorlama, hayvanlara eziyet etme						
B. Belirtiler 6 ay ya da daha uzun süredir bulunmaktadır.						
C. Eğer 18 yaş ya da üzerinde ise antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaz.						

<u>DSM-IV Ölçütleri</u>	Özet ŞD	Özet GEA
<p>A. Son 6 ay içerisinde en az birinin bulunması koşulu ile geçmiş 12 ayda aşağıdaki 15 belirtiden en az 3 tanesini karşılar:</p> <p>Yalan söyleme, okuldan kaçma, dövüşme, kabadayılık etme, sıklıkla geceleri dışarıda kalma, saldırganlık içermeyen hırsızlık, vandalizm, zorla bir yere girme, saldırganlık içeren hırsızlık, yangın çıkarma, evden kaçma, silah kullanma, başkalarına fiziksel açıdan eziyet etme, başkalarını cinsel etkinliğe zorlama, hayvanlara eziyet etme</p> <p>B. Bu davranışlar işlevsellikte klinik açıdan anlamlı düzeyde bozulmaya neden olur ve;</p> <p>C. Eğer 18 yaş ya da üzerinde ise antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamaz.</p>	0 1 2	0 1 2
<p><u>Çocukluk başlangıçlı tip</u></p> <p>10 yaşından önce en az bir belirtinin başlangıç göstermesi</p>	0 1 2	0 1 2
<p><u>Ergenlik başlangıçlı tip</u></p> <p>10 yaşından önce herhangi bir belirtinin olmaması</p>	0 1 2	0 1 2
<p><u>Hafif</u></p> <p>Tanı koymak için gerekli olan davranım sorunları varsa bile çok az sayıdadır ve bu sorunlar başkalarına yalnızca hafif düzeyde zarar verir (örneğin yalan söyleme, okuldan kaçma, gece geç saate kadar dışarıda kalma gibi)</p>	0 1 2	0 1 2
<p><u>Orta</u></p> <p>Sorunların sayısı ve başkalarına olan etkisi "hafif" ve "ağır" düzey arasındadır (örneğin, kurbanla yüz yüze gelmeden yapılan hırsızlık, vandalizm gibi)</p>	0 1 2	0 1 2
<p><u>Ağır</u></p> <p>Tanı koymak için gerekli olan davranım sorunlarının pek çoğu bulunur ya da bu sorunlar başkalarına önemli ölçüde zarar verir (örneğin, birilerini cinsel etkinliğe zorlama, silah kullanma, kurban ile yüzleşerek çalma, zorla bir yere girme gibi)</p>	0 1 2	0 1 2

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU EKİ

(Eğer çocuk DEHB için ilaç kullanıyorsa, çocuğun ilaç kullanmadığı dönemdeki davranışları derecelendirin)

AB C Ö

1. <u>Dikkatsizlik nedeniyle çok sayıda hata yapar.</u>	0	0	0	Bilgi yok.
<i>Okulda dikkatsizlik nedeniyle çok fazla hata yapar mısın? Yönergeleri doğru okumadığın için testleri sık sık yanlış işaretlediğin olur mu? Sık sık bazı soruları yanlışlıkla boş bırakır mısın? Soru kâğıdının arka sayfasındaki soruları yanıtlamayı unuttuğun olur mu? Buna benzer şeyler ne sıklıkla olur? Hiç öğretmenin ayrıntılara daha fazla dikkat etmen gerektiğini söyledi mi?</i>	1	1	1	Belirti yok.
	2	2	2	Eşik altı: Bazen dikkatsizce hatalar yapar. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
	3	3	3	Eşik: Sıklıkla dikkatsizce hatalar yapar. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta yada ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

2. <u>Söylenenleri dinlemez.</u>	0	0	0	Bilgi yok.
<i>Annenin, babanın ve öğretmenlerinin söylediklerini hatırlamak senin için zor mudur? Annen, baban ya da öğretmenlerin seninle konuşurken, onları dinlemediğinden yakınurlar mı? İnsanları duymamazlıktan geldiğin olur mu? Onları dinlemediğin için başın derde girer mi?</i>	1	1	1	Belirti yok.
	2	2	2	Eşik altı: Bazen söylenenleri dinlemez. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
	3	3	3	Eşik: Sıklıkla söylenenleri dinlemez. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta yada ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

3. <u>Yönergeleri izlemekte zorlanır.</u>	0	0	0	Bilgi yok.
<i>Öğretmenlerin yönergeleri izlememenden yakınurlar mı? Annen, baban ya da öğretmenlerin senden bir şey yapmanı istediklerinde, ne söylediklerini hatırlamakta zorlanır mısın? Hiç bu nedenle başın derde girer mi? Hiç ödevlerini tamamlamadığın ya da yönergeleri izlemediğin için notunun düştüğü olur mu? Ev ödevini yapmayı ya da teslim etmeyi unuttuğun olur mu? Anne-babanın sana yapmanı söylediği işleri bitirmediğinden dolayı evde başın derde girer mi? Ne sıklıkla?</i>	1	1	1	Belirti yok.
	2	2	2	Eşik altı: Bazen yönergeleri izlemekte zorlanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
	3	3	3	Eşik: Sıklıkla yönergeleri izlemekte zorlanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

4. İşlerini düzenlemekte zorlanır.

Okuldaki sıran ya da dolabın düzensiz midir? Aradığın şeyleri bulmakta zorluk çeker misin? Öğretmenlerin ödevlerinin dağılık ve düzensiz olduğundan yakınır mısın? Herhangi bir testi çözerken genellikle en baştan başlayıp tüm soruları sırayla mı, yoksa atlaya atlaya mı yanıtıyorsun? Soruları sık sık kaçırır mısın? Sabah okula gitmek için hazırlanmakta zorlanır mısın?

AB C Ö

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Bilgi yok. |
| 1 | 1 | 1 | Belirti yok. |
| 2 | 2 | 2 | Eşik altı: Bazen düzensizdir. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır. |
| 3 | 3 | 3 | Eşik: Sıklıkla düzensizdir. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir. |

GEÇMİŞ: AB C Ö

5. Dikkat gerektiren işlerden hoşlanmaz/kaçınır.

Okulda başkalarına göre yapmaktan daha fazla nefret ettiğin işler var mı? Hangileri? Neden? _____ ödevlerini yapmaktan kurtulmaya çalışır mısın? Yapmamak için _____ ödevini unutmuş gibi yaptığın olur mu? Yaklaşık olarak haftada kaç kez _____ ödevini yapmazsın?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Bilgi yok. |
| 1 | 1 | 1 | Belirti yok. |
| 2 | 2 | 2 | Eşik altı: Bazen dikkat gerektiren işlerden kaçınır ya da bunlarla ilgili hoşnutsuzluğu hafif derecededir. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır. |
| 3 | 3 | 3 | Eşik: Sıklıkla dikkat gerektiren işlerden kaçınır ya da bunlarla ilgili hoşnutsuzluğu orta derecededir. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir. |

GEÇMİŞ: AB C Ö

6. Eşyalarını kaybeder.

Eşyalarını çok fazla kaybeder misin? Okulda kalemlerini kaybeder misin? Ödevlerini kaybeder misin? Evdeki eşyalarını kaybeder misin? Ne sıklıkla eşyalarını kaybedersin?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Bilgi yok. |
| 1 | 1 | 1 | Belirti yok. |
| 2 | 2 | 2 | Eşik altı: Bazen eşyalarını kaybeder. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır. |
| 3 | 3 | 3 | Eşik: Sıklıkla eşyalarını kaybeder (Ör haftada bir kez ya da daha fazla) Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir. |

GEÇMİŞ: AB C Ö

AB C Ö**7. Günlük etkinliklerde unutkanlırdır.**

Ödevini ya da kitaplarını sık sık evde unutur musun? Paltonu otobüste unutur musun? Farkında olmadan eşyalarını dışarıda unuttuğın olur mu? Bu gibi şeyler ne sıklıkla başına gelir? Başkaları hiç senin çok unutkan olduğundan yakındı mı?

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen unutkanlırdır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
3	3	3	Eşik: Sıklıkla unutkanlırdır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ:**AB C Ö****8. Yerinde duramaz.**

Başkaları sana sık sık yerinde oturmanı, kıpırdanmayı bırakmanı söylerler mi? Öğretmenlerin? Annen ya da baban? Bazen oturduğın yerde kıpırdandığın ya da sıranın üzerindeki ufak şeylerle oynadığın için başın derde girer mi? Kollarını ve bacaklarını hareket ettirmeden durmakta zorlandığın olur mu? Ne sıklıkla?

Bilgi veren kişinin anlattıklarına ya da kendi gözlemlerinize dayanarak derecelendirin.

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen elini ayağını oynatır ya da oturduğu yerde kıpırdanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
3	3	3	Eşik: Sıklıkla elini ayağını oynatır ve kıpırdanır (örn: zamanın % 50'sinde). Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ:**AB C Ö****9. Çok fazla koşar ya da tırmanır.**

Okul koridorunda koştuğın için başın derde girer mi? Annen birlikte dışarı çıktığınızda sana sık sık koşmak yerine yürümeni söyler mi? Annen, baban ya da öğretmenlerin tırmanmaman gereken yerlere tırmanmandan yakınırlar mı? Ne tür yerlere tırmanırsın? Bu ne sıklıkla olur?

Ergenler: *Sıklıkla gezinmen gerekiyor gibi huzursuzluk hisseder misin? Ya da bir yerde durmak çok zor olur mu?*

Bilgi veren kişinin anlattıklarına ya da kendi gözlemlerinize dayanarak derecelendirin.

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen fazlaca koşar ya da tırmanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır. (Ergenlerde öznel bir huzursuzluk hissi ile sınırlı olabilir).
3	3	3	Eşik: Sıklıkla fazlaca koşar ya da tırmanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir. (Ergenlerde öznel bir huzursuzluk hissi ile sınırlı olabilir).

GEÇMİŞ:**AB C Ö**

10. Motor takılmış gibi sürekli hareket halindedir.

Yavaş hareket etmek senin için zor mudur? Bir yerde uzunca bir süre kalabilir misin, yoksa sürekli hareket halinde misin? Ne kadar süre oturup televizyon izleyebilir ya da bir oyunu oynayabilirsin? Başkaları sık sık sana yavaşlamayı söyler mi?

11. Sessizce oynamakta zorlanır.

Annen, baban ya da öğretmenlerinin sıklıkla oyun oynarken sessiz olmanı söylediği olur mu? Sessizce oyun oynamakta zorlanırmısın?

12. Soruları söz hakkı verilmeden yanıtlar.

Okulda bazen söz hakkı verilmeden soruları yanıtlar mısın? Evde sıranı beklemeden konuşur musun? Annen ya da babanın kardeşine sorduğu soruları yanıtladığın olur mu? Ne sıklıkta?

13. Sırasını beklemekte zorlanır.

Oyunlarda sıranı beklemek senin için zor mudur? Kantinde ya da musluk başında sıra beklemek sana zor gelir mi?

AB C Ö

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen olur. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
3	3	3	Eşik: Sıklıkla motor takılmış gibi davranır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ: $\frac{\quad}{AB} \frac{\quad}{C} \frac{\quad}{Ö}$

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen sessizce oynamakta zorlanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
3	3	3	Eşik: Sıklıkla sessizce oynamakta zorlanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ: $\frac{\quad}{AB} \frac{\quad}{C} \frac{\quad}{Ö}$

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen söz hakkı verilmeden konuşur. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
3	3	3	Eşik: Sıklıkla söz hakkı verilmeden konuşur (örn. Hergün ya da yaklaşık hergün). Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ: $\frac{\quad}{AB} \frac{\quad}{C} \frac{\quad}{Ö}$

0	0	0	Bilgi yok.
1	1	1	Belirti yok.
2	2	2	Eşik altı: Bazen sırasını beklemekte zorlanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi azdır.
3	3	3	Eşik: Sıklıkla sırasını beklemekte zorlanır. Sorunun işlevsellik üzerindeki etkisi orta ya da ağır düzeydedir.

GEÇMİŞ: $\frac{\quad}{AB} \frac{\quad}{C} \frac{\quad}{Ö}$

14. Söz keser ya da söze girer.

Okulda söz hakkı verilmeden konuştuğun için başın derde girer mi? Annen, baban, öğretmenlerin ya da arkadaşların onlar konuşurken sözlerini kesmeden yakınır mı? Oyun oynarken arkadaşların senin oyunu bozmadan yakınır mı? Bu çok sık olur mu?

Bilgi veren kişinin anlattıklarına ya da kendi gözlemlerinize dayanarak derecelendirin.

15. Bir etkinlikten diğerine geçer.

Oyun oynarken ya da bir işle uğraşırken, aniden canın başka bir şey yapmak ister mi? Böyle bir durumda yaptığın işi hemen bırakıp diğerine geçer misin? Herhangi bir işi (Birçok şeyi tarayın; örn: sofrayı kurmak, diğer işler, okul işleri, video oyunları) sürdürmek konusunda sıkıntı yaşar mısın? Başkaları sana böyle olduğunu söyledi mi? Öğretmenin? Annen?

16. Çok fazla konuşur.

Başkaları senin çok konuştuğunu söyler mi? Okulda konuşmaman gerektiği halde konuştuğun için başın derde girer mi? Ailendeki kişiler senin çok konuştuğundan yakınır mı?

Bilgi veren kişinin anlattıklarına ya da kendi gözlemlerinize dayanarak derecelendirin.

17. Fiziksel olarak tehlikeli işlere girer.

Bazen sağına soluna bakmadan caddeye fırladığın olur mu? Bisiklete binerken trafiği kontrol etmeyi unutur musun? Annenin, babanın tehlikeli bulunduğu başka şeyler yapar mısın, örn. yüksekten atlama gibi? Bu tür şeyleri sık yapar mısın? Sana hiç maceraperest olduğunu söyleyen oldu mu? Neden?

AB C Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Bazen başkalarının sözünü keser.
3 3 3 Eşik: Sıklıkla başkalarının sözünü keser.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Bazen yaptığı etkinliği bitiremez ve başka etkinliğe geçer.
3 3 3 Eşik: Sıklıkla yaptığı etkinliği bitiremez ve başka etkinliğe geçer.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Bazen çok fazla konuşur.
3 3 3 Eşik: Sıklıkla çok fazla konuşur.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Bazen fiziksel olarak tehlikeli işlere girer.
3 3 3 Eşik: Sıklıkla fiziksel olarak tehlikeli işlere girer.

GEÇMİŞ:

AB C Ö

	Ölçüt	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
18. Süre							
<i>Bu sorunları (çocukta varolan belirtileri sıralayın) ne kadar süredir yaşıyorsunuz?</i>	6 ay ya da daha fazla	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
19. Başlangıç yaşı							
<i>Bu sorunlar (belirtileri sıralayın) ilk başladığı sırada kaç yaşındaydın? Anaokulunda mıydın? Birinci sınıfta mıydın?</i>	Başlangıç 7 yaşından önce	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Belirtin _____							
20. İşlevsellikte Bozulma							
a: Sosyal (yaşlılarıyla)		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b: Ailesiyle		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c: Okulda		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
_____		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
		Özet ŞD	Özet GEA				
21. DEHB (DSM-III-R)							
A. Aşağıdaki belirtilerden en az 8'ini karşılar:		0 1 2	0 1 2				
1) Oyun oynarken ya da iş yaparken dikkatini sürdürmekte zorlanır.							
2) Dinlemez.							
3) Yönergeleri izlemekte zorlanır							
4) Eşyalarını kaybeder.							
5) Kolayca dikkati dağılır.							
6) Kıpır kıpırdır							
7) Yerinde oturmakta zorlanır.							
8) Sessizce oynamakta zorlanır.							
9) Soruları söz hakkı verilmeden yanıtlar.							
10) Sırasını beklemekte zorlanır.							
11) Söz keser ya da söze girer.							
12) Bir etkinlikten diğerine geçer.							
13) Çok fazla konuşur.							
14) Fiziksel olarak tehlikeli işlere girişir.							
B. Belirtiler 6 ay ya da daha uzun süredir bulunmaktadır.							
C. Belirtiler 7 yaşından önce başlar							
D. Yaygın gelişimsel bozukluk ölçütlerini karşılamaz.							

	Özet ŞD	Özet GEA
22. DEHB (DSM-IV)		
A. (i) ya da (ii)		
<u>Dikkatsizlik:</u>	0 1 2	0 1 2
i. Aşağıdaki 9 belirtiden en az 6'sını karşılar:		
1) Dikkatsizlikten kaynaklanan birçok hata yapar.		
2) Oyun oynarken ya da iş yaparken dikkatini sürdürmekte zorlanır		
3) Dinlemez.		
4) Yönergeleri izlemekte zorlanır.		
5) İşlerini düzenlemekte zorlanır.		
6) Dikkat gerektiren işlerden hoşlanmaz/kaçınır.		
7) Eşyalarını kaybeder.		
8) Dikkati kolayca dağılır.		
9) Günlük etkinliklerde unutkanır		
YA DA		
<u>Aşırı hareketlilik/Dürtüsellik</u>		
ii. Aşağıdaki 9 belirtiden en az 6'sını karşılar:		
1) Kıpır kıpırdır		
2) Yerinde oturmakta zorlanır.		
3) Çok fazla koşar ya da tırmanır.		
4) Sessizce oynamakta zorlanır.		
5) Motor takılmış gibi sürekli hareket halindedir.		
6) Çok fazla konuşur.		
7) Soruları söz hakkı verilmeden yanıtlar.		
8) Sırasını beklemekte zorlanır.		
9) Sıklıkla söz keser ya da söze girer		
B. Belirtiler 6 ay ya da daha uzun süredir bulunmaktadır.		
C. İşlevsellikte bozulmaya neden olan bazı belirtiler 7 yaşından önce başlamaktadır.		
D. Belirtilerden dolayı iki ya da daha fazla ortamda (örn okul ve ev) işlevsellikte bozulma vardır.		
E. Klinik olarak anlamlı düzeyde işlevsellikte bozulma vardır.		
F. Yaygın gelişimsel bozukluk ölçütlerini karşılamaz.		
23. <u>Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Tip</u>		
Geçmiş 6 ay içerisinde Ai ölçütlerini karşılar, ancak Aii ölçütlerini karşılamaz.	0 1 2	0 1 2
24. <u>Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellliğin Baskın Olduğu Tip</u>		
Geçmiş 6 ay içerisinde Aii ölçütlerini karşılar, ancak Ai ölçütlerini karşılamaz.	0 1 2	0 1 2
25. <u>Bileşik Tip</u>		
Geçmiş 6 ay içerisinde hem Ai hem de Aii ölçütlerini karşılar.	0 1 2	0 1 2
26. <u>Başka Türli Adlandırılmayan DEHB</u>		
DEHB ölçütlerini karşılamayan dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri baskındır.	0 1 2	0 1 2

KARSIT OLMA KARSİ GELME BOZUKLUĞU EKİ

1. Kolayca sinirlendirilebilir ya da kızdırılabilir.

Diğer insanların canını çok sıktıkları ya da seni sinir ettikleri olur mu? Ne tür şeyler seni kızdırır? Annen ya da baban yapmak istediğin bir şeyi yapamayacağını söylediklerinde çok kızar mısın? Başka neler seni sinir eder? Sinirlendiğinde ya da canın sıkıldığında ne yaparsın? Bu ne sıklıkla olur?

AB Ç Ö

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Bilgi yok. |
| 1 | 1 | 1 | Belirti yok. |
| 2 | 2 | 2 | Eşik altı: Zaman zaman kolaylıkla sinirlendirilebilir ya da kızdırılabilir. Yaşıtlarına göre daha sık kızdırılabilir (Haftada 1-3 kez). |
| 3 | 3 | 3 | Eşik: Hergün ya da hemen hemen hergün kolayca sinirlendirilebilir ya da kızdırılabilir. |

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

2. Öfkeli ya da küskündür.

Annene ya da babana çok sinirlenir ya da onlara ters davranır mısın? Ya öğretmenlerine? Kardeşlerine? Arkadaşlarına? Başkaları senin çok huysuz olduğumu söyler mi? Bu ne sıklıkta olur?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Bilgi yok. |
| 1 | 1 | 1 | Belirti yok. |
| 2 | 2 | 2 | Eşik altı: Bazen öfkeli ya da küskündür. Yaşıtlarına göre daha sık öfkelidir. (Haftada 1-3 kez) |
| 3 | 3 | 3 | Eşik: Hergün ya da hemen hemen hergün öfkeli ya da küskündür. |

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

3. Kinci ve intikamcıdır.

Birisi sana haksızlık ettiğinde bunun ödünü almaya çalışır mısın? Bana birkaç örnek verir misin? Kardeşin ya da arkadaşın senin başını derde sokacak bir şey yaptığında ya da seni kızdırdıklarındanane olur? Sen de onlara bir şey yapar mısın? Hiç daha önce böyle bir şey oldu mu? Ne sıklıkla? Başkalarının sana bir şey yaptığı ve senin de buna göz yumduğun dönemler var mıdır? Bu çok sık olur mu?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Bilgi yok. |
| 1 | 1 | 1 | Belirti yok. |
| 2 | 2 | 2 | Eşik altı: Bazen kincidir ve/ ya da intikam alır. Yaşıtlarına göre daha fazla kincidir (Haftada 1-3 kez). |
| 3 | 3 | 3 | Eşik: Hergün ya da hemen hemen hergün kincidir ve/ ya da intikam alır. |

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

4. Küfür eder.

Çok fazla söver ya da küfreder misin? Hiç annen, baban ya da öğretmenlerin senin ağzının bozuk olduğundan yakınır mı? Ne sıklıkla küfredersin?

AB Ç Ö

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Zaman zaman. Yaşıtlarına göre daha fazla küfreder/söver.
3 3 3 Eşik: Hergün ya da hemen hemen hergün çok fazla küfreder/söver.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

5. Başkalarını bilerek kızdırır.

Annen senden bir şey yapmanı istediğinde genellikle yapar mısın? Örneğin oyununu bırakmanı isterse bırakır mısın yoksa duymamış gibi davranıp oyuna devam mı edersin? Diğer insanlar senin bilerek onları kızdıracak şeyler yaptığını söyler mi? Annen ya da baban? Öğretmenlerin? Kardeşlerin? Ne tür şeylerden yakınır mı? Haklı olduklarını düşünür müsün?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: 1 ya da 2 kez bilerek başkalarını kızdıracak şeyler yapmıştır.
3 3 3 Eşik: Birçok kez bilerek başkalarını kızdıracak şeyler yapmıştır.

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

Kardeşlerine sataşmasını değerlendirmeye almayın.

6. Kendi hatalarından dolayı başkalarını suçlar.

Başın derde girdiğinde yaptığın şey için sorumluluk almak senin için ne derece kolaydır? Bu genellikle senin mi yoksa başkalarının mı hatasıdır? Ne sıklıkla yaptığın şeyi üstlenirsin? Sorunlarının çoğunun başkalarından kaynaklandığını mı yoksa kendi hatan olduğunu mu düşünürsün?

- 0 0 0 Bilgi yok.
1 1 1 Belirti yok.
2 2 2 Eşik altı: Bazen kendi hatalarından dolayı başkalarını suçlar. Yaşıtlarına göre sorumluluk almayı daha sık reddeder.
3 3 3 Eşik: Sıklıkla kendi hatalarından dolayı başkalarını suçlar (Zamanın %50 ya da daha fazlasında)

GEÇMİŞ: AB Ç Ö

	Ölçüt	AB ŞD	AB GEA	Çocuk ŞD	Çocuk GEA	Özet ŞD	Özet GEA
7. <u>Süre</u>							
<i>Bu huyların (ya da diğer belirtiler) ne kadar süredir sorun yaratıyor?</i>	6 ay ya da daha fazla	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
8. <u>İşlevsellikte Bozulma</u>							
a: Sosyal (yaşlılarıyla)		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

b: Ailesiyle		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

c: Okulda		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

9. <u>Tetikleyici bir uyarın</u>		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
(Belirtin) _____							
10. <u>Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu</u>		Özet ŞD	Özet GEA				
a. <u>DSM-III-R Ölçütleri</u>							
1. Soruşturulan 9 karşı gelme belirtisinden 5'ini karşılar. (Örn. sık sık öfkelenir; sık sık büyükleriyle tartışır; kurallara uymaz; kolayca kızdırılır ya da sinirlendirilebilir; öfkeli ya da kırgındır; kincidir ya da intikam alır; argo kullanır; bilerek başkalarını kızdırır; kendi hatalarından dolayı başkalarını suçlar.)		0 1 2	0 1 2				
2. Belirtiler 6 ay ya da daha uzun süredir bulunmaktadır.							
3. Davranım bozukluğu ölçütlerini karşılamaz, ve karşı gelme belirtileri yalnızca psikotik bozukluk, distimi, MDD, hipomanik ya da manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.							
b. <u>DSM-IV Ölçütleri</u>							
DSM-IV tanı ölçütlerinde argo kullanımını değerlendiren madde çıkarılmıştır. KOKG tanısı koymak için çocukların geriye kalan 8 maddenin 4'ünü karşılamaları gerekmektedir. Ek olarak işlevsellikte bozulma olmalıdır.		0 1 2	0 1 2				

EK 1: ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (YENİLENMİŞ BİÇİM)

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1= hiç bir zaman 2= çok az 3= bazen 4= çoğu zaman 5= daima

Rakamların altındaki uygun kutucuğa X işareti koyun	1	2	3	4	5
1. Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum					
2. Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3. Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4. Diğer çocuklar arkamdan konuşuyorlar diye düşünürüm.					
5. Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6. Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7. Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8. İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9. Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecekler diye endişelenirim.					
10. Yeni tanıştığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11. Diğer çocuklar benden hoşlanmıyorlar diye üzülürüm.					
12. Bir grup çocukla birlikteyken sessiz kalırım.					
13. Diğer çocuklar benimle alay ediyor diye düşünürüm.					
14. Başka bir çocukla tartışsam, onun benden hoşlanmayacağından korkarım.					
15. Başkalarını evime çağırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16. Bazı çocukların yanındayken rahatsız olurum.					
17. İyi tanıdığım çocukların yanındayken bile utanırım.					
18. Başka çocuklara birlikte oynamayı teklif etmek bana zor gelir.					

Ek C. Öğretmen Formları

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı İçin Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nin Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi ile ilişkili olup olmadığını incelemektir. Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtı vermenizdir. Anlamadığınız sorularda yardım isteyebilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde elde edilen bulgular sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Tez Öğrencisi Gizem Biçen tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen bilgileri okudum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu koşullarla araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onam belgesini kendi isteğimle imzalıyorum.

Tarih:...../...../.....

Katılımcı:

Adres/ Tel:

Okul İsmi:

İmza:

Tanık:

Adı Soyadı: Dr. Betül Mazlum

Adres/İletişim: drbakkaloglu@yahoo.com

İmza:

Araştırmacı:

Adı Soyadı: Psk. Gizem Biçen

Adres/ İletişim: Işık Üniversitesi, Klinik Psikoloji Bölümü, pskgizembicen@gmail.com

İmza:

YENİLENMİŞ CONNERS SINIF ÖĞRETMENİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)

Öğrencinin Adı	Cinsiyeti:	K	E	
		(daire içine alınız)		
Doğum tarihi -----/-----/-----	Yaşı:	Sınıfı:		
Ay Gün Yıl				
Öğretmenin Adı:	Bugünün Tarihi : -----/-----/-----			
-	Ay Gün Yıl			

Yönerge: Aşağıda çocukların okulda yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, problemin son bir ay içerisinde görülme sıklığına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize “son bir ay içerisinde bu sorunun ne kadar görüldüğü” sorusunu sorunuz ve en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer bu problem hiçbir zaman görülüyorsa ya da nadiren ya da çok az görülüyorsa 0’ı yuvarlak içine alınız. Eğer çok doğruysa ya da çok sık görülüyorsa 3’ ü yuvarlak içine alınız. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’ ya da 2’yi yuvarlak içine alınız. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Karşı gelir.	0	1	2	3
2	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
3	Öğrendiklerini hemen unuttur.	0	1	2	3
4	Göründüğü kadarıyla gruba alınmaz.	0	1	2	3
5	Duyguları kolayca incinir.	0	1	2	3
6	Mükemmeliyetçidir	0	1	2	3
7	Öfke patlamaları vardır; aniden parlayan, önceden kestirilemeyen davranışlar gösterir.	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
8	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	0	1	2	3
9	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında, yaptığı işlerde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
10	Küstaktır	0	1	2	3
11	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder .	0	1	2	3
12	Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevleri ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
13	Takımlara ya da oyunlara en son seçilen kişilerden biridir	0	1	2	3
14	Duygusal bir çocuktur.	0	1	2	3
15	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
16	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir	0	1	2	3
17	Başladığı işi bitiremez	0	1	2	3
18	Kendisine söylenenleri dinlemiyor görünür	0	1	2	3
19	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder	0	1	2	3
20	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar	0	1	2	3
21	Kelimedeki harfleri doğru sırada yazamaz	0	1	2	3
22	Hiç arkadaşı yoktur	0	1	2	3
23	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
24	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
25	Sık sık ve kolayca ağlar	0	1	2	3
26	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
27	Görevleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker	0	1	2	3
28	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
29	Sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
30	Beklenen düzeyde okuyamaz.	0	1	2	3
31	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
32	Eleştiriye duyarlıdır.	0	1	2	3
33	Göründüğü kadarıyla ayrıntılarla çok fazla uğraşır.	0	1	2	3
34	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
35	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
36	Çok konuşur.	0	1	2	3
37	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
38	Hareket etmeden duramaz.	0	1	2	3
39	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
40	Okul çalışmalarına ilgisizdir.	0	1	2	3
41	Sosyal becerileri zayıftır.	0	1	2	3
42	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3
43	Her şeyin düzgün ve temiz olmasını ister .	0	1	2	3
44	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
45	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
46	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.	0	1	2	3
47	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
48	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
49	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
50	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
51	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
52	Dikkatinin dağımlığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
53	Her şey her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
54	Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
55	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
56	Matematikte zayıftır.	0	1	2	3
57	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
58	Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
59	Huzursuzdur, her an ayakta ve hareket halindedir.	0	1	2	3

ÖZGEÇMİŞ

Gizem Biçen, 5 Temmuz 1993 yılında İstanbul'da doğdu. 2016 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun oldu. Lisans süresince, İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde gönüllü asistanlık yaptı. 2015 yılında Cambridge Üniversitesi'nde akademik bursiyer olarak 6 ay süreyle görev aldı. 2018 yılında Işık Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisansını tamamladı. Araştırma alanları çocuk ve ergen psikopatolojileri ve aile işlevselliği, oyun terapileri ve aile terapileridir.

Projeler

Okul öncesi çocuklarda öz-düzenleme becerileri. Proje Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Hale Aksuna

My Personality Project. Proje Danışmanı: Prof. Dr. John Rust, Prof. Dr. David Stillwell.

Concerto Project. Proje Danışmanı: Prof. Dr. John Rust, Prof. Dr. David Stillwell.