



T.C.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE

BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN

ANNE-BABAYA VE AKRANLARINA BAĞLANMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. HATİCE DOĞAN

KAYSERİ - 2013



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİ ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNE-BABAYA VE
AKRANLARINA BAĞLANMASI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. HATİCE DOĞAN

Danışman

Doç. Dr. DİDEM BEHİCE ÖZTOP

KAYSERİ -2013

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın her aşamasında yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, tez çalışmamda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan biricik hocam Doç. Dr. Didem Behice Öztop'a;

Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji eğitimlerim sırasında tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum bütün hocalarıma;

Çalışmaya olan katkılarından dolayı Doç. Dr. Saliha Demirel Özsoy ve Dr. Rüksan Büyükoğlu'na;

Yardımları ve verdikleri destekten dolayı Uzm. Dr. Sevgi Özmen, Uzm. Dr. Esra Demirci, Dr. Bedia İnce Taşdelen, Dr. Merve Çıkılı Uytun, Dr. Rabia Durmuş, Dr. Özlem Kara, Dr. Aziz Kara, Dr. Hilal Aydemir, Dr. Zejneb Lushi Şan, Dr. Ayşe Irmak, psikolog Emel Karakaya, psikolog Bilge Ertaş, hemşire Selma Bozkurt, sekreter Zekiye Temur, görevlimiz Vesile Turgar'a;

Asistanlığım süresince varlığıyla beni rahatlatan, her anımda yanımda olan can dostum Dr. Özlem Olguner Eker'e;

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü fedakârlığı yapan canım aileme;

Bu sıkıntılı süreçte yanımda olan; emeği, manevi desteğiyle katkıda bulunan sevgili eşim Ahmet'e ve varlığıyla hayatımı renklendiren canım oğluma teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2.Tarihçe ve tanı ölçütleri	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	7
2.1.4. Etiyoloji.....	8
2.1.5. Klinik görünüm ve değerlendirme	11
2.1.6. Eştanı ve ayırıcı tanı.....	11
2.1.7. Tedavi.....	12
2.2. Bağlanma.....	14
2.2.1. Bağlanma Kuramı	14
2.2.2. Bağlanmanın Gelişimi.....	15
2.2.3. Bağlanmanın Nörobiyolojisi	16
2.2.4. Bağlanma Stilleri.....	17

2.2.5. Gelişimsel Psikopatoloji ve Bağlanma Arasındaki İlişki	20
2.3. DEHB ve Bağlanma	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Katılımcılar	25
3.2. Yöntem	25
3.3. Gereçler	26
3.3.1. Sosyodemografik bilgi formu	26
3.3.3. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-gözden geçirilmiş formu (WISC-R)	26
3.3.4. Atilla Turgay Çocuk ve Ergenlerde davranım bozuklukları için DSM IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği	26
3.3.5. İlişki Ölçekleri Anketi	27
3.3.6. Ebeveyn ve Akran Bağlanma Envanteri	28
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇLAR	48
6.1. Kısıtlılıklar	50
KAYNAKLAR	51
EKLER	65

KISALTMALAR

BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperkativite Bozukluğu
DEHB-B	: Bileşik Alt Tip
DEHB-DE	: Dikkat Eksikliğinin Önde Geldiği Alt Tip
DEHB-HA	: Hiperaktivite/Dürtüsellüğün Önde Geldiği Alt Tip
DRD4	: Dopamin Reseptör 4 Geni
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı)
EABA	: Ebeveyn Akran Bağlanma Envanteri
EEG	: Elektroensefalografi
HA	: Hiperaktivite
HB	: Hiperkinetik Bozukluk
HHa	: Hipotalamohipofizer Aks
HPA	: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal
ICD	: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
IR	: Interquartal Range (Çeyrekler arası aralık)
İÖA	: İlişkiler Ölçeği Anketi
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MR	: Mental Retardasyon
MRG	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
MTA	: Multimodal Tedavi Çalışması
NA	: Noradrenalin

SSRI	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
SS	: Standart Sapma
TBB	: Tepkisel Bağlanma Bozukluğu
TCA	: Trisiklik Antidepresan
WISC-R	: Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler çocuklar için zeka ölçeği)
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLO LiSTESi

Tablo 1: DEHB ve Kontrol Gruplarında Demografik Veri-1	29
Tablo 2: DEHB ve Kontrol Gruplarında Demografik Veri-2	30
Tablo 3: DEHB Alt Tipleri Dağılımı	30
Tablo 4: Ebeveynlerin Yaş Ortalaması	30
Tablo 5: Ebeveynlerin Sosyodemografik Verileri	31
Tablo 6: Aile Tipi ve Gelir Düzeyi	32
Tablo 7: Ebeveynlerin Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	32
Tablo 8: DEHB ve Kontrol Gruplarının İÖA Alt Grup Değerlendirilmesi	33
Tablo 9: Cinsiyete Göre DEHB Grubunun İÖA Alt Grup Değerlendirmesi	33
Tablo10: Cinsiyete Göre Kontrol Grubunun İÖA Alt Grup Değerlendirmesi	34
Tablo 11: DEHB Alt Grupları ve Bağlanma Stilleri	35
Tablo 12: DEHBve Kontrol Gruplarında Anne-Babaya Bağlanma Puanları	35
Tablo 13: DEHB Grubunda Cinsiyete göre Anne-Babaya Bağlanma Puanları.....	36
Tablo 14: Kontrol Grubunda Cinsiyete göre Anne-Babaya Bağlanma Puanları	36
Tablo 15: DEHB Alt Gruplarında Anne-Babaya Bağlanma Puanları.....	37
Tablo 16: Annede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Bağlanma Stilleri.....	37
Tablo 17: Korelasyon-1 DEHB ve Kontrol Grupları Yaşa Göre Bağlanma Korelasyonları.....	38
Tablo 18: Korelasyon-2 DEHB Grubu Bağlanma Korelasyonları	39
Tablo 19: Korelasyon-3 Kontrol Grubu Bağlanma Korelasyonları.....	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Dörtlü Bağlanma Modeli	18
---------------------------------------	----

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ANNE-BABAYA VE AKRANLARINA BAĞLANMASI

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize, okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülen bir bozukluktur. Gelişimsel, bilişsel, duygusal ve akademik alanlarda önemli bozulmalarla ilişkilidir. Çocuğun yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık, kişiler arası ilişkilerde bozulma şeklinde kendini gösterir ve ruhsal iyilik halini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra 'psikososyal boyut' giderek önem kazanmaktadır.

Bağlanma, bireyin hem içsel dünyasını, hem de yakın ilişkilerini etkileyen bir durumdur. DEHB hastalarında güvenli bağlanmadan ziyade güvensiz bağlanmanın olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Bu birliktelik ileriki yaşam döneminde hem DEHB'in hem de güvensiz bağlanmanın getirdiği sosyal sıkıntılarla baş etmeyi güçleştirecektir.

Literatürde DEHB'li çocuk ve ergenlerde hem anne-babaya hem de akranlara bağlanmayı aynı anda ele alan bir çalışma yapılmamış olup, bu çalışmada; DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde ebeveyn ve akran bağlanması ve güvenliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. DEHB tanılı çocukların yaşadığı psikososyal sorunlar ile sosyal ilişki kurma ve yürütme becerileri arasında bir ilişki söz konusudur ve bu çalışma ile; DEHB ve bağlanmanın etyopatogenezinin aydınlatılmasına ve yaşam kalitesinin arttırılmasına katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan, DEHB tanısı alan, 11-17 yaş aralığında herhangi bir psikiyatrik eş tanısı ve kronik hastalığı bulunmayan, 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubuna yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş, gönüllü olan

50 sağlıklı çocuk ve ergen alındı. Çalışmaya alınan tüm olgulara ÇDŞG-ŞY (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşamboyu Şekli) ve WISC-R (Wechsler çocuklar için zeka ölçeği) yapıldı. Araştırma kapsamındaki ebeveynlerden çocukları hakkında sosyodemografik veri formu, Atilla Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini doldurmaları istendi. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol gruplarına İlişkiler Ölçeği Anketi ve Ebeveyn Akran Bağlanma Envanteri uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda DEHB'li grupta akran güvensiz bağlanması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Hem kızlarda hem erkeklerde akran bağlanmasında en yüksek ortalama kayıtsız bağlanmada gözlemlendi. DEHB alt tipleri arasında akran bağlanmasında fark tespit edilmedi.

Kontrol grubu ile kıyaslandığında DEHB grubu olgularının anne-babaya daha az güvenli bağlandığı tespit edildi

DEHB'li grupta annede psikiyatrik hastalık anlamlı derecede yüksek saptandı. Bu durumun da saplantılı bağlanmada artışa yol açtığı tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızda, 11-17 yaş aralığında, DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerde ebeveyn ve akran bağlanmasına bakılmış, DEHB grubunda kontrol grubuna göre güvensiz bağlanma anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Her iki grupta da akran güvenli bağlanması ile anne babaya güvenli bağlanma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak DEHB her ne kadar bilişsel ve yürütücü işlevlerdeki bozukluklar ile tanımlansa da, DEHB'li çocuk ve ergenlerde sosyal kısıtlılıklar görüldüğü, bu düzenleme zorluğunun hem akran hem de anne-babayla olan ilişkilere yansıdığı, bu nedenle güvensiz bağlanmayla ortak etiyolojik faktörlere sahip olduğu ve birbirlerinin oluşmasına zemin hazırladıkları düşünülmektedir. Bu konuya dair daha geniş örneklemlerle daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: DEHB, Bağlanma, Akran, Anne-baba

ATTACHMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER TO PARENTS AND PEERS

ABSTRACT

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity, which is observed in 3-7% of the children at school age. It is associated to significant disruption in developmental, cognitive and academic domains. It manifests as reduced self-confidence, unhappiness, failure, impaired interpersonal relationships as a result of deficits in almost every domain of children's life and adversely affects mental wellbeing of children. Thus, psychosocial dimension becomes increasingly important in the multi-dimensional follow-up in addition to clinical parameters.

Attachment is a condition that affects both individual's inner self and affiliations. There are studies reporting that there is insecure attachment in patients with ADHD rather than secure attachment. This association will make coping with social distress caused by both ADHD and insecure attachment difficult in later life.

To best of our knowledge, there is no study addressing attachment to both parents and peers together in children and adolescents with ADHD; and it was aimed to assess attachment to parents and peers in children diagnosed as ADHD and to determine its security in the present study. There is an association between psychosocial problems experienced by children with ADHD and abilities of establishing and maintaining social relations. Thus, it was aimed to reveal etiopathogenesis of ADHD and attachment and to contribute quality of life in these patients.

Method: Among patients presented to Child and Adolescent Psychiatry Department of Erciyes University, Medicine School, 50 patients aged 11-17 years who were diagnosed as ADHD and had no concurrent psychiatric diagnosis or chronic disease were included to the study. Age- and sex-matched 50 healthy children and adolescent

were employed as control group. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) interview and Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) was applied to all cases included. Parents were asked to complete sociodemographic data sheet about their children and Turgay DSM-IV-based child and adolescent behavior disorders screening and rating scale. Relationship Scale Questionnaire and Inventory for Parent to Peer Attachment were applied to patient and control groups.

Findings: In our study, insecure attachment to peers was found to be significantly higher in ADHD group. The highest rate was found in negligent attachment to peers in both girls and boys. No significant difference was found in attachment to peer among ADHD subtypes.

When compared to controls, it was found that cases in ADHD group attached to parents less safely.

In ADHD group, maternal psychiatric disease was found to be significantly higher. It was found that this caused increase in obsessive attachment.

Conclusion: In our study, attachment to parents and peers were assessed in children and adolescents aged 11-17 who were diagnosed as ADHD and insecure attachment was found to be significantly higher in ADHD group when compared to controls. In both groups, a positive correlation was detected between secure attachment to peer and parents.

In conclusion, although ADHD is defined by disorders in cognitive and executive functioning, it is thought that social limitations are observed in children and adolescents with ADHD; that this difficulty in regulation is reflected in relations to both peers and parents; and, thus it shares common etiological factors with insecure attachment; and that they predispose to development of each other. Further studies with larger sample size are needed in this topic.

Keywords: ADHD, attachment, peer, parents

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile karakterize, okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülen bir bozukluktur (1). Gelişimsel, bilişsel, duygusal ve akademik alanlarda önemli bozulmalarla ilişkilidir. Çocuğun yaşamının hemen her alanında görülen yetersizlikler sonucu çocukta özgüven azalması, mutsuzluk, başarısızlık, kişiler arası ilişkilerde bozulma şeklinde kendini gösterir ve ruhsal iyilik halini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle hastalığın çok boyutlu izlenmesinde klinik parametrelerin yanı sıra 'psikososyal boyut' giderek önem kazanmaktadır (2,3).

DEHB'nin ortaya çıkma nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide, genetik ve biyolojik faktörlerin, çevresel faktörlerin ve daha dolaylı olmak üzere psikososyal faktörlerin ve bağlanmanın rolü olduğu ileri sürülmektedir (4-6).

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinde başlayan, çevreyle olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Aynı zamanda bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak da tanımlanmaktadır (7). Bu kavram, bireyin diğerleriyle daha sağlam duygusal bağlar kurma eğilimini ve istenmeyen ayrılıklarla kayıp durumlarında gelişen kaygı, kızgınlık, depresyon gibi duygusal sıkıntıları açıklar.

Bowlby, bağlanmayı bakıcıya yönelik yakınlığı sürdürmeye hizmet eden içgüdüsel bir süreç ya da insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlamaktadır (8). Bağlanma kuramı, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler. Bowlby'e göre bağlanma bebeklik dönemi bitiminde sona ermemekte, güvenli bağlanma erken çocukluk dönemi boyunca sürmekte, bebeklik döneminde, çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte farklı güven temelli bağlanma davranışları gözlenmektedir.

Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini incelemiştir, bunları güvenli, güvensiz-kaçıngan ve güvensiz-dirençli olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Son dönemde bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (9).

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolünü inceleyen Bartholomew ve Harowitz, Bowlby'nin bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği görüşünden yola çıkarak 'Dörtlü Bağlanma Modeli'ni oluşturmuşlardır. Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre dört kategoride değerlendirilmektedir (10-14).

Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş öz saygı ve 'sevebilirlik' duygusu olarak betimlenebilir. Olumsuz olması ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimiyle ilişkilidir (11,13). Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir (11). Bu bağlanma stilleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkulu olmak üzere 4 gruptan oluşur (14,15).

Katı ve tutarsız ebeveyn tutumunun davranım bozukluğu gelişiminde de ana etkenler arasında olduğu gösterilmektedir (16). Ebeveyn davranışlarının DEHB'li çocuklar için önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Birçok araştırmacı DEHB'nin gelişmesinde ebeveyn disiplininin büyük bir nedensel rol oynamadığına inanmalarına rağmen disiplinin

DEHB semptomlarının gelişiminde ve DEHB'li çocuklarda Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) görülmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (17).

Çocuk-aile ilişkisinde, aile işlevselliğindeki bozuklukların ve anne-baba tutumlarının, DEHB gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir. DEHB tanısı konmuş bireylerin anne-babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne-babalık tutumu saptanmıştır (18). Bu durumun bağlanmayı etkilediğini gösteren birçok çalışma yapılmıştır (19-21). Clarke ve arkadaşlarının DEHB ile güvensiz bağlanma ilişkisini araştırdığı bir çalışmada DEHB tanılı çocukların daha çok güvensiz bağlanma sergiledikleri tespit edilmiştir (19). Benzer şekilde Pinto ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yenidoğan çocuklar 7 yaşına kadar takip edilip çeşitli ölçeklerle değerlendirildikten sonra hem dikkat eksikliğinin hem de hiperaktivitenin dezorganize bağlanmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (20). Green ve arkadaşları da dezorganize bağlanma ve dikkat problemlerini önemli ölçüde ilişkili bulmuş ve DEHB'li çocuklarda saplantılı bağlanmanın daha yaygın olduğunu ifade etmişlerdir (21).

Güvenli bağlanma, dikkatin düzenlenmesi ve odaklanması kapasitelerini modüle edebilir. Klinik çalışmalar, güvenli olmayan bağlanma stillerinin çocuklarda dışavurum bozuklukları ve DEHB için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.

Erken dönemde psikososyal yoksunluğa maruz kalan çocuklarda tanımlanan Tepkisel Bağlanma Bozukluğu'nun (TBB) dikkatsizlik-hiperaktivite semptomlarıyla güçlü ilişkisi, bu iki bozukluk arasındaki bağı ve ayırıcı tanı sorusunu ortaya koyar. Bazı bilinen risk faktörleri ile birlikte perinatal faktörlerin güvensiz bağlanma ve DEHB için yatkınlık oluşturduğu görülmektedir (22).

Sonuç olarak, DEHB'li çocuk ve ergenlerde sosyal kısıtlılıklar görüldüğü, bu düzenleme zorluğunun hem akran hem de anne-babayla olan ilişkilere yansıdığı, bu nedenle güvensiz bağlanmayla ortak etiyolojik faktörlere sahip olduğu ve birbirlerinin oluşmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir. Bu çalışmayla DEHB ve bağlanma ilişkisinin aydınlatılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

DEHB temel belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, erken çocukluk döneminde başlayıp sıklıkla ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde de devam eden psikiyatrik bir bozukluktur (1). DEHB tanısı konulmuş kişilerin biliş, algı ve dikkat kapasitelerinde bozukluklar; davranışsal, sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır (2,3).

2.1.2. Tarihçe ve Tanı Ölçütleri

DEHB ile ilgili ilk tanımlamaların 18. yy'da 'Kötü Çocuklar' (Bad Children) (23), 19. yy'da ise 'Çılgın Budalalar' (Mad Idiots), 'Fevri Delilik' (impulsive insanity), 'yetersiz inhibisyon' (defektive inhibition) şeklinde yapıldığı bildirilmektedir (24).

Günümüzde kullanılabilecek, göreceli olarak kolay anlaşılır bir tanımlama ilk olarak 1902'de Dr. George Still tarafından yapılmıştır. Still, bu bozukluğu gösteren olguları ileri derecede hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlamış, erkek çocukların kızlara göre daha fazla etkilendiklerini belirterek, organik ve sosyal nedenler üzerinde durmuş, tabloyu organik zeminde gelişen 'ahlaki kurallara uymada güçlük' (moral deficiency) diye adlandırmıştır (25).

Birinci Dünya Savaşı sonrası görülen influenza pandemisinde hayatta kalanlarda sıklıkla ‘ensefalitis letarjika’ gelişmesi ve şiddetli davranış bozukluğunun ortaya çıkması organik açıklamalara eğilimi arttırmıştır. İnfluenza pandemisinden etkilenen çocuk ve yetişkinlerde, laboratuvar hayvanlarında olduğu gibi, şiddetli beyin hasarı ile aşırı hareketlilik dürtüsel davranışlar arasında yakın bir ilişki olabileceği bildirilmiştir (26).

Strauss ve arkadaşları 1947 yılında aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda beyin hasarı olduğunu belirtmişler ve bu durumu ‘minimal beyin zedelenmesi sendromu’ olarak adlandırmışlardır (26).

Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD-9 (International Statistical Classification of Diseases-Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması) (26) ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-II’de (27) bu bozukluğu ‘Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom’ olarak tanımlamasıyla tanı ile ilgili, geçerli ve güvenilir sınıflandırma çalışmaları başlamıştır. Çocukluktaki Hiperkinetik Sendrom’un temel özellikleri DSM-II’de hiperaktivite, dikkat kısıtlılığı, kolay uyarılabilirlik ile belirlenmiştir. DSM III ‘de ‘dikkat eksikliği bozukluğu’ olarak adlandırılan bozukluk; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak iki gruba ayrılmış, temel belirtileri dikkatsizlik, ataklık (dürtüsellik) ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir (25).

DSM-III-R’de ise ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’ olarak adlandırılmış, sıralanan 14 belirti arasından tanı için en az 8 belirtinin olması gerektiği belirtilmiştir. Bozukluk ICD 10 (28) ve DSM IV’de (1), ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’ olarak adlandırılmaya devam edilmiştir. DEHB bir önceki sınıflandırmadan farklı olarak DSM IV’de, aşağıda adları yer alan 3 alt gruba ayrılmıştır;

1. DEHB/ birleşik tip (DEHB-B)
2. DEHB/ dikkat bozukluğunun önde olduğu tip (DEHB-DE)
3. DEHB/ hiperaktivitenin önde olduğu tip (DEHB-HA)

DSM-IV kriterleri kullanılarak hastalığın alt tiplerine göre 3-18 yaş arası 3006 çocukla yapılan bir çalışmada DEHB-DE % 9,9, DEHB-HA % 2,4 ve DEHB-B % 3,6 olmak üzere DEHB prevalansı % 15,8 olarak bulunmuştur (29). Hiperaktivite-impulsivitenin ön planda

olduğu tipte erkek/kız oranı; 4/1 kadardır; ancak dikkat eksikliğinin ön planda olduğu alt tipte bu oran 2/1'e düşer. Yani kızlarda dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipin görülme olasılığı daha fazladır (30). Günümüzde DSM-IV-TR yanı sıra ICD-10'da çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları başlığı altında ele alınmaktadır. ICD-10'da 'Hiperkinetik Bozukluk' olarak adlandırılan durumun 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilmiştir (28).

DSM IV'e göre DEHB tanı kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2)'si vardır.

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ya da ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.
- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır.
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun

oynama zorluğu vardır.

(e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer .

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

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır.

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.3.Epidemiyoloji

DEHB'nin epidemiyolojisi konusunda tüm dünyada oldukça fazla sayıda araştırma yapılmıştır. Son yıllarda yapılan kapsamlı bir metanaliz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki ortalama prevalansının % 5,29 olduğu gösterilmiştir. Prevalans çalışmaları tek tek göz önüne alındığında, % 0,2-0,4 ile % 23,4-27 gibi birbirinden farklı sonuçların elde edildiği gözlenmektedir. Bu farklı bulgular DEHB epidemiyolojisi konusunda görüş birliği bulunmadığını ortaya koymaktadır (31).

Yaşla birlikte DEHB sıklığında azalma gözlenmektedir. DEHB'li çocukların % 60-85 kadar büyük bir oranı ergenlik döneminde tanı kriterlerini karşılamayı sürdürmektedir (32). Çocukluklarında DEHB tanısı alan olguların % 40-60'ı erişkin dönemde DEHB tanısı almaya devam etmektedir. Üç farklı yaş grubunda yapılan prevalans çalışmasında, DEHB sıklığı 8 yaş için %14,4, 11 yaş için % 5,3 ve 15 yaş için % 3 olarak tespit edilmiştir (33). Sekiz yıllık bir izlem çalışmasında, aynı örneklem 10-13, 14-16 ve 17-20 yaşlarında değerlendirilmiş ve DEHB prevalansı sırasıyla %12,8, % 9 ve % 6 olarak bulunmuştur (34).

DEHB'nin erkeklerde kızlardan daha sık görüldüğü bilinmektedir. Toplum temelli örnekleme erkek:kız oranı 3:1 iken klinik örnekleme 8-9:1 düzeyindedir (35). Kız

çocuklarında DEHB'nin sıklıkla dikkatsizlik, depresyon ve kaygı bozuklukları ile seyrettiği ve davranış sorunlarının nadir olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Erkeklerin ise tabloya genellikle yıkıcı davranış bozukluklarının eşlik etmesi nedeniyle, kızlara oranla kliniklere daha sık getirildikleri düşünülmektedir.

Ülkemizde DEHB sıklığıyla ilgili 620 ilkokul çocuğu ile yapılan bir araştırmada, boyutsal ve kategorik tanı yaklaşımları kullanılmış, DEHB prevalansı boyutsal yaklaşımla % 6,2 ve klinik görüşmeyle % 5 olarak değerlendirilmiştir (36). Başka bir çalışmada, 6-15 yaş arasındaki çocuklara ebeveyn ve öğretmenler tarafından doldurulmak üzere, DSM-IV tanı ölçütlerine göre hazırlanan formlarda DEHB sıklığı % 8,1 olarak hesaplanmıştır (37). 2006'da yapılan bir uzmanlık tezi çalışmasında 6-15 yaş arası 2174 okul çağı çocuğu değerlendirilmiş ve Conners Anne-Baba Değerlendirme Ölçeği'ne göre DEHB ön tanı grubu sıklığı % 15,4 olarak saptanmıştır (38).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB'nin nörokimyası, beyin görüntülemesi, yaygınlığı, risk etmenleri ve genetiği üzerine yapılan çalışmalar, bozukluğun monoamin düzeneklerindeki frontostriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan ailesel bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (39,40). Etiyolojide pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi biyopsikososyal nedenlerin ortak bir biçimde yer aldığı düşünülmektedir (41).

2.1.4.1. Genetik Etkenler

DEHB'de genetik etkenlerin önemi ilk olarak Cantwell, Morrison ve Stewart tarafından ortaya konmuştur (1,42). Son 15 yılda yapılan aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarının, çocukluk çağı DEHB etiyolojisinin anlaşılması, genetik ve nörolojik etkilerinin tespit edilebilmesi açısından büyük yararları olmuştur (42). Tek bir ebeveynde DEHB tanısı varsa çocuklarda hastalanma oranı %20-54 olarak belirtilmektedir (43).

DEHB tanısı almış çocuk, ergen ve erişkinlerin ailelerinin değerlendirilmesi ile hiperaktivite-dürtüsellik belirti kümesinin dikkat eksikliği kümesinden daha düşük genetik geçiş gösterebileceği ve DEHB'nin düşük penetranslı otomozomal dominant kalıtım gösterebileceği öne sürülmüştür (44,45). DEHB tanısını alan çocuk ve ergenlerin

annelerinin DEHB olma oranı %15-20, babalarda ise %25-30 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla; ebeveynlerin DEHB tanısını karşılama oranlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği düşünülmektedir (42).

Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB'nin oluşumunda birden fazla genin bozukluğun ortaya çıkışına katkısı olduğu düşünülmektedir (46,47). DEHB'de moleküler genetik çalışmalarla incelenen genlerden en çok üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler dopamin D4 reseptör geni (DRD4), dopamin taşıyıcı protein geni (DAT1), DRD1, DRD3, DRD5, serotonin taşıyıcı protein geni (SLC6A4), norepinefrin taşıyıcı protein genidir (39,40). Aynı zamanda 3. kromozomdaki tiroid reseptör genindeki mutasyonla DEHB arasında da bir ilişki saptanmış olup otozomal dominant geçiş gösteren bu mutasyon sonucu bedende tiroid hormonuna genel bir direnç geliştiği vurgulanmıştır (48).

2.1.4.2. Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Nörokimyasal çalışmaların verdiği çelişkili sonuçlar araştırmacıları beyindeki çeşitli anatomik yapıların nasıl işlev gösterdiğini ve bu farklı yapılardaki işlev bozukluklarının DEHB belirtileriyle nasıl bir ilişkisi olabileceğini araştırmaya yönlendirmiştir (49). Silik nörolojik belirtiler ve özgün olmayan EEG bozukluklarının tabloya eşlik etmesi, epilepsi gelişme olasılığının normalden yüksek olması bu görüşü destekler niteliktedir (50). Barkley yüksek fonksiyonlarla ilgili davranış ketlenmesi için prefrontal alan, çalışan hafıza için dorsolateral prefrontal alan, soyutlama ve ketlenme için sağ prefrontal alan üzerinde durmuş; bu yapıların DEHB'nin nöroanatomik temelini oluşturduğunu belirtmiştir (51). Giedd ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı metaanaliz çalışmasında; DEHB'li çocuklarda total beyin hacminin aynı yaş ve cinsiyetteki kontrol grubuna göre yaklaşık olarak %5 oranında daha küçük olduğu saptanmıştır (52). Bazı çalışmalarda anterior corpus callosum bölgesinin DEHB olan grupta kontrol grubuna göre daha küçük olduğu gösterilmiştir (53,54). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında görüntüler standardize edildiğinde corpus callosum rostrum ölçüsünün DEHB'li çocuklarda kontrol grubuna göre daha küçük olduğu saptanmıştır (52). Normal yapıya göre sağ anterior beyin sola göre daha büyüktür (55); fakat DEHB olanlarda bu asimetrisinin daha az olduğu MRG ve bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme yöntemleri ile saptanmıştır (53,56,57). Volumetrik ölçümlerde nörofizyolojik performansı ve inhibisyona cevabı etkileyen sağ

prefrontal korteksin DEHB'li erkek çocuklarında daha küçük olduğu görülmüştür (58). DEHB'li çocukların MRG bulgularında daha dar sağ frontal ölçümler ve kaudatta normalde var olan sağ kaudatın sol kaudatdan büyük olması ile ilgili oranının değiştiği tespit edilmiş, belirgin daha küçük sol kaudat gözlenmiştir (56,57).

DEHB'deki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yolların, dikkat eksikliği belirtilerinden sorumlu yollardan farklı olduğu düşünülmekte, motor aktiviteyi kontrol eden nigrostriatal dopamin yolağın DEHB'deki aşırı hareketliliği ve dürtüselliliği açıklamaya aday olduğu; mezokortikal dopamin yolağı ve lokus sereleustan prefrontal bölgeye uzanan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu öne sürülmektedir (40).

2.1.4.3. Biyokimyasal Etkenler

DEHB etiyolojisinde üzerinde durulan konular arasında serum serbest yağ asitleri ve eser elementler de yer almaktadır. Eser elementlerden magnezyum, kalsiyum, demir, bakır, kurşun ve çinkonun serum, idrar ve saç seviyeleri DEHB olan çocuklarda ölçülmüş, bakır ve kurşun haricindeki ölçümlerde genellikle düşük seviyeler elde edilmiştir (59). Bazı çalışmalarda çinko eksikliğinin DEHB etiyolojisinde rolü olabileceği ve çinko desteğinin gerekliliği vurgulanırken, diğer çalışmalarda çinko eksikliği ile DEHB arasında ilişki bulunamamıştır (60-62). Serum serbest yağ asitleri seviyesinin DEHB'li çocuklarda kontrollere göre anlamlı düşük olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (61). Bu çalışmalardan birinde esansiyel yağ asidi desteği ile minimal düzeyde iyileşme olduğu bildirilmiştir (63).

2.1.4.4. Çevresel ve Psikososyal Etkenler

DEHB'nin doğumsal etkenlerle ilişkisini araştıran Zapitelli ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde 1976-2001 yılları arasında yayınlanan 51 makale incelenmiş ve DEHB'li çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır (64). Perinatal ve neonatal hipoksi intrauterin rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, beslenme bozuklukları, eklampsi, annenin sağlığının bozuk olması, anne yaşı, postmaturite, doğumun süresi, düşük doğum ağırlığı ve doğum öncesi kanamalar (65), annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasındaki tıbbi

durumu (66,67) ve doğum komplikasyonlarının (68) çocuktaki hiperaktivite için risk oluşturduğu bildirilmiştir.

DEHB olan çocuklarda çok farklı anne-baba-çocuk ilişkisi örüntüleri ve ailelerde işlev bozuklukları görülebilmektedir. DEHB'li ergenlerin ailelerinin, normal ergenlerin ailelerine göre olumsuzlukları daha çok dile getirdikleri saptanmıştır. Ancak DEHB'nin etiyolojisinde psikososyal çevrenin önemini araştıran çalışmalarda DEHB etiyolojisinde psikososyal etkenlerin birincil rolü olmadığı belirlenmiş (69), bu durumun DEHB belirtilerinden çok davranım bozuklukları ve karşı olma karşı gelme bozukluğu belirtilerinin gelişimine katkıda bulunacağı düşünülmüştür (70).

2.1.5. Klinik görünüm ve değerlendirme

DEHB klinik bir tanı olup; tanıyı kesinleştirmeye yönelik herhangi bir laboratuvar tetkiki veya özgün bir test yoktur. Klinisyenin tanı araçları; aile ve çocuk ile yapılan görüşmeler, klinik gözlem, psikiyatrik ve nörolojik muayene, davranış değerlendirme ölçekleri, ebeveyn ve öğretmen ölçekleri ve bilişsel testlerdir.

DEHB'li çocuklarda; dikkatlerini toplama, düzenini sürdürmede zorlanma, eşya ve oyuncakları sık kaybetme, aldığı sorumluluk ve görevleri unutma gibi dikkat problemleri, sırasını beklemede güçlük, isteklerini erteleyememe, acelecilik, başkalarının sözlerini kesme gibi dürtüsel davranışlar, yaşıtlarına göre belirgin olarak fazla olan, günlük işlevlerde sorun oluşturan hareketlilik gibi semptomlar görülmektedir.

Bu tanıyı alan çocuklarda belirtiler 7 yaş öncesinde başlamaktadır. Motor aktivite genellikle geç çocukluk veya erken erişkinlik döneminde düzelme gösterirken, dikkat eksikliğinin devam ettiği, sonuç olarak DEHB'li çocukların %30-80'ninde ergenlik döneminde, % 65'inde ise erişkinlik döneminde de semptomlarının görüldüğü ileri sürülmektedir (71).

2.1.6. Eştanı ve ayırıcı tanı

Yapılan çalışmalarla DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte seyrettiği bildirilmiştir (72). DEHB'li olguların % 0-33'ünde depresyon, %16'sında mani ve %33'ünde anksiyete bozukluğu görülmektedir (72-74). DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin % 54-84'ü KOKGB kriterlerini karşılayabilmekte ve bu çocukların önemli bir

bölümü davranım bozukluğu geliştirebilmektedir (75). Gelişimsel bozukluklar da DEHB ile ilişkili görülmektedir. DEHB tanısı alan çocukların % 25-35'inde öğrenme ve dil bozuklukları (72), %50'sinde motor koordinasyon bozuklukları, %2-4'ünde tik bozuklukları gözlenmiştir (76). Asperger sendromu DEHB ile en yüksek oranda birliktelik gösteren otistik spektrum bozukluğudur (77). Tourette bozukluğunun birlikte görülme oranı % 2 olup; rastgele seçilen toplum örnekleminde ya da diğer psikiyatrik hastalıklardan daha yüksektir (78).

Erişkin DEHB hastalarındaki eştanılar çocuk hastalardaki eştanılarla benzerlik göstermektedir. Erişkin DEHB'de duygudurum prevalansı artarken (79), KOKGB ve DB, antisosyal kişilik bozukluğuyla yer değiştirmektedir.

Ayırıcı tanıda KOKGB, davranım bozukluğu, depresyon ve bipolar duygudurum bozukluğu, kaygı bozuklukları, tik bozuklukları, madde kullanımı, yaygın gelişimsel bozukluklar, öğrenme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve zeka geriliği gibi psikiyatrik bozukluklar; ihmal ya da istismar, kötü beslenme, kaotik aile yapısı gibi psikososyal durumlar; işitme ve görme sorunları, epilepsi, genetik anormallikler, sedatize edici ya da uyarıcı ilaç kullanımı, tiroid hormon düzensizlikleri, ağır metal zehirlenmesi gibi organik durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (40).

2.1.7 Tedavi:

DEHB tedavisinde seçenekler farmakoterapi ve psikososyal / psikoterapötik yaklaşımlar olarak özetlenebilir.

DEHB'de tedavi seçenekleri

A. İlaç tedavileri

1. Psikostimülanlar
2. Atomoksetin
3. Diğer ilaç tedavileri

B. Psikoterapötik/Psikososyal Müdahaleler

1. Davranışçı yaklaşımlar
2. Aile/Ebeveyn Terapileri

A-Farmakoterapi:

Amfetamin: Etkisini daha çok presinaptik dopamin ve noradrenalin terminallerinden katekolamin salınımını arttırarak gösterir.(Adderall, Adderall XR, Dexedrine)

Metilfenidat: Dopamin ve noradrenalin geri alımını engelleyerek özellikle striatuma sinaptik aralıkta katekolamin miktarının artmasına yol açarak etkilerini gösterirler. Striatal bölge sinaptik dopamin miktarındaki artış striatal-frontal yol aracılığıyla prefrontal kortikal fonksiyonların artmasında rol oynar (Metilfenidat, Dexmetilfenidat, Ritalin SR, OROS-metilfenidat).

Atomoksetin: DEHB tedavisinde selektif noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Atomoksetin prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerinde artışa neden olarak etkisini göstermektedir.

Bupropiyon, NA ve DA gerilim engelleyicisidir. Ergenlerde kısmi yanıt olduğu bildirilmiştir.

İmipramin, geçmişte daha yaygın biçimde kullanılan bir TCA'dır. Hiperaktivitede kısmen etkili, ancak dikkat üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Modafinil, hipokretin/oreksin sistemini dolaylı yoldan etkileyen bir ilaçtır.Yapılan birçok randomize kontrollü çalışma, modafinilin DEHB olan çocuklarda etkili olduğunu ve günde tek doz ile yeterli yanıt alındığını ortaya koymuştur (80). Deri döküntülerine neden olabildiği için günümüzde yaygın olarak kullanılmamaktadır.

Alfa 2 agonistleri (klonidin ve guanfasin) tik bozukluğu eşanlı DEHB olgularında kullanılmakta olup her iki durum için anlamlı düzelmeler olduğu bildirilmiştir. En sık görülen yan etkileri sedasyon ve yorgunluktur. Hipotansiyon ve çekilmeye bağlı hipertansiyona dikkat edilmelidir, Türkiye'de bulunmamaktadır.

B-Psikososyal / Psikoterapötik Yaklaşımlar

DEHB tanılı bireylerin % 20 ile %30 kadarı ilaç tedavilerine belirgin yanıt vermemektedir. Tedaviye yanıt verenlerin büyük bir kısmında uygun davranışları yerleştirmede ilaçlar yetersiz kalmaktadır. Bu durumlarda tedaviye davranışçı yaklaşımların eklenmesi faydalı olabilmektedir. Bunlar; aile tedavisi, davranış yönetim teknikleri, okul görüşmeleri, risk

yönetimi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal eğitim, bireysel psikoterapi ve oyun terapisi yaklaşımlarını içermektedir.

Bununla birlikte yapılan bir Multimodal Treatment Study (MTA) çalışmasında; DEHB'li çocuklarda ilaç tedavisi, davranışsal terapi ve ikisinin bir arada uygulanması karşılaştırılmış, yaşları 7-9 arası 579 çocukla stimulan kullanımından on dört ay sonraki sonuçları değerlendirilmiş, ilaç tedavisinin ve kombine tedavinin tek başına davranışçı terapiye göre daha etkin olduğu gösterilmiştir (81).

2.2.Bağlanma

2.2.1.Bağlanma Kuramı

Bağlanma, yaşamın ilk günlerinde başlayan, çevreyle olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Aynı zamanda bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak da tanımlanmaktadır (7). Bu kavram, bireyin diğerleriyle daha sağlam duygusal bağlar kurma eğilimini ve istenmeyen ayrılıklarla kayıp durumlarında gelişen kaygı, kızgınlık, depresyon gibi duygusal sıkıntıları açıklar.

Kuramın temeli 1950'lerin sonlarında ebeveyninden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntıyı anlamaya çalışan İngiliz psikanalist John Bowlby (1907-1990) tarafından atılmıştır (82). Bowlby'nin bu konudaki araştırmaları ise, 1944 yılında 44 çocuk hırsızını incelediği çalışması sırasında çocuk ve ergen hırsızların bebeklik ve erken çocukluk döneminde annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını fark etmesi ile başlamıştır (83).

Bowlby, bağlanmayı bakıcıya yönelik yakınlığı sürdürmeye hizmet eden içgüdüsel bir süreç ya da insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlamaktadır (8). Bağlanma kuramı, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler.

Bowlby'e göre bağlanma bebeklik dönemi bitiminde sona ermemekte, güvenli bağlanma erken çocukluk dönemi boyunca sürmekte, bebeklik döneminde, çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte farklı güven temelli bağlanma davranışları gözlenmektedir.

Bowlby, bağlanma davranışının gelişimini 4 evrede inceler:

1. Bebeğin çevresindekilere vereceği yanıtı ayırt edememesi,
2. Özel birine ve yeni kişilere odaklanma,
3. Güven temelli davranışın ortaya çıkması,
4. Güven temelli davranışla çocuk-anne/baba ilişkisinin sağlıklı bir hale gelmesi.

Bowlby, küçük bebeğin ya da çocuğun ilk bağlantı nesnesinden ayrılmasını 3 evrede inceler. Birinci evre, sesli ya da sözlü karşı çıkma evresidir. Bebek bu evrede anneyi geri getirmek için ağlar. İkinci evre, bebeğin annenin geri dönüşüyle ilgili umudunu kestiği, onun geri dönüş olasılığını düşündüğü acı, yas evresidir. Üçüncü evre ise, savunma evresidir. Bebek annenin ayrılmasıyla ilgilenmez (84).

2.2.2. Bağlanmanın Gelişimi

Anne - bebek arasında bağlanma gebelikte başlamaktadır (85). Doğum öncesi dönemde fetüs, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir (86,87). Bu dönemde bağlanma biçimi, annenin bebekliğindeki kendi bağlanma biçiminden etkilenir. Aynı zamanda anne gebelik ve lohusalık döneminde, kendisinin bebekken, annesine bağlanma geliştirdiği süreçte yaşadığı güçlük ve çatışmaları tekrar yaşayabilir (85,88). Eğer anne kendi anne babası ile sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlılık ilişkisi kurmuşsa bu durum evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine de yansımaktadır (89,90). Anne ve bebek arasındaki bağlanma ilişkisi baba ve kardeşlerin katılımı ile de güçlenmektedir. Bu sosyal desteğin niceliği ve niteliğiyle anne-bebek bağlanması arasında kuvvetli ilişkinin olduğu bildirilmektedir (91).

Bowlby'nin bağlanma kuramının temelinde doğumlarında aşırı olgunlaşmadıkları için insan bebeklerinin yalnızca bir yetişkinin onlara bakmaya ve korumaya istekli olduğunda yaşayabilecekleri varsayımı bulunmaktadır (92,93). Bowlby'e göre insanların doğuştan gelen psikobiyolojik sistemleri vardır. Bu sistem, bebeğin yaşamını sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu şeyleri karşılayacak olan insanlarla bağ oluşturması için bebeği güdüler. Bebeklerin, bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya yardımcı davranışlar (emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma) ile donanımlı olarak dünyaya gelmiş olmaları da bu bağın gelişmesini sağlar. Bebeğin doğuştan getirdiği bu özellikler, bakım veren ile düzenli ve tutarlı bir etkileşim sonucu giderek gelişir (93,94) .

Çocuklar görünüşte bağlanma davranışlarını ulaşılabilir herhangi bir kişiye yönlendirebilirler. Ancak gerçekte yaşamın 6. ya da 7. ayına kadar bütün normal bebekler bu davranışları kendi seçimlerine bağlı olarak kendisiyle yakınlık kurmak istedikleri ve kendisinden ayrı kalmaya itiraz etmedikleri bir tek kişiye yöneltirler. Bebekler için önemli olan kişi, kendi sıkıntı ya da zorlanmalarına olumlu tepki veren kişidir. Ayrıca bu tepkinin kalitesi de önemlidir. Böylece tanıdıklık ve olumlu tepkisellik tercihleri belirler ve bağlanma kişisi seçilir (95).

Bağlanma gelişim sürecini dönemlere ayırdığımızda; doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek annenin uyarıcıları ile hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasındadır. Bağlanma yaklaşık olarak ilk yirmi dört ay içinde şekillenmektedir (86,93). Yirmi beşinci aydan sonra anneden bağımsız olan bebeğin, annesiyle geliştirdiği karmaşık bir ilişki vardır. Sürecin sona erme noktasına ‘amacı koşullara göre düzeltilmiş ortaklık’ adı verilir. Burada yakınlığı korumanın amacı, çocuğun doyumu erteleme ve bakıcının ulaşılabilirliğinin bilişsel olarak temsil edebilme yeteneğine göre ayarlanmıştır. Bu noktada bakıcı ve çocuk aralarındaki ilişkinin koşullarını görüşmeye veya pazarlık etmeye başlayabilir ve her biri kendi amacı hakkında sözel iletişime girebilir, amaçlarını eşgüdümlü hale getirebilirler. Böylece bebeklik döneminde bağlanma davranışı geliştirilmiş olur (93,95).

2.2.3.Bağlanmanın Nörobiyolojisi

‘Anne’ beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Limbik sistemin evriminde dişilerin beyni bebeğin stresli çağrılarına daha fazla duyarlılık göstermek, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olmak ve daha çok oyun oynamak üzere yapılanmıştır (96). Annelerin babalardan daha fazla bebekle ilgilenmelerinin ve daha doğal bakım verme davranışı sergileyebilmelerinin temeli de kültürel ve sosyal nedenler dışında nörobiyolojik farklılıklara da dayanmaktadır (97). Çeşitli deneylerle anatomik olarak incelenen bağlanmada en önemli beyin bölgelerinin amigdala, septal alan ve singulat korteks olduğu bildirilmiştir (98).

Canlılardaki bakım verme davranışı, bazı nörokimyasal maddelerin etkisinde gelişmektedir (97). Bu maddelerin evrimsel olarak öncülü vasotosindir. Vasotosin maddesi annelik davranışını düzenlemektedir. Memelilerde annelik, bakım verme, çocuğu koruma ve cinsellik gibi davranışlarda etkili olan vasopressin (VP) ve oksitosin tek bir aminoasit değişimi ile vasotosin maddesinden türemektedirler (99). Vazopressin ve oksitosin erkek ve dişi beyinde farklı davranış şekillerine neden olmaktadır. Oksitosin, vazopressine göre daha çok dişilerin cinsel ve sosyal davranışlarında etkiliyken; vasopressin erkek cinsel davranışında daha fazla etkili olup, daha çok saldırganlıkla ilişkilidir (100,101). Oksitosin, babaların çocuklarına karşı daha az saldırgan ve destekleyici olmasını sağlarken, vasopressin ise annelik davranışının daha saldırgan yanı ile ilişkilidir; bu durum annenin çocuğunu kötülükten korumasına yardımcı olma şeklinde açıklanabilmektedir. Oksitosinin özellikle ilk doğumda annelik bağlanma davranışının başlatılması için gerekli olduğu ve anneliğin devamında gerekli olmadığı, ilk doğumdan sonraki doğumlarda ise artık oksitosin gerekmesizin annelik davranışının sürdüğü bildirilmektedir.

Erişkin kadın-erkek bağlanmasına (arkadaşça veya olgun aşk) eşlik eden sükûnet, güvenlik ve emosyonel birliktelik duygularını sağlayan sistem de, oksitosin ve vazopressin gibi nöropeptidlerle ilişkili olan sistemdir (102). Eğer bir ikilinin sosyal ilişkisi oksitosin, vazopressin ve opioid düzeylerinde yükselmeye yol açıyorsa, bu ikilinin daha sonra da vakit geçirdikleri saptanmıştır. Sosyal bağlanmada olumlu duygular ortaya çıkmasını sağlayan bu hormonlar, aynı zamanda bu duyguların belleğe kaydedilmesini de kolaylaştırmaktadır (103,104). Arkadaşça sosyal ilişki ve cinsel davranışları kolaylaştıran bu maddeler, aynı zamanda da bu ilişkileri sonucu oluşan anıları da güçlendirmektedir.

2.2.4.Bağlanma Stilleri

Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini incelemiştir. Bunları güvenli, güvensiz-kaçıngan ve güvensiz-dirençli olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Son yıllarda bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (9).

Ainsworth'e göre güvenli bebek, annenin gereksinmelerini karşıladığını bilir, bu deneyim sürekli yinelenir (105) . Kaygılı kararsız bebek ise, anneden ayrılırken ağlamaya ve sıkıntı duymaya çok yatkındır. Bu bebekler gereksinme duyduklarında anne-babalarının karşılık verebileceklerinden, yardımcı olabileceklerinden emin değildir. Bu belirsizlik yüzünden

ayrılık anksiyetesi duymaya yatkındırlar. Kaçınan bebek ise, annenin reddedici davranışını aynalamakta, kendisini korumak için anneden kopmaktadır. Hayatını, annesinin sevgisi ya da desteği olmadan sürdürmeye çalışır (106). Hazan ve Shaver, Ainsworth'un ortaya koymuş olduğu üçlü bağlanma biçiminin yetişkin yaşamındaki karşılıkları olan ve özellikle yakın ilişkiler bağlamında tanımladıkları romantik ilişkilerde bağlanmayı, kendini bildirme dayanan bir ölçekle araştırmışlar ve yetişkinler için de güvenli, kaygılı-kararsız ve kaygılı-kaçınan bağlanma biçimleri olmak üzere üç boyut tanımlamışlardır (10-14).

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolünü inceleyen Bartholomew ve Harowitz, Bowlby'nin bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği görüşünden yola çıkarak 'Dörtlü Bağlanma Modeli'ni oluşturmuşlardır. Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre dört kategoride değerlendirilmektedir (10-14).

Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş öz saygı ve 'sevebilirlik' duygusu olarak betimlenebilir. Olumsuz olması ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimiyle ilişkilidir (11,13). Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir (11). Bu bağlanma stilleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkulu olmak üzere 4 gruptan oluşur (Şekil-1) (14,15).

		Bşkaları Modeli	
		Olumlu	Olumsuz
Kendilik Modeli	Olumlu	Güvenli bağlanma	Kayıtsız bağlanma
	Olumsuz	Saplantılı bağlanma	Korkulu bağlanma

Şekil-1: Dörtlü bağlanma modeli

- 1- Güvenli bağlanma stilinde hem benlik hem de başkaları modelleri olumludur. Bu stile sahip kişiler; kendilerini değerli olarak algılar, diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak

görürler (13). Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler (11,107). İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar.

2- Saplantılı bağlanma stili olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir (14). Saplantılı Bağlanma Hazan ve Shaver'in kaygılı/kararsız stiliyle kavramsal olarak ilişkilendirilir. Kendilerini değersiz hissetme ve sevilmeye değer görmeme eğilimindedirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yakınlaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar (107). Bu kişiler sürekli olarak ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde pek gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (11).

3- Kayıtsız bağlanma stili benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu stildir (15). Bu stilde başkalarını reddeden bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (11). Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar (15,107). Başkalarına karşı güvensiz oldukları, başkalarını destekleyici olarak algılamadıkları, kendilerini başkalarına açma ve yakınlık kurmada isteksiz oldukları (108), akranları tarafından daha düşmanca algılandıkları bulunmuştur (11).

4- Korkulu stil her iki modelin de olumsuz olduğu stildir. Bu stile sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur (14). Diğerlerine aşırı bağımlıdır (15). Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılarken başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar (13). Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur (13,108).

2.2.5.Gelişimsel Psikopatoloji ve Bağlanma Arasındaki ilişki

Gelişimsel psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişkiyi gösteren iki temel yol bulunmaktadır. İlki yaşamın ilk yılları içinde ortaya çıkan bazı atipik bağlanma özelliklerinin kendisi, bir bozukluk ya da psikopatoloji belirtisi olabilir. Bu durumda, çocuğun yetiştiği ortamdaki diğer risk faktörleriyle birlikte, erken dönem ilişkilerinin mevcut davranış sorunlarına yol açtığı ve tedavi edilmesi gerektiği düşünülür. Diğer yol ise bağlanmanın ileri yıllarda ortaya çıkan ruhsal ve davranışsal sorunlar için artan bir risk oluşturması ya da diğer risk faktörlerinin etkisini artırması şeklinde açıklanabilir. Yaşamın ilk iki yılında temel bakımvereniyle güvenli bağlanma geliştiren bebeklerle yapılan birçok klinik araştırma sonucuna göre, bu bebeklerin diğer erişkinlerle ve bebeklerle daha kolay sosyal ilişki kurabildikleri, ebeveynleriyle daha uyumlu oldukları ve coşkusal düzenlemelerinin etkin olduğu bulunmuştur. Aksine, iki yaş öncesi güvensiz bağlanma geliştiren bebeklerin, düşük sosyalleşme, zayıf akran ilişkisi, öfke yakınmaları, okul öncesi ve sonrası zayıf davranış kontrolü gösterdikleri saptanmıştır. Ancak bağlanma kuramıyla ilgili ortak yanlış anlayış, güvenli bağlanmanın normal, güvensiz bağlanmanın da tam tersi patolojik kabul edilmesidir. Her ne kadar güvensiz bağlanma daha sonraki uyum ve davranım sorunlarıyla ilişkilendirilmeye çalışılmaktaysa da, bunun kesinlikle böyle olacağını söylemek doğru değildir. Ancak güvensiz bağlanmanın psikopatoloji gelişimi için bir risk ve kırılganlık oluşturduğu söylenebilir. Greenberg'in psikopatoloji gelişimini açıklamaya çalıştığı modelde, 4 temel risk faktörü tanımlanır. Bunlar, çocuğun karakteri yani mizacı, kendine ait özellikleri, bağlanma öyküsü, ebeveynlerin anne-babalık stili ve aile ekolojisidir (109).

Brockington'a göre bağlanma bozukluğu ile istenmeyen gebelikler ve gebelik sırasında fetusla ilişki kurulmaması arasında güçlü bir ilişki vardır (110). Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları yaşanabilir. Anne-babanın da ruhsal veya zihinsel sorunları olması, kötü muameleye maruz kalma öyküsü ile mevcut aile içi stres de bağlanma sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunun dışında bebeğin mizacı, geçirdiği hastalıklar, anne-babanın duygulanım bozuklukları, deneyimsizlik (ergen anneliği) bağlanma üzerinde olumsuz rol oynayabilir (111).

Anne-babanın birinde ya da ikisinde birden görülen depresyon ya da şizofreni gibi zihinsel bir hastalık çocuklarla güvenli bağlanma ilişkisi kurulmasını engelleyebilir (105). Annenin doğum sonrası depresyonunun erken dönemde annenin bağlanma bozukluğuyla ilişkili olduğu gösterilmişken 14. ayda etkisi gösterilememiştir. Bunun nedeninin ilk aylarda annenin bebeğiyle ilişkisinin şekillendikten sonra yaşamının 2. yılında dış etkenlere daha dirençli olabileceği söylenmiştir (112). Benzer şekilde çocuğun mizaç özellikleri gelişimsel olgunluğu, sağlık durumu bağlanma şeklini etkilemektedir. Çocukta var olan görme ya da işitme kaybı, çocuğun bakım verene yanıt verme yeteneğini engelleyebilmekte, damak yarığı ya da yüzde şarap lekesi anne- babanın da bağlanmasını etkileyebilmektedir. Çocuğunu kaybedecek olma olasılığı bile anne-babanın yakın ilişkiye girmesine engel olabilmektedir. Anne-babanın kendi anne-babasına bağlanma şekli de kendi çocuğunun bağlanma şeklini belirlemektedir. Çocuk ve anne-baba özellikleri dışında genetik, kardeş ilişkileri ve yaşam koşullarının da bağlanma üzerinde etkili olduğu kabul edilir (9).

Ergenlik döneminde ergen bağlanma örüntüsünde ve anne-baba-ergen arasındaki ilişkilerde temel dönüşümler yaşanır. Anne- babaya güvenli bağlanma, ergenin kimlik ve özerklik gelişimine yardım eder. Anne-babası tarafından tutarsız, zarar verici, ambivalan ya da tepkisiz kalma gibi uygunsuz bir tutumla karşılaşan çocuk güvensiz bağlanma geliştirir ve stresle karşı karşıya kaldığında mahremiyetini yitirdiğini hisseder. Güvensiz bağlanma geliştiren ergenlerse, çevrelerindeki güvenemediklerinden genellikle kişileri kontrolleri altına alma eğiliminde olurlar, öfkelerini doğrudan ifade edemezler, bütünlük duygusuna sahip olamaz ve özdeğer duygusunu sürdüremezler. Bu kişilerin kimlik organizasyonlarında sorunlar yaşanır. Sonuç olarak, anne-babalar tarafından yön verilen bağlanma süreci gelecekteki kişiliğin gelişimi için önemlidir. Bağlanma bozuklukları ergenlik ve yetişkinlik psikopatolojilerinin kaynağı olabilir (113).

Ergenlik döneminde biyolojik, mental ve sosyal değişim ön plana çıkar ve başkasıyla ilişkideki kendilik oldukça önem kazanır. Ergenlik çok önemli bir geçiş dönemidir ve bu dönemde çok önemli değişimler gerçekleşir, dolayısıyla bağlanma özellikleri de revizyona uğrar. Ergenlik döneminde bir yandan bağlanmanın güvenliği ve psikososyal işlev üzerine etkisi araştırılırken, diğer yandan bağlanmanın klinik düzeyde etkilerine de bakılmıştır. Özellikle de gelişimsel psikopatoloji açısından ergenlik döneminde biyopsikososyal değişimler dramatik boyuttadır ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, davranım

bozuklukları ve intihar girişimi gibi patolojiler bu dönemde artmaktadır (109). Bebeklikte şekillenen bağlanma stilleri, bireyin yaşamının her adımında önemli rol oynamaktadır. Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Güvensiz bağlanan çocuklardaysa okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşandığı tespit edilmiştir (114).

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (115,116). Major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif - kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri araştırmalarda gösterilmiştir (117-119).

Ergenlik döneminde yaşanan depresyon ile ergenin annesiyle güvensiz bağlanması arasında ilişki bulunmuştur. Ergenlerde artmış intihar riski de benzer şekilde güvensiz bağlanma ile ilişkilidir (109).

Davranım bozukluğu gelişiminde ana etkenlerden birinin katı ve tutarsız ebeveyn tutumu olduğu ileri sürülmektedir (16). Ebeveyn davranışlarının DEHB'li çocuklar için de önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Birçok araştırmacı DEHB'nin gelişmesinde ebeveyn disiplininin büyük bir nedensel rol oynamadığına inanmalarına rağmen, bazı araştırmalar da disiplinin DEHB semptomlarının gelişiminde ve DEHB'li çocuklarda KOKGB ve DB görülmesinde önemli bir rol oynadığını belirtmektedir (17).

Bağlanma ve davranım bozukluğu ilişkisine bakılan son çalışmalarda, antisosyal davranım sorunlarının kaçınan ve çözümlenmemiş bağlanma süreçleriyle ilişkisi gösterilmiştir (120).

Alkol bağımlılığı olan ana babaların çocuklarında görülen psikopatolojileri saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada ise alkol bağımlılarının çocuklarında daha yüksek oranlarda DEHB, TBB, KOKGB ve DB gibi dışa yönelim bozuklukları bulunurken, bazı çalışmalarda da depresyon ve anksiyete gibi içe yönelim bozuklukları saptanmıştır (121).

2.3.DEHB ve Bağlanma

Clarke ve arkadaşlarının DEHB ile güvensiz bağlanma ilişkisini araştırdığı bir çalışmada DEHB tanılı çocukların daha çok güvensiz bağlanma sergiledikleri tespit edilmiştir (19). Benzer şekilde Pinto ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yenidoğan çocuklar 7 yaşına

kadar takip edilip çeşitli ölçeklerle değerlendirildikten sonra hem dikkat eksikliğinin hem de hiperaktivitenin dezorganize bağlanmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (20). Green ve arkadaşları da dezorganize bağlanma ve dikkat problemlerini önemli ölçüde ilişkili bulmuş ve DEHB’li çocuklarda saplantılı bağlanmanın daha yaygın olduğunu ifade etmişlerdir (21).

Bir çalışmada DEHB’li çocuklardaki mizaç ve ebeveynlik stilinin bağlanma paternine etkileri araştırılmış, birleşik ve hiperaktivitesi baskın olan tiplerdeki çocuklar dikkat eksikliği baskın olanlara göre anksiyöz ve kaçınan bağlanmada daha yüksek puanlar almışlar ve ailelerinin bu çocuklar üzerinde kontrol stili daha yüksek çıkmıştır. DEHB’li çocuklarda yetersiz ebeveynliğin, aşırı kontrolcü ya da müsaade edici tutumların çocuğun kendini düzenlemedeki zorluklarını arttırabildiği ve güvensiz bağlanma paternlerinin yerleşmesine yol açabileceği ileri sürülmüştür (122).

DEHB’si olan zor mizaçlı, duygusal tepkiselliği yüksek ve kendini ayarlama (regüle etme) zorluğu olan çocuklar; güvenlik hissi sağlayan, anksiyeteyi ve kendini yatıştırma yeteneğinin eksikliğinden oluşan iç kaosu azaltan destekleyici ve organize edici ebeveynliğe ihtiyaç duyarlar.

Başka bir çalışmada da DEHB’li çocukların karakteristik davranışlarının annelere bağlanma derecesi ile ilişkili, onun da suçlayıcı ebeveynlik stili ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar DEHB’li çocukların annelerinde çocuklarıyla bağlanma eksikliğinin bir sonucu olarak daha katı ve suçlayıcı ebeveynlik stili olabileceğini göstermiştir (123).

Çocuk-aile ilişkisinde, aile işlevselliğindeki bozuklukların ve anne-baba tutumlarının, DEHB gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir. DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin anne-babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne-babalık tutumu saptanmıştır (18). Bu durumun bağlanmayı etkilediğini gösteren birçok çalışma yapılmıştır (19-21).

DEHB’li çocukların ebeveynleri sıklıkla aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışlara dikkat etmekte ve DEHB olmayan çocukların ebeveynlerinden daha çok sözel direktifler, tekrarlayan emirler, azarlar ve cezalar vermektedirler. DEHB’siz çocukların ebeveynlerinden daha az ödüllendirici ve duyarlı olmaktadır (124). Maladaptif başa

çıkma yöntemleri, DEHB'li çocuklarda daha çok yıkıcı ve daha az uysal davranışlara neden olan, izin verici ve otoriter ebeveyn tutumları gibi daha az yapıcı disiplin uygulamaları ile birleştirilmektedir. Sonuç olarak ailede çocuğun DEHB ve yıkıcı davranışlarını yöneten tutum, bozukluğun seyrini ve şiddetini de etkileyebilmektedir (125).

Klinik çalışmalar, güvenli olmayan bağlanma stillerinin çocuklarda dışavurum bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. DEHB için bu etki kendini sadece diğer risk faktörü olan çocuklarda gösterir. Bağlanma süreci ile yakından ilişki bir parametre olan ebeveyn bakımının kalitesi, DEHB'nin davranım bozukluğu ile komorbid olma komplikasyonuna karşı koruyucu bir faktör olabilir. Ayrıca güvenli bağlanma, dikkatin düzenlenmesi ve odaklanması kapasitelerini modüle ederken, erken dönemde psikososyal yoksunluğa maruz kalan çocuklarda tanımlanan TBB'nin dikkatsizlik-hiperaktivite semptomlarıyla güçlü ilişkisi, bu iki bozukluk arasındaki bağı ve ayırıcı tanı sorusunu ortaya koyar. Bazı risk faktörlerinin ve perinatal faktörlerin bağlanma sorunları ve DEHB için yatkınlık oluşturduğu görülmektedir (22).

Ciddi erken duygusal yetersizliklerin olduğu durumlarda, DEHB ve bağlanma bozukluğu semptomları (aradaki ilişkinin doğası net olarak tanımlanmasa da) ön planda olabilir. Erken dönemde bakım eksikliğine maruz kalan Romanya yetiştirme yurdu ve İngiltere evlatlıkları ile bakım yetersizliğine maruz kalmayan evlatlık çocukların olduğu gruplarda 2 çalışma yapılmış ve erken eksikliğin süresinin dikkatsizlik-hiperaktivite üzerine net etkisi belirtilmiştir. TBB'nin alt tipi olan disinhibe tip ile DEHB arasında ayırıcı tanı yapmanın zor olduğu bildirilmiştir (22).

Hipotalamohipofizer aksın (HHA) disfonksiyonu gibi epigenetik mekanizmaların hem bağlanma bozukluğu hem de DEHB'de ortak biyolojik yatkınlık yarattığı düşünülmektedir (22). Dopamin metabolizmasındaki bozulmalar her iki bozuklukta da etiyopatogenezde rol oynar ve bu nörotransmitter dikkat, motivasyon, dikkatin yönlendirilmesi ve ödül sisteminde görev alır. Prematürite ve düşük doğum ağırlığı DEHB için risk faktörü olduğu gibi ebeveynlerde bebek bağlanmasının kurulmasında da zorluk yaratabilir. Erken etkileşimin bozulmasıyla TBB gelişebileceği gibi hiperaktivite ile dürtüsellik semptomlarının riski de artabilir (22).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Çalışma grubu, Eylül 2012- Mart 2013 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM IV TR tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış olup tedavi başlanan ya da yeni tanı alan 11-17 yaş aralığında 50 hastadan oluşturuldu.

Çalışmaya alınan tüm olgulara ÇDŞG-ŞY (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) ve WISC-R (Wechsler çocuklar için zeka ölçeği) yapıldı. Mental retardasyon (MR), yaygın gelişimsel bozukluklar ve özgül öğrenme güçlükleri dahil ek psikiyatrik tanısı olan, bilinen kronik ve fiziksel hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş, ebeveynleri ve kendileri gönüllü olan, 11-17 yaş aralığında, ÇDŞG-ŞY ve WISC-R ile değerlendirilmiş, herhangi bir psikiyatrik ve kronik hastalığı bulunmayan, 50 çocuk ve ergen alındı.

3.2. Yöntem

Araştırma kapsamındaki çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinden çocukları hakkında sosyodemografik veri formu, Atilla Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurmaları istendi. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol gruplarına Ebeveyn Akran Bağlanma Envanteri (EABE) ve İlişkiler Ölçeği Anketi (İÖA) uygulandı.

Bu araştırma; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunca 06.11.2012 tarih ve 2012/672 sayılı kararı ile onaylandı. Hasta ve kontrollere, planlanan araştırmanın amaçları ve yapılış biçimi anlatılarak yazılı onayları alındı.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik bilgi formu

Veri formunda öncelikle olgunun sosyodemografik özellikleri tanımlandı. Adı soyadı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı ve sırası, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, gelir düzeyi, annenin gebeliği esnasında yaşadığı psikiyatrik ve fiziksel sorunlar, aldığı tedaviler, doğum şekli, süresi, erken ve zor doğum öyküsü ile perinatal komplikasyonları, aile tipi, çocuk ve ergenlerde fiziksel hastalık, travma ve nöbet öyküleri, el dominansı değerlendirildi.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY)

DSM-IV 1994 yılında yayınlandıktan sonra Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında ÇDŞG-ŞY olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır (126). ÇDŞG-ŞY, 20 farklı psikiyatrik tanı açısından değerlendirme yapabilmektedir.

3.3.3. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-gözden geçirilmiş formu (WISC-R)

Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) Wechsler (1949) tarafından 6–16 yaş grubu, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş ve yeniden düzenlenerek WISC-R adını almıştır. Ülkemizde, Savaşır ve Şahin (1995) tarafından standardizasyon çalışmaları yapılan WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır (127).

3.3.4. Atilla Turgay Çocuk ve Ergenlerde davranım bozuklukları için DSM IV e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Dr Atilla Turgay tarafından DSM-IV tanı kriterleri ele alınarak hazırlanmıştır. Bu ölçekle yıkıcı davranım bozukluklarından olan DEHB, KOKGB ve DB

tarama ve değerlendirilmesi yapılmaktadır (128). Toplam 41 sorudan oluşan bu ölçekte 9 soru dikkat eksikliği, 9 soru hiperaktivite, 8 soru KOKGB ve 15 soru DB tarama ve değerlendirilmesi için bulunmaktadır. Her bir sorunun cevabı yok, biraz, fazla ve çok fazla şeklinde verilebilmektedir (128).

3.3.5. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) (Adolescent Relationship Scales Questionnaire)

Ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek amacı ile Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek 17 maddeden oluşmakta ve yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerlerini ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. 4 farklı derecede değerlendirme yapmaktadır (11,13) .

İlişki Ölçekleri Anketinde 17 madde 4 bağlanma stili için kullanılmaktadır (11).

Bu bağlanma stilleri;

Güvenli bağlanma: Güvenli bağlanma gösteren ergen yakın ilişkiler, arkadaşlıklar kurabilmektedir. Kişisel otonomiye sahip, diğer insanların ilişkilerine saygılı ve kendi ilişkilerinde tutarlı bir yapı sergilemektedir.

Korkulu bağlanma: Bu bağlanma tarzında kişi geri çevrilme korkusu ile yakın arkadaşlıklar kurmaktan kaçınmaktadır. İçer dönük, emniyetsiz, diğer kişilere karşı güven duymayan bir yapı sergiler.

Kayıtsız bağlanma: Kayıtsız bağlanma örüntüsü olan ergenler kişisel iyilik halinin devamı için sürekli başkalarının onayına ihtiyaç duymaktadırlar. Yaşamında yer alan her girişiminde diğer insanları idealize eden bir yapı sergilemektedirler. İlişkilerinde tutarsız ve abartılı bir tutum gösterirler.

Saplantılı bağlanma: Saplantılı bağlanma gösteren ergen; duygularını ifade etmeyen aleksitimik (duygudan yoksun) yapıya benzerlik göstermektedir. İlişkilerinde açık ve güvenilir olmayan bir yapı sergilemektedir. Ancak bağımsız ve kendine güvenlidir.

Korkulu bağlanmayı ifade eden sorular (1, 4, 9, 14); kayıtsız bağlanmayı ifade eden sorular (2, 5, 12, 13, 16); güvenli bağlanmayı ifade eden sorular (3, 7, 8, 10, 17); saplantılı bağlanmayı ifade eden sorulardır (5, 6, 11, 15). Ölçekteki her madde 1-7 arasında puan

değerliği almaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5., 7. ve 17. maddelerdir. 5.madde ters çevrilerek hem saplantılı hem de kayıtsız bağlanma stili için kullanılmaktadır. ‘Güvenli bağlanma’ boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı işaret etmektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir.

3.3.6. Ebeveyn ve Akran Bağlanma Envanteri (EABE) (Parental and Peer Attachment Scale)

Gençlerin anne-baba ve akranlarıyla bağılılıklarını ölçmek amacıyla Armsden ve Greenberg (1987) tarafından geliştirilen bu ölçme aracı 12 maddelik anne-baba ve akranlar için hazırlanmış 2 ayrı formdan oluşmuştur (129). Katılımcılardan her bir maddenin anne-baba ve akranlarıyla ilişkilerinin ne kadar iyi olduğunun tanımlandığını 7 dereceli likert tipi bir ölçek (1- Beni hiç tanımlamıyor; 7- Beni her zaman tanımlıyor) üzerinde değerlendirmeleri incelenmiştir. Ölçeğin ebeveyn formunun geçerlilik güvenirlik analizleri Günaydın ve ark. tarafından yapılmış (2005) ve Türkçe’ye uyarlanmıştır. Toplam bağlanma skoru hesaplanırken 2., 4., 5., 6., 9. ve 10. maddelerin ters kodlanıp diğer maddeler ile toplanması tavsiye edilir (130).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirmeler ‘SPSS (Statistical Pacckage for social Sciences) for Windows 17.0’ programı ile yapıldı. Elde edilen verilerin dağılımının normal olup olmadığı ‘Kolmogorov-Simirnov testi’ ile değerlendirildi. Verilerin özet istatistikleri birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, medyan değer, 25. ve 75. persentil değer olarak verildi. Çalışmaya katılan her iki grubun demografik veri ve psikometrik ölçüm sonuçlarının karşılaştırılmasında, dağılımın normal olduğu veriler için ‘bağımsız örnekler t testi’, dağılımın anormal olduğu veriler için ‘Mann-Whitney U testi’ kullanıldı. Her iki grubun kategorik özellikteki klinik verileri (cinsiyet dağılımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü vs.) ‘ki-kare testi’ ile karşılaştırıldı. Hastaların ve kontrollerin sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ‘Pearson korelasyon testi’ kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışmaya DEHB tanısı almış olan 50 çocuk ve ergen hasta alındı. Kontrol grubu; hasta grubu ile yaş (12.78 ± 1.67) ve cinsiyet (n: 15(%30) kız, n: 35(%70) erkek) olarak eşleştirilmiş, bilinen herhangi bir psikiyatrik, nörolojik ve metabolik hastalığı olmayan 50 sağlıklı çocuk ve ergen gönüllüden oluşturuldu. Hasta ve kontrol grubu arasında, kardeş sırası ve sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. (Tablo 1)

Tablo 1. DEHB ve Kontrol Gruplarında Demografik Veri-1

	DEHB grubu N=50 Orn(%25%75)	Kontrol grubu N=50 Orn (%25%75)	Karşılaştırma
Kardeş sırası	1 (1-2)	2 (2-3)	Z=-1.538 p=0.124
Kardeş sayısı	2 (1-2)	2 (2-3)	Z=1.785 p=0.074

DEHB grubundaki hastaların 31'inin (%62) ilk çocuk, 17'sinin (%34) son çocuk olduğu tespit edildi.

Eğitim durumuna bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 2)

Tablo 2. DEHB ve Kontrol Gruplarında Demografik Veri-2

		DEHB grubu N: 50		Kontrol grubu N: 50		Karşılaştırma
		Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim (yıl)	Ortaöğretim	37	74	38	76	$\chi^2=0.53$ df=1 p=1
	Lise	13	26	12	24	
	Toplam	50	100	50	100	

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin tanı alt tipleri değerlendirildiğinde, en sık DEHB-B (%58), daha sonra sırasıyla DEHB-DE (%26) ve DEHB-HA alt tiplerinin (%16) görüldüğü saptandı. (Tablo 3)

Tablo 3. DEHB Alt Tipleri Dağılımı

	DEHB N: 50	
	N	%
Hiperaktivite/dürtüsellik ön planda	8	16
Dikkatsizlik ön planda	13	26
Birleşik tip	29	58

Her iki grup ebeveyn yaş ortalamaları, meslekleri, aile tipi ve gelir düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, aralarında fark saptanmadı. Baba eğitim düzeylerinde anlamlı fark saptanmazken, anne eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (Tablo 4-5-6)

Tablo 4. Ebeveynlerin Yaş Ortalaması

	DEHB ort $\pm$ ss	Kontrol ort $\pm$ ss	Karşılaştırma
Anne Yaşı (yıl)	36.60 $\pm$ 5.76	37.68 $\pm$ 5.27	t=-0.978 p=0.331
Baba Yaşı (yıl)	40.70 $\pm$ 4.87	40.58 $\pm$ 5.58	t=-0.114 P=0.909

Tablo 5. Ebeveynlerin Sosyodemografik Verileri

		DEHB		Kontrol		Karşılaştırma
		N=50	%	N=50	%	
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul	20	40	9	18	$\chi^2=10.181$ df=5 p=0.046
	Ortaokul	9	18	7	14	
	Lise	14	28	20	40	
	Üniversite	7	14	14	28	
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul	9	18	8	16	$\chi^2=6.320$ df=5 p=0.244
	Ortaokul	13	26	6	12	
	Lise	9	18	10	20	
	Üniversite	19	38	26	52	
Annenin mesleği	Ev hanımı	37	74	30	60	$\chi^2=5.698$ df=4 p=0,425
	Memur	3	6	8	16	
	işçi	4	8	2	4	
	Öğretmen	4	8	4	8	
	Mühendis	0	0	2	4	
	Bankacı	2	4	2	4	
	Diğer	0	0	2	4	
Babanın mesleği	İşsiz	1	2	1	2	$\chi^2=5.535$ df=7 p=0.326
	Memur	8	16	15	30	
	işçi	14	28	9	35	
	Öğretmen	3	6	4	8	
	Mühendis	5	10	5	10	
	Esnaf	11	22	13	26	
	Emekli	4	8	0	0	
	Diğer	4	8	3	6	

Tablo 6. Aile Tipi ve Gelir Düzeyi

		DEHB		Kontrol		Karşılaştırma
		N=50	%	N=50	%	
Aile Tipi	Çekirdek	41	82	45	90	$\chi^2=1.329$ df=1 p=0,388
	Geniş	9	18	5	10	
	Toplam	50	100	40	100	
Aile aylık geliri	<1000	6	12	8	16	$\chi^2=2.818$ df=2 p=0,284
	1000-3000	35	70	27	54	
	3000-10000	9	18	15	30	

Her iki grupta anne ve babalarının psikiyatrik hastalık öyküleri değerlendirildiğinde, annelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken (7 annede depresyon), babalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (2 babada depresyon, 1 babada panik atak). (Tablo 7)

Tablo 7. Ebeveynlerin Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

		DEHB N=50 ort $\pm$ ss	Kontrol N=50 ort $\pm$ ss	Karşılaştırma
Annede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	7	0	$\chi^2=7.527$ p=0.012
	Yok	43	50	
Babada psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	3	0	$\chi^2=6.320$ p=0.276
	Yok	47	50	

Kontrol grubu ile kıyaslandığında DEHB grubu olguların kayıtsız bağlanma alt ölçeğindeki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi. (Tablo 8)

Hasta grubu en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma ölçeğinden alırken, sırasıyla güvenli bağlanma ve korkulu bağlanmanın onu takip ettiği, en düşük puanı ise saplantılı bağlanma alt ölçeğinden aldığı, kontrol grubunun ise en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma alt ölçeğinden alıp, onu sırasıyla kayıtsız bağlanma ve korkulu bağlanmanın takip ettiği ve en düşük puanı saplantılı bağlanma alt ölçeğinden aldığı saptandı.

Tablo 8. DEHB ve Kontrol Gruplarının İlişki Ölçekleri Anketinin Değerlendirilmesi

	DEHB ort ± ss	Kontrol ort ± ss	Karşılaştırma
Güvenli Bağlanma	3.99±1.06	4.31±1.18	t=1.446 p=0.151
Kayıtsız Bağlanma	4.41±1.19	3.99±1.09	t=2.499 p=0.014
Saplantılı Bağlanma	3.55±0.93	3.41±1.37	t=0.598 p=0.551
Korkulu Bağlanma	3.68±1.45	3.69±1.34	t=0.054 p=0.957

DEHB ve kontrol gruplarındaki kız ve erkekler bağlanma stillerine göre sınıflandırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 9-10)

Tablo 9. Cinsiyete Göre DEHB Grubunun İlişkiler Ölçeği Anketi Alt Grup eğerlendirmesi

	DEHB ort ± ss		
	Kız (n=15)	Erkek (n=35)	Karşılaştırma
Güvenli Bağlanma	4.09±1.04	3.94±1.08	t=0.435 p=0.992
Kayıtsız Bağlanma	4.44±1.41	4.39±1.10	t=0.141 p=0.888
Saplantılı Bağlanma	3.68±0.63	3.50±1.03	t=0.637 p=0.527
Korkulu Bağlanma	3.68±1.31	3.67±1.52	t=0.011 p=0.992

DEHB grubunda kızlarda en yüksek puan ortalaması kayıtsız bağlanma alt ölçeğinde görülürken, güvenli bağlanma onu takip etmiş olup, korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma yaklaşık olarak aynı olarak değerlendirildi. Erkeklerde ise en yüksek puan ortalaması kayıtsız bağlanma alt ölçeğinde görülürken, onu sırasıyla güvenli bağlanma, korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma takip etmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Kontrol grubunda kızlarda en yüksek ortalama kayıtsız bağlanmada görülürken, onu sırasıyla güvenli bağlanma, korkulu bağlanma ve saplantılı bağlanma takip etti. Erkeklerde ise güvenli bağlanma ilk sırayı alırken, kayıtsız bağlanma, saplantılı bağlanma ve korkulu bağlanma sırasıyla birbirini takip etti. Güvenli bağlanmada erkekler lehine ($p=0.085$), korkulu bağlanmada ise kızlar lehine ($p=0.061$) anlamlıya yakın fark tespit edildi.

Tablo 10. Cinsiyete Göre Kontrol Grubunun İlişkiler Ölçeği Anketi Alt Grup Değerlendirmesi

	KONTROL ort $\pm$ ss		
	Kız (n=15)	Erkek (n=35)	Karşılaştırma
Güvenli Bağlanma	3.53 $\pm$ 1.47	4.17 $\pm$ 1.83	t=1.760 p=0.085
Kayıtsız Bağlanma	4.04 $\pm$ 1.25	3.68 $\pm$ 1.27	t=0.967 p=0.338
Saplantılı Bağlanma	3.20 $\pm$ 1.71	3.58 $\pm$ 1.53	t=0.668 p=0.507
Korkulu Bağlanma	3.35 $\pm$ 1.44	3.23 $\pm$ 0.82	t=1.921 p=0.061

DEHB alt grupları ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. (Tablo 11)

Tablo 11. DEHB Alt Grupları ve Bağlanma Stilleri

	DEHB ort $\pm$ ss			Karşılaştırma
	Hiperakt.	Dikkat eks.	Birleşik	
Güvenli Bağlanma	4.12 $\pm$ 0.91	4.41 $\pm$ 1.32	3.76 $\pm$ 0.94	F=1.791 p=0.178
Kayıtsız Bağlanma	4.20 $\pm$ 1.47	4.39 $\pm$ 1.48	4.47 $\pm$ 0.99	F=0.164 p=0.849
Saplantılı Bağlanma	3.15 $\pm$ 1.10	3.65 $\pm$ 0,57	3.62 $\pm$ 1.01	F=0.872 p=0.425
Korkulu Bağlanma	3.06 $\pm$ 1.24	3.88 $\pm$ 1.57	3.75 $\pm$ 1.45	F=0.889 p=0.418

Hiperaktivitenin baskın olduğu tip ve birleşik tipte kayıtsız bağlanma ortalamaları yüksek tespit edilirken, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu grupta en yüksek ortalama güvenli bağlanmada saptandı.

DEHB ve kontrol grubu anneye ve babaya bağlanma açısından değerlendirildi. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 12)

Tablo 12. DEHB ve Kontrol Gruplarında Anne-Babaya Bağlanma Puanları

	DEHB orn(%25-%75)	Kontrol orn(%25-%75)	Karşılaştırma
Anne Bağlanma	69 (63-75)	71 (60-77)	Z=0.538 p=0.590
Baba Bağlanma	66 (52-75)	69 (52-73)	Z=0.069 p=0.945

DEHB ve kontrol grubu cinsiyete göre anne ve babaya bağlanma açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. (Tablo 13-14)

Tablo 13. DEHB Grubunda Cinsiyete Göre Anne-Babaya Bağlanma Puanları

	DEHB Orn (%25-%75)		
	Kız (n=15)	Erkek (n=35)	Karşılaştırma
Anne Bağlanma	69(64-80)	66(62-75)	Z=0.869 p=0.385
Baba Bağlanma	66(44-76)	66(54-75)	Z=0.085 p=0.932

DEHB grubunda kızlarda anneye bağlanma puanları yüksek tespit edilirken, erkeklerde anne ve babaya bağlanma puanlarının eşit olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmadı.

Tablo 14. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Anne-Babaya Bağlanma Puanları

	Kontrol Orn (%25-%75)		
	Kız (n=15)	Erkek (n=35)	Karşılaştırma
Anne Bağlanma	70(59-73)	72(62-79)	Z=0.879 p=0.379
Baba Bağlanma	68(51-73)	70(54-75)	Z=0.477 p=0.633

Kontrol grubunda hem kızların hem de erkeklerin anneye bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

DEHB alt gruplarının anne ve babaya bağlanma puanları değerlendirildi. Alt gruplar karşılaştırıldığında; dikkat eksikliğinin ön planda olduğu grupta anneye bağlanmada istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. (Tablo 15)

Tablo 15. DEHB Alt Gruplarında Anne-Babaya Bağlanma Puanlarının Değerlendirilmesi

	DEHB ort ± ss			Karşılaştırma
	Hiperakt.	Dikkat eks.	Birleşik	
Anne Bağlanma	63.13±8.52	73.69±8.02	66.00±10.03	F=4.107 p=0.023
Baba Bağlanma	64.63±7.05	67.54±17.21	60.31±15.88	F=1.067 p=0.352

Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip ve birleşik tipte anneye bağlanma puanları daha yüksekken, hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tipte babaya bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Annede psikiyatrik hastalık öyküsünün bağlanma puanlarına etkisine bakıldığında; DEHB grubu olgularda saplantılı bağlanma stilinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. (Tablo 16)

Tablo 16. Annede Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Bağlanma Stilleri

	Annede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Orn (%25-%75)		
	Var (n=7)	Yok (n=43)	Karşılaştırma
Güvenli Bağlanma	3.60(2.80-4.40)	4.00(2.75-5.00)	Z=1.097 p=0.282
Kayıtsız Bağlanma	3.80(3.40-5.20)	4.60(4.00-5.20)	Z=0.813 p=0.426
Saplantılı Bağlanma	4.00(3.25-4.75)	3.52(3.00-4.00)	Z=2.180 p=0.029
Korkulu Bağlanma	3.25(3.00-4.75)	3.50(2.75-5.00)	Z=0.182 p=0.870
Anne Bağlanma	65 (63-71)	69 (63-75)	Z=0.672 p=0.510
Baba Bağlanma	56 (43-71)	67 (54-75)	Z=1.372 p=0.174

DEHB ve kontrol grupları yaşlarına göre akran ve ebeveyn bağlanması açısından değerlendirildi. DEHB grubunda yaş ile güvenli bağlanma arasında pozitif, korkulu bağlanma arasında negatif korelasyon saptandı. (Tablo 17)

Tablo 17. DEHB ve Kontrol Grupları Yaşa Göre Bağlanma Korelasyonu

	DEHB Yaş (n=50)		Kontrol Yaş (n=50)	
	R	p	r	p
Güvenli Bağlanma	0.292*	0.040	0.003	0.983
Kayıtsız Bağlanma	0.118	0.414	0.063	0.665
Korkulu Bağlanma	- 0.328*	0.020	0.260	0.068
Saplantılı Bağlanma	0.093	0.519	0.122	0.399
Anneye Bağlanma	0.114	0.317	0.186	0.195
Babaya Bağlanma	0.158	0.274	0.069	0.634

*0.05 düzeyinde önemli korelasyon

DEHB grubunda akran ve ebeveyn bağlanmasının birbirleriyle olan ilişkileri değerlendirildi. Korkulu bağlanmanın güvenli bağlanmayla negatif yönde, kayıtsız ve saplantılı bağlanma ile pozitif yönde korele olduğu saptandı. Ayrıca anneye bağlanma ile babaya bağlanma arasında pozitif korelasyon tespit edildi. (Tablo 18)

Tablo 18. DEHB Grubu Bağlanma Korelasyonları

DEHB Grubu(n=50)							
		Güvenli Bağlanma	Kayıtsız Bağlanma	Korkulu Bağlanma	Saplantılı Bağlanma	Anneye Bağlanma	Babaya Bağlanma
Güvenli Bağlanma	r	1	0.171	-0.410**	0.009	0.001	0.087
	p		0.235	0.003	0.952	0.996	0.547
Kayıtsız Bağlanma	r	0.171	1	0.359	0.168	0.079	0.058
	p	0.235		0.010	0.258	0.586	0.691
Korkulu Bağlanma	r	- 0.410**	0.359	1	0.323*	0.071	0.021
	p	0.003	0.010		0.022	0.624	0.885
Saplantılı Bağlanma	r	0.009	0.168	0.323*	1	0.099	0.164
	p	0.952	0.258	0.022		0.496	0.255
Anneye Bağlanma	r	0.001	0.079	0.071	0.099	1	0.484**
	p	0.996	0.586	0.624	0.496		<0.001
Babaya Bağlanma	r	0.087	0.058	0.021	0.164	0.484**	1
	p	0.547	0.691	0.885	0.255	<0.001	

*0.05 düzeyinde önemli korelasyon

**0.01 düzeyinde önemli korelasyon

Kontrol grubunda akran ve ebeveyn bağlanmasının birbirleriyle olan ilişkileri değerlendirildi. Korkulu bağlanmanın kayıtsız ve saplantılı bağlanmayla pozitif korelasyon gösterdiği saptandı. Hem anneye hem de babaya bağlanma ise güvenli bağlanmayla pozitif, kayıtsız bağlanmayla negatif korele tespit edildi. Ayrıca anneye bağlanmayla babaya bağlanma arasında pozitif korelasyon saptandı. (Tablo 19)

Tablo 19. Kontrol Grubu Bağlanma Korelasyonları

Kontrol Grubu(n=50)							
		Güvenli Bağlanma	Kayıtsız Bağlanma	Korkulu Bağlanma	Saplantılı Bağlanma	Anneye Bağlanma	Babaya Bağlanma
Güvenli Bağlanma	r	1	0.266	0.140	0.013	0.377**	0.355*
	p		0.062	0.333	0.928	0.007	0.011
Kayıtsız Bağlanma	r	0.266	1	0.298*	0.190	- 0.358*	-0.281*
	p	0.062		0.036	0.185	0.011	0.048
Korkulu Bağlanma	r	0.140	0.298*	1	0.388**	0.149	0.162
	p	0.333	0.036		0.005	0.300	0.260
Saplantılı Bağlanma	r	0.013	0.190	0.388**	1	0.135	0.080
	p	0.928	0.185	0.005		0.349	0.581
Anneye Bağlanma	r	0.377**	-0.358*	0.149	0.135	1	0.673**
	p	0.007	0.011	0.300	0.349		<0.001
Babaya Bağlanma	r	0.355*	-0.281*	0.162	0.080	0.673**	1
	p	0.011	0.048	0.260	0.581	<0.001	

*0.05 düzeyinde önemli korelasyon

**0.01 düzeyinde önemli korelasyon

5. TARTIşMA

Son yıllarda DEHB'nin yol açtığı davranışsal problemlerin yanı sıra bağlanma örüntüsüne olan etkisine dönük araştırmalar giderek artmıştır. DEHB'li çocuklarda sosyal ve iletişim alanındaki yetersizlikler, özellikle aile içi ilişkilerde ve arkadaş ilişkilerinde zorluklara neden olmaktadır. Bu çocuklar, arkadaş reddi ve sosyal izolasyona daha sık maruz kalmaktayken aile ortamında da daha huysuz ve sorunlu çocuklar olarak nitelendirilmektedirler. Bu durum anne-babayla ve akranlarla karşılıklı bağlanmayı da etkilemektedir. Hem DEHB'e yatkın çocukların bağlanma sorunu yaşadığı, hem bağlanma problemi olan çocukların DEHB'e daha yatkın olduğu kabul görmüştür. Bu çalışmada DEHB'de ve sağlıklı kontrollerde anne-babaya ve akranlarına bağlanma değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda DEHB'lilerin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasında, her iki grup yaş ve cinsiyetleri birebir eşitleyip; olguların karşılaştırılabilir olduğunu destekledik. Ek olarak her iki grupta, kardeş sayısı ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel fark bulunmaması, olguların karşılaştırılabilir olduğunu destekler niteliktedir.

Diğer sosyodemografik verilere (prenatal, natal ve postnatal travma, toksik-metabolik durum, enfeksiyon vs. öyküsü, geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü ve diyet alışkanlıkları gibi) bakıldığında DEHB ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçların, çalışmaya hasta grubu seçilirken DEHB'ye yol açabilecek ve bağlanmayı etkileyecek bu etiyolojik faktörlerin dışlanmasından kaynaklandığı düşünülmüş olup, çalışmanın homojenitesi açısından da önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan DEHB tanılı çocukların tanı alt tipleri değerlendirildiğinde, en sık DEHB-B, daha sonra sırasıyla DEHB-DE ve DEHB-HA'nın görüldüğü saptanmıştır. Bu dağılım literatürle uyumluluk göstermektedir (131). Başka bir çalışmada ise en yaygın tipin DEHB-DE olduğu bildirilmiştir (29). Çalışmamızda farklı sonuç elde etmiş olmamızın nedeni olarak DEHB-DE tanısı alacak hastaların eş zamanlı hiperaktivite problemlerinin de olması gösterilebilir.

Çalışmamızda ebeveynlerin yaş ortalamaları, birliktelik durumları, meslekleri ve gelir düzeyleri değerlendirildiğinde, her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Bu bulgu literatürde belirtildiği gibi DEHB'nin sosyoekonomik düzey ile ilişkisinin olmadığını desteklemektedir (40). DEHB ve kontrol grubu anne eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik saptanmış olup bu durum literatürle uyumludur. Çalışmalarda ebeveynin düşük eğitim düzeyinin ve psikiyatrik rahatsızlığının aile işlevselliğini bozarak ve hatalı anne-baba tutumlarına yol açarak DEHB gelişimini kolaylaştırdığı öne sürülmektedir (18).

Çalışmamızda ebeveynlerin psikopatolojilerine yönelik psikiyatrik değerlendirme yapılmış olup; DEHB grubu annelerde depresyon, kontrol grubu annelerine göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Yazında çalışmamızı destekler şekilde DEHB olgularının annelerinde depresif bozukluk oranları yüksek bulunmuştur (132). Çalışmalar, DEHB olan çocukların annelerinin daha çok yıprandığını ve tükenmişlik düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (133).

Çalışmamızda DEHB grubu olgularının kontrol grubu olgularına kıyasla akran bağlanmasında kayıtsız bağlanma alt tipi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumlu olup, bu konuda yapılan birçok çalışmayı desteklemektedir (19-21). Clarke ve arkadaşlarının DEHB ile güvensiz bağlanma ilişkisini araştırdığı bir çalışmada DEHB tanılı çocukların daha çok güvensiz bağlanma sergiledikleri tespit edilmiştir (19). Benzer şekilde Pinto ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yenidoğan çocuklar 7 yaşına kadar takip edilip çeşitli ölçeklerle değerlendirildikten sonra hem dikkat eksikliğinin hem de hiperaktivitenin dezorganize bağlanmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (20). Green ve arkadaşları da dezorganize bağlanma ve dikkat problemlerini önemli ölçüde ilişkili bulmuş ve DEHB'li çocuklarda saplantılı bağlanmanın daha yaygın olduğunu ifade etmişlerdir (21). Ayrıca DEHB olan çocukların anksiyete/depresyon, sosyal sorunlar, bağlanma

sorunları, düşünce sorunları, dikkat sorunları, dürtüsellik, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar ve dışa yönelim problemlerini sağlıklı kontrollerden daha fazla gösterdikleri bildirilmiştir. Bu çocukların sağlıklı kontrollere göre arkadaşları tarafından daha az tercih edilen, daha pasif, daha fazla içe dönük ve daha az uyumlu, daha antisosyal davranışlar gösterdikleri ortaya konulmuştur (134,135).

Kontrol grubunda en yüksek puan ortalaması güvenli bağlanma alt ölçeğinde görülmüş olup, benzer çalışmalarda da aynı sonuca ulaşılması literatürü destekler niteliktedir. Türkiye’de geniş katılımlı, sağlıklı ergenlerden oluşan bir grup ile yapılan çalışma da İÖA’nın alt ölçeklerinden aldıkları en yüksek ortalama güvenli bağlanma alt ölçeğine aittir (113). 2011’de yapılan başka bir çalışmada yine kontrol grubunda en yüksek ortalamayı güvenli bağlanma almıştır (136). Offer ve arkadaşları ergenlerin bağlanma stilleri ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi araştırmış; güvenli bağlanma geliştirmiş ergenlerde akran sorunları ve DEHB’in azaldığını, saplantılı bağlanmış ergenlerde ise DEHB sorunları artarken sosyal davranışın azaldığını saptamışlardır (137).

Cinsiyete göre bağlanma stillerine bakıldığında çalışmamızda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. DEHB grubunda hem kızlarda hem erkeklerde, kontrol grubunda kızlarda en yüksek oranda kayıtsız bağlanma görülürken, kontrol grubunda erkeklerde güvenli bağlanma en yüksek ortalama saptandı. Yapılan bir çalışmada güvenli bağlanmada sağlıklı ergen erkeklerin ortalaması kızların ortalamasından yüksek olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bağlanma stillerine ilişkin korkulu bağlanma, saplantılı bağlanma ve kayıtsız bağlanma üzerinde cinsiyetler arasında farklılığa rastlanmamıştır (138). Bu tespitin çalışmamızla uyumlu olduğu gözlenmektedir.

Keskin ve Çam’ın çalışmasında, sağlıklı bireylerde İlişki Ölçekleri Anketi’nin güvenli bağlanma ve saplantılı bağlanma alt ölçeklerinde erkeklerin kızlardan daha yüksek puan aldıkları ve daha çok güvenli ve saplantılı bağlanma geliştirdikleri belirlenmiştir (113). Bizim çalışmamızda da kontrol grubu erkeklerde güvenli ve saplantılı bağlanma ortalamaları kızlardan yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda DEHB alt tipleri akran bağlanması açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. DEHB-B ve DEHB-HA’da kayıtsız bağlanma yüksekken, DEHB-DE’de güvenli bağlanma daha yüksek oranda görüldü. 2006 yılında yapılan bir çalışmada kombine ve hiperaktivitesi baskın olan tiplerdeki çocuklar dikkat

eksikliği baskın olanlara göre anksiyöz (kaygılı) ve kaçınan bağlanmada daha yüksek skorlar almışlardır (122). Bu bulgu bizim bulgumuzla uyumluluk göstermektedir.

DEHB ve kontrol grubu olguları anne-babaya bağlanma açısından değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte; hem anneye, hem babaya bağlanma puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu belirlendi.

Çocuk-aile ilişkisinde aile işlevselliğindeki bozuklukların ve anne-baba tutumlarının, DEHB gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir. 2009 yılında yurtdışında yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuğu olan ve herhangi bir psikopatoloji bulunmayan çocuklu annelerde bağlanmaya bakılmış, DEHB’li çocuğa sahip annelerin kontrol grubuna göre çocuklarına daha sağlıklı ve güvensiz bağlandıkları görülmüştür (139). Bu durumun da anne-çocuk ilişkisine olumsuz yansıdığı ve çocuğun anneye bağlanmasını etkilediği düşünülebilir.

Araştırmalar anne-babaların çocuklarına karşı sergiledikleri tutumların çocukların geliştirdikleri bağlanma stili ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada DEHB tanısı konmuş bireylerin anne-babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne-babalık tutumu saptanmıştır (18). Haliyle bu olumsuz ve yargılayıcı tutumlar çocuğun anne-babaya olan bağlanmasını ve kalitesini etkileyecektir. DEHB’li çocuklara yetersiz ebeveynliğin çocuğun kendini düzenlemedeki zorluklarını arttırabildiği ve güvensiz bağlanma paternlerine yol açabildiği gösterilmiştir. DEHB’li çocukların ebeveynlerindeki aşırı kontrolcü ya da müsaade edici ebeveynliğin güvensiz bağlanma paternlerinin yerleşmesine yol açabileceği söylenmiştir (122).

Dürtü kontrolü, kendini sakinleştirme, girişkenlik, ısrarcılık, sabır ve ketlenme ile ilgili problemleri içeren kendini düzenleme defisitleri DEHB’nin en belirgin özellikleridir. DEHB’li çocuklarda görülen kendini düzenlemedeki bozukluğun köklerini bakım veren-çocuk arasındaki gergin erken etkileşimlerden ve bozulmuş primer bağlanmadan alabileceği öne sürülmüştür (140).

DEHB ve bağlanma ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada 6 aylıktan sonra kurum bakımına verilen çocuklarda daha fazla dikkatsizlik-hiperaktivite semptomları gözlenmiş, dikkatsizlik-hiperaktivite semptomlarıyla bağlanma bozukluğu arasındaki güçlü ilişkiye dikkat çekilmiştir (22).

DEHB grubu olguların cinsiyet farkına göre anne-babaya bağlanmaları değerlendirildiğinde, kızların anneye güvenli bağlanma puanları daha yüksekken, erkeklerin anne ve babaya eşit şekilde güvenli bağlandığı gözlemlendi. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Literatürde bulgularımıza benzer sonuçları olan çalışmada bağlanma bozukluklarıyla birlikte gözlenebilen hiperaktivite ve davranım bozukluklarını erkeklerde daha çok gözlenmiş, bu grupta genetik etkenlerin önemli olduğunu saptamıştır (141).

Kontrol grubunda ise hem kızların hem erkeklerin anneye bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. 2009 yılında yapılan bir çalışmada anneye bağlanma puanları, babaya bağlanma puanlarından yüksek bulunmuştur (142). Bu sonuçlar bize bağlanmada anne-çocuk ilişkisinin önemini bir kere daha göstermektedir. Yine bu grupta, hem anneye hem babaya güvenli bağlanmayla akran güvenli bağlanması arasında pozitif, kayıtsız bağlanması ile negatif korelasyon saptandı. Aile içi ilişkilerde sağlıklı ya da sağlıklı bağlanmanın bir sonraki bağlanma hedefine (ki bu genelde akranlardır) etkisini açık bir şekilde göstermektedir.

Çalışmamızda hem anneye hem babaya bağlanmanın kontrol grubu erkeklerde daha yüksek olduğu görüldü. Farklı olarak Matsuokai ve arkadaşları Japon kız ergenlerin anne-babalarına erkek ergenlerden daha fazla güvenli bağlandıklarını belirtmiştir (143). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kızların anneye iletişim alt ölçeğinde erkeklere göre daha yüksek ortalamaya sahip oldukları ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (142).

DEHB alt tiplerinin anne-babaya bağlanması değerlendirildiğinde dikkat eksikliğinin ön planda olduğu olgularda, diğer alt tip olgulara göre anneye bağlanma istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bu durumu birleşik ve hiperaktivite/dürtüsellik alt tipinin ebeveyn tarafından daha fazla uyarılması, çocuk- ebeveyn arasında daha çok sözel ve duygusal çatışma yaşamaları, böylece giderek kalitesizleşen iletişimin uzun vadede karşılıklı bağlanmayı etkilemesi ile açıklamak mümkündür. Bir çalışmada DEHB’li çocuklardaki mizaç ve ebeveynlik stiline bağlanma örüntüsüne etkileri araştırılmış, bileşik ve hiperaktivitesi baskın olan tiplerdeki çocuklar, dikkat eksikliği baskın olanlara göre anksiyöz ve kaçınan bağlanmada daha yüksek puanlar aldıkları, ailelerinin bu çocuklar üzerinde kontrol stiline daha yüksek olduğu saptanmıştır (122).

Çalışmamızda annesinde psikiyatrik hastalık(depresyon) bulunan olguların saplantılı bağlanma ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulundu. DEHB’li çocukların annelerinin çocuklarıyla daha az etkileşim başlattıkları, çocukların başlattıkları pozitif ve nötr etkileşimlere daha az tepki verdikleri ve daha negatif, daha tepkisel, daha fazla hükmedici, daha kontrolcü fakat daha az pozitif ebeveyn stratejileri kullandıkları tespit edilmiştir. Bu durum aile içi çatışmalara yol açabileceği gibi, başta anneye bağlanma olmak üzere diğer bağlanma paternlerini de etkileyecektir. Bir çalışmada çocuklar 6 aylıkken anne babanın aşırı müdahalesi erken çocuklukta dikkatin çelinebilirliği, orta çocuklukta hiperaktivite üzerine, biyolojik ve mizaçla ilgili faktörlerden daha güçlü etki ettiği öngörülmüştür (144).

Anne-bebek bağlanma bozukluğu ruhsal hastalıklarla tam olarak açıklanamamasına rağmen, depresyonu olan annelerde daha yüksek oranda bağlanma bozukluğu görülmektedir. Bu durumun ciddiyetini gösteren bir çalışmada doğum sonrası ciddi depresyonda annenin bebeğine saldırgan duyguları, öfkesi, öldürme düşünceleri ve/veya davranışları artmış olarak bulunmuştur (145). Yine bu bozukluklarda bebeğin annesine bağlanma bozukluğu veya güvensiz bağlanma yaşadığı bildirilmiştir ki bu çocuğun ileriki hayatında tüm ilişkilerini ve bağlanmasını etkileyecektir (146).

Çalışmamızda DEHB olgularında güvenli bağlanma arttıkça korkulu bağlanmanın azaldığı, hem kontrol hem DEHB grubunda korkulu bağlanma arttıkça kayıtsız ve saplantılı bağlanmanın da arttığı tespit edildi. Bağlanmanın sağlıklı olmasının, diğer sağlıklı bağlanma örüntülerini azalttığı görüldü.

Yaşla bağlanma ilişkisine baktığımızda çalışmamızda DEHB grubunda yaş arttıkça güvenli bağlanma ortalamaları arttığı, korkulu bağlanma ortalamaları azaldığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Kontrol grubunda anlamlı bir ilişki bulunmadı. 2011’de ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB grubunda yaşla beraber güvenli ve kayıtsız bağlanmada görülen artış çalışmamızla benzer özelliktedir. Aynı çalışmada kontrol grubunda yaş ile bağlanma arasında anlamlı sonuç saptanmamıştır (136). Yapılan başka bir çalışmada İÖA’nın korkulu bağlanma alt tipinde yaş ilerledikçe azalma saptanmıştır (113). Çalışmalar birbiriyle uyumluluk göstermektedir. Benzer şekilde Berman ve arkadaşları lise öğrencilerinde daha çok korkulu ve dağınık bağlanmaya, üniversite öğrencilerinde ise güvenli ve kayıtsız bağlanmaya rastlandığını bildirmişlerdir (147).

Hem DEHB hem kontrol grubunda anneye bağlanma ile babaya bağlanma arasında pozitif korelasyon mevcut olan çalışmamız, anne ve babayla olan ilişkilerin birbirini doğrudan etkilediğini, ebeveynliğin bir bütün olarak algılandığını göstermektedir. Anneye güvenli bağlanma geliştiren birey, bunu babayla olan ilişkisine de yansıtabilir.

Çalışmamız; ülkemizde DEHB'li ve sağlıklı çocuklarda hem akran hem de ebeveyn bağlanmasını birlikte değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarca DEHB'li çocukların mı güvensiz bağlanmaya yatkın oldukları, yoksa güvensiz bağlanmanın mı DEHB'e zemin hazırladığı tam anlaşılamamış olsa da, perinatal risk faktörlerinin ve erken yaşam ilişkilerinin benzerliği, bağlantılı bir varsayım oluşturuyor gibi görünmektedir. Konunun öneminden dolayı bu alanda daha kapsamlı ve geniş kitleleri içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda, DEHB tanısı konulan 11-17 yaş aralığında 50 çocuk ve ergende akran ve ebeveyn bağlanması değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile birebir eşleştirilmiş sağlıklı 50 çocuk ve ergenle kıyaslandı.

Çalışmamızda;

*Hasta ve kontrol grubu arasında kardeş sayısı ve eğitim süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

*DEHB’li grupta anne psikiyatrik hastalığı anlamlı düzeyde yüksek tespit edilirken, kontrol grubunda anne eğitim düzeyi anlamlı derecede yüksek bulundu.

*Her iki grup karşılaştırıldığında DEHB’li grupta akran bağlanmasında kayıtsız bağlanma alt ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi.

*Ebeveyn bağlanması açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; hem anneye, hem babaya bağlanma puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu tespit edildi.

*DEHB’li grupta en yüksek akran bağlanma ortalaması kayıtsız bağlanmada gözlenirken, kontrol grubunda güvenli bağlanma en yüksek ortalama sahipti.

*DEHB’li grupta cinsiyete göre akran ve ebeveyn bağlanmasında anlamlı fark tespit edilmedi.

*DEHB grubunda hem kızlarda hem erkeklerde en yüksek akran bağlanma ortalaması kayıtsız bağlanmada gözlendi.

*DEHB'nin alt tiplerinde akran bağlanmasında anlamlı bir fark bulunmazken, anneye bağlanma dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipte anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

*Kontrol grubunda cinsiyete göre akran ve ebeveyn bağlanması açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edilmedi.

*Kontrol grubunda kızlarda en yüksek akran bağlanma ortalaması kayıtsız bağlanmada alt ölçeğinde tespit edilirken, erkeklerde en yüksek ortalama güvenli bağlanma alt ölçeğinde tespit edildi.

*Annede psikiyatrik hastalığın bulunduğu DEHB grubunda akran ilişkilerinde saplantılı bağlanma anlamlı düzeyde yüksek tespit edildi.

*Her iki grup yaşları ve bağlanma puanları açısından değerlendirildiğinde, DEHB grubunda yaş ile güvenli bağlanma arasında pozitif, korkulu bağlanma arasında negatif korelasyon tespit edildi.

*DEHB grubunda güvenli bağlanmayla korkulu bağlanma arasında negatif korelasyon, korkulu bağlanma ile kayıtsız ve saplantılı bağlanma arasında pozitif korelasyon saptandı.

*Kontrol grubunda korkulu bağlanma ile kayıtsız ve saplantılı bağlanma arasında pozitif korelasyon saptandı.

*Kontrol grubunda hem anneye hem de babaya bağlanmayla güvenli bağlanma arasında pozitif korelasyon, kayıtsız bağlanma ile negatif korelasyon tespit edildi.

*Hem DEHB hem de kontrol grubunda anneye bağlanma ile babaya bağlanma arasında pozitif korelasyon bulundu.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda DEHB'li çocuk ve ergenlerde güvensiz bağlanmanın ön planda olduğu, bunun ise hem akran hem de aile içi ilişkileri olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Bu konuya dair daha geniş örneklemler daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

6.1.Kısıtlılıklar

- 1) Çalışmaya alınan hasta ve kontrol sayısının geniş örneklem için yetersiz olması
- 2) Kız ve erkek sayısının eşit olmaması
- 3) Ölçeklerin olgular tarafından değerlendirilmesinin subjektif olması

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Perwien AR, Faries DE, Kratochvil CJ, et al. Improvement in health related quality of life in children with ADHD: An analysis of placebo controlled studies of atomoxetine. J Dev Behav Pediatr 2004; 25: 264–271.
3. Güleç C, Köroğlu E. Psychiatry Text Book Şenol Ü, Şener Ş (eds). Attention deficit hyperactivity disorder. Ankara 1998; 2, 1119-1129.
4. Faraone S. Molecular Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Bio. Psychiatry 2005; 57(11): 1313-1323.
5. Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35(8): 978-987.
6. Milberger S, Biederman J, Faraone SV. Pregnancy, delivery and infancy complications and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: issues of gene environment interaction. Bio. Psychiatry 1997; 41(1): 65-75.
7. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. Psychoanal Study Child 1997; 52: 386-405.
8. Waters E, Posada G, Crowell JA, Lay KL. The development of attachment: from control system to working models. Psychiatry 1994; 57: 32-42.
9. Ward A, Gowers S. Attachment and childhood development. Handbook of eating disorders. England: Wiley Press; 2003; 45.
10. Farrugia CE, Hohaus L. Conceptualising the pair-bond: Attachment, caregiving and sexuality as predictors of intimacy in adult romantic relationships. Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne 1998.

11. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14: 71-106.
12. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *J Pers* 1998; 66: 836-878.
13. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of four- category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 226-244.
14. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 35-58.
15. Stanojević TS. Adult attachment and prediction of close relationships. *Philosophy, Sociology and Psychology* 2004; 3: 67-81.
16. Scott S. Aggressive behaviour in childhood. *Br Med* 1998;316: 202-207.
17. Ertuğrul G, Toros F. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenleri algıladıkları ebeveyn tutumu ve ebeveynlerinin evlilik uyumları arasındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal* 2010; 48: 172-183.
18. Kılıç BG, Şener S. DEHB olan çocuklarda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değişkenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16: 21-28.
19. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clin Child Psychiat* 2002; 7: 179-198.
20. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and Infant Disorganized Attachment: A Prospective Study of Children Next-Born After Stillbirth. *J Atten Disord* 2006; 10:83-91.
21. Green J, Stanley C, Peters S. Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attach Hum Dev* 2007; 9: 207-222.

22. Franca N, Maurya M, Purper-Ouakil D. ADHD and attachment processes: Are they related? *L'Encéphale* 2009; 35: 256-261.
23. Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: Historical development of the concept. *The Overactive Child*. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications 1986; 19-41.
24. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of child, clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 16-34.
25. Şenol S, Şener Ş. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Köroğlu E, Güleç C. ed. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998; 1119–1130.
26. World Health Organization *Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with The Ninth Revision of The International Classification of Diseases*, World Health Organization, Geneva, 1978.
27. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Second Edition. USA: American Psychiatric Association Washington DC, 1968.
28. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Geneva, 1993.
29. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD and CD symptoms in school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40 (2): 241-249.
30. Castellanos FX. Toward a Pathophysiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clin Pediatrics* 1997; 381-393.
31. Polanczyk G, Jensen PS. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: A review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008; 17(2): 245-260.
32. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8- year prospective follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29(4): 546-557.

33. Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Villa V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 352-357.
34. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiologic study of disorders in late childhood and adolescence. Age and gender specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34: 851-867.
35. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence Of ADHD: A Systematic Review And Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-948.
36. Mukaddes NM. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemindeki yeri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1993; 30(1): 226-231.
37. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 354-361.
38. Taşkın B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu alt tipleri ile cinsiyet ve davranışsal özellikler arasındaki ilişkinin klinik dışı bir grupta değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi (Uzmanlık Tezi), İstanbul 2006.
39. Mc Cracken JT. Attention Deficit Disorder. Sadock BJ, Sadock VA, ed Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, eighth edition. Philadelphia, Lipincott: Williams&Wilkins, 2005; 2: 3183-3204.
40. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu F. ed. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008; (3): 293-311.
41. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu özellikleri- Tedavisi çocuklarda ve erişkinlerde belirtileri. Ercan ES. (ed). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Üçüncü baskı. İstanbul, Gendaş, 2000.
42. Akgün GM, Tufan AE, Yurteri N, Erdoğan A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry* 2011; 15-48.

43. Brasset-Harknett A, Butler N. Attention deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(2): 188-210.
44. Asherson P. and Image consortium. Attention deficit hyperactivity disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13: 150-170.
45. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001; 10: 299-316.
46. Levy F, Hay DA, McStephen M, Wood S, Waldman I. Attention deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large- scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 737-744.
47. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29(4): 526-558.
48. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinician's to Adult ADHD Assessment and Intervention. Academic Press, California, USA 2002; 25-42.
49. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri* 2002; 5: 111-119.
50. Şenol S, İşeri E, Koçkar A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 2005; 5-60.
51. Barkley, R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 1997; 121: 65-94.
52. Giedd JN, Blumenthal J, Molloy E, Castellanos FX. Brain imaging of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals New York Academy of Sciences* 2001; 33-49.
53. Castellanos FX, JN Giedd, WL Marsh, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarfatti SE, Vauss YC, Snell JW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Rajapakse JC, Rapoport JL. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996; 53: 607- 616.

54. Baumgardner TL, Singer HS, Denckla MB, Rubin MA, Abrams MT, Colli MJ, Reiss AL. Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder *Neurology* 1996; 47: 477-482.
55. Olsen P, Vainionpää L, Pääkkö E, Korkman M, Pyhtinen J, Järvelin MR. Psychological findings in preterm children related to neurologic status and magnetic resonance imaging. *Pediatrics* 1998; 102: 329-336. .
56. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopoulos D. Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/hyperactivity. *Arch Neurol* 1990; 47: 919-926.
57. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention deficit disorder hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology* 1997; 48: 589-601.
58. Casey BJ, Castellanos FX, Giedd JN. Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 374-383.
59. Kozielc T, Starobrat HB, Kotkowiak L. Deficiency of certain trace elements in children with hyperactivity. *Psychiatry Pol.* 1994; 28(3): 345-353.
60. McGee R, Williams S, Anderson JC, McKenzie-Parnell JM, Silva PA. Hyperactivity and serum and hair zinc levels in 11- year old children from the general population. *Society of Biological Psychiatry.* 1990; 28: 165-168.
61. Bekaroğlu M, Aslan Y, Gedik Y, Değer O, Mocan H, Erduran E, Karahan C. Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J Child Psychol Psychiat* 1996; 37(2): 225-227.
62. Bilici M, Yıldırım F, Kandil S, Bekaroğlu M, Yıldırım S, Değer O, Ülgen M, Yıldırım A, Aksu H. Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004; 28(1): 181-190.

63. Mitchell EA, Aman MG, Turbott SH, Manku M. Clinical characteristics and serum essential fatty acids levels hyperactive children. *Clinical Pediatrics*. 1987; 26(8): 406-411.
64. Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (6): 542- 548.
65. Faraone S, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 951-958.
66. Arnold LE, Disilvestro RA, Bozzolo D, Bozzolo H, Crowl L, Fernandez S, Ramadan Y, Thompson S, Mo X, Abdel-Rasoul M, Joseph E. Zinc for attention deficit/hyperactivity disorder: placebo-controlled double-blind pilot trial alone and combined with amphetamine. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2011; 21(1): 1-19.
67. McIntosh DE, Mulkins RS, Dean RS. Utilization of maternal perinatal risk indicators in the differential diagnosis of ADHD and UADD children. *Int J Neurosci* 1995; 81: 35-46.
68. Firestone P, Prabhu AN. Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *J Abnorm Child Psychol* 1983; 11: 207-216.
69. Szatmari P, Saigal S, Rosenbaum P, Campell D, King S. Psychiatric disorders at five years among children with birthweights less than 1000g: A regional perspective. *Dev Med Child Neurol* 1990; 32: 954-962.
70. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 978-986.
71. Turgay A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü* (Editör: Aysev A) 2001; 111-132.
72. Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with Comorbid Disorders: Clinical Assessment and Management 1999.

73. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, et al. Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 728-738.
74. Tannock R. Attention deficit disorders with anxiety disorders. In: *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*, Brown TE, ed. New York: American Psychiatric Press, 2000; 125-175.
75. Barkley RA. A theory of ADHD. In RA. Barkley (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* 2006. New York: Guilford.
76. Rommelse NN, Altink ME, Fliers EA, Martin NC, Buschgens CJ, Hartman CA, et al. Comorbid problems in ADHD: Degree of Association, Shared Endophenotypes and Formation of Distinct Subtypes. Implications for a Future DSM. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 793-804.
77. Ke X, Zou I, Hong S, Hang J, Zu-Hong LT, Cathay P. Attention deficit and hyperactivity symptoms in school children with Asperger syndrome. *Chinese Mental Health Journal* 2007; 21: 86-89.
78. Hechtman L, Etcovitch J, Platt R. Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? *Clinical Neuroscience Research* 2005; 5(5/6): 273-282.
79. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 3-7.
80. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med*. 2006; 36(2): 167-179.
81. Jensen PS, Arnold LE, Richters JE, et al. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1999; 56: 1073-1086.
82. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 370-376.
83. Bowlby J. Kırk Dört Çocuk Hırsız: Kişilikleri ve Yaşamları. *International Journal of Psycho-Analysis* 1952; 25: 107-127.

84. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol* 2000;73: 35-51.
85. Keskin G, Çam O. Ergenlik ve Bağlanma Süreci: Ruh Sağlığı Açısından Literatürün Gözden Geçirilmesi. *New/Yeni Symposium Journal* 2009; 47-2: 53-57.
86. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore Maryland, 1994; 161-165.
87. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 88-99.
88. Benoit D, Zeanah CH, Barton ML. Maternal Attachment Disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal* 1989; 10: 185-202.
89. Zeanah CH, Benoit D, Barton M ve ark. Representations of attachment in mothers and their one year old infants. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993; 32 (2): 278-286.
90. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(2): 165-178.
91. Lowinger S, Dimitrovsky L, Strauss H, Mogilner C. Maternal social and physical contact: links to early infant attachment behaviors. *J Genet Psychol*, 1995 ; 156: 461-476.
92. Bowlby J. *The making and Breaking of Affectional Bonds*, Londra: Tavistock, 1979;129.
93. Bowlby J. *Attachment and loss*, Vol. 1. Attachment, Basic 1982, New York.
94. Çakır S. Evli Bireyleri Evlilik Uyumlarının Ana Babalarına Bağlanma Düzeyleri ve Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
95. Hazan C, Shaver PR, Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry* 1994; 5-1: 4-17.
96. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006; 13: 137-144.

97. Panksepp J. Textbook of Biological Psychiatry, Wiley- Liss Publication New Jersey 2004.
98. Winslow JT, Shapiro L, Carters S, et al. Oxytocin and complex social behavior. Species comparisons. Psychopharmacol Bull 1993; 29: 409-414.
99. Insel TR, Harbaugh CR. Lesions of the hypothalamic paraventricular nucleus disrupt the initiation of maternal behavior. Physiol Behav 1989; 45: 1033-1041.
100. Insel TR. Oxytocin - a neuropeptide for affiliation: Evidence from behavioral, receptor autoradiographic, and comparative studies. Psychoneuroendocrinol 1992; 17: 3-35.
101. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın Nörobiyolojisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006; 13(3): 137-144.
102. Eşel E. Aşkın Biyolojik ve Evrimsel Temelleri. New/Yeni Symposium Journal 2007; 45-1: 21-27.
103. Young LJ. The neurobiology of social recognition, approach, and avoidance. Biol psychiatry 2002; 51: 18-26.
104. Winslow JT, Insel TR. Neuroendocrine basis of social recognition. Curr Opin Neurobiol 2004; 14: 248-253.
105. Tosone C. Illusion, disillusion and reality in romantic love-attachment theory and its application to adult romantic love. Love and attachment. London: Jason Aronson Inc; 1999.
106. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988;145: 1-10.
107. Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. J Pers Soc Psychol 2004; 87: 363-383.
108. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and pattern of selfdisclosure. J Pers Soc Psychol 1991; 61: 321-31.
109. Güvenir T, Aysev AS, Taner YI. (editörler) Bağlanma ve tepkisel bağlanma bozukluğu. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007; 719-726.

110. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 233-242.
111. Özmert EN. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-III. Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 256-273.
112. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long- term impairment of mother-child bonding *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 273-278.
113. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne-baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 139-147.
114. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev* 2000; 7: 690-694.
115. Bowlby J. Attachment and loss: Separation, anxiety and anger. Vol. 2. New York: Basic Books; 1973.
116. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D, et al. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1111-1123.
117. Winnie Eng, Richard GH, Trevor AH, et al. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001; 1: 365-384.
118. Sullivan M, Jensen M, Romano J, et al. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. 2003;104: 627-637.
119. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 447-456.
120. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 97-104.
121. Keskin G. Ergenlerin Ruhsal Durumları ve Ebeveyn Tutumları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2007.

122. Finzi -Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Childs Attachment Patterns Child Psychiatry Hum Dev 2006; 37: 103-114.
123. Mano S, Uno H. Relationship between characteristic behaviors of children with AD/HD and mother's parenting styles. No To Hattatsu. 2007; 39: 19-24.
124. Lowe VM, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter? Clinical Pediatr 2008; 47: 865-872.
125. Conlon KE, Strassle CG, Vinh D, Trout G. Family management styles and ADHD: utility and treatment implications. J Fam Nur 2008; 14: 181-200.
126. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. ve ark. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – şimdi ve yaşam boyu- Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Çocuk ve gençlik ruh sağlığı dergisi 2004; 11(3): 109-116.
127. Savaşır İ, Şahin N. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği. Milli Eğitim Basımevi, Ankara 1988.
128. APA Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR) (Çev: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001.
129. Armsden G. C. & Greenberg M. T. The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 1987; 16: 427-451.
130. Günaydin G, Selçuk E, Sümer N. & Uysal A. (2005). Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formunun psikometrik açıdan değerlendirilmesi [The psychometric evaluation of a short form of Inventory of Parent and Peer Attachment]. Türk Psikoloji Yazıları [Turkish Psychological Articles], 2005; 8: 13-23.
131. Faraone S.V, Biederman J, Weber W. & Russell R. L. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; 37: 185-193.

132. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42(12): 1424–1432.
133. Durukan İ, Erdem M, Türkbay T, Cöngöloğlu MA. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların klinik belirtilerinin annelerinin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 101-104.
134. Işık E, Işık Taner Y. Çocuk, ergen ve erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türkiye Klinikleri, Ankara*, 2009.
135. Hecthman L, Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds) Aydın H, ve Bozkurt A, (çeviri ed). Kaplan&Sadock's Comoprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Lippincott Williams & Wilkins, Philedelphia, Güneş Kitabevi, Ankara 2007; 4: 3183-3204.
136. Uzun ME, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ÇRS AD, DEHB Olan 11-15 Yaş Arası Bir Grup Ergende Bağlanma Özelliklerinin ve Ebeveyn Tutumunun Araştırılması (Uzmanlık Tezi), Bursa, 2011.
137. Offer D, Ostrov E, Howard KI, Atkinson, R. Normality and adolescence. *Psychiatr Clin North Am* 1990; 13: 377-389.
138. Erözerkan A. Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004; 4: 155-75.
139. Kissgen R, Krischer M, Kummetat V, Spiess R, Schleiffer R, Sevecke K. Attachment representation in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopathology*. 2009; 42(3): 201-208.
140. Olson SL. Developmental perspectives. In Sandberg S (ed). *Hyperactivity disorders of childhood*. New York City: Cambridge University Press;1996;149-194.
141. Minnis H, Reekie J, Young D, O'Connor T, Ronald A, Gray A, et al. Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *Br J Psychiatry* 2007;190: 490-505.
142. Çiftçi D. Maltepe Üniv. Sosyal Bilimler Ens. Psikoloji AD, Kişinin Ebeveyn İlişki

Algısı ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010.

143. Matsuoka N, Uji M, Hiramural HZ, Chen Z, Shikai N, Kishida Y, et al. Adolescents' attachment style and early experiences: a gender difference. Arch Women's Ment Health 2006; 9: 23-29.
144. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2002; 16: 1045-1359.
145. Psychometric properties and association with postpartum depression, Arch Womens Ment Health 2006; 9: 265-271.
146. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. (eds). Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. New Jersey: Erlbaum Hillsdale;1978.
147. Berman SL, Weems CF, Rodriguez ET, Zamora IJ. The relation between Identity status and romantic attachment style in middle and late adolescence. J Adolesc 2006; 29: 737-748.

Ek 1. Araştırma Etik Kurul Onayı

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI		ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
AÇIK ADRES		Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ			
TELEFON		: 0 352 437 49 10 - 11			
FAKS		: 0 352 437 52 85			
E-POSTA		: byancar@erciyes.edu.tr			

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne-babaya ve akranlarına bağlanması						
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Didem Behice Öztop						
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Psikiyatristi						
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Didem Behice Öztop						
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatristi Anabilim Dalı/Kayseri						
	DESTEKLEYİCİ							
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ							
	ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1	☐					
		FAZ 2	☐					
FAZ 3		☐						
FAZ 4		☐						
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐						
	Yüksek Doz Araştırması	☐						
	Diğer İse Belirtiniz	☒	Uzmanlık Tezi					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	☒	ÇOKMERKEZ	☐	ULUSAL	☒	ULUSLARARASI	☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	
	SİGORTA	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	
	İLAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
SONUÇ RAPORU		

Ek 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)/Kontrol Grubu

BiLGİLENDİRME:

Katılmanızı istediğimiz çalışma ‘Dikkat eksikliği /Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde ebeveyn ve akran bağlanması’ konulu bir araştırma çalışmasıdır. Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan hastalarda görülen semptomlarla bağlanma ilişkisini araştırmaktır. Bu çalışmayla böyle bir ilişki saptanırsa bu bozukluğun nedenlerinin açıklanmasına ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesine katkı sağlanacaktır.

Bu çalışmaya katılan gönüllülere klinik görüşme ve psikometrik testler uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Gönüllünün kimliğini ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacak; kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kontrol grubunda olmak üzere katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün veya yasal temsilcisinin Adı / Soyadı / imzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / imzası / Tarih

Ek 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)/DEHB Grubu

BiLGİLENDİRME: Katılmanızı istediğimiz çalışma ‘Dikkat eksikliği /Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde ebeveyn ve akran bağlanması’ konulu bir araştırma çalışmasıdır. Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu olan hastalarda görülen semptomlarla bağlanmanın ilişkisini araştırmaktır. Bu çalışmayla böyle bir ilişki saptanırsa bu bozukluğun nedenlerinin açıklanmasına ve yeni tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesine katkı sağlanacaktır.

Bu çalışmaya katılan gönüllülere klinik görüşme ve psikometrik testler uygulanacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

Gönüllünün kimliğini ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacak; kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi.....

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün veya Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / imzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / imzası / Tarih

Ek 4. Sosyodemografik Bilgi Formu

DEHB Sosyodemografik/Hasta takip veri formu

Protokol no:

Adı Soyadı:

Başvuru Tarihi: / /

Adres;

Telefon;

1.Yaşı:

2. Cinsiyeti:

1-kız

2-erkek

3. Kardeş sayısı:

4.Kaçıncı çocuk olduğu:

5. Eğitimi (yıl-kaçıncı sınıfta):

0-okula hiç gitmemiş

1-anaokulu+kreş

2-özel eğitim

3-ana sınıfı

4-özel alt sınıf

5-ilköğretim

6-ilkokolu bitirmiş okumuyor

7-ortaokulu bitirmiş, okumuyor

8- lise....

9- Mezunu, çalışıyor

6. Annenin eğitimi:

0-Okuma yazma bilmeyen (OYB)

1-Okur yazar (OY)

2-ilk 3-orta 4-lise 5-üniversite

7. Annenin yaşı:

8. Annenin işi:

1-ev hanımı	2-asker	3-çiftçi	4-işçi	5-memur
6-serbest	7-yönetici	8-sağlık mensubu	9-emekli	10-diğer

9. Annede ruhsal hastalık:

0-yok	1-nöroz	2-psikoz	3-bağımlılık
4-zeka geriliği	5-kişilik bozukluğu	6-DEHB	7-diğer

10. Babanın eğitimi:

0-OYB 1-OY 2-ilk 3-orta 4-lise 5-üniversite

11. Babanın yaşı:

12. Babanın işi:

1-çalışmıyor	2-çiftçi	3-asker	4-işçi	5-memur
6-serbest	7-yönetici	8-sağlık mensubu	9-emekli	10-diğer

13. Babada ruhsal hastalık:

0-yok	1-nöroz	2-psikoz	3-bağımlılık
4-zeka geriliği	5-kişilik bozukluğu	6-DEHB	7-diğer

14. Babada bağımlılık:

0-yok	1-alkol	2-esrar	3-diğer
-------	---------	---------	---------

Annede bağımlılık:

0-yok	1-alkol	2-esrar	3-diğer
-------	---------	---------	---------

15. Aile durumu:

1-anne baba birlikte

2-boşanmış

3-ayrı yasayan anne babalar

4-anne ölü

5-baba ölü

6-boşanmış-anne yeniden evlenmiş

7- boşanmış-baba yeniden evlenmiş

16. Anne baba arasında akrabalık:

0-yok 1-var

17. Akrabalarda ruhsal hastalık: (DEHB ise belirtiniz)

0-yok 1-var

18. Ailenin aylık ortalama geliri

1 <1000 TL

2 1000-3000 TL

3 3000-10000 TL

19. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki tıbbi sorunlardan birisini yaşadı mı?

Prenatal stres öyküsü var mı?

1 kanama

6 aşırı kilo alma

2 enfeksiyon

7 yaralanma

3 yüksek tansiyon

8 ameliyatlar

4 şeker

9 diğer(belirtiniz).....

5 nöbet

20. Anne bu çocuğa gebeliği sırasında aşağıdaki psikososyal stresörlerden hangisine maruz kaldı?

1 ayrılık

3 iş sorunları

5 ölüm

2 maddi sıkıntı

4 kötü yaşam koşulları

6 diğer(belirtiniz).....

21. Annenin hamilelik döneminde sigara/alkol/ilaç kullanımı var mı?

0-yok

1-var

22. Hastanın doğum şekli?

1 Normal doğum 2 Sezeryan

23. Hastanın zor doğum öyküsü var mı?

0-yok 1-var

24. Hastanın erken doğum öyküsü var mı?

0-yok 1-var

25. Hastanın nöbet öyküsü var mı?

0-yok 1-var

26. Hastanın ciddi hastalık/kafa travma öyküsü var mı?

0-yok 1-var

27. Aile tipi

0-çekirdek 1-geniş

Ek 5.

ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM - 4'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(Dr. Atilla Tugay)

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça sık rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği, Amerika Psikiyatri Derneği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Tugay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Aşağıdaki sorular şu an değerlendirmesini yaptığınız çocuğun / gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyin.

SOYADI :

ADI :

YAŞ :

CİNSİYET :

BU GÜNÜN TARİHİ :

FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUK / GENCE OLAN YAKINLIĞI :

Öğretmen ☐

Anne ☐

Baba ☐

Anne ve Baba birlikte ☐

Diğer

1. BÖLÜM

A. DİKKATSİZLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılarına vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da 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 iş yerlerindeki görevlerini tamamlayamaz.	0	1	2	3
5. Görev etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçar bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	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 unutkanlıktır.	0	1	2	3

I A bölümünde karşılanan ölçüm sayısı

I A bölümünde alınan toplam puan

B. AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11. Sınıf ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da 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 ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çok konuşur.	0	1	2	3

DÜRTÜSELLİK

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
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 ya da oyunlarına burnunu sokar)	0	1	2	3

I B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/ 9

I B bölümünde alınan toplam puan/ 27

I A ve I B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı/ 18

Bölüm I A ve I B'nin toplam puanı/ 54

II. BÖLÜM

Sorun	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19. Kontrolünü kaybetme.	0	1	2	3
20. Erişkinlerle tartışma.	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 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	Sorun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık				
27. Kabadayılık eder, tehdit eder gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga döğüş başlatır.	0	1	2	3
29. Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş,kırık şişe bıçak tabanca v.b.) 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 (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
B. 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
C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık				
36. Başkalarının evine binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını aldatır)	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3

D. Kuralları ciddi biçimde bozma

39. 13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır.	0	1	2	3

III. bölümde karşılanan toplam 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 6.

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ (ADOLESCENT RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE)

Asagıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiginize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını asagıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
Tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

1. Baskalarına kolaylıkla güvenemem 1 2 3 4 5 6 7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli. 1 2 3 4 5 6 7
3. Baskalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım. 1 2 3 4 5 6 7
4. Baskalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum 1 2 3 4 5 6 7
5. Baskalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım
1 2 3 4 5 6 7
6. Baskalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum
1 2 3 4 5 6 7
7. Yalnız kalmaktan korkarım 1 2 3 4 5 6 7
8. Baskalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim 1 2 3 4 5 6 7
9. Baskalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım 1 2 3 4 5 6 7
10. Baskalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır
1 2 3 4 5 6 7
11. Baskalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermedikenden
kaygılanırım. 1 2 3 4 5 6 7
12. Kendi kendime yettigiimi hissetmem benim için çok önemli 1 2 3 4 5 6 7
13. Baskalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim 1 2 3 4 5 6 7
14. Baskalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder 1 2 3 4 5 6 7
15. Baskalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını
düşünüyorum. 1 2 3 4 5 6 7
16. Baskalarına bağlanmamayı tercih ederim 1 2 3 4 5 6 7
17. Baskaları beni kabul etmeyecek diye korkarım 1 2 3 4 5 6 7

Ek 7.**EABE***

Aşağıda, anneniz ve babanızla olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu ne sıklıkla yaşadığınızı 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Bunu anne ve babanız için ayrı ayrı yapmanızı istemekteyiz. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan her cümle ile ilgili olarak kendi durumunuzu doğru bir şekilde yansıtmaktır. Anne ve/veya babanızı kaybetmişseniz yetişmenizde en çok katkısı olan kişiyi gözönüne alınız.

Aşağıdaki maddeleri annenizle ilişkinizi gözönünde bulundurarak doldurunuz.

	1	2	3	4	5	6	7
	Asla			Bazen			Daima
1. Annem duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Annem başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Annem beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorunlarım hakkında annemle konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Annemin kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda annem bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Anneme kızgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Annemden pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kızgın olduğumda annem anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Annem bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 8.

Aşağıdaki maddeleri babanızla ilişkinizi gözönünde bulundurarak doldurunuz.

	1	2	3	4	5	6	7
	Asla			Bazen			Daima
1. Babam duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Babam başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorunlarım hakkında babamla konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Babamın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda babam bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu babama anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Babama kızgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Babamdan pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kızgın olduğumda babam anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Babam bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hatice Bozdoğan'a ait "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde ebeveyn ve akran bağlanması" adlı uzmanlık tezi, jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Tıpta uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 26.12.2013

İmza:

Başkan: Doç.Dr.Didem Behice Öztop

Üye : Prof.Dr.Mustafa Baştürk

Üye : Prof.Dr.M.Tayfun Turan

Üye : Doç.Dr.Hüseyin Per

Üye : Yar.Doç.Dr.Hatice Akgül