



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



BAĞLANMA VE EMOSYON REGÜLASYONUNUN DEHB'DE EŞLİK EDEN ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

DR. HAZAL AKMAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Burak DOĞANGÜN

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BAĞLANMA VE EMOSYON REGÜLASYONUNUN DEHB'DE
EŞLİK EDEN ANKSİYETE BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ
DR. HAZAL AKMAN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Burak DOĞANGÜN
İSTANBUL – 2021

ÖNSÖZ

Hekimlik mesleğini öğrenirken bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, tez çalışmamla birlikte uzmanlık eğitim sürecimin her aşamasında desteğini hissettiğim, kliniğimizin verimli ve huzurlu bir çalışma ortamı olmasında emeği ve birleştirici gücü büyük olan tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız saygıdeğer hocam Prof. Dr. Burak Doğangün'e,

Gerek klinik, gerek akademik alanda mesleğimle ilgili zorlandığım her konuda yardıma hazır olan, hocalarım ve ağabeylerim olarak gördüğüm Doç. Dr. Muhammed Tayyib Kadak, Doç. Dr. Mesut Yavuz ve Doç. Dr. Mahmut Cem Tarakçıoğlu'na,

Değerli vaktini bizlere ayırarak engin bilgi birikimi ve dünya görüşünü gerek vaka toplantıları, gerekse seminerlerimizde bizimle paylaşan Prof. Dr. Levent Kayaalp'e,

Klinik tecrübeleri ve verdiği eğitimlerle meslek hayatıma ışık tutan ve bir abla gibi samimiyetini her zaman hissettiğim Uzm. Dr. Rahime Hülya Bingöl Çağlayan'a,

Psikiyatri rotasyonum sırasında erişkin hastalarla çalışma konusunda bilgi birikimi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Alaattin Duran, Prof. Dr. Ruhi Yavuz, Prof. Dr. Mahmut Reha Bayar, Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel, Doç. Dr. Cana Aksoy Poyraz ve diğer tüm hocalarıma,

Psikiyatri kliniğinde bulunduğum süre zarfında birlikte çalıştığım, destek ve yardımlarını her zaman hissettiğim tüm hekim arkadaşlarım ve Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına,

Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında, adeta kendi kliniklerinin bir çalışanıymışım gibi bana yakınlık gösteren ve hekimlik pratiğinde nörolojik bakış açımı geliştiren hocalarım Prof. Dr. Sema Saltık ve Doç. Dr. Serhat Güler'e, ayrıca tüm Çocuk Nöroloji Bölümü asistan hekim ve çalışanlarına,

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesi süreçlerinde bana yol gösteren ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde beni misafir eden değerli hocalarım Prof. Dr. Oya Ercan ve Prof. Dr. Haluk Çokuğraş ile Pediatri Anabilim Dalı'nda çalışan tüm hocalar, uzmanlar ve asistan arkadaşlara,

Klinikte işleyişin eksiksiz sürmesi üzerinde emekleri büyük olan ve ihtiyaç duyduğum her konuda destek vermekten çekinmeyen hemşirelerimiz, kürsü sekreter ve personellerimize,

Her zaman işbirliği içinde çalışarak hastalarımıza nasıl hep daha yararlı olacağımıza dair fikir alışverişinde bulunduğumuz klinik psikologlarımıza,

Gerek mesleki, gerekse duygusal anlamda bana her zaman destek veren, her birini tanıdığım için kendimi çok şanslı hissettiğim, hayatıma büyük katkıları olan kıdemli meslektaş ve arkadaşlarım Uzm. Dr. Dilara Demirpençe Seçinti, Uzm. Dr. Fatma Turna, Uzm. Dr. Burçin Özlem Ateş, Uzm. Dr. Tuğçe Öncü, Uzm. Dr. Ceren Kaya Dağdeviren ve Uzm. Dr. Zeynep Seda Albayrak'a,

Asistanlık hayatım boyunca aynı klinikte birlikte çalışmaktan oldukça keyif aldığım hekim arkadaşlarım Uzm. Dr. Zehra Koyuncu, Uzm. Dr. Yasin Çalışkan, Uzm. Dr. Abas Hashimov, Uzm. Dr. Yavuz Meral, Dr. Hatice Kübra Çakı, Dr. Tuncay Sandıkçı, Dr. Nihal Serdengeçti, Dr. Meryem Seçen, Dr. Hilal Kavak, Dr. Beste Doğar, Dr. Elif Hacıvelioğlu, Dr. Aslı Begüm Can Aydın, Dr. Barika Mercan, Dr. Büşra Arslan, Dr. Beyza Nur Sandıkçı, Dr. Betül Kırlangıç, Dr. Büşra Zengin, Dr. Ceren Tosun, Dr. Elif Anaç, Dr. Sena İncetahtacı ve Dr. Tuba Akar Erkmen'e,

Dostlukları ve yakınlıklarıyla hayatımı güzelleştiren ve yalnız olmadığımı bana hissettiren canım dostlarım Uzm. Dr. Seda Güneysu, Dr. Fargana Abbasova, Uzm. Dr. Yasemin Akıncı, Dr. Emrecaan Kırtas, Uzm. Dr. Gözde Akbaba ve Uzm. Dr. Özden Öksüz'e

Attığım adımlarda desteklerini hep hissettiğim, benim mutluluklarımla mutlu olan, üzüntülerimle üzülen, her zaman yanımda olduklarını bildiğim ailem, aile dostlarımız ve dostlarıma; son olarak da 2012 yılında kaybettiğim, şimdi sahip olduğum her mutluluk ve başarının kaynağı olan canım annem Dr. Ayla Akman'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Hazal Akman

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
ETİK KURUL KARARI	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	6
2.1.4.1. Genetik Etmenler	6
2.1.4.2. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Faktörler	7
2.1.4.3. Yürütücü İşlev Bozuklukları.....	8
2.1.4.4. DEHB'ye Psikanalitik Bakış	9
2.1.5. Eştanı.....	12
2.2. Anksiyete Bozuklukları.....	13
2.2.1. Tanım	13
2.2.2. Tarihçe.....	13
2.2.3. Epidemiyoloji.....	14
2.2.4. Etiyoloji.....	14
2.2.4.1. Anksiyete Bozukluklarına Psikanalitik Bakış.....	15
2.2.5. Eştanı.....	16

2.2.5.1.	DEHB’de Eşlik Eden Anksiyete Bozuklukları	16
2.3.	Bağlanma Kuramı	17
2.3.1.	DEHB ve Bağlanma	21
2.3.2.	Anksiyete Bozuklukları ve Bağlanma.....	22
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.	Araştırmanın Tipi	24
3.2.	Araştırmanın Örneklemi.....	24
3.3.	Örneklemin Seçimi.....	25
3.4.	Veri Toplama Araçları	25
3.4.1.	Sosyodemografik Veri Formu.....	25
3.4.2.	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG–ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia For School Aged Children Kiddie-Sads- Lifetime Version; K-SADSPL).....	26
3.4.3.	Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	27
3.4.4.	Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)	27
3.4.5.	Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ; Emotion Regulation Checklist).....	28
3.4.6.	Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (KGBÖ; Kerns’ Security Scale)	28
3.5.	Verilerin İstatistiksel Analizi	29
4.	BULGULAR	30
4.1.	Örneklemin Değerlendirilmesi	30
4.1.1.	Tanıya Göre Dağılım.....	30
4.1.2.	Yaşa Göre Dağılım.....	31
4.1.3.	Cinsiyete Göre Dağılım.....	32
4.1.4.	Okul Sınıflarına Göre Dağılım.....	33
4.1.5.	Anne Baba Yaşlarına Göre Dağılım	35

4.1.6.	Anne Baba Eğitim Durumlarına Göre Dağılım	35
4.1.7.	Aile Birliğine Göre Dağılım.....	35
4.1.8.	Aile Gelir Durumuna Göre Dağılım	35
4.1.9.	Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Dağılım.....	36
4.1.10.	Çocuğun Kardeşler Arasındaki Sırasına Göre Dağılım.....	36
4.1.11.	Ailede Bilinen Psikiyatrik Hastalık	36
4.2.	Hipotezlere İlişkin Bulgular	37
4.2.1.	Grupların Turgay DEHB Ölçeği Verileri Açısından Değerlendirilmesi.....	37
4.2.2.	Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği Verileri Açısından Değerlendirilmesi.....	38
4.2.3.	Grupların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği Verileri Üzerinden Değerlendirilmesi.....	39
4.2.4.	Tüm DEHB Tanılı Çocukların Turgay DEHB Ölçeği ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi.....	39
4.2.5.	Tüm DEHB Tanılı Çocukların ÇADÖ Ebeveyn ve Çocuk Toplam Anksiyete Puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi	40
4.2.6.	Tüm DEHB Tanılı Çocukların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği İle Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi.....	41
5.	TARTIŞMA	42
5.1.	Gruplarda Sosyodemografik Verilerin İncelenmesi.....	42
5.2.	Hipotezlere İlişkin Verilerin İncelenmesi	45
6.	SONUÇ	51
7.	KAYNAKÇA.....	53
8.	EKLER.....	67
9.	ÖZGEÇMİŞ	93
10.	İNTİHAL TARAMA RAPORU	94

KISALTMALAR

DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
K-SADS	: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
ADHD	: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
RCADS-P	: The Revised Child Anxiety and Depression Scale - Parent Version
RCADS-CV	: The Revised Child Anxiety and Depression Scale - Child Version
KSS	: Kerns' Security Scale
DSM 5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-II	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM-III-R	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
DMN	: Default Mode Network
ÇADÖ	: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
DAÖ	: Duygu Ayarlama Ölçeği
KGBÖ	: Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

K-S TESTİ : Kolmogorov-Smirnov Testi

ANOVA TESTİ : Analysis of Variance Testi

KOKGB : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

DB : Davranım Bozukluğu

ÖÖB : Özgül Öğrenme Bozukluğu

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

Min : Minimum

Max : Maksimum

Ort : Ortalama

s.s. : Standart Sapma

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gruplarda sosyodemografik veriler ve klinik özellikler için tanımlayıcı istatistikler.....	32
Tablo 2. Gruplarda sosyodemografik veriler ve klinik özellikler için ek tanımlayıcı istatistikler.....	37
Tablo 3. Gruplarda Turgay DEHB Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi	38
Tablo 4. Gruplarda Duygu Ayarlama Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi	38
Tablo 5. Gruplarda Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi .	39
Tablo 6. Tüm DEHB tanılı çocukların Turgay DEHB Ölçeği ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarının korelasyon analizi.....	40
Tablo 7. Tüm DEHB tanılı çocukların ÇADÖ ebeveyn ve çocuk toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarının korelasyon analizi.....	41
Tablo 8. Tüm DEHB tanılı çocukların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ile Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarının korelasyon analizi.....	41

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Olgu grubunda DEHB görünümleri.....	30
Şekil 2. Olgu grubunda eşlik eden psikopatolojiler	31
Şekil 3. DEHB+/anksiyete bozukluğu- grupta sınıf verilerinin dağılımı.....	33
Şekil 4. DEHB+/anksiyete bozukluğu+ grupta sınıf verilerinin dağılımı.....	34
Şekil 5. Sağlıklı kontrol grubunda sınıf verilerinin dağılımı	34



ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 20/07/2020-92540



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Hazal AKMAN'ın
etik kurul kararı H-01

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :05.06.2020 tarihli, 68158 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi **Prof.Dr.Burak DOĞANGÜN**'ün danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Hazal AKMAN**'ın yürütücülüğünde "Bağlanma ve Emosyon Regülasyonunun DEHB'de Eşlik Eden Anksiyete Belirtileri ile İlişkisi" başlıklı Uzmanlık Tezi (Anket)'ne yardımcı araştırmacı olarak **Prof. Dr. Oya ERCAN**'nın katılması hakkında ilgi yazınız ve ekleri 07 Temmuz 2020 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmza
Prof. Dr. Ömer Fehmi TABAK
Bölüm Başkanı

Doğrulamak için:<http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEBEFK16A>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 60130

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

u belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağında en sık görülen ruhsal sorunlardan birisidir. Bu bozukluğa eşlik eden anksiyete belirtilerinin görülme sıklığı da oldukça yüksektir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile anksiyete bozukluklarının çocukluk döneminde akademik ve sosyal işlevselliği önemli ölçüde etkiledikleri bilinmektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, erken dönemlerde oluşan bağlanma stillerinin çocukların bilişsel ve psikososyal gelişimleri üzerinde önemli etkileri olduğu ve emosyon regülasyon becerilerinde güçlüklerin çocukluk dönemi psikopatolojileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma aracılığıyla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuklarda eşlik eden anksiyete belirtileri ile bağlanma stilleri ve emosyon regülasyon becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya kliniğimize başvuran, 8-13 yaş arasında, ilk kez DEHB tanısı alan ya da daha önce DEHB tanısı almış ancak en az son 6 aydır medikal tedavi almayan hastalar ve kontrol grubu olarak gönüllü sağlıklı çocuklar dahil edilmiştir. Katılımcı çocuklar ile yarı yapılandırılmış bir tanılama görüşmesi olan K-SADS yapılmış, psikotik bozukluklar, yeme bozuklukları ve otizm spektrum bozuklukları tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonrasında katılımcı çocukların anneleri tarafından araştırmacının hazırlamış olduğu sosyodemografik veri formu, Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu ve Duygu Ayarlama Ölçeği, katılımcı çocuklar tarafından da Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu doldurulmuştur. Örneklemenin istatistiksel analizi, ÇADÖ ebeveyn formunda total anksiyete T skoru 70'in altında olan 74 DEHB tanılı çocuk (DEHB+/anksiyete bozukluğu- grup), ÇADÖ ebeveyn formunda total anksiyete T skoru 70 ve üzerinde olan 26 DEHB tanılı çocuk (DEHB+/anksiyete bozukluğu+ grup) ile 100 sağlıklı kontrolün (sağlıklı kontrol grubu) verileri üzerinden yapılmıştır. Ek olarak toplam 100 DEHB tanılı çocuğun verileri üzerinden korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda DEHB+/anksiyete bozukluğu- grup, DEHB+/anksiyete bozukluğu+ grup ve sağlıklı kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, sınıf, anne-baba

yaşları, anne-baba eğitim durumları ve aile birliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. DEHB+/anksiyete bozukluğu- ve DEHB+/anksiyete bozukluğu+ gruplarda gelir durumunun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu, bu gruplarda çocuğun kardeşler arasındaki doğum sırasının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar ailedeki çocuk sayısı açısından karşılaştırıldığında, DEHB+/anksiyete bozukluğu- ve DEHB+/anksiyete bozukluğu+ gruplarda çocuk sayısının sağlıklı kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlenmiştir. DEHB+/anksiyete bozukluğu- ve DEHB+/anksiyete bozukluğu+ gruplarda ailede psikiyatrik hastalık görülme oranı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında ebeveynlere güvensiz bağlanma özelliklerinin ve duygu regülasyonunda güçlüklerin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları birbirleriyle kıyaslandığında, aralarında bağlanma açısından anlamlı bir farklılık bulunmazken anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda duygu regülasyon güçlüklerinin anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. DEHB ve eşlik eden davranış bozukluğu belirtilerinin şiddeti ile bağlanma arasında anlamlı korelasyon saptanamazken, duygu ayarlama güçlükleri ile arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. DEHB tanılı çocuklarda anksiyete düzeyinin artmasıyla birlikte ebeveynlere güvensiz bağlanma ve emosyon disregülasyonunun arttığı gözlenmiştir. Bağlanma ve emosyon regülasyon becerileri arasında anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

Sonuç: Çalışmamızda DEHB’li çocukların sağlıklı gelişen çocuklara göre anne ve babaları ile bağlanma ilişkilerinin daha güvensiz ve emosyon regülasyon becerilerinin daha kötü olduğu, DEHB tanılı çocuklarda DEHB belirtilerinin ve eşlik eden davranış sorunlarının şiddeti ile emosyon disregülasyonunun ilişkili olduğu, DEHB tanılı çocuklarda anksiyete düzeylerindeki artış ile ebeveynlere güvensiz bağlanmanın ve emosyon disregülasyonunun ilişkili olduğu, anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı çocuklarda DEHB semptomatolojisinin anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara göre daha şiddetli olduğu ve anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı çocukların anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara göre emosyon regülasyon becerilerinin daha kötü olduğu

sonuçları saptanmıştır. Anksiyete bozukluğu eştanısı olan ve olmayan DEHB’li çocuklar arasında ebeveynleriyle bağlanma ilişkileri açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. DEHB belirtilerinin ve eşlik eden davranış sorunlarının şiddeti ile bağlanma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamış olup DEHB’li çocuklarda bağlanma ve emosyon regülasyonu da birbirleriyle ilişkili bulunmamıştır. Anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı çocuklarda bağlanma ve emosyon regülasyon becerilerinin incelendiği herhangi bir çalışmaya yazında rastlanamaması nedeniyle çalışmamızın bu alanda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Böyle çocukların tedavi ve izleminde bu alanlardaki güçlüklerle yoğunlaşan terapötik müdahaleler önem kazanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Bağlanma, Emosyon Regülasyonu

ABSTRACT

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder is one of the most common psychiatric problems in childhood. The prevalence of anxiety symptoms accompanying this disorder is also very high. It is known that these conditions affect academic and social functionality of children significantly. In studies conducted to date, early attachment styles have been shown to have influence on children's cognitive and psychosocial development. Difficulties in emotion regulation skills are also shown to be associated with childhood psychopathologies. The aim of this study was to investigate the relationship between comorbid anxiety symptoms, attachment styles and emotion regulation skills in children with attention deficit hyperactivity disorder.

Method: 8-13-year-old patients, who admitted to our clinic diagnosed with ADHD for the first time, or previously diagnosed with ADHD, but have not received medical treatment for at least the last 6 months and volunteer healthy controls were included in the study. K-SADS, which is a semi-structured diagnostic interview was conducted with the participating children. Those who were diagnosed with psychotic disorders, eating disorders or autism spectrum disorders were excluded from the sample. Mothers of the children completed the sociodemographic data form, which was prepared by the researcher, Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale, The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Parent Version (RCADS-P) and The Emotion Regulation Checklist, whereas children completed the Kerns' Security Scale (KSS) and The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Child Version (RCADS-CV). The statistical analysis of the sample was done with data of 74 patients diagnosed with ADHD and had <70 scores from RCADS-P (ADHD+/anxiety disorder- group), 26 patients diagnosed with ADHD and had ≥ 70 scores from RCADS-P (ADHD+/anxiety disorder+ group) and 100 healthy controls. Additionally, correlation analysis was done with data of total 100 ADHD patients.

Results: In our study, no statistically significant difference was found between ADHD +/anxiety disorder +, ADHD +/anxiety disorder - and the healthy control groups in terms of age, gender, class, maternal and paternal ages, educational status and family unity. In ADHD +/anxiety disorder - and ADHD +/anxiety disorder +

groups, the family income level was found to be significantly lower than the healthy control group and the birth order of the child among the siblings was found to be significantly higher in these groups compared to the healthy control group. When the groups were compared in terms of the number of children in the family, it was observed that the number of children in the ADHD +/-anxiety disorder - and ADHD +/-anxiety disorder + groups were significantly higher than the healthy control group. In the ADHD +/-anxiety disorder- and ADHD +/-anxiety disorder + groups, the rate of psychiatric illness in the family was significantly higher than the healthy control group. In ADHD groups with and without an anxiety disorder, insecure attachment characteristics to parents and difficulties in emotion regulation were found to be significantly higher than the healthy control group. When ADHD groups with and without an anxiety disorder were compared to each other, there was no significant difference between them in terms of attachment, but it was observed that emotion regulation difficulties were significantly higher in the ADHD group with an anxiety disorder than the ADHD group without an anxiety disorder. While no significant correlation was found between the severity of ADHD symptomatology and attachment, a significant positive correlation was found between difficulty in emotion regulation and the severity of ADHD symptomatology. It was observed that insecure attachment to parents and dysregulation of emotions increase with the increase in anxiety level in children with ADHD. No significant correlation was found between attachment and emotion regulation skills.

Conclusion: In our study, children with ADHD had more insecure attachment relationships with their parents and worse emotion regulation skills than healthy children. In children with ADHD, the severity of ADHD symptoms and accompanying behavioral problems were associated with emotional dysregulation and increase in anxiety levels were associated with insecure attachment patterns and emotional dysregulation. ADHD symptomatology was found to be more severe in children diagnosed with ADHD with an anxiety disorder compared to children diagnosed with ADHD without any anxiety disorder. Children diagnosed with ADHD with an anxiety disorder were found to have worse emotion regulation skills than children diagnosed with ADHD without any anxiety disorder. No significant difference was found between children with ADHD with comorbid anxiety disorder and children with ADHD without any comorbid anxiety disorder in terms of

attachment relationships with their parents. No statistically significant relationship was found between the severity of ADHD symptoms and accompanying behavioral problems and attachment characteristics in children with ADHD. Attachment and emotion regulation skills were also not found to be related to each other in these children. Since no study examining attachment and emotion regulation skills in child ADHD patients with comorbid anxiety disorders was found in the literature, it is thought that our study will contribute to the literature in this area. Therapeutic interventions focusing on the difficulties in such areas gain importance in the treatment and follow-up of these children.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Anxiety Disorder, Attachment, Emotion Regulation

1. GİRİŞ

Dikkat, fark edilmesi, yapılması ve hatırlanması gereken şeylerin seçilmesi ve bunlara anbean odaklanılmasını sağlayan karmaşık ve dinamik bir süreçtir. Süregelen bir eylemi planlamak ve kontrol etmek için kişinin dikkat ve hafızasını aktif tutması, gerektiğinde hızla kaydırabilmesi ve tekrarlayan şekillerde yeniden ayarlayabilmesi gerekir. Böyle bir odaklanma süreci, dünya nüfusunun %7-10'unu etkileyen, bilişsel süreçlerde bozulmalarla giden “dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu”na sahip kişilerde oldukça güç bir şekilde yaşanmaktadır [1]. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkat sorunları, hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur [2]. Bu bozukluğun çoğunlukla hayat boyu sürdüğü ve kişinin eğitim, sosyal ve mesleki hayatında uyumu bozucu önemli etkileri olduğu bugüne kadar yürütülen çalışmalarda gösterilmiştir. Erken tanı ve tedavinin hastalarda rahatlama ile birlikte ortaya çıkabilecek davranış problemleri, anksiyete ve depresyon, sigara ve madde kullanımı, suça karışma, kazalar ve işsizlik gibi ek sorunları önlediği bildirilmektedir [3].

DEHB, %13-51 ve %43-93 oranlarında olmak üzere içe atım ve dışa vurum sorunları gibi başka psikiyatrik bozukluklarla yüksek oranlarda komorbidite göstermekte ve bu sebeple “saf” DEHB’nin bir kuraldan çok bir istisna olduğu kabul edilmektedir [4]. Bugüne kadar DEHB komorbiditesi ile ilgili çalışmalar daha sık birliktelik görüldüğü için anksiyete bozuklukları gibi içe atım bozukluklarından çok dışa vurum bozukluklarına odaklanmaktadır [5]. Yine de DEHB ve anksiyete eştanı oranı toplum kaynaklı ve klinik örneklemelerde %25 olarak bildirilmektedir [6]. Anksiyete bozuklukları, kişiyi tehlikelerden korumaya yönelik normal kaygı alarm sisteminin uyumu bozucu bir şekilde değiştiği ve baskın belirtinin anksiyete olduğu ruhsal durumlardır [7]. Anksiyete bozuklukları gençlerde en sık görülen psikiyatrik durumlardan biridir ve çocuk ve gençlerde prevalansı toplum temelli çalışmalarda %9-32 olarak tespit edilmiştir [8]. Anksiyete bozuklukları, iş/okul, sosyal hayat ve boş zaman aktivitelerinde işlevsellikte düşüşe yol açmaktadır [9]. DEHB’de eşlik

eden anksiyetenin ise bilişsel fonksiyonlar ve akademik işlevsellikte daha fazla bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir [10].

Erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkilerinde uyum bozucu bozuklukların psikopatoloji gelişiminde nedensel rol oynayabileceği anlayışı gelişimsel kuramlarda oldukça uzun zamandır kendine yer bulmaktadır. 1970’li yıllardan itibaren John Bowlby ve Mary Ainsworth’ün çalışmalarıyla birlikte bu hipotez somutluk kazanmış ve bilim dünyasının dikkati artan şekilde bu alana yönelmiştir [11]. Emosyon regülasyonu, emosyonların değiştirildiği ve yönetildiği süreçlerdir [12]. Bowlby, insanda yakınlık arayışını doğumdan itibaren affekt regülasyonunda kullanılan anahtar bir strateji olarak değerlendirmiştir. Erken dönemde bakım verenle ilişki içinde oluşan bağlanma sistemi ve bu sistemin güncel ilişkilerle etkisini, affekt regülasyonunda ek stratejilerin kazanılmasını sağlar [13]. Çocuklarda bağlanma sorunları ve emosyon disregülasyonunun DEHB belirtileri ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur [14]. Ayrıca okul dönemi ve ergenlikte devam eden anksiyete belirtilerinin güvensiz bağlanma stilleri ve okul öncesi dönemde emosyon regülasyon zorlukları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir [15].

Araştırmalarımızda yazında anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği DEHB’li çocuklarda bağlanma özellikleri ve emosyon regülasyon becerilerine ışık tutan karşılaştırmalı çalışmalara rastlanmamıştır. Amacımız, anksiyete belirtilerinin sıklıkla eşlik ettiği DEHB’li çocukların bağlanma stilleri ve emosyon regülasyonunda yaşadıkları güçlükleri belirlemek ve bu çocukların anksiyete eşlik etmeyen DEHB’li çocuklar ve sağlıklı çocuklarla aralarındaki farklılıkları ortaya koymaktır. Böylelikle bu çocukların takip ve tedavi sürecinde mevcut sıkıntılarıyla birlikte bağlanma özellikleri ve emosyon regülasyon güçlüklerine de odaklanılması gerektiğinin vurgulanması hedeflenmiştir.

Çalışmamızda, DEHB tanılı çocukların dikkat, hareketlilik ve dürtüsellik alanlarında yaşadıkları problemlere ek olarak eşlik edebilen kaygı belirtileri, kişiler arası ilişkilerde bağlanma sorunları ve duygu regülasyonunda yaşayabilecekleri zorlukların aydınlatılması amaçlanmıştır. Bu anlamda çalışmamızın bu çocukların daha iyi anlaşılması ve onlara daha etkili yardım edilebilmesi için aileler ve çocuklarla çalışan tüm profesyonellere faydalı olması arzulanmaktadır.

Hipotezlerimiz;

1. Anksiyete bozuklukluğu eştanısı olan DEHB tanılı çocuklarda DEHB psikopatoloji şiddeti ve ek yıkıcı davranış sorunları, anksiyete bozukluğu eştanısı olmayan DEHB tanılı çocuklara göre daha fazladır.
2. DEHB tanılı çocuklarda ebeveynlere güvensiz bağlanma düzeyi sağlıklı gelişen çocuklara göre daha yüksektir.
3. Anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı çocuklarda ebeveynlere güvensiz bağlanma, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara göre daha fazladır.
4. DEHB tanılı çocuklarda emosyon regölasyon becerileri sağlıklı gelişim gösteren çocuklara oranla daha kötüdür.
5. Anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı çocuklarda emosyon regölasyon güçlükleri, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara oranla daha fazladır.
6. DEHB'li çocuklarda DEHB belirtileri ile birlikte eşlik eden davranış sorunlarının şiddeti ve eşlik eden anksiyete düzeyi arttıkça, ebeveynlere güvensiz bağlanma düzeyi artar ve duygu ayarlama becerileri kötüleşir.
7. DEHB'li çocuklarda ebeveynlere güvensiz bağlanma ve emosyon disregölasyonu birbirleriyle ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

DEHB, çocuklukta akademik başarı, iyilik hali ve sosyal etkileşimleri derinden etkileyen, en sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biridir [16]. Her ne kadar uzun zamandır bir çocukluk patolojisi olarak değerlendirilse de, vakaların %60'ında DEHB belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiği, %41'inde ise belirtilerle birlikte işlevsellikte bozulmanın sürdüğü saptanmıştır [17].

2013 yılında yayımlanan DSM-5'e göre DEHB, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregelen bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü ile karakterize, farklı bireylerde farklı şiddetlerde seyreden heterojen bir bozukluğu kapsamaktadır [2].

DSM-IV-TR kriterlerinde yapılan değişikliklerle birlikte, DEHB DSM-5'de nörogelişimsel bozukluklar başlığı altına alınmış ve iki ya da daha fazla ortamda işlevsellikte bozulma olması yerine iki ya da daha fazla ortamda birkaç semptomun varlığı tanı konulması açısından yeterli olmuştur [18]. Ayrıca geç ergenlik ve yetişkinlikte tanı için gerekli olan A kriteri kapsamındaki en az semptom sayısı 6'dan 5'e düşürülmüş, bozukluğun başlangıç yaşı 7'den 12'ye yükseltilmiş, tanıda dışlama kriterleri arasından otizm spektrum bozuklukları çıkarılmış ve DEHB alt tipleri kavramının yerini farklı görünüm kavramı almıştır [18], [19].

2.1.2. Tarihçe

DEHB ilk olarak 19. yüzyılın sonlarına doğru Dr. Alexander Crichton tarafından dikkat problemleri ve huzursuzluğun ön planda olduğu, erken başlangıçlı ve eğitim hayatını etkileyen bir bozukluk olarak kavramsallaştırılmıştır [20]. Daha sonra Benjamin Rush tarafından bu bozukluğun, zihnin ahlaki işlevlerinin olduğu bölümlerinde bir organizasyon bozukluğu olduğu fikri geliştirilmiştir [21]. George Frederick Still 1902 yılında inhibisyon defektlerinden kaynaklanan agresif, karşı

gelen ve aşırı duygusal davranışlarla karakterize “ahlaki kontrol” bozukluklarını tanımlamıştır. Dikkati sürdürmede sorunların da dahil edildiği bu grup DEHB’nin ilk tanımlanması olarak değerlendirilmektedir [22].

Daha sonraları DEHB “hiperkinetik sendrom” ya da “Kramer-Pollnow sendromu” olarak tanımlanmıştır [23]. 1947 yılına gelindiğinde bu bozukluk, Strauss ve Lehtinen tarafından “minimal beyin hasarı sendromu” olarak tanımlanmış ve hiperaktif davranışların beyin hasarı olan çocuklarda görüldüğüne dair bir kanı oluşmuştur [24]. 1966’da Clements tarafından minimal beyin disfonksiyonu olan çocuklarda duygusal aşırı tepkisellik belirtilerinin sıklıkla görüldüğü vurgulanmıştır [25]. Ancak 1970’lerde beyin hasarı olan çocuklara spesifik bir sendrom bulunmadığı ve beyin hasarının sonuçlarının yalnızca hiperaktivite belirtilerine indirgenmesinin uygun olmadığı anlaşılmış ve bu tanımlamalar terk edilmiştir [26].

İlaç tedavilerinin uygulanmaya başlanması ile birlikte hiperaktivite ve dikkat problemlerinin ön planda olduğu bir sendrom fikri iyice gelişmeye başlamıştır [22]. Bunun sebebi ilaç tedavilerinin daha çok hiperaktivite ve dikkat sorunları üzerinde etkili olmasıdır [27].

DEHB’nin sınıflama sistemlerine girişi, ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” olarak tanımlanmasıyla birlikte DSM-II’de olmuştur. DSM-II’de tanı kriterleri arasında dikkat kısıtlılığı, hiperaktivite ve kolay uyandırılabilirlik bulunmaktadır [28]. DSM-III’de tanıda daha çok dikkat eksikliğine vurgu yapılmış, hiperaktiviteli ya da hiperaktivesiz dikkat eksikliği bozukluğu tanımlaması yapılmıştır. Temel belirtiler olarak dikkatsizlik, ataklık ve huzursuzluk vurgulanmıştır [29]. DSM-III-R ile birlikte bozukluğun ismi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak belirlenerek 14 belirtiden 8’inin tanılama için mevcut olması gerektiği belirtilmiştir [30]. Bu tanı DSM-IV ve DSM-5’de de yine dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak yer almaktadır [2], [31].

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB prevalansı ile ilgili farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar elde edilmektedir [19]. Bu farklılıkların ortaya çıkmasında tanı kriterleri, alınan bilgi kaynakları, tanı için işlevsellik bozulmasının gerekliliği ve çalışmaların temel alındığı coğrafik konum gibi faktörler rol oynamaktadır [32]. Polanczyk ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan meta-analiz çalışmasında

dünya genelinde DEHB prevalansı %5.29 olarak bildirilmiştir. Daha yakın tarihli başka bir meta-analiz çalışmasında da, standardize tanı prosedürleri uygulandığında geçtiğimiz 30 yıla bakıldığında DEHB'nin epidemiyolojik prevalansında artma eğilimini destekleyecek herhangi bir kanıt bulunamamıştır [33]. Ülkemizde Ercan ve arkadaşları tarafından yürütülen 4 yıllık bir prevalans çalışmasında, DEHB prevalansı ilk yıl %13,38, ikinci yıl %12,53, üçüncü yıl %12,22 ve dördüncü yıl %12.91 olarak belirlenmiştir [34]. Dünya geneli ile kıyaslandığında, katı tanı kriterleri uygulanmasına karşın ülkemizde DEHB prevalansının çok daha yüksek olduğu görülmektedir [18].

Willcutt ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yürütülmüş meta-analiz çalışmasında erkek cinsiyette kız cinsiyete oranla DEHB sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, toplum kökenli çalışmalarda dikkat eksikliği baskın görünüm daha sık bildirilirken, klinik kökenli çalışmalarda bileşik görünümün daha sık bildirildiği belirtilmiştir [35].

2.1.4. Etiyoloji

DEHB gelişme riski birbirleriyle etkileşim içinde bulunan genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkmakta ve çoklu nöronal ağlar tarafından yönetilmektedir. Farklı bireyler, bu faktörler tarafından farklı zamanlarda, farklı derecelerde ve farklı şekillerde etkilenmektedirler. Genetik ve çevresel faktörler prenatal ve postnatal dönemde yatkınlık oluşturuca ya da koruyucu rol oynayarak bozukluğun ortaya çıkması, sürmesi ya da sönümlenmesinde etkili olabilmektedir [22]. Annede sigara ve alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, organofosfatlı böcek öldürücü maddeler, poliklorine bifeniller ve çinko gibi çevresel toksinlere maruz kalma artmış DEHB riski ile ilişkilendirilen çevresel faktörlerdir[36], [37]. Ciddi derecede birincil bakım veren yoksunluğunun da yine DEHB benzeri belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırladığı bildirilmiştir [38].

2.1.4.1. Genetik Etmenler

Uzun yıllara dayanan araştırmalarla DEHB gelişiminde genetik geçişin önemli bir rol oynadığı kanıtlanmıştır. 2018 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında, daha önce yapılmış 37 ikiz çalışmasına dayanan verilere göre DEHB kalıtım oranının ortalama olarak %74 olduğu bildirilmiştir. Monozigotik, dizigotik

ikizler ve kardeşlerin dahil edildiği başka bir çalışmada da kalıtım oranının ortalama olarak %80 olduğu görülmüştür [39].

DEHB'nin genetik etiyolojisini açıklamaya yönelik çalışmalar öncelikle “aday genlere” odaklanmıştır [19]. SLC6A3, DRD4, DRD5, SLC6A4, HTR1B, SNAP25, SLC9A9, LPHN3, GIT1, NOS1 DEHB patofizyolojisiyle en çok ilişkili aday genler olarak belirlenmiştir [40]. Bir sonraki genetik çalışmalar “genom çapı çalışmalar” olarak yürütülmüş, bu çalışmalarda DEHB ile ilişkilendirilen 12 adet bağımsız lokus tanımlanmıştır [41]. Son olarak bu konuda “kopya sayısı farklılıkları”, yani DNA'daki replikasyon ve delesyonlar üzerine yapılan genetik araştırmalarda DEHB ile ilişkili bölgeler bildirilmiş ancak bu bulgular DEHB kalıtılabilirliğinin yalnızca %0.2'sini açıklayabilmiştir [42].

2.1.4.2. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Faktörler

DEHB patofizyolojisini açıklamada zaman içinde frontal korteks ve bazal ganglionlar gibi sınırlı bölgelerin işlev bozukluğu modellerinden uzaklaşarak, beyin nöronal ağlarında disfonksiyon alanı üzerinde araştırmalar yoğunlaşmıştır [22].

Yapısal MRG (manyetik rezonans görüntüleme) çalışmalarında, sağ lentiform nükleus kaudat nükleusa kadar uzanan gri maddede volüm azalması ve sol posterior singulat kortekste gri maddede hafif artış saptanmıştır [43]. 2017 yılında yayımlanan bir mega-analizde de nucleus accumbens, amigdala, kaudat nükleus, hipokampus, putamen volümleri ve intrakranyal volümde azalma bildirilmiştir [44].

Fonksiyonel MRG (manyetik rezonans görüntüleme) çalışmalarında ise, ventral dikkat alanları ile frontoparietal nöronal ağlarda DEHB ile ilişkili hipoaktif bölgelerin bulunduğu, ilişkili hiperaktif bölgelerin ise “default mode network (DMN)” bölgeleri ile görsel nöronal ağlarda bulunduğu gösterilmiştir [45].

DEHB patofizyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmalarda ortaya çıkan kortikal ve subkortikal alanlarda matürasyon gecikmesine dair kanıtların da bu alandaki bilimize önemli katkıları olmuştur [44].

Son yıllarda geliştirilen ve üzerinde çalışılmaya devam edilen “makine öğrenme” yöntemleri ile bireysel hasta bazında MRG (manyetik rezonans görüntüleme) bulguları tanısal kategoriler içerisine yerleştirilebilmektedir [46].

2.1.4.3. Yürütücü İşlev Bozuklukları

DEHB’li bireylerde yürütücü işlev bozukluklarının rolüne dair teoriler artan şekilde üzerinde çalışılmakta olan konulardan biridir [47]. Yürütücü işlevler günlük hayatta başarılı bir işlevsellik sağlama, öğrenme ve adaptif gelişim için çocuklarda gerekli olan yüksek seviyeli becerileri oluşturmaktadır. Yürütücü işlevlerde bozukluklar dikkat fonksiyonları ve planlama becerilerinde yetersizlik, strateji geliştirmede zorluklar, geri bildirimlerin kullanımında güçlükler ve düşünce süreçlerinde katılık gibi durumlara yol açabilir [48]. Kognitif süreçlerin yanında emosyonel ve sosyal davranışların düzenlenmesinde de yürütücü işlevlerin rol aldığı düşünülmektedir [49].

Yürütücü işlevleri ilgilendiren beyin bölgeleriyle ilgili yapılan bir çalışmada, dikkatin sürdürülmesinin frontoparietotemporal bölge, zamanlama becerilerinin frontostriatoserebellar bölge, davranışsal inhibisyonun frontostriatal bölge ve motivasyon kontrolünün frontolimbik bölge ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [50], [51].

Yürütücü işlevleri gerektiren görevlerde düşük performans sergilemek dorsolateral prefrontal korteks ve ilgili subkortikal ve posterior yapılarda anormalliklerle ilişkili olarak saptanmıştır [52]. DEHB’li bireylerle yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında belirlenen frontostriatal ve frontoparietal nöral ağlarda eksikliklerin ve frontal bölgelerde hipoaktivasyonun, bu bireylerde görülen yürütücü işlev bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [45].

2005 yılında yapılan bir meta-analizde DEHB’nin tepki engelleme ve çalışma belleği ile birlikte dürtüsellik, vijilans, düzenleme ve planlama becerilerinde orta düzeyde güçlükler ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir [53].

Thomas Brown’ın yürütücü işlevler modeline göre DEHB’li bireyler aşağıdaki altı yürütücü işlev alanında zorluk yaşamaktadırlar [54]:

1. Harekete geçme: Görev ve gereçlerin düzenlenmesi, zamanın ön görülebilmesi, görevlerin öncelik sırasına sokulması ve yapılacak işlere başlanması
2. Odaklanma: Odaklanma, dikkati sürdürme ve dikkati farklı görevlere kaydırma
3. Gayret: Uyanıklığı ayarlama, gayreti sürdürme ve çalışma hızını yönetme

4. Duygu: Frustrasyonla baş etme ve duyguları ayarlama
5. Hafıza: Çalışma belleğini ve geri çağırmaı kullanabilme
6. Eylem: Kendi eylemlerini göz etme ve ayarlayabilme

Russel Barkley'nin yürütücü işlevler modeline göre ise yürütücü işlevler dört alana ayrılmaktadır [55]:

1. Affekt, motivasyon ve canlılığın regülasyonu: duygusal kontrol, objektiflik/sosyal perspektif alma, dürtüler ve motivasyonun kontrolü, hedef odaklı eylemlerde uyanıklığın düzenlenmesi
2. Çalışma belleği: Olayları akılda tutabilme, olayları yönetebilme, karmaşık davranış serilerinin başlatılması, geriye ve ileriye dönük işlevler, ön görebilme, zaman algısı, zamansal olarak çakışan davranışların düzenlenmesi
3. Konuşmanın içselleştirilmesi: Tanımlama ve yansıtma, kurallı davranışlar, problem çözüme ve kendi kendini sorgulama, kuralların oluşturulması, ahlaki akıl yürütme
4. Yeniden yapılandırma: Davranışın analizi ve sentezi, sözel ve davranışsal akıcılık, hedef odaklı davranışsal yaratıcılık, davranışsal simülasyon, davranış dizimi

Brown ve Barkley'nin modellerinde önemli bir ayrım affekt ve özellikle emasyon disregülasyonunu nasıl ele aldıkları ile ilgilidir. Paul Wendler'in 1995 yılında tanımladığı affektif labilite DSM'de DEHB tanı kriterleri arasında bulunmasa da bu bireylerde sıklıkla görülebilen bir belirtidir. Hatta bazı araştırmacılar tarafından dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin yanına üçüncü bir çekirdek belirti olarak eklenmesi tartışılmaktadır. Brown'un modelinde DEHB'li bireylerin sağlıklı kişilere göre daha yoğun duygular yaşadığı savunulurken, Barkley bu bireylerin duygu yoğunluğunun diğer herkes gibi olduğunu ancak bu duygulara verdikleri tepkileri kontrol edemediklerini öne sürmektedir. Yine de Brown bu noktada tepki engelleme ile ilgili sorun olduğu konusunda hemfikirdir [56].

2.1.4.4. DEHB'ye Psikanalitik Bakış

Psikanalitik yazında günümüze kadar DEHB ile ilgili farklı modellemeler öne sürülmüştür. Bunlardan biri DEHB semptomlarının Donald W. Winnicott'ın 1935'de öne sürdüğü "manik savunmalar"ı temsil ettiği, böylelikle çocuğun duygusal olarak

oldukça yoğun olan iç dünyasından kaçındığı üzerinedir. Bu bakış açısına göre, erken dönem nesne ilişkilerinde yaşanan sorunlar, anksiyete ve depresif duyguların bilişsel alanda sembolize edilememesi ve bu olumsuz duyguların ifade edilmek yerine bedene yakın bir organizasyonla eyleme dönüştürülmesi ile sonuçlanır [57], [58]. Bebek yaşamın ilk dönemlerinde ona huzursuzluk veren pek çok iç ve dış uyarana maruz kalır. Bu dönemde Winnicott'ın deyişiyle “yeterince iyi bir anne”, bebeğiyle empati kurarak fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarına uygun cevaplar verir ve onu gerektiğinde besleyip gerektiğinde koruyarak sakinleşmesine yardımcı olur. Winnicott, annenin bu kapsayıcı işlevlerini “holding (tutma)” ve “handling (baş etme)” terimleriyle kavramsallaştırmıştır. Böyle kucaklayıcı bir çevrede bebeğin ruhsal, bedensel ve zihinsel dünyası birbiriyle uyum içerisinde gelişecektir. Erken dönemde böyle bir anne-bebek ilişkisinin sağlanamadığı durumlarda ise çocuğun sonraki hayatında adeta sakinleştirilemeyen bir bebek gibi aşırı hareketli olması, başka bir deyişle içsel huzursuzluğunu bedensel tepkilerle dışa vurması görülebilir [59].

Gilmore, DEHB'yi egonun sentezleyici, organize edici ve birleştirici işlevlerinde bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Bunun sonucunda bilişsel problemler ve dürtülere karşı koymada ve affekt regülasyonunda başarısızlık ortaya çıkar [60]. Sugarman , DEHB'de affekt regülasyon sorunları ve narsisizmin ön plana çıktığı ve bu çocuklarda self-regülasyon için gerekli zihinsel süreçler ve içerikler arasında denge sağlanmasında zorluklar olduğundan bahsetmiştir [61]. DEHB'li çocuğun diğer insanlarla, özellikle de bakım verenleriyle olan etkileşimlerinin olumsuz duygulanımlarla dolu olması nedeniyle kendi kendisini sakinleştirecek ve regüle edecek içsel bir nesnenin var olmaması da diğer dinamik bakış açılarından biri olarak kabul edilmektedir [62].

DEHB'nin analitik modeli üzerine üç bakış açısının belirtildiği Günter'in 2014 tarihli makalesinde ilk olarak olgun olmayan egonun işleyip bütünleştiremediği erken dönem travmatik deneyimlere karşı geliştirilen savunmalara vurgu yapılmış, ikinci bakış açısı olarak net sınırlar çizen ve kendi kendini regüle etmeye dair model oluşturan bir bakım verenden yoksun olmanın, yani uygun bir baba temsilinin eksikliğinin altı çizilmiş, son olarak da Bion'un 1962'de söz ettiği “alfabetizasyon” sürecinde yetersizlikten bahsedilmiştir. Bu kurama göre çocuğun deneyimlediği duysal uyaran ve affektler yani beta elementler, bakım veren

tarafından sindirilerek düşüncelere, yani alfa elementlere dönüştürülerek çocuğa geri verilir. Bu düşünce ve affekt süreçlerinde bozulmalarla birlikte DEHB’li çocuklarda affektler ve dürtüler düşüncelere dönüşmeden ya da dile dökülmeden direk eyleme dönüşerek DEHB’nin çekirdek semptomları olan dürtüsellik ve hiperaktiviteyi ortaya çıkarırlar [57].

Kleinyen kurama göre DEHB, çocuğun içindeki agresif kendilik imgelerini ilişki içerisinde olduğu nesnelere projekte etmesi sonucu “şizoparanoid konum” içerisine girerek dış nesneleri tehlikeli olarak algılaması ve onlardan korkması şeklinde ele alınır [62].

Psikanalitik literatürde, Freud’un tanımladığı psikoseksüel gelişim evrelerinden biri olan oral döneme ait affektif ihtiyaçların gerektiği gibi karşılanamaması sonucu oluşan, yukarıda bahsedilen preödüpal sorunlara ek olarak DEHB gelişiminde rol oynayan ödüpal meselelerden de söz edilmiştir. Ödüpal çatışmaların uygun bir şekilde çözümlenemediği durumlarda, anne ve kendisi dışında bir üçüncü olan “baba” ve onun temsil ettiği otoriteyi tanımayan çocuk, kastrasyonu kabul etmediği ve tümgüçlülük yanılması halen devam ettiği için, latans döneme denk gelen okul yaşantısının getirdiği kurallara ve gerekliliklere uyum sağlayamaz hale gelir. Ödüpal dönemden uygun bir şekilde çıkmış, ödüpal üçgenin tanıtıldığı, latans döneme girmiş bir çocuğun isteklerini erteleyebilmesi, sırasını bekleyebilmesi, okulda öğretmeninin sözünü dinlemesi, sınıfta koşmayıp oturması, dersle ilgilenmesi gibi sorumlulukları yerine getirebilmesi beklenir. Ödüpal işlevlerin yetersiz olduğu, babanın bir süpereo temsili olarak içselleştirilemediği durumlarda bu becerileri olmayan çocukta dikkatsizlik, hareketlilik ve dürtüsellik gibi DEHB belirtileri ortaya çıkabilir [63].

DEHB kliniğinde sıklıkla görülen başka bir ödüpal sorun ise bu çocukların yaşadıkları sınır problemleridir. Bu çocuklarda ödüpal üçlüde fren görevi gören ve aşırı uyarılmanın denetleyicisi olan baba pozisyonunun istikrarsızlığı söz konusudur. Sınır koyan bir baba imgesinin içselleştirilememesi sonucu bu çocuklarda dışa vurum problemleri sıklıkla görülmektedir [57].

Son olarak, psikososyal gelişimin erken aşamalarında ihmal ve istismar, yoksunluk ve travmaya maruz kalmış çocuklarda DEHB benzeri semptomların ortaya çıktığı bilinmektedir. “Ajite depresyon” olarak da değerlendirilen bu

çocuklarda patojenik bakım öyküsü ve kronik travmatik yaşantılar ön plana çıkmaktadır [64].

2.1.5. Eştanı

DEHB tanılı çocuklarda %60'dan %100' kadar değişebilen sıklıklarda eşlik eden bir ya da birden fazla psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmektedir [65]. Diğer nörogelişimsel fenotipler DEHB ile sıklıkla birlikte görülebilmektedir[22]. Örneğin otizm spektrum bozuklukları DEHB tanılı çocukların 1/3'ini etkileyebilmektedir [66]. İkiz çalışmalarında bu iki bozukluğun genetik temellerinin neredeyse yarısının ortak olduğu saptanmıştır [67]. Motor problemler, özgül öğrenme güçlüğü ve tik bozukluğu da bu çocuklarda sıklıkla eşlik edebilmektedir [22].

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğunda da çoğu zaman hiperaktivite ve dikkat sorunları görülebilmektedir. Bu nedenle yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu olan çocuklarda DEHB ayrı bir tanı olarak düşünülmektense, bozukluğun içinde olan bir durum olarak görülmekte ve tedavide her iki duruma da müdahaleye yönelik yaklaşımlar tercih edilmektedir [22].

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, anksiyete ve sosyal alanda immatürite DEHB'nin seyri sırasında ortaya çıkabilmektedir. Davranım bozukluğu ve DEHB'nin ortak genetik kökenleri olduğuna dair çalışmalar mevcuttur [22]. Komorbid DEHB ve davranım bozukluğunda pür DEHB ya da pür davranım bozukluğundan farklı olarak katekol-o-metil transferaz (COMT) kodlayıcı gende farklılık olduğu bildirilmiştir [68]. Ancak yine de DEHB gelecekte davranım bozukluğu gelişmesinde risk faktörü olarak kabul edilmektedir [22].

4-17 yaş arası DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirildiği geniş örneklemlili bir çalışmada bu grubun %52'sinde en az bir komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu, bunlardan tüm yaş gruplarında davranım bozukluğunun %16.5, konuşma bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü'nün %15.4, otizm spektrum bozukluğunun %12, mental retardasyonun %7.9 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Gelişim dönemlerine göre bakıldığında, erken çocukluk döneminde reaktif bağlanma bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyon, orta çocukluk ve erken ergenlik döneminde anksiyete bozuklukları, tik bozukluğu ve davranım bozukluğu, geç ergenlik döneminde de madde kullanım bozukluğu ve şizofreni sık olarak belirlenmiştir [69].

2.2. Anksiyete Bozuklukları

2.2.1. Tanım

Çocukluk ve ergenlik dönemi anksiyete belirtilerinin ve bozukluklarının ortaya çıkması açısından önemli bir risk evresidir. Bu dönemlerde anksiyete, hafif ve geçici belirtilerden tam olarak gelişmiş anksiyete bozukluklarına kadar geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir. Anksiyete, organizmanın kaçınmaya çalışacağı tehlikeli uyarılara beynin verdiği cevap olarak tanımlanabilir. Bu cevap bebeklik ve çocuklukta var olan, şiddeti hafiften ciddiye kadar derecelendirilebilecek temel bir emosyondur. Anksiyete tehlikeden kaçınmayı sağladığında patolojik olmayan adaptif bir duygu olarak değerlendirilir [70]. Anksiyete işlevselliği bozmaya başladığı noktada patolojik hale gelir [31]. Herhangi bir yaşta patolojik anksiyete, huzursuzluk ve işlevsellikte bozulma ile birlikte olan süregiden ve aşırı derecede anksiyete ve kaçınma olarak tanımlanabilir [70].

Sınıflandırma sistemlerinde anksiyete bozuklukları genel olarak aşırı anksiyete, fizyolojik anksiyete belirtileri, korkulan nesnelerden aşırı kaçınma gibi davranışsal bozukluklar ile birlikte huzursuzluk ve işlevsellik bozukluğu klinik belirtileri ile tanımlanmaktadır. Anksiyete bozukluklarının tipleri arasında bakıldığında klinik belirtilerde bazı farklılıklar olduğu ve bu tiplerin fenotipik bir çeşitlilik ve heterojenite gösterdiği görülmektedir [70].

2.2.2. Tarihçe

19. yüzyıla kadar çocukluk döneminde anksiyete ile daha çok eğitim alanında ilgilenilmiştir. 19. yüzyılın başlarında psikiyatrinin bağımsız bir bilim dalı olmaya başlaması ile birlikte anksiyete sonraki yıllarda psikiyatrik sorunların gelişmesine yol açabilecek bir yatkınlık olarak görülmeye başlanmıştır [71]. 19. yüzyılın ortalarından itibaren anksiyete çocuklarda da görülebilecek ruhsal bir belirti ve bozukluk olarak kabul edilmeye başlanmıştır [72].

1980 yılında anksiyete bozuklukları ilk kez DSM-III'de bir tanı kategorisi olarak yer almıştır. DSM-III'de yer alan iki pediatrik anksiyete bozukluğu olan kaçınan bozukluk ve aşırı kaygılı bozukluk tanıları 1994'de yayımlanan DSM-IV'de kaldırılmıştır. DSM-5'de de DSM-IV'den farklı olarak obsesif kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu anksiyete bozuklukları başlığı dışında

değerlendirilmiştir [22]. DSM-5 tanı ölçütlerine göre, ayrılık kaygısı bozukluğu, selektif mutizm, özgül fobiler, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu anksiyete bozuklukları kapsamında ele alınmaktadır [2].

2.2.3. Epidemiyoloji

Çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda, yöntem farklılıkları sebebiyle ortaya çıkan farklı sonuçlar olsa da, herhangi bir anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalansı ortalama %15-20 olarak bulunmuştur [70]. Çocuk ve ergenlerde en sık görülen anksiyete bozukluklarından biri olan ayrılık anksiyetesi bozukluğunun görülme sıklığı farklı çalışmalarda %4-5 oranlarında bulunmuştur [73]. Özgül fobilere gelindiğinde Almanya kaynaklı bir çalışmada ergenlerde özgül fobi prevalansı %3.5 olarak bildirilmiştir [9]. Kore merkezli başka bir epidemiyolojik çalışmada ise çocuk ve ergenlerde özgül fobi prevalansı %7.9 olarak bulunmuştur [74]. Agorafobi ve panik bozukluğu çocuklukta düşük sıklıkta görülen durumlardır (%1 veya daha az) ancak ergenlikte daha yüksek prevalans görülebilmektedir (panik bozukluğu için %2-3 ve agorafobi için %3-4) [70]. Yaygın anksiyete bozukluğu ergenlikte çocukluk dönemine göre daha sık görülmektedir [71]. Okul öncesi dönemde yaygın anksiyete bozukluğu prevalansı %1'den az olarak bildirilmiştir [75]. 12-15 yaş çocuklarla yapılan bir çalışmada ise %1.1 olarak saptanmıştır [76].

Cinsiyetler arası farklılığa bakıldığında tüm anksiyete bozuklukları kızlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir [70]. Cinsiyet farklılıkları çocukluk döneminde de görülebilmekle birlikte yaş ilerledikçe artmaktadır [77]. Ergenlikte cinsiyet farklılıkları oranı 2-3 kat arasındadır [78].

2.2.4. Etiyoloji

Kadın cinsiyet, düşük eğitim ve gelir düzeyi anksiyete bozuklukları gelişmesinde sosyodemografik risk faktörleri olarak bildirilmiştir [78]. Ailesel yatkınlık çalışmalarında ebeveynlerde anksiyete bozukluğu bulunmasının çocuklarında da anksiyete bozukluğu ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu saptanmıştır [79]. Ailede depresyon varlığı da yine çocuklarda anksiyete bozukluğu

gelişimi açısından yordayıcı olarak belirlenmiştir [80]. İkiz çalışmalarında ise genetik geçişlilik %30-40 oranında bildirilmiştir [70].

Nörotisizm, kişilik özelliği olarak anksiyete ve davranışsal inhibisyonun birbirleriyle kesişen durumlar olması yanında, anksiyete bozuklukları gelişiminde önemli rol oynadıkları kabul edilmektedir [70]. Genel huzursuzluk ve negatif duygusallık da anksiyete açısından yatkınlık oluşturunca özellikler olarak tanımlanmaktadır [81].

Anksiyete bozukluğu gelişiminde etkili olabilen çevresel faktörlere bakıldığında, literatürde aşırı koruyucu ve reddedici ebeveynlik tutumlarının bir sonraki kuşakta sosyal fobi gelişimi ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar vardır [82]. Ayrıca ebeveynlerde yüksek düzeylerde soğukluk ve otoriterlik tüm anksiyete bozuklukları açısından orta risk olarak saptanmıştır. Çocuklukta deneyimlenen ebeveynlerin kaybı, ayrılığı, fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalma gibi travmatik yaşantıların da anksiyete bozuklukları gelişiminde etkili olabildiği epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir [70].

2.2.4.1. Anksiyete Bozukluklarına Psikanalitik Bakış

Bütün psikodinamik okullar (Freudyen, nesne ilişkileri, kendilik psikolojisi) Freud'dan Klein, Fairbairn, Sullivan, Kohut ve diğerlerine kadar anksiyetenin kökenlerinin açıklanmasına önemli katkılarda bulunmuşlardır [83]. Bu açıklamalara Freud'la başlayacak olursak, Freud'un sinyal teorisine göre anksiyete algılanan psikolojik bir tehlikeden köken almaktadır ve egoya bu beklenen tehlike ile ilgili sinyaller göndermektedir [84]. Bunun sonucunda bu tehlikeli intrapsişik durumun travmatik hale dönüşmemesi için savunmalar active olur [85]. Eğer sinyal anksiyete ve/veya savunmalar başarısız olursa, bir anksiyete atağı ortaya çıkarak kişiyi kırılgan hale getirebilir [86]. Freud tedavide algılanan tehlikenin bilinç düzeyine çıkarılması yoluyla hastanın gerçek tehlikenin aslında algılandığı kadar büyük olmadığını anlamasının önemini vurgulamıştır. Bahsedilen bu tehlikeler, nesne kaybı, kastrasyon anksiyetesi ve superego anksiyetesi ile ilgiliydi [83].

Freud'u takiben birçok dinamik yönelimli yazar, panik semptomlarının spesifik emosyonel bir önem taşıdığından ve bunların yoğun bilinçdışı çatışma ve savunmalar ile ilişkili olduklarından bahsetmiştir [85]. Freud gibi bu yazarlar da panik bozukluğu hastalarında tipik çatışma alanlarının öfke, cinsel arzular ve ayrılık

olduğunu vurgulamışlardır [87]. Benzer şekilde yaygın anksiyete bozukluğu ile ilgili psikodinamik çalışmalarda da güncel olaylara ilişkin kaygının daha derin ve zor meselelerle ilgili düşünmekten kaçınma işlevini gördüğü öne sürülmektedir [88].

İçselleştirilmiş nesne ilişkileri ve kişiler arası ilişkiler de anksiyetenin psikanalitik açıklamalarında önemli yer bulmuştur [85]. Sullivan, anksiyetenin yaşamın erken dönemlerinde birincil bakım veren tarafından reddedilme beklentisinden kaynaklandığını öne sürer [89]. Klein bebeğin ihtiyaçlarının birincil bakım veren tarafından karşılanmadığında yaşadığı ölüm korkusuna odaklanmıştır [90], [91]. Bowlby ise farklı bir bakış açısıyla anksiyete ile bağlanma tipi arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır [92].

Kişiler arası ilişkilerle ilgili çalışmalarda, kaygılanan kişinin diğerlerini aşırı beslediği durumlarda kaygının bu kişiler arası alandaki problemlerle ilgili olduğu gösterilmiştir [93]. Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında görülen kaygının da özellikle ilişkisel meselelerle ilgili olduğunun bildirildiği çalışmalar mevcuttur [94]. Ek olarak, anksiyete bozukluğu olan pek çok hastada güvensiz bağlanma örüntülerinin olduğu gösterilmiştir [95]. Panik bozukluğu olan hastaların ebeveynlerini sıklıkla aşırı kontrolcü ya da eleştirel olarak tanımladıkları görülmüştür [96].

2.2.5. Eştanı

Toplum ve klinik kaynaklı çalışmalarda anksiyete bozukluklarının farklı tipleri arasında güçlü komorbidite olduğu bildirilmiştir. Ergenlik döneminde majör depresyon ile anksiyete bozuklukları eştanı sıklığının yüksek olduğu ve anksiyetenin tipik olarak duygudurum bozukluklarından öne ortaya çıktığı konusunda fikir birliği vardır. DEHB, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu anksiyete bozuklukları ile birlikte görülebilen diğer psikiyatrik durumlardır [22].

2.2.5.1. DEHB’de Eşlik Eden Anksiyete Bozuklukları

DEHB’nin diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbiditesi vardır ve DEHB’li çocukların ortalama %25-50’sinde eşlik eden bir anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmektedir [5]. Çak ve arkadaşları tarafından 2013 yılında ülkemizde yürütülen bir çalışmada DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları

%36 civarında bir oranla en sık rastlanan eşlik eden psikopatoloji olarak gösterilmiştir [97]. DEHB’de komorbid anksiyete bozukluklarının alt tiplerinin incelendiği bir çalışmada, sosyal fobi %48, yaygın anksiyete bozukluğu %34, ayrılık kaygısı bozukluğu %32 ve panik bozukluk %2 sıklıkta bildirilmiştir [98].

Klinik belirtiler açısından bakıldığında DEHB ile anksiyete bozukluklarının her ikisinde de, tanılamada karışıklığa yol açabilen motor huzursuzluk, sinirlilik ve dikkat sorunları gibi benzer semptomlar görülebilmektedir. Bu noktada dikkatli bir ayırıcı tanı yapılması önem taşır. Bazen DEHB’li grupta tam bir anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan ancak eşik altı birçok anksiyete belirtisi gösteren çocuklar olabilir [99].

DEHB ve anksiyete bozukluklarının komorbiditesini açıklamada, DEHB’de görülen düşük prefrontal korteks inhibisyonunun amigdala aktivitesini arttırdığına dair nörobiyolojik kanıtlar vardır [100]. Alternatif olarak, anksiyete DEHB’li çocukların yaşadığı aşırı kayıpların bir sonucu olarak da gelişiyor olabilir. Ayrıca DEHB ve anksiyete bozukluklarının biyolojik, ailesel ve sosyal risk faktörlerinin ortak olabileceği öne sürülmektedir [5]. Son olarak da DEHB ve anksiyete bozukluklarının ayrı tanılar olmasındansa komorbid durumların ortak bir tanı kategorisini temsil ettiği şeklinde yorumlamalar vardır [98].

DEHB ve eşlik eden anksiyetesi olan çocukların daha düşük yaşam kalitesi ve günlük işlevselliğinin, daha fazla sorunlu davranışlarının olduğu bildirilmiştir [98]. DEHB’de komorbid anksiyetenin yine daha düşük akademik işlevsellikle ilişkili olduğu saptanmıştır [101]. Bu çocukların ailevi ilişkilerinin daha çatışmalı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur [102]. Son olarak DEHB ile birlikte anksiyete görüldüğünde dikkatsizlik ve çalışma belleği yetersizlikleri gibi tipik DEHB belirtilerinin şiddetlendiği bildirilmiştir [103].

2.3. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, John Bowlby’nin deyişiyle “duygusal bağların kurulması ve yıkılması” üzerine bir kuramdır. Bowlby 1958 yılından itibaren bağlanma kuramının temellerini oluşturmaya başlamıştır [104].

Bowlby, Freud’un dürtü teorisi ve Klein’in nesne ilişkileri kuramından farklı olarak, bağlanmayı bebek ve anne arasında sadece beslenme ihtiyacı ya da bebek cinselliğinden değil, yakınlık ihtiyacından köken alan psikolojik bir bağ olarak kabul

etmiştir [104]. Bu anlamda bağlanmayı kendi içsel dinamikleri olan ve diğer motivasyonel sistemlerle ilişki içinde olan birincil motivasyonel bir sistem olarak tanımlamıştır [105].

Bağlanma kuramı, gelişimi organizasyonel bir perspektiften ele alarak her gelişimsel dönemin bir önceki döneme adaptasyonun üzerine kurulduğunu savunur. Bu açıdan bakıldığında, erken dönem deneyimleri çocuğun yaşamının ilerleyen dönemlerinde çevre ile kurduğu etkileşimlere temel sağladığı için, bu deneyimlerin büyük önem taşıdığı görülür. Çocuk mevcut durumdaki yeni ilişkisel deneyimleri, erken döneme ait duygusal yakınlık yaşantılarını temel alarak yorumlar ya da yaratır. Bu söz öncesi dönemde yaşanan duygusal bağıllık deneyimlerinin kalitesi, ötekinin ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilir olduğuna dair hissedilen güven ve oluşan kendilik saygısının nitelikleri, kişinin gelecek ruhsal/duygusal yaşantısını şekillendiren önemli mihenk taşlarıdır [11].

Bebek stres, ayrılık veya tehlike deneyimlediğinde bağlanma sistemi aktive olur ve bakım verenine bakım verme sistemini aktive edecek uyarılar gönderir. Bakım veren de bu uyarılara karşılık olarak bebekte sakinleşme sağlayacak tepkiler verir [106]. Bebek ve bakım veren arasındaki bu sakinleştirici bağlanma davranışları kucaklama, sallama, besleme, ninni söyleme, bakışma ve öpme gibi bakım verme davranışlarını içerir [107]. Çocuk ve bakım veren arasında tekrarlanan bu karşılıklı etkileşimler sonucu çocuk bağlanma ilişkisine dair “içsel çalışan modeller” geliştirir [106]. İçsel çalışan modeller, yaşanan olayların deneyimlenme biçimine göre oluşturulan temsillerdir. Bu temsiller affektif ve kognitif bileşenler içerir. Bunlar gerçek yaşam olaylarının bir nevi simülasyonudur [108]–[110]. Böylelikle kişinin çevresel durumları ön görmesini ve buna göre kendi davranışlarını planlayabilmesini sağlar [111].

Ainsworth ve arkadaşlarının tanımlamasına göre, bir bağlanma figürü çocuğun bağlanma davranışlarını ve günlük sinyallerini fark eder, doğru yorumlar ve bunlara yeterli bir şekilde tepki verirse “duyarlı” bir davranış sergilemiş olur. Çocuk, içsel çalışan modellerinde böyle bir bakım vereni yeterli, güvenilir ve önceden tahmin edilebilir olarak algılar ve yaşamın ilk yılında bu kişiye “güvenli” bir şekilde bağlanır. Bir çocuk bakım verenine gönderdiği sinyallere karşılık verilmediğini ya da bu sinyallerin bakım veren tarafından yanlış yorumlandığını ve sonrasında bakım verenin uygun olmayan ya da çok geç şekillerde tepki verdiğini deneyimlense, bakım

verenine karşı “güvensiz/kaçıngan bağlanma” geliştirir. Çocuk içsel çalışan modellerinde bakım verenini güvenilir olarak algılar ancak sinyallerine bakım vereninin vereceği tepkileri az çok tahmin edebilir. “Güvensiz/ambivalan bağlanma” geliştiren bir çocuk ise bunu başaramaz. Böyle bir çocuk bağlanma figürünü bazı durumlarda yeterli, güvenilir ve ön görülebilir, bazı durumlarda ise yetersiz ve güvenilirmez olma arasında değişen şekillerde algılar. Böylelikle çocuk bağlanma figürünün davranışlarını önceden tahmin edemez duruma gelir. Ainsworth ve arkadaşlarının 1978’de tanımladıkları bu organize bağlanma stillerine ek olarak on iki yıl sonra “dezorganize bağlanma stili” tanımlanmıştır. Eğer çocuk bakım vereni tarafından ihmal ve istismara uğramışsa, bakım verenini ruhsal anlamda hasta olarak algılıyorsa, bakım vereni tarafından tehdit ya da travmatize ediliyorsa, dezorganize bağlanma stili geliştirecektir. Bu durumda çocuk rahatlatma sağlayan ve tehditkar yada zarar verici olabilen bakım verenini aynı kişi olarak deneyimler. Böyle bir durumda bağlanma sistemi çöküntüye uğramış olan çocuk, bakım verenin varlığında dehşete düşmüş, aşırı kaygılı ve hipervijilan bir tutum sergiler [106].

Bağlanma ilişkileri üç ana özelliğin varlığıyla tanımlanır: Birincisi tercih edilen bir bağlanma figürüne karşı yakınlık arayışıdır. Küçük çocuklar için bu çoğunlukla birincil bakım verenleri olan anneleridir. Küçük çocukların anneleri nereye giderse onları takip ettikleri sık görülen bir davranıştır [112]. İkincisi Mary Ainsworth’ün ilk olarak 1982’de bahsettiği “güvenli üs” etkisidir. Güvenli üs, bağlanma figürünün, bağlanan kişi için oluşturduğu koruyucu atmosferdir. Bu atmosfer çocuğun merak ve keşif arzuları için destekleyici bir ortam oluşturur. Bir tehlike tarafından tehdit altında olduğumuzda bağlanma figürümüze tutunma eğiliminde oluruz. Tehlike geçtiğinde ise onun varlığı eğer ona tekrar ihtiyaç duyduğumuzda orada olacağından eminsek, rahatlamamızı, çalışmamızı ve oyun oynamamızı sağlar [113]. Bağlanma ilişkilerinin üçüncü ana özelliği ise ayrılığa verilen tepkidir. Bağlanma özelliklerinin test edilmesinde en iyi yöntem ayrılığa verilen tepkinin incelenmesidir. Bowlby, ayrılık tepkisini çocuğun bakım verenlerinden ayrıldığında verdiği birincil cevap olarak tanımlamıştır. Ağlama, çığlık atma, bağırma, ısırma, tekme atma şeklinde ortaya çıkan bu “kötü” davranış, aslında bağlanma figürüyle olan bağın tehdit altında olmasına verilen “normal” bir cevaptır. Bu davranışın amacı bakım verenle olan bağı tekrar oluşturmaya çalışmak ve ileride başka ayrılıkların olmaması için bakım vereni cezalandırmak olabilir. Ainsworth

“yabancı durum testi”nde çocukların bağlanma kalitelerini değerlendirmek için bu fenomeni kullanmıştır [104].

Annenin çocuğun ihtiyaçlarını anlayıp ona cevap vermesi ya da çocuğun tepki ve davranışlarına verdiği anlamların önemini Winnicott 1971 yılında şu şekilde vurgulamıştır: “Bir bebek annesinin yüzüne baktığında ne görür? Bebeğin gördüğü şeyin normal olarak kendisi olduğunu öne sürüyorum,” [114]. Daniel Stern, anne ve bebek arasındaki bu etkileşimin bebeğin içsel dünyasının gelişmesinde anahtar rol oynadığını ve böylelikle bu dünyada ‘kendilik’, ‘öteki’ ve ‘öteki ile birlikte kendilik’ temsillerinin oluşmasına ön ayak olduğunu savunmuştur [115]. Winnicott anne-bebek arasındaki etkileşimlere ek olarak bebeğin sağlıklı gelişimi için bakım verenin sağlaması gereken “holding” yani tutma işlevinden ve bu bağlamda “holding environment” yani “kucaklayıcı bir çevre”nin gerekliliğinden bahsetmiştir. Böyle bir çevrede sadece annenin bebeği fiziksel olarak tutmasından değil, bütün bir koruma, destekleme, bakım verme ve kapsama işlevlerini içeren psikofizyolojik bir çevre oluşturması kastedilmektedir. Böyle bir çevre tarafından sarmalanmayan bir çocuk fiziksel ve emosyonel olarak hayatta kalmayı başaramaz. Bu kucaklayıcı nitelikteki çevrenin güvenilirliği ve annenin çocuğun ihtiyaçlarına verdiği cevaplılık düzeyi çocuğun bağlanma özelliklerinin oluşumunda ve ayrılma-bireyleşme süreçlerinde önemli rol oynar [104].

Bowlby bağlanma problemlerinin çocukluk ve yetişkinlikte ortaya çıkan depresyon, fobik durumlar ve psikopatik bozukluklarla ilişkili olabileceğini ön görmüştür. Bowlby’e göre güvenli ve kaygılı yani güvensiz bağlanma arasında temel bir ayırım vardır ve ikincisi gelişimsel güçlükler ve psikiyatrik bozuklukların öncüsüdür [116]. Bağlanma konusunda güncel pek çok uzamsal çalışmada da erken bağlanma deneyimlerinin ileriki hayattaki psikososyal gelişim ve işlevsellik düzeyleri (kendilik temsilleri, özsaygı, sosyal yeterlilik, bilişsel beceriler) üzerinde oldukça güçlü etkileri olduğu kanıtlanmıştır [117]. Yaşamın ilk yıllarında temel bağlanma figürüyle güvenli bir bağlanma biçimi geliştirmek çocuğun psikososyal gelişimi üzerinde koruyucu bir faktör olurken güvensiz bağlanma biçimleri ileriki dönemde psikopatoloji gelişimi açısından risk faktörü olarak görülmektedir [106].

2.3.1. DEHB ve Bağlanma

Emosyon regülasyonu, içsel duygulanımlar, emosyon-bağlantılı fizyolojik ve bilişsel süreçler, motivasyon ve/veya emosyonlara eşlik eden davranışların sıklığını, biçimini, şiddetini ve süresini, biyolojik/sosyal uyum sağlamak ya da belirli bireysel amaçlara ulaşmak amacıyla başlatabilme, sürdürebilme, ayarlayabilme, kaçınabilme ya da inhibe edebilme süreci olarak tanımlanır [118].

Bağlanma teorisine göre, çocuğun ihtiyaçlarına bakım verenleri tarafından uygun şekilde cevap verilmesi ve self-regülasyonu öğrenmesinde bakım verenleri tarafından çocuğa yardım edilmesi ile çocuk kendi duygularını regüle etmeyi öğrenir. Yani çocuğun yaşamın en erken dönemlerinde temel bakım vereniyle olan ilişkisi onun self-regülasyon becerilerini kazanmasına yardımcı olur. Bu anlamda bağlanma teorisi aslında emosyon regülasyonu ile birlikte self-regülasyonun gelişimine dair bir modeldir [13].

Emosyon regülasyonunun çocuğun bakım verenleriyle arasındaki bağlanma ilişkisini korumaya yönelik adaptif bir strateji olduğu üzerinde de durulmaktadır. Örneğin anne-çocuk arasında güvenli bağlanmanın olduğu durumlarda çocuk olumlu ve olumsuz affektleri birlikte uyum içinde ayarlamayı başarabilirken, annesi tarafından sürekli reddedilen bir çocuk daha fazla reddedilmekten kaçınmak için olumsuz affektlerini tamamen baskılama yoluna gidebilir. Ambivalan bağlanan bir çocukta ise bakım verenin ilgisini bağlanma ilişkisi ve kendisinin ihtiyaçlarına çekmek için olumsuz affektlerin daha yoğun ifade edildiği bir emosyon regülasyon stratejisi gelişebilir. Yani güvensiz bağlanan bireylerde emosyon regülasyonu ve davranış regülasyonu ile ilgili problemlere yatkınlığın daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir [119].

Self-regülasyon, kişinin belli amaçlara ulaşmak ve kendisine faydası olacak planları gerçekleştirebilmesi ve yeni durumlara esnek bir şekilde uyum sağlayabilmesi için kendi davranışlarını kontrol etme amacıyla zihinsel süreçlerini manipüle edebilme becerisidir. Dürtü kontrolü, kendi kendini frenleme, sakinleştirme ve bir hedefe odaklanma gibi self-regülasyon becerilerinde problemler DEHB'nin de çekirdek belirtilerini oluşturduğu için DEHB bir self-regülasyon bozukluğu olarak da tanımlanabilmektedir. Bu sebeple DEHB'nin etiyolojisini anlamaya çalışırken bağlanma teorisi önem kazanacaktır [120]. O halde çocuk ile birincil bakım vereni

arasındaki erken dönem ilişkilerinin DEHB’li çocuklarda görülen self-regülasyon bozukluklarının üzerinde etkili olduğu düşünülebilir [121]. Güvenli bağlanmanın dikkatle ilişkili görevlerde sergilenen performans ve dikkat süresi üzerinde de olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir [122].

Emosyonlar, kognisyonlar ve davranışların regüle edilmesi ve dikkat süreçleri ile ilişkili beyin bölgelerini aydınlatmaya yönelik çalışmalarda, DEHB nörobiyolojisinde de etkili olan prefrontal korteksin anterior dikkat sistemi aracılığıyla önemli rol oynadığı saptanmıştır. Anterior dikkat sisteminin odağı anterior singulat kortekstir. Anterior singulat korteksin iki alt bölümü vardır. Birincisi dikkat ve kognitif süreçlerde rol oynayan prefrontal korteks bağlantıları, ikincisi de emosyonel süreçlerde rol oynayan limbik sistem, periferik otonomik sinir sistemi, viseromotor ve endokrin sistemlere uzanan nöral bağlantılarıdır [123].

Ebeveynlerin bağlanma stilleri ile çocukta ortaya çıkabilecek psikopatoloji ilişkisi ele alınırken Van Ijzendoorn ve Bakermans-Kranenburg’un bağlamsal modeli (1997)’nden faydalanılabilir. Bu modele göre, ebeveynlerin kendi ebeveynleriyle ilişkilerinde yaşadıkları erken çocukluk dönemi deneyimleri, kendi çocukluklarının ilerleyen dönemlerinde aile dışı kişilerle kurulan ilişkilerde yaşanan bağlanma deneyimleri, kendi ergenlik dönemlerinde belirginleşen içsel çalışan modellerin oluşumuna katkıda bulunur ve bu şekilde ebeveynlerin kendi bağlanma temsilleri ve erişkin bağlanma stilleri oluşur. Ebeveynlerin bu şekilde oluşan bağlanma stilleri, ebeveynlik davranışlarını şekillendirir. Çocuğun spesifik mizaç ve karakter özellikleri ile ebeveynlik davranışlarının karşılıklı etkileşimi sonucunda çocuğun bağlanma temsilleri ortaya çıkar ve onun gelecekte yaşayacağı bağlanma deneyimlerini etkiler [124].

2.3.2. Anksiyete Bozuklukları ve Bağlanma

Emosyonları regüle edebilme becerisi çocuğun adaptif gelişimi, işlevselliği ve iyilik hali üzerinde önemli bir role sahiptir [125]. Emosyon regülasyonunu da içine alan kendi kendini kontrol etme becerilerinde eksikliğin çocukluklukta içe atım belirtilerinin gelişimi ve sürmesinde etkili olduğu bildirilmiştir [126]. Bakım veren çocuğa emosyon regülasyonu, kendi kendini sakinleştirme, karşılaşılan zorlukların üstesinden gelme gibi konularda rol model olur. Aynı zamanda çocuğun deneyimlediği olumsuz duyguların anlamlandırılması ve bunların daha iyi sonuçlara

ulaşılabilmesi için dönüştürülmesi işlevleri de vardır. Bu baş etme mekanizmalarına dair modellemeler ocuk ve bakım veren arasındaki ilişkinin karşılıklı uyumu üzerinde temellenir. Bu uyumlu etkileşim olmadığında bakım verenin bu rolleri sekteye uğrar ve çocukta esneklik ve dayanıklılığın gelişimi ketlenerek anksiyete gelişimine zemin hazırlanır. ocukta anksiyete bozukluklarının gelişiminde rol oynayan başka bir faktör de ailesel geçiş temelinde ebeveynlerin kendilerinin de anksiyöz mizaç ve karakterde olması ve çocuğun yaşadığı emosyonel güçlüklerde dönüştürücü bir rol oynamak yerine çocuğun anksiyetesini besleyici davranışlarda bulunmalarıdır. Anne-ocuk arasında güvensiz bir bağlanma ilişkisi olan durumlarda, ocuk ihtiyaç olduğunda onu tehlikelerden koruyacak bir bakım vereninin olup olmadığı konusunda emin olamaz. Böylelikle dış dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılama ve i dünyada terk edilmişlik ve çaresizlik hislerinin gelişimine zemin hazırlanır. Böyle bir ocuk ebeveynine güvenli bağlanan bir çocuğa göre çok daha kaygılı bir yapı geliştirir [127].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, DEHB tanılı olguların eşlik eden anksiyete bozukluğu belirtileri, bağlanma stilleri ve emosyon regülasyon becerileri açısından değerlendirilerek, bulguların anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı olgular ve sağlıklı kontrol olgularıyla karşılaştırılmasına dayanan kesitsel ve tanımlayıcı özellikte bir çalışmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurul Komisyonundan onay alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 8-13 yaş arası, ilk kez DEHB tanısı alan ya da daha önce DEHB tanısı almış ancak en az son 6 aydır medikal tedavi almayan 100 hasta dahil edilmiştir. Sosyodemografik özellikler açısından hasta grubu ile benzerlik gösteren, bilinen herhangi kronik bir fiziksel hastalığı ya da ruhsal bozukluğu bulunmayan, çalışmaya katılmaya gönüllü sağlıklı çocuklar kontrol grubu olarak alınmıştır. Kontrol grubuna katılan 40 sağlıklı çocuğun verileri mevcut durumda devam eden COVID-19 pandemisi sebebiyle online anketler üzerinden toplanmış, 60 sağlıklı çocuğun verileri ise fakültemiz Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı Adölesan Polikliniği'ne başvuran çocuklar ve anneleri ile yapılan yüz yüze görüşmeler ve anketler üzerinden elde edilmiştir. Çalışmadan dışlanma ölçütleri, çocuğun geçmişte ve güncel durumda yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı almış olması, orta-ağır şiddette özgül öğrenme güçlüğü belirtileri göstermesi, özgeçmişinde epilepsi ve diğer nörolojik hastalıklar, genetik hastalıklar veya travmatik beyin hasarı hikayesinin bulunması, kronik ve ciddi bir fiziksel hastalığa ve görme ve/veya işitme problemine sahip olması, anne ya da babası ile birlikte yaşamaması ve bakımında annesinin yer almamasıdır. Çocuk ve ebeveynlere araştırmanın amacı ve uygulanacak yöntem açıklanmış ve araştırmaya katılmayı

kabul eden katılımcılar çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan ebeveyn ve çocuklardan araştırmada yer almayı kabul ettiklerine dair bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcı çocuklar ve anneleri ile K-SADS görüşmesi yapılmıştır. Sonrasında katılımcı çocukların annelerinin sosyodemografik veri formu, Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Ebeveyn Formu ve Duygu Ayarlama Ölçeği'ni, çocukların ise Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Çocuk Formu'nu doldurmaları istenmiştir.

3.3. Örneklemenin Seçimi

Çalışmamıza 113 DEHB tanılı çocuk ve vaka grubuyla sosyodemografik özellikler açısından benzer 111 sağlıklı karşılaştırma olgusu katılmıştır. DEHB grubunda yapılan tanısal görüşmelerde orta-ağır şiddette özgül öğrenme güçlüğü komorbiditesi olan 5 ve kronik fiziksel hastalığı olan 3 çocuk, sağlıklı kontrol grubunda ise kronik fiziksel hastalığı olan 4 çocuk çalışmanın istatistiksel analizine dahil edilmemiştir. Babasının hayatta olmaması sebebiyle 2 çocuk DEHB grubundan çıkarılarak çalışmaya alınmamıştır. Veri eksikliği nedeniyle DEHB grubundan 3, sağlıklı kontrol grubundan 7 olgunun verileri çalışmanın güvenilirliğini bozmamak amacıyla istatistiksel analize dahil edilmemiştir. Örneklemenin istatistiksel analizi, ÇADÖ ebeveyn formunda total anksiyete T skoru 70'in altında olan 74 DEHB tanılı çocuk (DEHB+/anksiyete bozukluğu- grup), ÇADÖ ebeveyn formunda total anksiyete T skoru 70 ve üzerinde olan 26 DEHB tanılı çocuk (DEHB+/anksiyete bozukluğu+ grup) ile 100 sağlıklı kontrolün (sağlıklı kontrol grubu) verileri üzerinden yapılmıştır. Ek olarak toplam 100 DEHB tanılı çocuğun verileri üzerinden korelasyon analizi yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, tıbbi ve psikiyatrik özgeçmişi ve soygeçmişi, ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyleri, meslekleri, medeni durumları, gelir düzeyleri, aralarında akrabalık olup olmadığı,

anne-baba dışında düzenli olarak çocuğun bakımını üstlenen kişilerin olup olmadığı, anne ve babanın çocuğun doğumundaki yaşları, annenin gebelik öyküsü, çocuğun perinatal öyküsü, anne sütü alma zamanı, erken dönem bakım öyküsü, gelişim basamaklarının zamanı, okul öncesi eğitim durumu ve okuma-yazmaya geçiş zamanı sorulmuştur.

3.4.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG–ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia For School Aged Children Kiddie-Sads-Lifetime Version; K-SADSPL)

Bu yarı yapılandırılmış görüşme yönteminin kökeni Endicott ve Spitzer tarafından 1978’de erişkinler için geliştirilen ve 1985’de Chambers ve arkadaşları tarafından çocuklar için uyarlanan Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesine (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-SADS) dayanmaktadır [128]. Bu çizelgenin “Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli” Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997’de DSM-III ve DSM-IV tanı kriterlerine göre düzenlendikten sonra DSM’nin 2013 yılında yenilenmesiyle birlikte DSM-5 tanılarıyla uyumlu olacak şekilde yenilenmiştir [129]. Çizelgenin DSM-III ve DSM-IV tanı kriterlerini içeren versiyonu Türkçe’ye çevrilmiş ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır [130]. DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiş şeklinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Ünal ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır [128].

ÇDŞG-ŞY’nin DSM-5’e göre yeniden düzenlenmiş şeklinde taranabilen birincil tanılar; süregelen depresif bozukluk, major depresif bozukluk, hipomani, mani, siklotimi, bipolar bozukluk, yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu, şizofreni, şizofreniform bozukluk, şizoafektif bozukluklar, kısa tepkisel psikoz, agorafobi, panik bozukluk, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi, selektif mutizm, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, enürezis, enkoprezis, bulimiya nevroza, anoreksiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, Tourette sendromu, geçici ve kronik tik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ile otizm spektrum bozukluklarıdır [128].

3.4.3. Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek 1995 yılında DSM-IV tanı kriterleri temel alınarak yıkıcı davranış bozukluklarının taranması amacıyla Dr. Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş olup Ercan ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır [131].

Dikkat Eksikliği (I), Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik (II) ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu /DEHB ile ilişkili özellikler (III) olarak üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin I. ve II. bölümleri DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak hazırlanmış olup, çocuğun halihazırdaki dikkat, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerini sorgulamaktadır. Bu iki bölüm toplam 18 maddeden oluşmaktadır. III. bölüm ise Atilla Turgay tarafından geliştirilmiştir ve DEHB ile ilişkili olabilen birtakım özelliklerle duygusal ve davranışsal belirtilerin değerlendirildiği toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Her üç bölümde de belirtilerin şiddeti ve sıklığı, 'hemen hemen hiç' , 'biraz ya da bazen', 'sıklıkla' ve 'çok fazla' olarak gruplandırılmış ve bu gruplar sırası ile '0', '1', '2', '3' olarak puanlandırılmıştır. Ölçekteki '0 ve 1' puanlar negatif (yok), '2 ve 3' puanlar ise pozitif (var) olarak kabul edilmektedir. DSM-IV tanı kriterlerine göre I. bölümde en az 6 kriter karşılanıyorsa dikkat eksikliğinin ön planda olduğu, II. bölümde en az 6 kriter karşılanıyorsa aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ön planda olduğu, I. ve II. bölümün ise her birinde en az 6'şar kriter birden karşılanıyorsa bileşik tip DEHB olarak tanımlanır [132]. III. bölümde ise karşıt olma karşı gelme bozukluğu için 8 maddeden en az 4'ü, davranım bozukluğu için 15 maddeden en az 3'ü pozitif olmalıdır [133]. Bu puanların toplamı ham puan olarak hesaplandığında yüksek puanlar daha ciddi psikopatolojiyi gösterir [132].

3.4.4. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları ve depresyonun DSM-IV temelli belirtilerini taramak amacıyla geliştirilmiştir [134]. Ebeveyn ve çocuk formları bulunmaktadır. 6 alt bölüm ve 47 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddeler 0 ile 3 arasında puanlanır. Yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve major depresif bozukluk belirtileri değerlendirilmektedir [135]. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Görmez ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmış olup Cronbach alfa katsayısı

0,95 olarak bulunmuştur [136], [137]. 65 ve üzeri puanlar sınırda klinik eşiği gösterirken, 70 ve üzeri puanlar klinik eşik olarak kabul edilmektedir [138]–[140].

3.4.5. Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ; Emotion Regulation Checklist)

Shields ve Cicchetti tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. 6-13 yaş grubundaki çocukların duygu ayarlama yetilerini değerlendirmektedir. Ölçek 24 maddeden oluşmakta ve ebeveynler tarafından doldurulmaktadır. Ölçek maddeleri “hiçbir zaman (1)” ile “hemen her zaman (4)” arasında puanlandırılarak dördümlük likert şeklinde değerlendirilmektedir. Duygunun yoğunluğu, esnekliği, değişkenliği ve niteliği (olumlu veya olumsuz olması) ile birlikte duygusal ifadenin ortama uygunluğu bu ölçek aracılığıyla değerlendirilen özelliklerdir. Ölçeğin “değişkenlik/olumsuzluk” faktörü öfke ile tepki gösterme, duygudurumdaki salınımlar, olumlu duyguların ayarlanamaması ve duygusal yoğunluk ile ilgili maddeleri içermektedir [141]. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği duygu düzenleme becerilerinde güçlüğü göstermektedir [142]. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kapçı ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiş olup Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur [141].

3.4.6. Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği (KGBÖ; Kerns' Security Scale)

Kerns ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiş olan ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Orta çocukluk ve ergenlik öncesi dönemdeki çocuklara uygun olarak geliştirilmiştir [142]. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2009 yılında Sümer ve Şendağ tarafından yapılmıştır. Ölçeğin anne formu için Cronbach alfa katsayısı 0,84, baba formu için Cronbach alfa katsayısı ise 0,88 olarak bulunmuştur [143]. Ölçek maddelerinde çocukların bağlanma figürlerini ne ölçüde duyarlı ve ulaşılabilir gördükleri, stres altında olduklarında bağlanma figürlerine güvenme eğilimleri, bağlanma figürleri ile ilişkilerinde iletişim kurma kolaylığı ve isteklilik düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. 1,3,4,9,10,13,15 maddeleri ters olarak kodlanır ve toplam puan 15-60 arasında hesaplanır. Toplam puanın yüksekliği ebeveynlere güvenli bağlanmaya karşılık gelmektedir [142].

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 27.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Olgu ve kontrol gruplarının verileri aşağıda belirtilen istatistik yöntemleri kullanılarak karşılaştırılmıştır. Araştırmada kullanılan yöntem ve testler şunlardır;

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile değerlendirilmiştir. Nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA testi (Tukey testi), bağımsız örneklem t testi, Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Nicel bağımlı verilerin analizinde eşleştirilmiş örneklem t testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. Nitel bağımsız verilerin analizinde ise Ki-kare testi uygulanmış olup, Ki-kare testi koşulları sağlanmadığında Fischer Exact testi kullanılmıştır. Verilerin korelasyon analizinde Spearman korelasyonu uygulanmıştır.

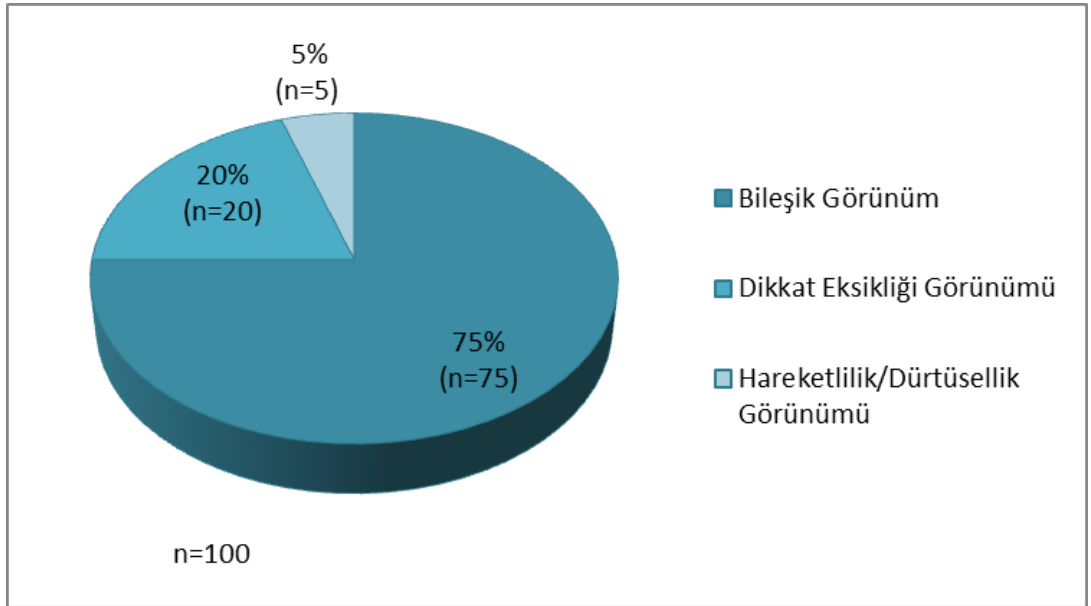
İstatistiksel olarak $p \leq 0,05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığın düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

4. BULGULAR

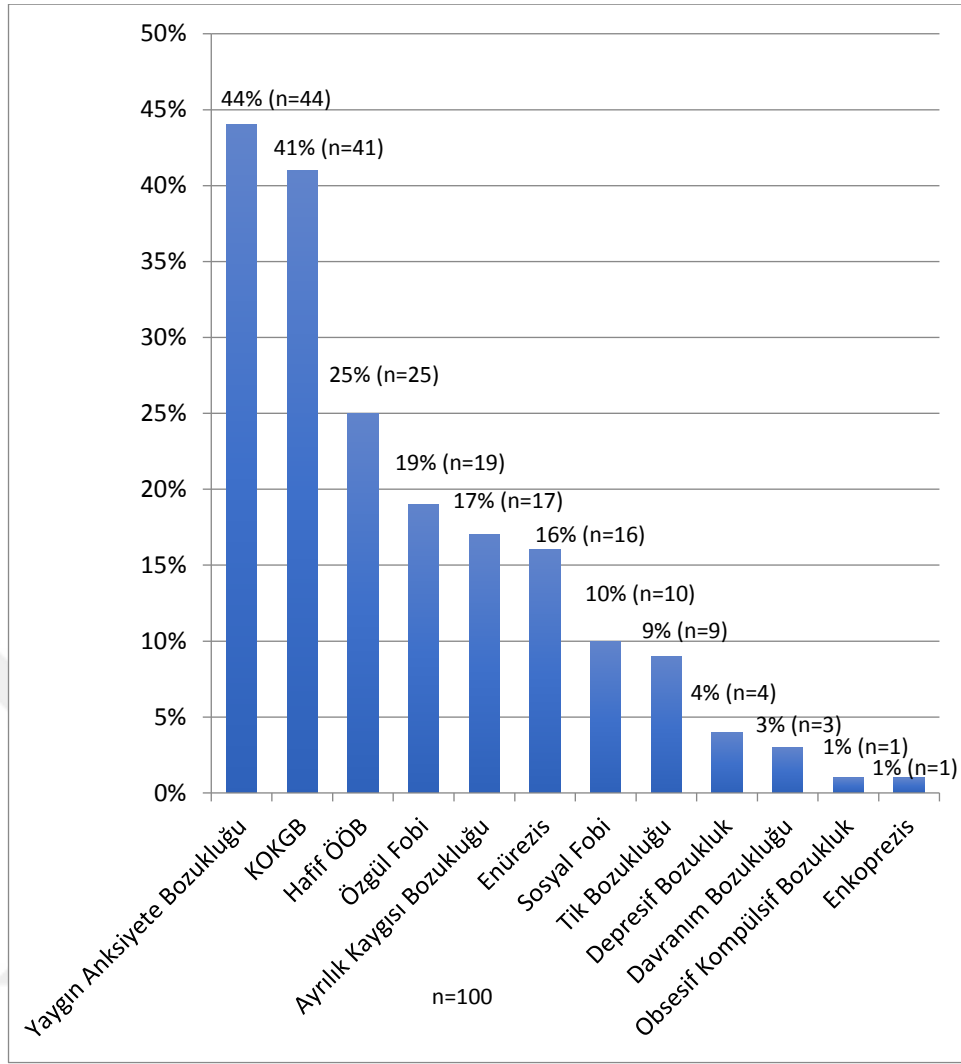
4.1. Örneklemin Değerlendirilmesi

4.1.1. Tanıya Göre Dağılım

Örneklem grubu toplamda 200 kişiden oluşmakta, bunun %50'si (n=100) DEHB tanılı çocuklardan, %50'si ise (n=100) sağlıklı kontrollerden oluşmaktadır. DEHB tanılı çocukların %20'si (n=20) dikkat eksikliği görünümüne, %5'i (n=5) hareketlilik/dürtüsellik görünümüne, %75'i (n=75) bileşik görünüme sahiptir (Şekil 1). DEHB tanılı çocukların %44'ünde (n=44) yaygın anksiyete bozukluğu, %41'inde (n=41) KOKGB, %25'inde (n=25) hafif düzeyde özgül öğrenme güçlüğü, %19'unda (n=19) özgül fobi, %17'sinde (n=17) ayrılık kaygısı bozukluğu, %16'sında (n=16) enürezis, %10'unda (n=10) sosyal fobi, %9'unda (n=9) tik bozukluğu, %4'ünde (n=4) depresif bozukluk, %3'ünde (n=3) davranım bozukluğu, %1'inde (n=1) obsesif kompulsif bozukluk, %1'inde (n=1) enkoprezis eşlik etmektedir (Şekil 2).



Şekil 1. Olgu grubunda DEHB görünümleri



Şekil 2. Olgu grubunda eşlik eden psikopatolojiler

4.1.2. Yaşa Göre Dağılım

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubu yaş dağılımı açısından incelendiğinde en az 8,0, en fazla 13,0 olmak üzere, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunun yaş ortalamasının 10,1($\pm$ 2,1), anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunun yaş ortalamasının 10,9($\pm$ 1,8), sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalamasının ise 10,7($\pm$ 1,8) olduğu görülmüştür. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p=0.071$) (Tablo 1).

4.1.3. Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet verilerinin dağılımı incelendiğinde, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunun %20'sinin (n=15) kız, %80'inin (n=59) erkek, anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunun %35'inin (n=9) kız, %65'inin (n=17) erkek, sağlıklı kontrol grubununsa %36'sının (n=36) kız, %64'ünün (n=64) erkek cinsiyette olduğu görülmüştür. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.070$) (Tablo 1).

Tablo 1. Gruplarda sosyodemografik veriler ve klinik özellikler için tanımlayıcı istatistikler

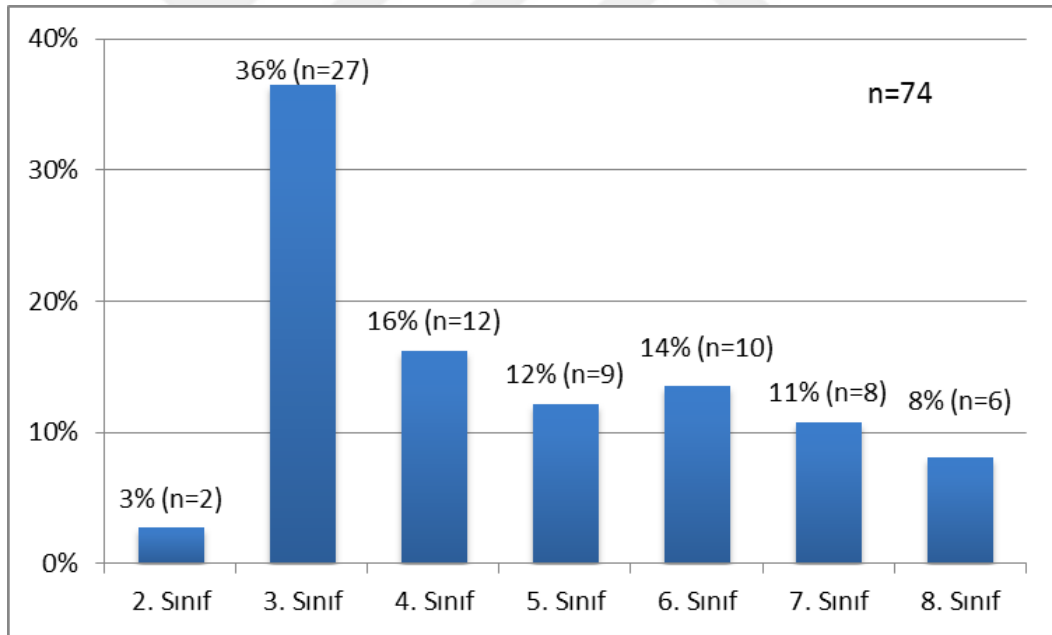
				Sağlıklı Kontrol		DEHB(+) Anksiyete(-)		DEHB(+) Anksiyete(+)		p
Min - Max										
Yaş		8,0	- 13,0	Ort.±ss	10,7 ± 1,8		10,1 ± 2,1		10,9 ± 1,8	0,071 ^K
				Medyan	11,0		10,0		11,5	
Cinsiyet	Kız			n-%	36 36%		15 20%		9 35%	0,070 ^{X²}
	Erkek			n-%	64 64%		59 80%		17 65%	
Sınıf	2	2,0	- 8,0	n-%	0 0%		2 3%		0 0%	0,050 ^{X²}
	3			n-%	23 23%		27 36%		4 15%	
	4			n-%	18 18%		12 16%		4 15%	
	5			n-%	12 12%		9 12%		4 15%	
	6			n-%	8 8%		10 14%		4 15%	
	7			n-%	19 19%		8 11%		6 23%	
	8			n-%	20 20%		6 8%		4 15%	
Anne Yaşı		28,0	- 59,0	Ort.±ss	38,8 ± 5,9		37,3 ± 6,1		39,6 ± 8,0	0,074 ^K
				Medyan	40,0		36,0		39,0	
Baba Yaşı		30,0	- 63,0	Ort.±ss	43,0 ± 5,5		41,4 ± 6,0		44,7 ± 8,5	0,054 ^K
				Medyan	42,0		40,0		44,0	
<i>Anne Eğitim</i>										
	Okuma-Yazma Yok			n-%	2 2%		2 3%		0 0%	0,122 ^{X²}
	Okuma-Yazma Var			n-%	1 1%		3 4%		2 8%	
	İlkokul			n-%	18 18%		27 36%		6 23%	
	Ortaokul			n-%	22 12%		15 20%		7 27%	
	Lise			n-%	38 18%		20 27%		9 35%	
	Üniversite			n-%	12 42%		7 9%		1 4%	
	Yükseklisans ve Üstü			n-%	7 7%		0 0%		1 4%	
<i>Baba Eğitim</i>										
	Okuma-Yazma Var			n-%	0 0%		1 1%		0 0%	0,125 ^{X²}
	İlkokul			n-%	16 16%		28 38%		8 31%	
	Ortaokul			n-%	9 9%		11 15%		3 12%	
	Lise			n-%	51 51%		25 34%		11 42%	
	Üniversite			n-%	16 16%		8 11%		4 15%	
	Yükseklisans ve Üstü			n-%	8 8%		1 1%		0 0%	

^KKruskal-Wallis (Mann-whitney u test) / ^{X²}Ki-kare test

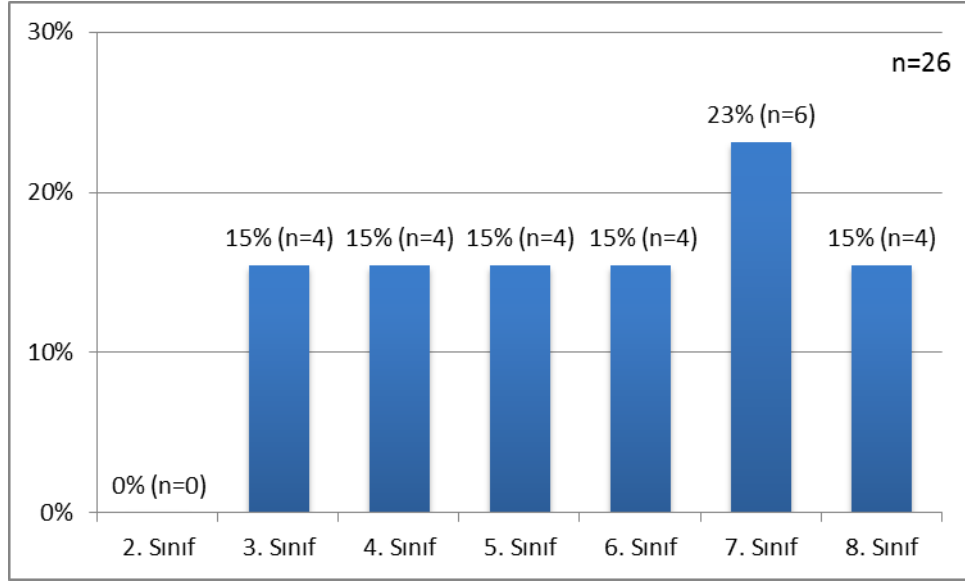
Anksiyete(+): ÇADÖ ebeveyn total anksiyete T skoru≥70

4.1.4. Okul Sınıflarına Göre Dağılım

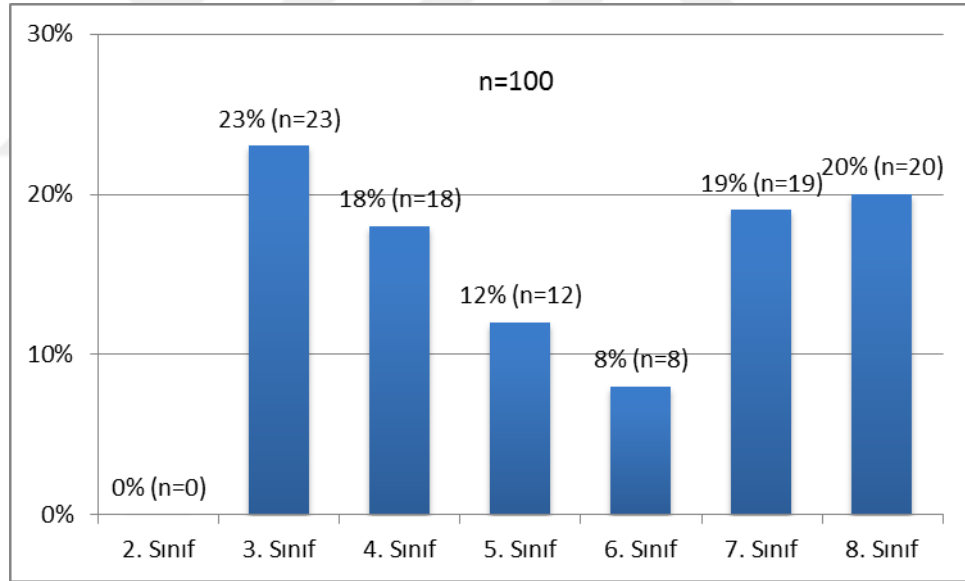
Katılımcı çocukların halihazırda devam ettikleri sınıflara göre dağılımları değerlendirildiğinde, en az 2 ve en fazla 8. sınıf olmak üzere, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubundaki çocukların %3'ünün (n=2) 2. sınıfa, %36'sının (n=27) 3. sınıfa, %16'sının (n=12) 4. sınıfa, %12'sinin (n=9) 5. sınıfa, %14'ünün (n=10) 6. sınıfa, %11'inin (n=8) 7. sınıfa ve %8'inin (n=6) 8. sınıfa; anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubundaki çocukların %15'inin (n=4) 3. sınıfa, %15'inin (n=4) 4. sınıfa, %15'inin (n=4) 5. sınıfa, %23'ünün (n=6) 6. sınıfa ve %15'inin (n=4) 8. sınıfa; sağlıklı kontrol grubundaki çocuklarınsa %23'ünün (n=23) 3. sınıfa, %18'inin (n=18) 4. sınıfa, %12'sinin (n=12) 5. sınıfa, %8'inin (n=8) 6. sınıfa, %19'unun (n=19) 7. sınıfa ve %20'sinin (n=20) 8. sınıfa; devam ettiği gözlenmiştir (Şekil 3) (Şekil 4) (Şekil 5). Gruplar arasında sınıf verileri açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.051$) (Tablo 1).



Şekil 3. DEHB+/anksiyete bozukluğu- grupta sınıf verilerinin dağılımı



Şekil 4. DEHB+/anksiyete bozukluğu+ grupta sınıf verilerinin dağılımı



Şekil 5. Sağlıklı kontrol grubunda sınıf verilerinin dağılımı

4.1.5. Anne Baba Yaşlarına Göre Dağılım

Anne ve baba yaşları açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p=0.074$, $p=0.054$) (Tablo 1).

4.1.6. Anne Baba Eğitim Durumlarına Göre Dağılım

Anne ve babaların eğitim durumlarına göre üç grup kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0.122$, $p=0.125$) (Tablo 1).

4.1.7. Aile Birliğine Göre Dağılım

Gruplarda aile birliği ile ilgili özelliklere bakıldığında, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubundaki çocukların %93'ünün ($n=69$) ebeveynlerinin birlikte, %7'sininse ($n=5$) boşanmış oldukları, anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubundaki çocukların ebeveynlerinin %85'inin ($n=22$) birlikte, %12'sinin ($n=3$) boşanmış ve %4'ünün ($n=1$) halihazırda ayrı ancak boşanmamış oldukları, sağlıklı kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin ise %90'ının ($n=90$) birlikte, %8'inin ($n=8$) boşanmış, %2'sininse ($n=2$) halihazırda ayrı ancak boşanmamış oldukları belirlenmiştir. Bu veriler değerlendirildiğinde gruplar arasında aile birliği açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p=0.422$) (Tablo 2).

4.1.8. Aile Gelir Durumuna Göre Dağılım

Ailelerin gelir durumunu belirlemek amacıyla Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 yılı verileri kullanılmıştır. Buna göre 4 kişilik bir aile için belirlenmiş açlık ve yoksulluk sınırları olan 1432 TL ve 4665 TL baz alınarak gelir durumu ile ilgili sorular hazırlanmıştır [144].

Anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunda 52 ailenin (%70) aylık gelirinin 1500-4500 TL arasında olduğu, 14 ailenin (%19) aylık gelirinin 4500 TL ve üzerinde olduğu, 8 ailenin (%11) aylık gelirinin ise 1500 TL ve altında olduğu; anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda 14 ailenin (%54) aylık gelirinin 1500-4500 TL arasında olduğu, 6 ailenin (%23) aylık gelirinin 4500 TL ve üzerinde olduğu, 6 ailenin (%23) aylık gelirinin ise 1500 TL ve altında olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu verileri incelendiğinde, 47 ailenin (%47) aylık gelirinin 1500-4500 TL

arasında, 49 ailenin (%49) aylık gelirinin 4500 TL ve üzerinde olduğu, 4 ailenin (%4) aylık gelirinin ise 1500 TL ve altında olduğu saptanmıştır.

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında gelir durumunun sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p=0.002$, $p<0.001$), anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları arasında ise gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir ($p=0.221$) (Tablo 2).

4.1.9. Ailedeki Çocuk Sayısına Göre Dağılım

Ailedeki çocuk sayısı verileri incelendiğinde, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunda ortalama çocuk sayısı $2,4(\pm 0,9)$; anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda $2,5\pm(1,2)$; kontrol grubunda ise $2,1(\pm 0,8)$ olarak belirlenmiş olup anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında ailedeki çocuk sayısının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu ($p=0.049$, $p=0.014$), anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları arasında ise ailedeki çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0.780$) (Tablo 2).

4.1.10. Çocuğun Kardeşler Arasındaki Sırasına Göre Dağılım

Çocuğun kardeşler arasındaki sırasına göre üç grup karşılaştırıldığında, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında çocuğun doğum sırasının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p=0.049$, $p=0.016$), anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları arasında ise doğum sırası açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p=0.953$) (Tablo 2).

4.1.11. Ailede Bilinen Psikiyatrik Hastalık

Anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunda 11 çocuğun (%15) soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu, 63 çocuğun (%85) soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmadığı; anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda 4 çocuğun (%15) soygeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu, 22 çocuğun (%85) soygeçmişinde ise psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunmadığı görülürken, kontrol grubunda 4 çocuğun ailesinde (%4)

bilinen psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, 96 çocukta (%96) ise böyle bir öykünün bulunmadığı görülmüştür (Tablo 2).

DEHB+/anksiyete bozukluğu- ve DEHB+/anksiyete bozukluğu+ gruplarda ailede psikiyatrik hastalık bulunması oranı sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunurken ($p=0.012$, $p=0.046$), DEHB+/anksiyete bozukluğu- grup ile DEHB+/anksiyete bozukluğu+ grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0.949$) (Tablo 2).

Tablo 2. Gruplarda sosyodemografik veriler ve klinik özellikler için ek tanımlayıcı istatistikler

		Sağlıklı Kontrol	DEHB(+) Anksiyete(-)	DEHB(+) Anksiyete(+)	p	1,2	1,3	2,3
Aile Birliği								
Birlikte	n-%	90 90%	69 93%	22 85%	0,422 ^{X²}	0,451	0,436	0,186
Ayrı Ama Boşanmamış	n-%	2 2%	0 0%	1 4%				
Boşanmış	n-%	8 8%	5 7%	3 12%				
Gelir Durumu	1500 ≥	n-% 4 4%	8 11%	6 23%	<0,001 ^{X²}	<0,001	0,002	0,221
	1500-4500	n-% 47 47%	52 70%	14 54%				
	≥4500	n-% 49 49%	14 19%	6 23%				
Çocuk Sayısı	Ort.±ss	2,1 ± 0,8	2,4 ± 0,9	2,5 ± 1,2	<0,001 ^K	0,014	0,049	0,780
	Medyan	2,0	2,0	2,0				
Doğum Sırası	Ort.±ss	1,6 ± 0,7	1,8 ± 0,8	1,8 ± 0,9	<0,001 ^K	0,016	0,049	0,953
	Medyan	1,0	2,0	2,0				
Ailede Psikiyatrik Hastalık	(-)	n-% 96 96%	63 85%	22 85%	0,030 ^{X²}	0,012	0,046	0,949
	(+)	n-% 4 4%	11 15%	4 15%				

^K Kruskal-Wallis (Mann-whitney u test) / ^{X²} Ki-kare test

Anksiyete(+): ÇADÖ ebeveyn total anksiyete T skoru ≥70

4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

4.2.1. Grupların Turgay DEHB Ölçeği Verileri Açısından Değerlendirilmesi

Anksiyete bozukluğu eştanısı olan ve olmayan DEHB gruplarında Turgay DEHB Ölçeği'nde dikkat eksikliği, hareketlilik/dürtüsellik ve KOKGB alt ölçek puanları ile tüm ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Davranım bozukluğu alt ölçek puanları ise anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Anksiyete bozukluğu eştanısı olan ve olmayan DEHB grupları Turgay DEHB Ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında, dikkat eksikliği alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmazken hareketlilik/dürtüsellik, KOKGB, davranım bozukluğu ve tüm ölçek puanları anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda

anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplarda Turgay DEHB Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

	Min	-	Max		Sağlıklı Kontrol	DEHB(+) Anksiyete(-)	DEHB(+) Anksiyete(+)	p	1,2	1,3	2,3
Turgay DEHB Ölçeği											
Dikkat Eksikliği	0,0	-	27,0	Ort.±ss	4,0 ± 3,3	14,0 ± 5,8	15,9 ± 4,8	<0,001 ^K	<0,001	<0,001	0,154
				Medyan	3,0	15,0	16,0				
Hareketlilik/ Dürtüsellik	0,0	-	27,0	Ort.±ss	7,7 ± 5,3	11,3 ± 6,3	15,8 ± 6,0	<0,001 ^K	<0,001	<0,001	0,002
				Medyan	7,0	10,5	16,0				
KOKGB	0,0	-	25,0	Ort.±ss	3,7 ± 2,7	7,9 ± 6,3	11,8 ± 5,0	<0,001 ^K	<0,001	<0,001	0,001
				Medyan	3,0	6,0	11,0				
DB	0,0	-	18,0	Ort.±ss	4,1 ± 3,1	1,7 ± 3,1	3,3 ± 4,4	<0,001 ^K	<0,001	0,041	0,012
				Medyan	3,0	0,0	2,0				
Tüm Ölçek Puanı	0,0	-	84,0	Ort.±ss	11,8 ± 7,5	34,9 ± 16,9	46,9 ± 15,9	<0,001 ^K	<0,001	<0,001	0,002
				Medyan	11,0	32,5	45,5				

^KKruskal-Wallis (Mann-whitney u test)

Anksiyete(+): ÇADÖ ebeveyn total anksiyete T skoru≥70

4.2.2. Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği Verileri Açısından Değerlendirilmesi

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı gruplar sağlıklı kontrol grubu ile Duygu Ayarlama Ölçeği puanları açısından kıyaslandığında, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ve toplam ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 4).

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları Duygu Ayarlama Ölçeği puanları açısından kıyaslandığında, anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ve toplam ölçek puanları anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Gruplarda Duygu Ayarlama Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

	Min	-	Max		Sağlıklı Kontrol	DEHB(+) Anksiyete(-)	DEHB(+) Anksiyete(+)	p	1,2	1,3	2,3
Duygu Ayarlama Ölçeği											
Değişkenlik/ Olumsuzluk	15,0	-	51,0	Ort.±ss	25,0 ± 3,9	29,2 ± 6,5	35,0 ± 6,4	<0,001 ^K	<0,001	<0,001	<0,001
				Medyan	25,0	29,0	34,5				
Duygu Ayarlama Toplam Puan	37,0	-	77,0	Ort.±ss	47,2 ± 4,8	51,9 ± 6,6	56,8 ± 6,4	<0,001 ^K	<0,001	<0,001	0,001
				Medyan	47,0	52,0	57,0				

^KKruskal-Wallis (Mann-whitney u test)

Anksiyete(+): ÇADÖ ebeveyn total anksiyete T skoru≥70

4.2.3. Grupların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği Verileri Üzerinden Değerlendirilmesi

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği anne ve baba formu toplam puanları, kontrol grubundan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5).

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları arasında Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Gruplarda Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

	Min	-	Max		Sağlıklı Kontrol	DEHB(+) Anksiyete(-)	DEHB(+) Anksiyete(+)	p	1,2	1,3	2,3
Kerns Güvenli Bağlanma											
Kerns Anne Toplam Puan	27,0	-	60,0	Ort.±ss Medyan	48,9 ± 6,6 49,0	45,6 ± 7,0 46,0	46,4 ± 7,7 47,0	0,007 ^K	0,002	0,049	0,450
Kerns Baba Toplam Puan	18,0	-	60,0	Ort.±ss Medyan	47,5 ± 7,6 48,0	44,8 ± 8,8 45,0	42,2 ± 10,3 42,5	0,017 ^K	0,043	0,013	0,243

^K Kruskal-Wallis (Mann-whitney u test)
Anksiyete(+): ÇADÖ ebeveyn total anksiyete T skoru ≥ 70

4.2.4. Tüm DEHB Tanılı Çocukların Turgay DEHB Ölçeği ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi

Turgay DEHB Ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır ($p>0.05$). Turgay DEHB Ölçeği Dikkat Eksikliği, Hareketlilik/Dürtüsellik, KOKGB ve DB alt ölçekleri ve toplam ölçek puanları ile Duygu Ayarlama Ölçeği Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Tüm DEHB tanılı çocukların Turgay DEHB Ölçeği ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarının korelasyon analizi

		Kerns Anne Toplam Puan	Kerns Baba Toplam Puan	Değişkenlik/ Olumsuzluk	Duygu Ayarlama Toplam Puan
<i>Turgay DEHB Ölçeği</i>					
Dikkat Eksikliği	r	-0,160	0,014	0,424	0,322
	p	0,111	0,887	<0,001	0,001
Hareketlilik/Dürtüsellik	r	0,136	0,063	0,679	0,544
	p	0,176	0,535	<0,001	<0,001
KOKGB	r	0,049	0,019	0,709	0,639
	p	0,631	0,851	<0,001	<0,001
DB	r	-0,015	-0,067	0,498	0,571
	p	0,833	0,343	<0,001	<0,001
Toplam Puan	r	0,019	0,044	0,727	0,627
	p	0,848	0,661	<0,001	<0,001

Spearman Korelasyon

4.2.5. Tüm DEHB Tanılı Çocukların ÇADÖ Ebeveyn ve Çocuk Toplam Anksiyete Puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi

ÇADÖ ebeveyn toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

ÇADÖ ebeveyn toplam anksiyete skorları ile Duygu Ayarlama Ölçeği Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ve toplam puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 7).

ÇADÖ çocuk toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba ölçekleri toplam puanları arasında anlamlı ters korelasyon saptanırken ($p<0.05$), Duygu Ayarlama Ölçeği Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ile arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). ÇADÖ çocuk toplam anksiyete skorları ile Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Tüm DEHB tanılı çocukların ÇADÖ ebeveyn ve çocuk toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma ve Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarının korelasyon analizi

		Kerns Anne Toplam Puan	Kerns Baba Toplam Puan	Değişkenlik/ Olumsuzluk	Duygu Ayarlama Toplam Puan
ÇADÖ Ebeveyn					
Toplam Anksiyete Raw Skor	r	0,041	-0,119	0,530	0,417
	p	0,687	0,240	<0,001	<0,001
Toplam Anksiyete T Skoru	r	0,015	-0,143	0,515	0,403
	p	0,880	0,155	<0,001	<0,001
ÇADÖ Çocuk					
Toplam Anksiyete Raw Skor	r	-0,222	-0,259	0,294	0,181
	p	0,027	0,009	0,003	0,072
Toplam Anksiyete T Skoru	r	-0,204	-0,240	0,290	0,172
	p	0,041	0,016	0,003	0,088

Spearman Korelasyon

4.2.6. Tüm DEHB Tanılı Çocukların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği İle Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Korelasyon Analizi

Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba ölçekleri toplam puanları ile Duygu Ayarlama Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Tüm DEHB tanılı çocukların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği ile Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarının korelasyon analizi

		Değişkenlik/ Olumsuzluk	Duygu Ayarlama Toplam Puan
Kerns Anne Toplam Puan	r	-0,005	-0,001
	p	0,963	0,994
Kerns Baba Toplam Puan	r	-0,103	-0,101
	p	0,307	0,319

Spearman Korelasyon

5. TARTIŞMA

5.1. Gruplarda Sosyodemografik Verilerin İncelenmesi

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubunda olan çocukların sosyodemografik verileri gözden geçirildiğinde gruplar arasında yaş, cinsiyet, sınıf seviyesi, anne ve baba yaşları ile eğitim durumları ve aile birliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Üç grup sosyodemografik özellikler bakımından benzerdir. DEHB'nin fakirlik, düşük anne eğitimi ve aile geliri, tek ebeveynlik ve genç annelik gibi sosyoekonomik dezavantajlar ile ilişkili olduğu ve bu ilişkide çocuk-ebeveyn bağlanmasının ve aile içi çatışmaların kolaylaştırıcı faktör olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur [145]. Bizim çalışmamızda DEHB ve sağlıklı kontrol grupları karşılaştırıldığında bağlanmayı etkileyebilecek bu özellikler açısından farklılık görülmemiştir. Bizim çalışmamızda gruplar karşılaştırıldığında aile geliri dışında bağlanmayı etkileyebilecek diğer özellikler açısından farklılık görülmemiştir. Aile geliri açısından gruplar karşılaştırıldığında ise anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında gelir durumunun sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bu anlamda çalışmamızın bulguları, düşük gelir düzeyi ile DEHB riskini ilişkilendiren literatür verileriyle paralellik göstermektedir [145].

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Türkiye'de yapılan anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada da çalışmamızla benzer bir şekilde gruplar arasında sosyoekonomik özellikler açısından anlamlı fark saptanmamıştır [146]. Benzer yöntemli başka bir çalışmada ise ebeveynlerin medeni durumu, gelirleri, çalıştıkları işler ve eğitim durumlarına göre belirlenen sosyoekonomik düzeylerinin anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı çocuklarda, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara göre anlamlı olarak daha düşük bulunduğu belirtilmiştir [147]. Çocuklarda bağlanma sorunları ve anksiyete gelişimi üzerinde ebeveynlerin bağlanma paternleri, ebeveyn psikopatolojisi, ebeveyn-çocuk ilişkisi,

ebeveynlik tutumları, aile içi çatışmalar, aile büyüklüğü, kardeş sayısı ve doğum sırası gibi özelliklerin etkili olduğu bilinmektedir [148]. Buradan yola çıkarak günümüze kadarki çalışmalardaki farklı sonuçlar göz önüne alındığında özellikle DEHB ile anksiyete bozukluğu birlikteliğine etki eden faktörlere dair daha kapsamlı, ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Cinsiyet açısından anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubunun benzer özellikte olması ile birlikte, anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubunda erkek/kız oranının yaklaşık olarak 4/1 (59/15) olduğu belirlenmiştir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da DEHB sıklığında erkek/kız oranları toplum temelli örnekleme 3/1'den klinik örnekleme 10/1'e kadar değişmektedir. Bu farkın erkek çocuklarda davranış sorunları nedeniyle klinik başvurunun daha fazla olmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir [149]. Anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB tanılı grupta cinsiyet verilerinin dağılımı incelendiğinde, erkek cinsiyetin yine kız cinsiyete göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu bulgu literatür verileriyle uyum sağlamamaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada DEHB tanılı çocuklarda anksiyete bozukluğu komorbidite oranının kız çocuklarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir [150]. Bizim bulgularımızdaki farklılığın DEHB'li erkek çocukların kız çocuklarına göre davranış problemleri sebebiyle kliniğe daha fazla başvurmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

DEHB tanılı çocukların çoğunda bir ya da birden fazla eşlik eden psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmektedir [65]. Günümüze kadarki araştırmalarda en sık çalışılan komorbid durumlar KOKGB, özgül öğrenme güçlüğü ve anksiyete bozukluklarıdır. DEHB ile birlikte eşlik eden KOKGB sıklığı %4-60, anksiyete bozuklukları sıklığı ise %25-50 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir [5], [69]. Çalışmamızın örnekleminde de DEHB tanılı çocuklarda eşlik eden en sık hastalıkların sırasıyla %60, %41 ve %25 oranlarıyla anksiyete bozuklukları, KOKGB ve ÖÖB olduğu görülmüştür. Anksiyete bozuklukları ve KOKGB oranlarındaki yükseklik, klinik pratikte komorbidite tanısı koyma eşiğinin düşüklüğü ve bu durumların DEHB'nin getirdiği zorluklara reaktif ortaya çıkan durumlar olarak değil, eşlik eden patolojiler olarak değerlendirilmesi ile açıklanabilir. Örnekleminizdeki DEHB görünümünün dağılımı da literatür bilgileriyle tutarlılık göstermektedir. Willcutt ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan metaanaliz çalışmasında

toplum kökenli çalışmalarda en sık görülen DEHB görünümünün ‘dikkat eksikliği görünümü’, klinik başvurularında ise ‘bileşik görünüm’ olduğu bildirilmiştir [35]. Bu durum hekime başvuru sebebinin daha çok hareketlilik ve dürtüsellik temelli davranış sorunları olduğunu, yalnızca dikkat eksikliği belirtisi ile giden olguların tanı ve tedavi sürecinden mahrum kalma risklerinin bulunduğunu düşündürmektedir. Bizim bulgularımızda da en sık DEHB görünümü ‘bileşik görünüm’ olarak saptanmıştır.

Literatürde DEHB’li çocuklarla kontrol grupları arasında kardeş sayıları açısından farklılığın bulunmadığı çalışmalarla birlikte DEHB’li çocukların daha az kardeş sayısına sahip olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur [151], [152]. Ayrıca büyük ailede yaşamak, davranım bozukluğu gelişmesi açısından risk faktörü olarak gösterilmiştir [153]. Bizim çalışmamızda ise aile büyüklüğü açısından bakıldığında, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olduğu, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB gruplarında ailedeki çocuk sayısının kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmüştür. Çocuk sayısındaki artış, ailenin ekonomik kaynakları üzerinde baskı yaratarak, DEHB’nin ortaya çıkmasını kolaylaştıran diğer faktörleri tetikleyebilir [154]. Ayrıca kalabalık ailelerde, ebeveynlerin bakım verme sorumluluklarının artması ve aile içi ilişkilerde denge sağlamanın zorlaşmasının ebeveynlerde stres artışına neden olması ve bunun sonucunda ebeveynlik tutumlarının olumsuz etkilenmesi ile birlikte çocuklarla ayrı ayrı kaliteli vakit geçirmekte zorlaşmanın ebeveyn çocuk ilişkisi ve bağlanmayı bozduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda doğum sırası bakımından anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı gruplar ile sağlıklı kontrol grubu incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı çocukların kontrol grubuna kıyasla ailenin daha küçük çocukları olduğu görülmüştür. Yazında bu konuda çelişkili veriler bulunmaktadır [152]. Doğum sırası ile DEHB arasında ilişki saptanmayan çalışmalar olduğu gibi, ilk çocuk olmanın DEHB açısından risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır [153], [155]. Çalışmamızda bu alanda elde edilen bulgular, sonra doğan çocukların bakımı açısından çocuk sayısının artması, ilerleyen ebeveyn yaşı ve önceki çocukların bakımıyla ilgili uğraşlar ve yaşantılar sonucu ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal enerji ve motivasyonlarının azalması ile açıklanabilir. Böyle bir durum ebeveynlik yetilerini

olumsuz etkileyerek çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasında güçlük yaratabilir ve ebeveyn-çocuk ilişkisini bozarak çocukta DEHB gelişimi açısından risk oluşturabilir. Ayrıca anne-baba yaşının ilerlemesi, sperm ve ovum kalitesinin azalması ile birlikte muhtemel bazı genetik mutasyon ve modifikasyonlara yol açarak psikiyatrik bozukluk görülme ihtimalini arttırıyor olabilir.

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları ile sağlıklı kontrol grubu soygeçmişte psikiyatrik hastalık bulunma öyküsü açısından kıyaslandığında, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB'li gruplarda ailede bilinen psikiyatrik hastalık varlığının kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Yazında, annede artmış duygu dışavurumu, depresyon, güvensiz bağlanma stili ve babada depresyonun ebeveyn-çocuk ilişkisi, çocukta bağlanma temsilleri ve DEHB ile ilişkili olduğuna dair çalışmalara rastlanmıştır [156]–[158]. Bu anlamda bulgularımızın literatür bilgileriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

5.2. Hipotezlere İlişkin Verilerin İncelenmesi

Bağlanma teorisi bir affekt regülasyon teorisi olarak düşünüldüğünde ebeveynleriyle bağlanma ilişkilerinde sorun yaşayan çocukların emosyon ve davranışlarını regüle etmekte, dürtü kontrolü ve kendi kendini sakinleştirmede, dikkatlerini uzun süre bir görev üzerinde odaklamayı gerektiren azim ve sabır göstermekte ve sosyal ilişkileri sürdürmekte güçlük yaşayabilecekleri söylenebilir [159]. Tüm bu alanlar tam da DEHB'li çocukların zorlandığı alanlar olduğundan günümüze kadarki pek çok araştırmada DEHB, bağlanma ve emosyon regülasyonu arasında ilişki kurulmaya çalışılmıştır.

Anksiyete bozuklukları gelişimi açısından bakıldığında, güvenli bağlanmanın ebeveynin uygun aynalama işlevi sayesinde çocukta hayatta karşılaşacağı belirsiz, kaygı uyandırıcı durumlarla baş edebilmesi için gerekli emosyon regülasyon becerileri temelinin oluşmasını sağladığı ileri sürülmektedir. Çocuk ebeveynleriyle güvenli bir bağlanma ilişkisi oluşturamadığında, olumsuz durumlarla karşılaştığında uygun emosyon regülasyon becerileri ve baş etme stratejilerine sahip olmadığı için olumsuz affektlerin fazlaca yoğunlaşması ve anksiyete bozukluklarının gelişimine zemin hazırlanması söz konusudur [160]. Bu amaçla bağlanma ve emosyon regülasyon sorunlarının anksiyete bozuklukları gelişimi üzerindeki etkilerini

araştıran çeşitli çalışmalar yazında mevcuttur. Bizim incelemelerimizde bu çalışmaların daha çok bağlanma ve anksiyete ile emosyon regülasyonu ve anksiyete gibi ikili ilişkiler üzerine odaklandığı, bu üç değişkenin birden değerlendirildiği çalışmaların çok azınlıkta olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanımlı gruplarda Turgay DEHB Ölçeği'nde Dikkat Eksikliği, Hareketlilik/dürtüsellik, KOKGB ve Davranım Bozukluğu alt ölçek puanları ile tüm ölçek puanları beklenildiği üzere kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Davranış problemlerinin DEHB'ye sıklıkla eşlik ettiğine dair bugüne kadarki literatür bilgileri ile verilerimiz uyum göstermektedir [69]. Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB grupları Turgay DEHB Ölçeği verileri açısından kıyaslandığında, anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda Hareketlilik/dürtüsellik, KOKGB ve Davranım Bozukluğu alt ölçek puanları ile toplam ölçek puanlarının anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Türkiye'de yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu eşhastalanımı olan DEHB'li çocuklarda Turgay DEHB Ölçeği toplam puanları anksiyete bozukluğu eşhastalanımı olmayan DEHB'li çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek bulunmuştur [146]. DEHB'de belirtilerin şiddeti arttığında ve komorbiditeler eklendiğinde akademik ve sosyal işlevselliğin daha fazla bozulması söz konusu olur ve bu alanlarda güçlükler giderek daha çok belirginleşir. DEHB tablosuna anksiyete bozukluklarının eklenmesinin bu güçlüklerle ilintili olabileceği düşünülmektedir. Dikkat eksikliği yaşayan çocukların sosyal ve akademik alanda yaşadıkları tekrarlayan yetersizlik, başarısızlık ve zorlanma deneyimleri performans kaygısı ile birlikte değersizlik duyguları ve düşük kendilik saygısına yol açmaktadır. Anksiyetenin dikkat eksikliğine ve huzursuzluğa bağlı hareketliliğe yol açarak DEHB kliniğinin ortaya çıkmasına neden olduğuna dair görüşler de yazında mevcuttur. Anksiyetenin sebep olduğu aşırı uyarılmışlığın dikkati sürdürmekte sorunlarla birlikte dikkat eksikliğine zemin hazırladığı düşünülmektedir. Bu sebeple anksiyete bozukluğu eşlik eden DEHB grubunda DEHB kliniğinin daha şiddetli bir şekilde ortaya çıkıyor olması söz konusu olabilir. DEHB ve anksiyete bozuklukları birlikteliğine ilişkin başka bir hipotez de bu iki bozukluğun birbiriyle iç içe olduğu ayrı bir klinik fenomenin var olabileceği şeklindedir. Bu bakış açısıyla bakılarak anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği

DEHB'nin diğerk DEHB görünümüne göre daha gürültülü bir klinik tablo şeklinde seyrettiğı çıkarımı yapılabilir [5].

Gruplar bağlanma verileri açısından değerlendirildiğinde, anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı çocukların Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeğı anne ve baba formu toplam puanları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeğı'nde yüksek puanlar güvenli bağlanmayı göstermekte, puanların düşmesi ise daha güvensiz bağlanmayı temsil etmektedir. Bu açıdan bakıldığında çalışmamızın verileri, DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara kıyasla ebeveynlerine daha güvensiz bağlandıkları şeklinde yorumlanabilir. Bu alanda günümüze kadar yapılan kısıtlı çalışmalardan biri olan 6-10 yaş arası DEHB'li çocuklarda bağlanma özelliklerinin incelendiğı yakın zamanlı bir çalışmada hikaye tamamlama testinde dezorganize bağlanma kategorisinde olan çocuklarda DEHB belirtilerinin güvenli bağlanma kategorisinde değerlendirilen çocuklara göre daha şiddetli olduğu gösterilmiştir [161]. Toplum temelli uzamsal bir çalışmada da 8 yaşında saptanan dezorganize bağlanma tipinin, 18 yaşına gelindiğinde var olan DEHB belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır [14]. Çalışmamızın bulguları bu alanda literatür verilerini destekler niteliktedir.

Yazında anksiyete belirtileri ile bağlanma ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Örneğın 9-12 yaş arası çocuklardan oluşan bir örnekleme yapılan toplum kökenli bir çalışmada güvensiz bağlanma anksiyete belirtileri ile ilişkili bulunurken uzamsal başka bir çalışmada 3 yaşındaki güvensiz bağlanma özelliklerinin birinci sınıfta değerlendirilen anksiyete belirtilerini ön gördüğü bildirilmiştir [162],[163]. 136 çocukla yapılan başka bir çalışmada ise, 12 aylıkken uygulanan Yabancı Durum Testi'nde güvensiz-ambivalan bağlanma gözlenmesinin, 11 yaşında artmış şiddette anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [164]. Bizim çalışmamızda anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı çocuklar bağlanma özellikleri açısından karşılaştırıldığında Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeğı anne ve baba formu toplam puanlarında bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu anlamda çocuğun bağlanma kalitesinin DEHB'de eşlik eden anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğuna dair hipotezimiz mevcut verilerimizle desteklenmemiştir. Günümüze kadar yapılan çalışmalarda çocuğun çoğunlukla annesiyle olan bağlanma ilişkisi incelenmiş olup, baba ile çocuk arasındaki bağlanmanın değerlendirildiğı çalışmalar oldukça azdır [165]. Ayrıca yazında

görebildiğimiz kadarıyla DEHB, anksiyete bozuklukları ve bağlanma değişkenlerinin üçünün birlikte değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan çalışmamızın literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

DEHB ve sağlıklı kontrol grupları emasyon regülasyon becerileri açısından kıyaslandığında DEHB gruplarında Duygu Ayarlama Ölçeği'nin Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ve toplam ölçek puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu veriler DEHB tanılı çocukların emasyon regülasyon becerilerinin sağlıklı çocuklara oranla daha kötü olduğunu göstermektedir. DEHB'li çocuklar ile sağlıklı kontrollerin emasyon regülasyonunda parasempatik ve sempatik sistemlerin fonksiyonları açısından karşılaştırıldığı yakın zamanlı bir çalışmada çocuklukta DEHB'nin emasyon regülasyonunda rol alan parasempatik mekanizmalarda anormallik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [166]. Akranlarla rekabete dayalı bir görev sırasında emasyon regülasyon becerilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada da DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara oranla duygularını gizlemek ve kendilerini sakinleştirmek konusunda daha çok zorlandıkları görülmüştür [167]. Bizim çalışmamız bu alanda literatür verileriyle tutarlılık göstermektedir.

Anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen DEHB tanılı çocuklar emasyon regülasyon yetileri açısından karşılaştırıldığında, anksiyete bozukluğu eştanısı olan DEHB'li çocuklarda emasyon regülasyon becerilerinin anksiyete bozukluğu eştanısı olmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü olduğu belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak DEHB'de anksiyete bozuklukları eştanısının özellikle duygu değişkenliğini ve yoğunluğunu kontrol edebilme becerilerini olumsuz etkilediği çıkarımı yapılabilir. 8-16 yaş çocuklarla yapılan 3 yıllık uzamsal bir çalışmada emasyon disregülasyonunun anksiyete belirtilerinin gelişimi için potansiyel risk faktörü olduğu belirlenmiştir [168]. Bosquet ve Egeland tarafından 2006 yılında 155 çocukla yapılan prospektif Minnesota çalışmasında ise bebeklik döneminde güvensiz bağlanma ve okul öncesi dönemde emasyon regülasyon zorlukları, okul dönemi ve ergenlikte orta derecede anksiyete belirtileri ile ilişkili bulunmuştur [15]. Bu açıdan çalışmamızın sonuçları literatür verileri ile tutarlılık içerisindedir. Ek olarak söz konusu değişkenlerin DEHB tanılı grupta incelenmesi çalışmamızın özgünlüğünü göstermekte ve önemini arttırmaktadır.

Çalışmamızda anksiyete bozukluğu eşlik eden ve etmeyen tüm DEHB tanılı çocukların verileri üzerinden korelasyon analizleri yapıldığında, Turgay DEHB Ölçeği puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba Ölçekleri puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır. Bu bulgular DEHB semptom şiddeti ile bağlanma ilişkisine dair hipotezimizle ve mevcut literatür verileri ile çelişkili görünmektedir. Bu durum bağlanma özelliklerini olumlu ve olumsuz etkileyen çoklu etkenlerin varlığına bağlanabilir. DEHB semptom şiddeti ile duygu ayarlama becerilerinin korelasyonu incelendiğinde ise Turgay DEHB Ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile Duygu Ayarlama Ölçeği Değişkenlik/olumsuzluk alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bu bulgular DEHB ve eşlik eden davranış bozukluklarının şiddetinin artmasıyla duygu ayarlama becerilerinin kötüleşmesine ilişkin hipotezimizi destekler niteliktedir.

Tüm DEHB tanılı çocuklarda anksiyete düzeyleri ile bağlanma ve emosyon regülasyon becerileri arasındaki ilişki incelendiğinde ise, ÇADÖ ebeveyn toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır. DEHB tanılı çocuklarda anksiyete düzeyleri ile Duygu Ayarlama Ölçeği Değişkenlik/Olumsuzluk alt ölçeği ve toplam ölçek puanları arasında ise anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bu bulgular literatür ve çalışmamızın diğer bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. ÇADÖ çocuk toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba Ölçekleri toplam puanlarının korelasyon analizi yapıldığında, ÇADÖ çocuk toplam anksiyete puanları ile Kerns Güvenli Bağlanma Anne ve Baba Ölçekleri toplam puanları arasında anlamlı derecede negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda bulgularımız anksiyete gelişimi ve güvensiz bağlanma ilişkisine dair literatür bilgileri ile tutarlılık göstermektedir. Ayrıca DEHB tanılı çocuk örnekleminde bu ilişkinin incelenmesi açısından çalışmamızın literatüre katkı sağlaması beklenmektedir. Ek olarak, ÇADÖ çocuk toplam anksiyete skorları ile Duygu Ayarlama Ölçeği Değişkenlik/Olumsuz alt ölçeği puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu bulgu da çalışmamızın diğer bulgularını, hipotezlerimizi ve literatür verilerini destekler niteliktedir.

Son olarak çalışmamızda güvenli bağlanma düzeyleri ile emosyon disreglasyonu arasında anlamlı düzeyde olmasa da ters bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu alanı aydınlatmaya yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.



6. SONUÇ

Çalışmamızın güçlü yanları ilk olarak örneklem büyüklüğümüzün oldukça yeterli olması, sağlıklı kontrol grubu bulunması ve olgu ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikler açısından benzer olmalarıdır. Elde edilen verilerin güvenilirliği açısından otizm, psikoz, mental retardasyon gibi hastalıkların eşlik ettiği olguların çalışmaya alınmaması ve çocuk ve anneler olmak üzere çoklu kaynaktan bilgi alınması çalışmamızın güvenilirliğini arttırmaktadır. Çalışmamıza hali hazırda medikal tedavi altında olmayan olgular alınmış olup ilaç kullanımının DEHB ve anksiyete belirtileri üzerine olabilecek etkileri en aza indirilmeye çalışılmıştır. Çalışmamızda anne ile çocuk arasındaki bağlanma ilişkisine ek olarak baba ile çocuk arasındaki bağlanma ilişkisinin de incelenmesi ve DEHB’de anksiyete bozukluğu komorbiditesi ile bağlanma ve emosyon regülasyonu ilişkisinin birlikte değerlendirilmesi günümüze kadar yapılan çalışmalara göre farklılık arz etmekte ve literatüre bu anlamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hipotezlerimizi doğrular şekilde:

1. **DEHB’li çocukların** sağlıklı gelişen çocuklara göre anne ve babaları ile **bağlanma** ilişkilerinin daha **güvensiz** olduğu,
2. **DEHB’li çocukların** sağlıklı gelişen çocuklara göre **emosyon regülasyon** becerilerinin daha **kötü** olduğu,
3. DEHB tanılı çocuklarda **DEHB belirtilerinin** ve eşlik eden **davranış sorunlarının** şiddeti ile **emosyon disregülasyonunun** ilişkili olduğu,
4. **DEHB** tanılı çocuklarda **anksiyete** düzeylerindeki artış ile ebeveynlere **güvensiz bağlanmanın** ilişkili olduğu,
5. **DEHB** tanılı çocuklarda **anksiyete** düzeylerindeki artış ile **emosyon disregülasyonunun** ilişkili olduğu,
6. **Anksiyete bozukluğu** eşlik eden **DEHB** tanılı çocuklarda **DEHB semptomatolojisinin** anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara göre daha **şiddetli** olduğu,

7. **Anksiyete bozukluğu** eşlik eden **DEHB** tanılı çocukların anksiyete bozukluğu eşlik etmeyen DEHB tanılı çocuklara göre **emosyon regülasyon** becerilerinin daha **kötü** olduğu sonuçları saptanmıştır.

Araştırmamızda hipotezlerimizle uyum sağlamayan şekilde:

1. **Anksiyete bozukluğu eştanısı** olan ve olmayan DEHB’li çocuklar arasında **ebeveynleriyle bağlanma ilişkileri** açısından anlamlı bir **farklılık olmadığı**,
2. DEHB belirtilerinin ve eşlik eden **davranış sorunlarının şiddeti** ile **bağlanma** özellikleri arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir ilişki **olmadığı**,
3. **DEHB’li** çocuklarda **bağlanma** ve **emosyon regülasyonu** arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir ilişki **olmadığı** sonuçları saptanmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin daha iyi ortaya çıkarılabilmesi için prospektif bir çalışma olmasındansa kesitsel bir çalışma olması ve DEHB olgularında anksiyete bozuklukları ile birlikte karıştırıcı faktör olarak diğer eştanıların varlığıdır. İleri araştırmalarda DEHB+anksiyete bozukluğu olgu sayısının daha fazla olduğu, bu anlamda daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, DEHB ve anksiyete bozukluğu olan çocukların izleminde bağlanma ile ilgili sorunlar göz önüne alınarak ebeveynler ve diğer kişilerle ilişkilerde yaşanan çatışmalar ve bu çatışmalarda çocuğun bağlanma özelliklerinin rolüne odaklanmak bu çocukların yaşam dinamiklerini iyileştirmek açısından faydalı olacaktır. Ayrıca bu çocukların sıklıkla yaşadığı duygu ayarlama güçlüklerini hedef alan psikoterapötik müdahaleler, işlevsellik kayıplarını azaltacak, çocuğun yaşam kalitesini arttıracak ve ek psikopatolojilerin gelişimini azaltacaktır.

7. KAYNAKÇA

- [1] T. Brown, *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. New Haven & London: Yale University Press, 2005.
- [2] American Psychiatry Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-5)*, 5th ed. 2013.
- [3] R. Kieling and L. A. Rohde, "ADHD in children and adults: diagnosis and prognosis," *Curr. Top. Behav. Neurosci.*, pp. 1–16, 2010.
- [4] P. S. Jensen, D. Martin, and D. P. Cantwell, "Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 36, no. 8, pp. 1065–1079, 1997.
- [5] M. A. Jarrett and T. H. Ollendick, "A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 28, no. 7, pp. 1266–1280, 2008.
- [6] J. Biederman, J. Newcorn, and S. Sprich, "Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders," *Am. J. Psychiatry*, vol. 148, no. 5, pp. 564–577, 1991.
- [7] D. J. Stein, "Advances in understanding the anxiety disorders: The cognitive-affective neuroscience of 'false alarms,'" *Ann. Clin. Psychiatry*, vol. 18, no. 3, pp. 173–182, 2006.
- [8] C. A. Essau and J. Gabbidon, "Epidemiology, Comorbidity and Mental Health Services Utilization," *Wiley-Blackwell Handb. Treat. Child. Adolesc. Anxiety*, pp. 23–42, 2012.
- [9] C. A. Essau and J. Conradt, "Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders in German Adolescents," *J. Anxiety Disord.*, vol. 14, no. 3, pp. 263–279, 2000.
- [10] K. Manassis, R. Tannock, A. Young, and S. Francis-John, "Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: A comparison with clinical and normal children," *Behav. Brain Funct.*, vol. 3, pp. 1–10, 2007.
- [11] B. Egeland and E. A. Carlson, "Attachment and psychopathology," *Attach. Issues Psychopathol. Interv.*, pp. 27–48, 2003.
- [12] J. J. Gross and H. Jazaieri, "Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective," *Clin. Psychol. Sci.*, vol. 2, no. 4, pp. 387–401, 2014.

- [13] M. Mikulincer, P. R. Shaver, and D. Pereg, "Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies," *Motivation and Emotion*. 2003.
- [14] R. Salari, G. Bohlin, A. M. Rydell, and L. B. Thorell, "Neuropsychological Functioning and Attachment Representations in Early School Age as Predictors of ADHD Symptoms in Late Adolescence," *Child Psychiatry Hum. Dev.*, vol. 48, no. 3, pp. 370–384, 2017.
- [15] M. Bosquet and B. Egeland, "The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample," *Dev. Psychopathol.*, vol. 18, no. 2, pp. 517–550, 2006.
- [16] M. L. Wolraich *et al.*, "Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents," *Pediatrics*, vol. 144, no. 4, 2019.
- [17] M. H. Sibley *et al.*, "Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 58, no. 6, pp. 655–662, 2017.
- [18] N. Motavelli Mukaddes and E. S. Ercan, "Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu," in *Nörogelişimsel Bozukluklar*, 2018.
- [19] S. Cortese and D. Coghill, "Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Looking back, looking forward," *Evid. Based. Ment. Health*, vol. 21, no. 4, pp. 173–176, 2018.
- [20] E. D. Palmer and S. Finger, "An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'mental restlessness' (1798)," *Child Psychol. Psychiatry Rev.*, vol. 6, no. 2, pp. 66–73, 2001.
- [21] Rush Benjamin, *Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. 1962.
- [22] T. Anita, D. Pine, J. Leckman, S. Stephen, M. Snowling, and E. Taylor, *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 6th ed. 2015.
- [23] K. Neumarker, "The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow," *Hist. Psychiatry*, vol. 16, pp. 435–451, 2005.
- [24] A. Strauss and L. Lehtinen, "Psychopathology and education of the brain-injured child," 1947.
- [25] S. Clements, "Minimal brain dysfunction in children: terminology and identification, phase one of a three-phase project," *NINDB Monogr. No. 3. US Dep. of Health, Educ. and Welfare, Public Heal. Serv. Publ. no. 1415*, 1966.
- [26] M. D. Engelhart and H. Moughamian, "Book Reviews : Book Reviews," *Educ. Psychol. Meas.*, vol. 31, no. 4, pp. 1029–1029, 1971.

- [27] L. Eisenberg, "A psychopharmacologic study in a training school for delinquent boys," *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 33, pp. 431–447, 1963.
- [28] American Psychiatry Association (APA), *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2nd edition. 1968.
- [29] American Psychiatry Association (APA), *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition. 1980.
- [30] American Psychiatry Association (APA), *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition, revised. 1987.
- [31] American Psychiatry Association (APA), *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition. 1994.
- [32] H. B. Polanczyk G, de Lima MS, "The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis," *Am J Psychiatry*, vol. 164, pp. 942–948, 2007.
- [33] G. V. Polanczyk, E. G. Willcutt, G. A. Salum, C. Kieling, and L. A. Rohde, "ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis," *Int. J. Epidemiol.*, vol. 43, no. 2, pp. 434–442, 2014.
- [34] E. S. Ercan *et al.*, "Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study," *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*, vol. 7, no. 1, pp. 1–10, 2013.
- [35] E. G. Willcutt, "The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review," *Neurotherapeutics*, vol. 9, no. 3, pp. 490–499, 2012.
- [36] S. V. Faraone *et al.*, "Attention-deficit/hyperactivity disorder," *Nat. Rev. Dis. Prim.*, vol. 1, 2015.
- [37] E. Sciberras, M. Mulraney, D. Silva, and D. Coghill, "Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 19, no. 1, 2017.
- [38] S. E. Stevens *et al.*, "Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence," *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 36, no. 3, pp. 385–398, 2008.
- [39] S. V. Faraone and H. Larsson, "Genetics of attention deficit hyperactivity disorder," *Mol. Psychiatry*, vol. 24, no. 4, pp. 562–575, 2019.
- [40] Z. Hawi *et al.*, "The molecular genetic architecture of attention deficit hyperactivity disorder," *Mol. Psychiatry*, vol. 20, no. 3, pp. 289–297, 2015.
- [41] D. Demontis *et al.*, "Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder," *Nat. Genet.*, vol. 51, no. 1, pp. 63–75, 2019.

- [42] S. Hohmann, N. Adamo, B. B. Lahey, S. V. Faraone, and T. Banaschewski, "Genetics in child and adolescent psychiatry: methodological advances and conceptual issues," *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 24, no. 6, pp. 619–634, 2015.
- [43] T. Nakao, J. Radua, K. Rubia, and D. Mataix-Cols, "Gray Matter Volume Abnormalities in ADHD: Voxel-Based Meta-Analysis Exploring the Effects of Age and Stimulant Medication," *Am J Psychiatry*, vol. 168, 2011.
- [44] M. Hoogman *et al.*, "Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis," *The Lancet Psychiatry*, vol. 4, no. 4, pp. 310–319, 2017.
- [45] S. Cortese *et al.*, "Toward systems neuroscience of ADHD: A meta-analysis of 55 fMRI studies," *Am. J. Psychiatry*, vol. 169, no. 10, pp. 1038–1055, 2012.
- [46] G. Orrù, W. Pettersson-yeo, A. F. Marquand, G. Sartori, and A. Mechelli, "Neuroscience and Biobehavioral Reviews Using Support Vector Machine to identify imaging biomarkers of neurological and psychiatric disease: A critical review," *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 36, no. 4, pp. 1140–1152, 2012.
- [47] J. T. Nigg, E. G. Willcutt, A. E. Doyle, and E. J. S. Sonuga-Barke, "Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: Do we need neuropsychologically impaired subtypes?," *Biol. Psychiatry*, vol. 57, no. 11, pp. 1224–1230, 2005.
- [48] V. A. Anderson, P. Anderson, E. Northam, R. Jacobs, and C. Catroppa, "Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample," *Dev. Neuropsychol.*, vol. 20, no. 1, pp. 385–406, 2001.
- [49] E. A. A. Jiménez, M. C. Jané-Ballabriga, A. B. Martin, and C. C. Brophy, "Executive function deficits and symptoms of disruptive behaviour disorders in preschool children," *Univ. Psychol.*, vol. 13, no. 4, pp. 1267–1277, 2014.
- [50] K. Rubia, R. Halari, A. Christakou, and E. Taylor, "Impulsiveness as a timing disturbance: Neurocognitive abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder during temporal processes and normalization with methylphenidate," *Philos. Trans. R. Soc. B Biol. Sci.*, vol. 364, no. 1525, pp. 1919–1931, 2009.
- [51] K. Rubia, R. Halari, A. Cubillo, A. M. Mohammad, M. Brammer, and E. Taylor, "Methylphenidate normalises activation and functional connectivity deficits in attention and motivation networks in medication-naïve children with ADHD during a rewarded continuous performance task," *Neuropharmacology*, vol. 57, no. 7–8, pp. 640–652, 2009.
- [52] T. L. Moore, S. P. Schettler, R. J. Killiany, D. L. Rosene, and M. B. Moss, "Impairment in delayed nonmatching to sample following lesions of dorsal prefrontal cortex," *Behav. Neurosci.*, vol. 126, no. 6, pp. 772–780, 2012.

- [53] E. G. Willcutt, A. E. Doyle, J. T. Nigg, S. V. Faraone, and B. F. Pennington, "Validity of the executive function theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder: A meta-analytic review," *Biol. Psychiatry*, vol. 57, no. 11, pp. 1336–1346, 2005.
- [54] T. E. Brown, "ADD/ADHD and impaired executive function in clinical practice," *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 10, no. 5, pp. 407–411, 2008.
- [55] R. A. Barkley, "Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD," *Psychol. Bull.*, 1997.
- [56] "ADHD Europe resmi web sitesi." [Online]. Available: <https://www.adhdeurope.eu/information/articles/executive-functions-and-adhd/>.
- [57] M. Günter, "Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder?," *Int. J. Psychoanal.*, vol. 95, no. 1, pp. 43–66, 2014.
- [58] A. Sugarman, "Mentalization, insightfulness, and therapeutic action. The importance of mental organization," *Int. J. Psychoanal.*, vol. 87, no. 4, pp. 965–987, 2006.
- [59] D. W. Winnicott, "The theory of the parent-infant relationship," *Int. J. Psychoanal.*, 1960.
- [60] K. Gilmore, "A Psychoanalytic Perspective On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder," *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, vol. 48, no. 4, pp. 1259–1293, 2000.
- [61] A. Sugarman, "Attention deficit hyperactivity disorder and trauma," *Int. J. Psychoanal.*, vol. 87, no. 1, pp. 237–241, 2006.
- [62] B. Salomonsson, "Interpreting the inner world of ADHD children: psychoanalytic perspectives," *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*, vol. 12, no. sup1, 2017.
- [63] S. Freud, *Cinsellik Üzerine Üç Deneme*. Türkiye: Öteki Yayınevi, 2018.
- [64] B. N. Seitler, "Successful child psychotherapy of attention deficit/hyperactive disorder: An agitated depression explanation," *Am. J. Psychoanal.*, vol. 68, no. 3, pp. 276–294, 2008.
- [65] C. Gillberg *et al.*, "Co-existing disorders in ADHD - Implications for diagnosis and intervention," *Eur. Child Adolesc. Psychiatry, Suppl.*, vol. 13, no. 1, pp. 80–92, 2004.
- [66] A. M. Reiersen, J. N. Constantino, H. E. Volk, and R. D. Todd, "Autistic traits in a population-based ADHD twin sample," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 48, no. 5, pp. 464–472, 2007.

- [67] A. Ronald, E. Simonoff, J. Kuntsi, P. Asherson, and R. Plomin, "Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample," *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 49, no. 5, pp. 535–542, 2008.
- [68] A. Caspi *et al.*, "A replicated molecular genetic basis for subtyping antisocial behavior in children with attention-deficit/hyperactivity disorder," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 65, no. 2, pp. 203–210, 2008.
- [69] C. M. Jensen and H. C. Steinhausen, "Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study," *ADHD Atten. Deficit Hyperact. Disord.*, vol. 7, no. 1, pp. 27–38, 2015.
- [70] K. Beesdo, S. Knappe, and D. S. Pine, "Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V," *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 32, no. 3, pp. 483–524, 2009.
- [71] K. U. Yazici and İ. Perçinel, "Yaygın Anksiyete Bozukluğu," in *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, A. Pekcanlar Akay and E. S. Ercan, Eds. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2016.
- [72] P. Treffers and W. Silverman, "Anxiety and its disorders in children and adolescents in historical perspective," in *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, 2nd ed., W. Silverman and A. Field, Eds. New York: Cambridge University Press, 2011, pp. 3–25.
- [73] G. Masi, M. Mucci, and S. Millepiedi, "Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents," *CNS Drugs*, vol. 15, no. 2, pp. 93–104, 2001.
- [74] S. J. Kim *et al.*, "The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents," *J. Anxiety Disord.*, vol. 24, no. 6, pp. 629–634, 2010.
- [75] J. V. Lavigne, S. A. LeBailly, J. Hopkins, K. R. Gouze, and H. J. Binns, "The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds," *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, vol. 38, no. 3, pp. 315–328, 2009.
- [76] G. S. Ginsburg and N. W. Affrunti, "Generalized anxiety disorder in children and adolescents," in *Pediatric Anxiety Disorders A Clinical Guide*, R. A. Vasa and A. Krain Roy, Eds. New York: Humana Press, 2013, pp. 71–91.
- [77] M. G. Kraske, "Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?," *Elsevier*, 2003.
- [78] H. U. Wittchen, "Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults," *Psychol. Med.*, vol. 28, pp. 109–126, 1998.

- [79] H. U. Wittchen, R. C. Kessler, H. Pfister, M. Höfler, and R. Lieb, "Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study," *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, vol. 102, no. 406, pp. 14–23, 2000.
- [80] M. M. Weissman, P. Wickramaratne, Y. Nomura, V. Warner, D. Pilowsky, and H. Verdelli, "Offspring of depressed parents: 20 Years later," *Am. J. Psychiatry*, vol. 163, no. 6, pp. 1001–1008, 2006.
- [81] R. A. Steer, D. A. Clark, A. T. Beck, and W. F. Ranieri, "Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: The BDI-II versus the BDI-IA," *Behav. Res. Ther.*, vol. 37, no. 2, pp. 183–190, 1999.
- [82] S. Knappe *et al.*, "The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life," *Depress. Anxiety*, vol. 26, no. 4, pp. 363–370, 2009.
- [83] K. Zerbe, "Through the storm: psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders," *Bull. Menninger Clin.*, vol. 54, no. 2, pp. 171–183, 1990.
- [84] S. Freud, "Inhibitions, Symptoms and Anxiety," *Psychoanal. Q.*, vol. 5, no. 1, pp. 1–28, 1936.
- [85] R. A. Levy, J. S. Ablon, and H. Kächele, "Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence," *Psychodyn. Psychother. Res. Evidence-Based Pract. Pract. Evid.*, pp. 1–646, 2012.
- [86] A. Compton, "A study of the psychoanalytic theory of anxiety. i. the development of freud's theory of anxiety," *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, vol. 20, no. 1, pp. 3–44, 1972.
- [87] B. Milrod *et al.*, "A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder," *J. Psychother. Pract. Res.*, vol. 10, no. 4, pp. 239–245, 2001.
- [88] P. C. Mary, B. Connolly, K. Azarian, and K. C. S. Shappell, "an Open Trial of Brief Supportive-Expressive Generalized Anxiety Disorder," *Psychotherapy*, vol. 33, no. 3, pp. 418–430, 1996.
- [89] H. S. Sullivan, *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953.
- [90] M. Klein, *Envy and gratitude and other works 1946–1963*. New York: Delacorte P/Seymour Lawrence, 1975.
- [91] M. Klein, *Love, guilt, and reparation and other works 1921–1945*. New York: Delacorte P/Seymore Lawrence, 1975.
- [92] J. Bowlby, *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge, 1988.

- [93] T. et al. Borkovec, "Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes," *Cognit. Ther. Res.*, vol. 22, pp. 561–578, 1998.
- [94] E. Breitholtz, B. Johansson, and L. G. Öst, "Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients. A prospective approach," *Behav. Res. Ther.*, vol. 37, no. 6, pp. 533–544, 1999.
- [95] F. M. Vertue, "From adaptive emotion to dysfunction: An attachment perspective on social anxiety disorder," *Personal. Soc. Psychol. Rev.*, vol. 7, no. 2, pp. 170–191, 2003.
- [96] D. Silove, "Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients," *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 20, pp. 365–369, 1986.
- [97] H. T. Cak, G. S. Dinc, Z. Tuzun, S. G. Evinc, E. Cop, and F. Cuhadaroglu Cetin, "Comorbidity and continuity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) from childhood to adolescence in Turkey," *ADHD Atten. Deficit Hyperact. Disord.*, vol. 5, no. 4, pp. 353–360, 2013.
- [98] E. Sciberras, K. Lycett, D. Efron, F. Mensah, B. Gerner, and H. Hiscock, "Anxiety in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder," *Pediatrics*, vol. 133, no. 5, pp. 801–808, 2014.
- [99] N. Motavelli Mukaddes, *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
- [100] F. Levy, "Synaptic gating and ADHD: A biological theory of comorbidity of ADHD and anxiety," *Neuropsychopharmacology*, vol. 29, no. 9, pp. 1589–1596, 2004.
- [101] G. D. Booster, G. J. DuPaul, R. Eiraldi, and T. J. Power, "Functional impairments in children with ADHD: Unique effects of age and comorbid status," *J. Atten. Disord.*, vol. 16, no. 3, pp. 179–189, 2012.
- [102] L. J. Pffiffer and K. McBurnett, "Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder," *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 34, no. 5, pp. 725–735, 2006.
- [103] R. Tannock, "ADHD with anxiety disorders," in *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults*, T. Brown, Ed. American Psychiatric Publishing Inc., 2009, pp. 131–155.
- [104] J. Holmes, "Attachment, anxiety, internal working models," in *John Bowlby and Attachment Theory*, London, New York: Routledge, 1993, pp. 61–86.
- [105] J. Bowlby, *Attachment and Loss: Volume II: Seperation, Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, 1975.

- [106] R. Kissgen, M. Krischer, V. Kummetat, R. Spiess, R. Schleiffer, and K. Sevecke, "Attachment representation in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder," *Psychopathology*, vol. 42, no. 3, pp. 201–208, 2009.
- [107] J.-S. Elsie, "Psychoanalytic and Psychodynamic Theories," in *Theories of Counseling and Psychotherapy An Integrative Approach*, SAGE Publications Inc.
- [108] I. Bretherton, "Attachment theory: retrospect and prospect," *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, vol. 50, no. 1/2, 1985.
- [109] I. Bretherton, "A communication perspective on attachment relationships and internal working models," *Monogr. Soc. Res. child Dev.*, vol. 60, pp. 310–329, 1995.
- [110] I. Bretherton, "Updating the 'internal working model' construct: some reflections.," *Attach. Hum. Dev.*, vol. 1, no. 3, pp. 343–357, 1999.
- [111] J. Bowlby, *Attachment and Loss Volume I: Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
- [112] R. Weiss, "Attachment in adult life," in *The Place of Attachment in Human Behaviour*, C. M. Parkes and J. Hinde Stevenson, Eds. London: Routledge, 1982.
- [113] M. Ainsworth, "Attachment: retrospect and prospect," in *The Place of Attachment in Human Behaviour*, C. M. Parkes and J. Hinde Stevenson, Eds. London: Tavistock, 1982.
- [114] D. W. Winnicott, "Mirror-role of mother and family in child development," in *Playing&Reality*, Tavistock, 1971.
- [115] D. Stern, "The early development of schemas of self, other, and 'self with other,'" in *Reflections on Self Psychology*, J. D. Lichtenberg and S. Kaplan, Eds. Routledge, 2014.
- [116] J. Bowlby, "Forty-four juvenile thieves: their characters and home life," *Int. J. Pyschoanalysis*, vol. 25, no. 25, 1944.
- [117] M. H. Van Ijzendoorn, C. Schuengel, and M. J. Bakermans-Kranenburg, "Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae," *Dev. Psychopathol.*, vol. 11, no. 2, pp. 225–249, 1999.
- [118] N. Eisenberg and T. L. Spinrad, "Emotion-related regulation: Sharpening the definition," *Child Development*. 2004.
- [119] J. Cassidy, "EMOTION REGULATION: INFLUENCES OF ATTACHMENT RELATIONSHIPS," *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 1994.

- [120] R. A. Barkley, "Defining behavioral inhibition, self-control, and executive function," in *ADHD and the Nature of Self-control*, New York, London: The Guilford Press, 1997.
- [121] I. Stiefel, "Can disturbance in attachment contribute to attention deficit hyperactivity disorder? A case discussion," *Clin. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 2, no. 1, pp. 45–64, 1997.
- [122] R. M. P. Fearon and J. Belsky, "Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity," *Child Dev.*, vol. 75, no. 6, pp. 1677–1693, 2004.
- [123] R. Lane and K. McRae, "Neural substrates of conscious emotional experience: a cognitive-neuroscientific perspective," in *Consciousness, Emotional Self-Regulation and the Brain*, M. Beauregard, Ed. John Benjamins B.V., 2003.
- [124] M. H. van IJzendoorn and M. J. Bakermans-kranenburg, "Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level," *Attach. Psychopathol.*, no. January 1997, pp. 135–170, 1997.
- [125] S. D. Calkins, "The Emergence of Self-regulation : Biological and Behavioral Control Mechanisms Supporting Toddler Competencies Susan D . Calkins University of North Carolina at Greensboro," *Socioemotional Dev. the toddler years Transitions Transform.*, no. May, pp. 261–284, 2007.
- [126] N. Eisenberg *et al.*, "Longitudinal Relations of Children's Effortful Control, Impulsivity, and Negative Emotionality to Their Externalizing, Internalizing, and Co-Occurring Behavior Problems," *Dev. Psychol.*, vol. 45, no. 4, pp. 988–1008, 2009.
- [127] R. Thompson, "Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment," in *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, M. Vasey and M. Dadds, Eds. Oxford University Press, 2001.
- [128] F. Ünal *et al.*, "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – DSM – 5 Kasım 2016 – Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG – ŞY – DSM – 5 – T) Geçerlik ve Güvenirliği," vol. 30, no. 1, pp. 42–50, 2019.
- [129] J. Kaufman, B. Birhamer, D. Axelson, D. Brent, F. Perepletchikova, and N. Ryan, "K-Sads-Pl Dsm-5," pp. 1–69, 2016.
- [130] Ü. Gökler B, "Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T) -," *Turkish J. Child Adolesc. Ment. Heal.*, vol. 11, no. 3, pp. 109–116, 2004.
- [131] E. S. Ercan, S. Amado, O. Somer, and S. Çıkıoğlu, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çalışması," *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.*, vol. 8, pp. 132–144, 2001.

- [132] O. Güçlü and M. Erkıran, “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların ebeveynlerinde kişilik bozuklukları,” *Klin. Psikiyatr.*, vol. 8, pp. 18–23, 2005.
- [133] S. S. Yılmaz, “Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yürütücü işlevlerin performans testleri ve davranışsal gözlemlere dayanan ölçekler ile değerlendirilmesi,” T.C. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2014.
- [134] O. T. Arıcak, I. P. Findings, and C. V. Scale, “Siber Mağduriyet Ölçeği’nin İlk Psikometrik Bulguları *,” no. 11, pp. 1–6, 2012.
- [135] F. H. Çetin, H. N. UÇAR, S. A. ERSOY, K. KILINÇ, H. A. GÜLER, and S. TÜRKOĞLU, “Kaygı bozukluğu olan ergenlerde siber zorbalık ve siber mağduriyet: kontrollü bir çalışma,” *Cukurova Med. J.*, vol. 44, no. Suppl 1, pp. 133–139, 2019.
- [136] V. Gormez *et al.*, “Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample,” *Psychiatry Clin. Psychopharmacol.*, vol. 27, no. 1, pp. 84–92, 2017.
- [137] V. Gormez *et al.*, “Psychometric Properties of the Parent Version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a Clinical Sample of Turkish Children and Adolescents,” *Child Psychiatry Hum. Dev.*, vol. 48, no. 6, pp. 922–933, 2017.
- [138] B. F. Chorpita, L. Yim, C. Moffitt, L. A. Umemoto, and S. E. Francis, “Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale,” *Behav. Res. Ther.*, vol. 38, no. 8, pp. 835–855, 2000.
- [139] C. Ebesutani, A. Bernstein, B. J. Nakamura, B. F. Chorpita, and J. R. Weisz, “A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scale-parent version in a clinical sample,” *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 38, no. 2, pp. 249–260, 2010.
- [140] C. Ebesutani, B. F. Chorpita, C. K. Higa-Mcmillan, B. J. Nakamura, J. Regan, and R. E. Lynch, “A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scales-parent version in a school sample,” *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 39, no. 2, pp. 173–185, 2011.
- [141] E. G. Kapçı, R. İ. Uslu, E. Akgün, and D. Acer, “İlköğretim Çağı Çocuklarında Duygu Ayarlama: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması Ve Duygu Ayarlamayla İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi,” *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.*, vol. 16, no. 1, pp. 13–20, 2009.
- [142] L. Tüğen, “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda bağlanma, duygu regülasyonu ve benlik saygısı ilişkisinin araştırılması,” T.C. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2018.

- [143] N. Sümer and M. A. Şendağ, “Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı,” *Türk Psikol. Derg.*, vol. 24, no. 63, pp. 86–103, 2009.
- [144] “TÜRK-İŞ resmi web sitesi.” [Online]. Available: <http://www.turkis.org.tr/ARALIK-2016-ACLIK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d1338>.
- [145] G. Russell, T. Ford, R. Rosenberg, and S. Kelly, “The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: Alternative explanations and evidence,” *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.*, vol. 55, no. 5, pp. 436–445, 2014.
- [146] Y. Y. Gümüş, N. Çakin Memik, and B. Ağaoğlu, “Anxiety disorders comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder,” *Noropsikiyatri Ars.*, vol. 52, no. 2, pp. 185–193, 2015.
- [147] P. Hammerness, D. Geller, C. Petty, A. Lamb, E. Bristol, and J. Biederman, “Does ADHD moderate the manifestation of anxiety disorders in children?,” *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 19, no. 2, pp. 107–112, 2010.
- [148] S. M. Bögels and M. L. Brechman-Toussaint, “Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs,” *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 26, no. 7, pp. 834–856, 2006.
- [149] J. Biederman, “Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview,” *Biol. Psychiatry*, vol. 57, no. 11, pp. 1215–1220, 2005.
- [150] M. Yüce, “Bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulunan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite,” T.C. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2006.
- [151] H. T. Çak and B. Gökler, “Erken doğan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri,” *Türk Pediatr. Arşivi Derg.*, vol. 48, no. 4, 2013.
- [152] E. Yürümez and Ç. Uğur, “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun doğum sırası ile ilişkisi,” *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.*, vol. 24, no. 3, 2017.
- [153] J. J. Carballo *et al.*, “Sibship size, birth order, family structure and childhood mental disorders,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 48, no. 8, pp. 1327–1333, 2013.
- [154] A. E. Russell, T. Ford, and G. Russell, “Socioeconomic associations with ADHD: Findings from a mediation analysis,” *PLoS One*, vol. 10, no. 6, pp. 1–16, 2015.

- [155] L. Jahangard, M. Haghighi, H. Bajoghli, E. Holsboer-Trachsler, and S. Brand, "Among a sample of Iranian students, adult attention deficit hyperactivity disorder is related to childhood ADHD, but not to age, gender, socioeconomic status, or birth order-an exploratory study," *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, vol. 17, no. 4, pp. 273–278, 2013.
- [156] J. Green, C. Stanley, and S. Peters, "Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder," *Attach. Hum. Dev.*, vol. 9, no. 3, pp. 207–222, 2007.
- [157] C. Johnston, C. Murray, S. P. Hinshaw, W. E. Pelham, and B. Hoza, "Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics," *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 30, no. 1, pp. 77–88, 2002.
- [158] K. Karabekiroğlu and A. Rodopman-Arman, "Parental attachment style and severity of emotional/behavioral problems in toddlerhood," *Noropsikiyatri Ars.*, vol. 48, no. 2, pp. 147–154, 2011.
- [159] C. Cavallina, C. Pazzagli, V. Ghiglieri, and C. Mazzeschi, "Attachment and parental reflective functioning features in ADHD: Enhancing the knowledge on parenting characteristics," *Front. Psychol.*, vol. 6, no. SEP, pp. 1–6, 2015.
- [160] B. H. Esbjørn, P. K. Bender, M. L. Reinholdt-Dunne, L. A. Munck, and T. H. Ollendick, "The Development of Anxiety Disorders: Considering the Contributions of Attachment and Emotion Regulation," *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, vol. 15, no. 2, pp. 129–143, 2012.
- [161] S. Scholtens, A. M. Rydell, G. Bohlin, and L. B. Thorell, "ADHD symptoms and attachment representations: Considering the role of conduct problems, cognitive deficits and narrative responses in non-Attachment-related story stems," *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 42, no. 6, pp. 1033–1042, 2014.
- [162] J. Roelofs, C. Meesters, M. Ter Huurne, L. Bamelis, and P. Muris, "On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children," *J. Child Fam. Stud.*, vol. 15, no. 3, pp. 331–344, 2006.
- [163] D. H. Dallaire and M. Weinraub, "Infant-mother attachment security and children's anxiety and aggression at first grade," *J. Appl. Dev. Psychol.*, vol. 28, no. 5–6, pp. 477–492, 2007.
- [164] Y. Bar-Haim, O. Dan, Y. Eshel, and A. Sagi-Schwartz, "Predicting children's anxiety from early attachment relationships," *J. Anxiety Disord.*, vol. 21, no. 8, pp. 1061–1068, 2007.
- [165] L. E. Brumariu and K. A. Kerns, "Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions," *Dev. Psychopathol.*, vol. 22, no. 1, pp. 177–203, 2010.

- [166] E. D. Musser and J. T. Nigg, “Emotion Dysregulation Across Emotion Systems in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder,” *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, vol. 48, no. 1, pp. 153–165, 2019.
- [167] C. Walcott and S. Landau, “The relation between disinhibition and emotion regulation in boys with attention deficit hyperactivity disorder,” *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, vol. 33, no. 4, pp. 772–782, 2010.
- [168] R. L. Schneider, J. J. Arch, L. N. Landy, and B. L. Hankin, “The Longitudinal Effect of Emotion Regulation Strategies on Anxiety Levels in Children and Adolescents,” *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, vol. 47, no. 6, pp. 978–991, 2018.



8. EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

Bu bölümde sizi ve ailenizi daha iyi tanımaya yönelik sorular bulunmaktadır. Lütfen kendinize en yakın bulduğunuz cevapları işaretleyiniz.

1. Çocuğunuzun adı-soyadı:	
2. Çocuğunuzun doğum tarihi:	
3. Çocuğunuzun cinsiyeti:	1. kız 2. erkek
4. Çocuğunuzun şu anda okuduğu sınıf:	
5. Ailedeki çocuk sayısı:	
6. Çocuğunuz ailenin kaçınıcı çocuğu?:	
7. Annenin yaşı:	
8. Annenin eğitim durumu:	1. Okuma-yazma yok 2. Okuma-yazma var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite 7. Yüksek lisans ve üstü
9. Annenin mesleği:	1. Çalışmıyor 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest meslek (belirtiniz)
10. Annenin sağlık durumu:	1. Sağlıklı 2. Tıbbi hastalık (belirtiniz) 3. Psikiyatrik bozukluk (belirtiniz)
11. Babanın yaşı:	
12. Babanın eğitim durumu:	1. Okuma-yazma yok 2. Okuma-yazma var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite 7. Yüksek lisans ve üstü
13. Babanın mesleği:	1. Çalışmıyor 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest meslek (belirtiniz)

14. Babanın sağlık durumu:	1.Sağlıklı	2.Tibbi hastalık (belirtiniz)
	3. Psikiyatrik bozukluk (belirtiniz)	
15. Anne-baba birlikte mi?	1. Birlikte	2. Ayrı ama boşanmamış
	3.Boşanmış	4.Anne vefat etti 5.Baba vefat etti
16. Anne-baba arasında akrabalık var mı?	1.Evet var	2.Hayır yok
17. Evde kaç kişi yaşıyor?		
18. Anne-baba-çocuk(lar) dışında evde yaşayan kişi var mı?		
	1.Evet var (çocuğa yakınlığını belirtiniz)	2.Hayır yok
19. Anne-baba dışında düzenli olarak çocuğın bakımını üstlenen kişi/kişiler var mı?		
	1.Evet var (çocuğa yakınlığını belirtiniz)	2.Hayır yok
20. Ailenizin aylık ortalama gelir düzeyi nedir?		
	1.1500-TL ve altı	2. 1500-4500 TL arasında 3. 4500 TL ve üstü
21. Çocuğunuzun sağlık problemi var mı? Varsa açıklayınız (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, görme engeli, işitme engeli, yürüme engeli gibi).		
	1.Evet var	2.Hayır yok
22. Çocuğunuzun bir psikiyatrist tarafından tanı konulmuş veya tedavi edilen bir hastalığı var mı? Varsa açıklayınız (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon gibi).		
	1.Evet var	2.Hayır yok
23. Çocuğunuzun sürekli kullandığı bir ilaç var mı? Varsa isimlerini yazınız.		
	1.Evet var	2.Hayır yok
24. Ailenizde sağlık problemi olan biri(leri) var mı? Varsa açıklayınız (şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, görme engeli, işitme engeli, yürüme engeli gibi).		
	1. Evet var	2. Hayır yok
	Anne	Baba
	Çocuğın kardeşleri	Diğer

25. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan biri(leri) var mı? Varsa açıklayınız (depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, zihinsel gerilik, otizm gibi). 1. Evet var 2. Hayır yok Anne Baba Çocuğun kardeşleri Diğer			
26. Çocuğunuza hamileyken anne herhangi bir sağlık sorunu yaşadı mı (düşük tehdidi, kanama, gebelik hipertansiyonu, gebelik diyabeti gibi)? Evetse sorunu yazınız. 1.Evet 2. Hayır			
27. Çocuğunuza hamileyken anne herhangi bir ruhsal sorun yaşadı mı (evlilik içi tartışmalar, yakınların vefatı, depresyon, kaygı sorunları gibi)? Evetse sorunu yazınız. 1.Evet 2. Hayır			
28. Annenin ve babanın doğumdaki yaşı: Anne Baba.....			
29. Annenin gebelik süresince ilaç kullanımı oldu mu? Olduysa hangi dönemde ve hangi ilaçlar olduğunu yazınız. 1.Evet 2. Hayır			
30. Annenin gebelik süresince sigara/alkol/madde kullanımı oldu mu? Olduysa hangi dönemde ve hangi miktarda olduğunu yazınız. 1.Evet a) Sigara b)Alkol c)Madde..... 2.Hayır			
31. Çocuğunuz doğum sırasında ya da yeni doğan döneminde herhangi bir sağlık problemi yaşadı mı (oksijensiz kalma, ağılamama, zor doğum, enfeksiyon, ağır sarılık gibi)? Evetse açıklayınız. 1.Evet 2. Hayır			
32. Çocuğunuz doğum sonrasında küvözde kaldı mı? 1.Evet (süresini belirtiniz) 2.Hayır			
33. Çocuğunuzun doğum kilosunu yazınız.			
34. Çocuğunuzun doğum haftası; 1. Erken 2. Zamanında 3.Geç			
35. Çocuğunuzun doğum şekli; 1.Normal doğum 2. Sezaryen			

36. Çocuğunuz anne sütünü ne kadar aldı?			
1. Hiç emmedi	2. 3 aydan az	3. 3-6 ay	4. 6-12 ay
5. 12-24 ay	6. 2-3 yıl	7. 3 yıldan fazla	
37. Çocuğunuzun bakımını bebekken kim ya da kimler üstlendi ve ne kadar süreyle ?			
38. Çocuğunuz annesinden hiç ayrı kaldı mı?			
1. Evet (süresini belirtiniz)		2. Hayır	
39. Çocuğunuzun yürümesi;			
1. 1 yaş ve öncesinde	2. 1-2 yaş arasında	3. 2 yaşından sonra	
40. Çocuğunuzun konuşması;			
Tek kelimeler:	1. 1 yaş ve öncesinde	2. 1-2 yaş arasında	3. 2 yaşından sonra
Cümle kurma:	1. 1-2 yaş arası	2. 2-3 yaş arası	3. 3-4 yaş arası
	4. 4 yaştan sonra		
41. Çocuğunuz okul öncesi eğitimi aldı mı (anaokulu, yuva, kreş gibi)? Aldıysa süresini belirtiniz.			
1. Evet aldı		2. Hayır almadı	
42. Çocuğunuz okuma-yazmayı öğrendi mi? Öğrendiyse ne zaman?			
1. Henüz öğrenmedi			
2. Öğrendi			
a) 1. Sınıf 1. Dönem	b) 1. Sınıf 2. Dönem	c) 2. Sınıf	d) 3. Sınıf e) Daha sonra

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 1

DEPRESİF BOZUKLUK					
1	Çökkün duygudurum	0	1	2	3
2	Huzursuzluk ve öfke	0	1	2	3
3	Keyif alamama				
a	Tekrarlayan ölüm düş.	0	1	2	3
b	İntihar düş.	0	1	2	3
c	İntihar girişimi-ciddiyeti	0	1	2	3
d	İntihar eylemi-ölüm riski	0	1	2	3
e	İntihar olmayan kendine zarar verme	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-1 DEPRESİF BZK doldur.					
MANİ					
1	Kabarmış-taşkın duygudurum	0	1	2	3
2	Uyku gereksiniminin azalması	0	1	2	3
3	Amaca yönelik etkinliklerde artış	0	1	2	3
4	Fikir uçuşması	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-1 MANİ doldur.					
PSİKOZ					
1	Varsanılar	0	1	2	3
2	Sanrılar	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-2 PSİKOTİK BZK doldur.					
PANİK BZK					
1	Panik ataklar	0	1	2	3
Soruda 3 aldysa EK-3 PANİK BZK doldur.					
AYRILIK ANKSİYETESİ BZK					
1	Felaket korkusu	0	1	2	3
2	Bağlanılan kişiye zarar korkusu	0	1	2	3
3	Okul reddi	0	1	2	3
4	Yalnız uyumaktan korkma	0	1	2	3
5	Evde yalnız kalmaktan korkma	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 AYRILIK ANKSİYETESİ BZK doldur.					
KAÇINMA BZK/ SOSYAL FOBİ					
1	İlişkinin kısıtlanması	0	1	2	3
2	Toplumsal durumlardan korkma	0	1	2	3
3	Tanidik kişilerle toplumsal ilişki	0	1	2	3
4	Süre ≥ 6 ay	0	1	2	
5	İşlevsellikte azalma				
a	Sosyal ilişkilerde	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Ciddi anksiyete/tutturma	0	1	2	
e	Kaçınma	0	1	2	
6	Tetikleyici varlığı	0	1	2	
7	Çocukluk Dönemi Kaçınma Bzk (DSM_3R)	0	1	2	
8	Sosyal fobi(DSM_4)	0	1	2	
AGORAFOBİ ve ÖZGÜL FOBİLER					
1	Sıkıntı	0	1	2	3
2	Kaçınma	0	1	2	3
En yoğun fobi:.....					
Diğer fobiler:.....					
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 AGORAFOBİ doldur.					

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU					
1	Geleceğe ilişkin gerçek dışı endişe	0	1	2	3
2	Somatik yakınmalar	0	1	2	3
3	Aşırı duyarlılık	0	1	2	3
4	Belirgin gerginlik/rahatlayamama	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 YAB doldur.					
OBSESİF KOMPULSİF BZK					
1	Kompulsiyonlar	0	1	2	3
2	Obsesyonlar	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-3 OKB doldur.					
ENÜREZİS					
1	Tekrarlayan işeme				
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2	
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2	
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2	
Sıkıntı:					
İşlevsellik:.....					
Süre :.....					
ENKOPREZİS					
1	Tekrarlayan kaka kaçırmaya				
a	Gece - ne sıklıkta	0	1	2	
b	Gündüz - ne sıklıkta	0	1	2	
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2	
Sıkıntı:					
İşlevsellik:.....					
Süre :.....					
ANOREKSİYA NERVOSA					
1	Aşırı şişman olma korkusu	0	1	2	3
2	Aşırı zayıflama	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 ANOREKSİYA NERVOSA doldur.					
BULİMİYA NERVOSA					
1	Kilo verme yöntemleri				
a	Diyet ilaçları	0	1	2	3
b	Laksatif	0	1	2	3
c	İdrar söktürücü	0	1	2	3
d	Kusmak	0	1	2	3
e	Aşırı egzersiz	0	1	2	3
f	> 1 hafta kalorisiz sıvı	0	1	2	3
g	Kombine yöntemler	0	1	2	3
2	Tıkanırçasına yeme/ yeme atakları	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-5 BULİMİYA NERVOSA doldur.					
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU					
1	Dikkatini sürdürmekte güçlük	0	1	2	3
2	İlgisinin kolayca dağılabilmesi	0	1	2	3
3	Yerinde oturmakta güçlük	0	1	2	3
4	Dürtüsellik	0	1	2	3
Herhangi bir soruda 3 aldysa EK-4 DEHB doldur.					

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 2

KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU					
1	Kendini kaybeder	0	1	2	3
2	Yetişkinlerle çok tartışır	0	1	2	3
3	Kurallara karşı gelir	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-4 KOKG doldur.

DAVRANIM BOZUKLUĞU					
1	Yalan söyleme	0	1	2	3
2	Okuldan kaçma	0	1	2	3
3	Fiziksel kavga başlatma	0	1	2	3
4	Tehdit etme, zorbalık	0	1	2	3
5	Saldırgan olmayan hastalık	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-4 DA VRANIM BZK. doldur.

TİK BOZUKLUĞU					
1	Motor tikler	0	1	2	3
2	Ses tikleri	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 3 alıyorsa EK-5 TİK BZK. doldur.

SİGARA/TÜTÜN KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Hiç sigara?	0	1	2	
b	Hiç tütün?	0	1	2	
2	Sigara kullanım miktarı				
a	Şimdiki sigara miktarı /gün				
b	Maks. Sigara miktarı/gün ve kaç yaşında				
3	Düzenli kullanıma başladığı yaş				
4	Bırakma girişimi	0	1	2	
5	Hiç bırakmış mı?	0	1	2	
6	En uzun kaç ay bırakmış				

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Kullanım				
a	Düzenli alkol kullanma yaşı				
b	En az 4 kez haftada 2 kadeh	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa aşağıdaki formu doldur.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Miktarı	0	1	2	
2	Sıklık	0	1	2	
3	İçmesi ile ilgili başkasının düş.	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa EK-5 ALKOL KK doldur.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	İlaç kullanımı	0	1	2	
a	Kannabis	0	1	2	
b	Uyarıcılar	0	1	2	
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	
d	Kokain	0	1	2	
e	Opioidler	0	1	2	
f	PCP	0	1	2	
g	Halüsinojenler	0	1	2	
h	Uçucular	0	1	2	
i	Diğer	0	1	2	

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa aşağıdaki formu doldur.

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif- hipnotikler	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioidler	0	1	2	3

f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Uçucular	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3

Herhangi bir soruda 2 alıyorsa EK-5 MADDE KK doldur.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
1	Travmatik olaylar				
a	Araba kazası	0	1	2	
b	Başka kazalar	0	1	2	
c	Yangın	0	1	2	
d	Doğal afetlere tanıklık	0	1	2	
e	Şiddet içeren olaya tanıklık	0	1	2	
f	Şiddet içeren olayın kurbanı	0	1	2	
g	Travmatik haber almak	0	1	2	
h	Ev içi şiddete tanık	0	1	2	
i	Fiziksel kötüye kullanım	0	1	2	
j	Cinsel kötüye kullanım	0	1	2	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU					
Tarama Maddeleri					
1	Yineleyici düş/ görüntüler	0	1	2	
2	Kaçınma çabası	0	1	2	
3	Kabuslar	0	1	2	
4	Uykusuzluk	0	1	2	
5	Huzursuzluk/ öfke atakları	0	1	2	

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU_EK SORULAR					
1	Tekrarlayan oyun/ yeniden canlandırma	0	1	2	
2	Dissosiyatif ataklar-yanılsama-varsanı				
a	Dissosiyatif ataklar	0	1	2	
b	Yanılsamalar	0	1	2	
c	Varsanılar	0	1	2	
3	Olaya benzer uyarıların sıkıntı	0	1	2	
4	Kaçınma çabası	0	1	2	
5	Hatırlayamama	0	1	2	
6	İlgide azalma	0	1	2	
7	Yabancılaşma duygusu	0	1	2	
8	Kısıtlı duygulanım	0	1	2	
9	Geleceğe olumsuz bakış	0	1	2	
10	Dikkati toplamada güçlük	0	1	2	
11	Hipervijilans	0	1	2	
12	Abartılmış irkilme	0	1	2	
13	Fizyolojik tepkiler	0	1	2	
14	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
15	Süre (hafta olarak)				
16	Travma sonrası stres bozukluğu				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
17	Akut stres bozukluğu	0	1	2	

ÇOCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUANI

ŞİMDİKİ DURUM-SON 2 HAFTA

GEÇMİŞ- EN KÖTÜ İŞLEVSELLİK

GEÇMİŞ- EN İYİ İŞLEVSELLİK

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 3

EK-1 DUYGULANIM BOZUKLUKLARI EKİ					
DEPRESYON EKİ					
1	Çökkün duygudurumun değişmemesi	0	1	2	3
2	Disforik duygudurumun yastan farklılığı	0	1	2	3
3	Gün içinde duygudurum değişikliği	0	1	2	3
4	Uyku bzk				
a	Uykuya dalmakta güçlük	0	1	2	3
b	Uykuda bölünme	0	1	2	3
c	Erken uyanma	0	1	2	3
d	Uyku düzeninde bozulma	0	1	2	3
e	Dinlendirmeyen uyku	0	1	2	3
f	Fazla uyuma	0	1	2	3
5	Halsizlik- enerji azlığı	0	1	2	3
6	Bilişsel bozukluklar				
a	Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2	3
b	Kararsızlık	0	1	2	3
7	İştah - kilo	0	1	2	3
a	İştahta azalma	0	1	2	3
b	Kilo kaybı	0	1	2	3
c	İştahta artış	0	1	2	3
d	Kilo alma	0	1	2	3
8	Psikomotor bzk.	0	1	2	3
a	Ajitasyon	0	1	2	3
b	Psikomotor yavaşlama	0	1	2	3
9	Kendilik algısı	0	1	2	3
a	Değersiz hissetme	0	1	2	3
b	Aşırı suçluluk	0	1	2	3
10	Ümitsizlik, çaresizlik	0	1	2	3
11	Reddedilmeye duyarlılık	0	1	2	3
Diğer ölçütler					
1	Tetikleyici varlığı.....	0	1	2	
2	Menstruasyon ile belirti ilişkisi	0	1	2	
3	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
4	Major depresif bozukluk (DSM_3R/4)	0	1	2	
5	Melankolik depresyon				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
6	Mevsimsel bir örüntü	0	1	2	
7	Atipik depresyon	0	1	2	
8	Psikotik özellikte Major Depresif Bzk.	0	1	2	
9	Şizoaffektif Bzk.- depresyon tipi	0	1	2	
10	Distimi	0	1	2	
11	Distimi- primer tip	0	1	2	
12	Distimi- sekonder tip	0	1	2	
13	Depresif bzk-NOS	0	1	2	
14	Çökkün duygudurumlu uyum Bzk.	0	1	2	
MANİ EKİ					
1	Kendini büyük görme	0	1	2	3
2	Başınçlı konuşma	0	1	2	3

3	Yargılama zayıflığı	0	1	2	3
4	Dikkat dağınıklığı	0	1	2	3
5	Fiziksel huzursuzluk	0	1	2	3
6	Madde / alkol etkisi	0	1	2	3
7	Taşkın duygudurum süresi.....	0	1	2	3
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Hastanede yatma	0	1	2	
e	Diğer	0	1	2	
9	Mani				
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2	
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2	
c	Toplam – toplam sıklık	0	1	2	
10	Alt tipler				
a	Bipolar bzk. Manik	0	1	2	
b	Bipolar bzk. Depresif	0	1	2	
c	Bipolar bzk. Karışık	0	1	2	
d	Hızlı döngülü	0	1	2	
11	Hipomani				
a	DSM_3R ölçütleri	0	1	2	
b	DSM_4 ölçütleri	0	1	2	
12	Siklotimi	0	1	2	
13	Bipolar Bzk.-BTA	0	1	2	
14	Şizoaffektif Bzk.-manik tip	0	1	2	
EK-2 PSİKOTİK BOZUKLUKLAR EKİ					
PSİKOZ EKİ					
I-VARSANILAR					
1	İşitsel varsanılar				
a	Sözel olmayan sesler	0	1	2	3
b	Komut veren sesler	0	1	2	3
c	Yorum yapan sesler	0	1	2	3
d	Birbiriyle konuşan sesler	0	1	2	3
e	Sesli düşünceler	0	1	2	3
f	Diğer sözel varsanılar	0	1	2	3
2	Seslerin yeri				
a	Yalnızca kafanın içinden	0	1	2	3
b	Yalnızca dışarıdan	0	1	2	3
c	Her ikisi birlikte	0	1	2	3
3	Görsel varsanılar	0	1	2	3
4	Dokunma varsanıları	0	1	2	3
5	Koku varsanıları	0	1	2	3
6	Yanılsamalar	0	1	2	3
7	Kültürel olarak kabul gören	0	1	2	
8	Varsanıların süresi	0	1	2	
9	Duygulanım bzk. ile birtelilik	0	1	2	

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 4

10	Travma ile birliktelik	0	1	2
11	Madde kullanımı ile birliktelik	0	1	2
12	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
13	Süre >1 hafta	0	1	2
II- SANRILAR				
1	Büyüklik sanrıları	0	1	2 3
2	Suçluluk/ günah	0	1	2 3
3	Kontrol edilme sanrıları	0	1	2 3
4	Bedensel sanrılar	0	1	2 3
5	Nihilizm	0	1	2 3
6	Düşünce yayınlanması	0	1	2 3
7	Düşünce sokulması	0	1	2 3
8	Düşünce çalınması	0	1	2 3
9	TV/ radyodan mesaj alma	0	1	2 3
10	Zarar görme sanrıları	0	1	2 3
11	Düşünce okunması	0	1	2 3
12	Referans sanrıları	0	1	2 3
13	Diğer tuhaf sanrılar	0	1	2 3
14	Alt kültüre özgü sanrılar	0	1	2
15	Birden fazla sanrılar	0	1	2
16	Sanrılar duygudurum bzk den 2 hafta sonra	0	1	2
17	Sanrılar madde kullanımından sonra	0	1	2
18	Sanrılar duygudurumu ile ilişkili	0	1	2
19	Tetikleyicinin varlığı	0	1	2
20	Süre >1 hafta	0	1	2
III-DİĞER PSİKOTİK BELİRTİLER				
1				
a	Künt duygulanım	0	1	2
b	Uyumsuz duygulanım	0	1	2
a	Enkoherans	0	1	2
b	Çağrışımların çözülmesi	0	1	2
3	Katatonik davranış	0	1	2
İŞLEVSELLİK (HASTALIĞIN AKTİF EVRESİNDE)				
a	Okulda	0	1	2
b	Akran ilişkilerinde	0	1	2
c	Aile ilişkilerinde	0	1	2
d	Öz bakımında	0	1	2
EK-3 ANKSİYETE BOZUKLUKLARI EKİ				
PANİK BOZUKLUĞU EKİ				
1	Nefes darlığı (dispne)	0	1	2 3
2	Baş dönmesi	0	1	2 3
3	Çarpıntı	0	1	2 3
4	Titreme/sarsılma	0	1	2 3
5	Terleme	0	1	2 3
6	Boğuluyor gibi olma	0	1	2 3
7	Bulantı	0	1	2 3
8	Depersonalizasyon	0	1	2 3
9	Uyuşma/ karıncalanma	0	1	2 3

10	Ateş basması	0	1	2	3
11	Göğüs ağrısı	0	1	2	3
12	Ölüm korkusu	0	1	2	3
13	Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
14	Eşlik eden belirli uyaran	0	1	2	
15	Beklenmeyen atak	0	1	2	
16	En az belirti ölçütleri	0	1	2	
17	Atakların sıklığı	0	1	2	
18	Başka atak geçirme korkusu	0	1	2	
19	Atakların başlangıcı	0	1	2	
20	Agorafobi	0	1	2	
21	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Aile	0	1	2	
c	Okul	0	1	2	
22	Agorafobisiz panik bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
23	Sınırlı belirtilerle giden ataklar	0	1	2	
AYRILIK ANKSİYETESİ EKİ					
1	Kabuslar	0	1	2	3
2	Ayrılık gününde fiziksel belirtiler	0	1	2	3
3	Ayrılık beklentisi ile sıkıntı	0	1	2	3
4	Ayrılık durumunda aşırı sıkıntı	0	1	2	3
5	Süre (en az 2 hafta).....	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
7	Tetikleyici etkenler.....	0	1	2	
8	Ayrılık anksiyetesi bozukluğu				
a	DSM_3-R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
FOBİK BOZUKLUKLAR EKİ					
1	Fobik durumlar				
a	Yükseklik	0	1	2	3
b	Karanlık	0	1	2	3
c	Kan	0	1	2	3
d	Köpekler	0	1	2	3
e	Diğer hayvanlar	0	1	2	3
f	Böcekler	0	1	2	3
g	Evin dışında yalnız kalma	0	1	2	3
h	Kalabalık	0	1	2	3
i	Açık alan	0	1	2	3
j	Yolculuk	0	1	2	3
k	Asansör	0	1	2	3
l	Diğer kapalı alanlar	0	1	2	3
m	Köprü ve tünel	0	1	2	3
n	Diğer	0	1	2	3
2	Korkunun aşırılığını fark etme	0	1	2	

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 5

3	Süre ≥ 6 ay	0	1	2
4	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
5	Tetikleyici faktörlerin varlığı	0	1	2
6	Fobi			
a	Basit fobi: DSM_3-R	0	1	2
b	Özgül Fobi: DSM_4	0	1	2
7	Alt tipleri			
a	Hayvan tipi	0	1	2
b	Doğal çevre tipi	0	1	2
c	Kan, enjeksiyon,yara tipi	0	1	2
d	Durumsal tip	0	1	2
e	Diğer tip	0	1	2
8	Agorafobi	0	1	2
9	Agorafobili panik bozukluğu	0	1	2
AŞIRI / YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU EKİ				
1	Geçmiş davranış ile aşırı uğraş	0	1	2
2	Yeterlilik üzerine aşırı yoğunlaşma	0	1	2
3	Rahatlatılma ihtiyacı	0	1	2
4	Endişelerini kontrol yeteneği	0	1	2
5	YAB'nin diğer belirtileri			
a	Kas gerginliği,ağrı ya da acı duyma	0	1	2
b	Huzursuzluk	0	1	2
c	Kolay yorulma	0	1	2
d	Huzursuzluk , gerilme ya da sınırdaki hissetme	0	1	2
e	Dikkat toplamada güçlük	0	1	2
f	Uykuya dalma /sürdürmede zorluk	0	1	2
g	Tedirginlik	0	1	2
6	Süre >6 ay	0	1	2
7	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
8	Tetikleyici varlığı	0	1	2
9	Aşırı anksiyete bozukluğu (DSM_3R)	0	1	2
10	YAB (DSM_4)	0	1	2
OKB EKİ				
KOMPULSİYONLAR				
1	Kompulsiyonların tipleri			
a	Dokunma	0	1	2
b	Sayma	0	1	2
c	Temizleme/ yıkama	0	1	2
d	Kontrol etme	0	1	2
e	Biriktirme	0	1	2
f	Sıralama / düzenleme	0	1	2
h	Yineleme /yeniden yapma	0	1	2
g	Planlama	0	1	2

i	Diğer	0	1	2	3
2	Kompulsiyonların amacı	0	1	2	
3	Kompulsiyonların algılanması	0	1	2	
4	Zaman harcama	0	1	2	
5	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
OBSESYONLAR					
1	Obsesyonların içeriği				
a	Bulaşma, somatik	0	1	2	3
b	Saldırgan düşünceler	0	1	2	3
c	Nihilistik düşünceler	0	1	2	3
d	Simetri gereksinimi	0	1	2	3
e	Anlamsız sözcükler	0	1	2	3
f	Cinsel obsesyonlar	0	1	2	3
g	Biriktirme/saklama	0	1	2	3
h	Dinsel	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
2	Giriç/anlamsız düşünceler	0	1	2	
3	Baskılama	0	1	2	
4	Düşüncelerin kaynağı	0	1	2	
5	Zaman harcama	0	1	2	
6	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
d	Aşırı sıkıntı	0	1	2	
7	OKB-DSM_3R				
a	Obsesyonların varlığı	0	1	2	
b	Kompulsiyonların varlığı	0	1	2	
8	OKB-DSM_4	0	1	2	
EK-4 DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI EKİ					
DEHB EKİ					
1	Çok sayıda hata	0	1	2	3
2	Söylenenleri dinlemez	0	1	2	3
3	Yönergeleri izleyemez	0	1	2	3
4	İşlerini düzenlemekte zorlanır	0	1	2	3
5	Dikkat gerektiren işlerden kaçır	0	1	2	3
6	Eşyalarını kaybeder	0	1	2	3
7	Günlük etkinliklerde unutkan	0	1	2	3
8	Yerinde duramaz	0	1	2	3
9	Çok fazla koşar	0	1	2	3
10	Sürekli hareket halindedir	0	1	2	3
11	Sessizce oynamakta zorlanır	0	1	2	3
12	Soruları söz almadan yanıtlar	0	1	2	3
13	Sıra beklemekte zorlanır	0	1	2	3
14	Söz keser	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 6

15	Bir etkinlikten diğerine geçer	0	1	2	3
16	Fazla konuşur	0	1	2	3
17	Tehlikeli işlere girer	0	1	2	3
18	Süre > 6 ay	0	1	2	
19	Başlangıç yaşı.....	0	1	2	
20	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
21	DEHB (DSM_3R)	0	1	2	
22	DEHB (DSM_4)	0	1	2	
23	Dikkatsizlik baskın olduğu tip	0	1	2	
24	Aşırı hareketlik baskın olduğu tip	0	1	2	
25	Bileşik tip	0	1	2	
26	DEHB-NOS	0	1	2	
KOKGB EKİ					
1	Kolay sinirlenir	0	1	2	3
2	Öfkeli küskün	0	1	2	3
3	Kinci	0	1	2	3
4	Küfür eder	0	1	2	3
5	Başkasını bilerek kızdırır	0	1	2	3
6	Hataları için başkasını suçlar	0	1	2	3
7	Süre > 6 ay	0	1	2	
8	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
9	Tetikleyici uyaran.....	0	1	2	
10	KOKGB BZK				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
DAVRANIM BOZUKLUĞU EKİ					
1	Vandalizm	0	1	2	3
2	Bir yere zorla girmek	0	1	2	3
3	Saldırganlık olan hırsızlık	0	1	2	3
4	Yangın çıkarma	0	1	2	3
5	Geceyi dışarıda geçirme	0	1	2	3
6	Evden kaçma	0	1	2	3
7	Silah kullanma	0	1	2	3
8	Fiziksel eziyet etme	0	1	2	3
9	Cinsel etkinliğe zorlama	0	1	2	3
10	Hayvanlara eziyet etme	0	1	2	3
11	İşlevsellikte bozulma				
a	Sosyal	0	1	2	
b	Ailesiyle	0	1	2	
c	Okulda	0	1	2	
12	Süre > 6 ay	0	1	2	
13	Grup tipi	0	1	2	

14	Tek başına saldırgan tip	0	1	2	
15	Ayrışmamış tip	0	1	2	
16	Çocukluk başlangıçlı tip	0	1	2	
17	Ergenlik başlangıçlı tip	0	1	2	
18	Davranım bzk.				
	• DSM_3R	0	1	2	
	• DSM_4	0	1	2	
	• Çocukluk başlangıçlı	0	1	2	
	• Ergenlik başlangıçlı	0	1	2	
	• Hafif	0	1	2	
	• Orta	0	1	2	
	• Ağır	0	1	2	
EK-5 MADDE KÖTÜYE KULLANIM VE DİĞER BZK LER EKİ					
ALKOL KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık	0	1	2	3
2	Miktar	0	1	2	3
3	Planladığından çok içme	0	1	2	3
4	Fiziksel olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
5	Tehlikeli davranışlar	0	1	2	3
6	Psikolojik olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
7	Mesleki olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
8	Sosyal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
9	Yasal olumsuz sonuçlar	0	1	2	3
10	Sorumluluk zamanında sarhoş olma	0	1	2	3
11	Etkinliklerin bırakılması	0	1	2	3
12	Zaman harcama	0	1	2	3
13	Tolerans	0	1	2	3
14	Bırakma girişimi	0	1	2	3
15	Çekilme belirtileri	0	1	2	
16	Çekilme için alkol kullanımı	0	1	2	
17	Süre > 1 ay	0	1	2	
18	Alkol kötüye kullanımı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
19	Alkol bağımlılığı				
a	DSM_3R	0	1	2	
b	DSM_4	0	1	2	
MADDE KÖTÜYE KULLANIM EKİ					
1	Sıklık				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojenler	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 7

2	Planlanandan fazla kullanım				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
3	Fiziksel olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
4	Tehlikeli davranışlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
5	Psikolojik olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
6	Mesleki olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3

d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
7	Sosyal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
8	Yasal olumsuz sonuçlar				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
9	Sorumluluk zamanında sarhoş olma				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
10	Etkinliklerin bırakılması				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3

UYGULAYAN DOKTOR:
HASTANIN ADI-SOYADI:
TARİH:

K-SADS-PL KISA FORM_ssy 8

h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
11	Zaman harcama				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
12	Tolerans				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
13	Bırakma girişimi				
a	Kannabis	0	1	2	3
b	Uyarıcılar	0	1	2	3
c	Sedatif	0	1	2	3
d	Kokain	0	1	2	3
e	Opioid	0	1	2	3
f	PCP	0	1	2	3
g	Halüsinojen	0	1	2	3
h	Çözücüler	0	1	2	3
i	Diğer	0	1	2	3
j	Çoklu madde	0	1	2	3
TİK BOZUKLUKLARI EKİ					
1	Göz kırpma	0	1	2	
2	Diğer yüz tikleri	0	1	2	
3	Kafa hareketleri	0	1	2	
4	Omuz hareketleri	0	1	2	
5	Kol hareketleri	0	1	2	
6	Karın seyirmeleri	0	1	2	
7	Bacak hareketleri	0	1	2	
8	Diğer	0	1	2	
KARMAŞIK MOTOR TİKLER					
1	Dokunma / Vurma hareketleri	0	1	2	
2	Zıplama / dönme hareketleri	0	1	2	

3	Ekokinezis	0	1	2
4	Kendine zarar verme	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
BASİT SES TİKLERİ				
1	Burun çekme / Öksürme	0	1	2
2	Horlama / Hırlama	0	1	2
3	Diğer	0	1	2
KARMAŞIK SES TİKLERİ				
1	Kendi sözlerini yineleme	0	1	2
2	Başkasının sözlerini tekrarlama	0	1	2
3	Kaprolali	0	1	2
4	Hakaret / İrk ayrımı	0	1	2
5	Diğer	0	1	2
6	İşlevsellikte bozulma			
a	Sosyal	0	1	2
b	Ailesiyle	0	1	2
c	Okulda	0	1	2
7	Tourette Send.Ölçütleri			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
8	Kronik Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2
9	Geçici Tik Bzk.			
a	DSM_3R	0	1	2
b	DSM_4	0	1	2

Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça çok rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği Amerikan Psikiyatri Birliği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır. Aşağıdaki sorular şu an değerlendirilmesini yaptığımız çocuğun/gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

1. BÖLÜM	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.				
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.				
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.				
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.				
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.				
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.				
8. Dikkati kolayca dağılır.				
9. Günlük etkinliklerde unutkanır.				
10. Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.				
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.				
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir).				
13. Sokakta oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.				
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.				
15. Çok konuşur.				
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.				
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.				
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar.				
19. Kontrolü kaybeder.				
20. Erişkinlerle tartışır.				
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.				
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.				
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.				
24. Ağızandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.				
25. Kızgın ve güceniktir.				
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.				

27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.				
28. Kavga dövüş başlatır.				
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak vb.) kullanır.				
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.				
33. Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.				
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında).				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.				
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).				
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekârlık).				
39. 13 yaş öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarıda geçirir.				
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez).				
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.				

ÇADÖ-Y (EBEVEYN FORMU)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı: _____ Yaş: _____
Cinsiyet: _____ Eğitimi (sınıfı): _____

Aşağıda çocuğunuzun kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin:

	ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1. Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Çocuğum bir işte başarısız olduğunu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitletiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17. Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22. Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇADÖ-Y (EBEVEYN FORMU)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa gittiğinde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huzursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y)

Adı ve Soyadı: _____ Yaş: _____ Cinsiyet: _____ Eğitimi: (sınıfı): _____

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe karar verin (" Asla doğru değil ise 0'ı, Bazen doğru ise 1'i, Sık Sık doğru ise 2'yi, Her Zaman doğru ise 3'ü işaretleyin).

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Bazı konularda endişe/kaygı duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Kendimi üzgün veya boşlukta hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Bir sorunum olduğunda midemde tuhaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığımı düşündüğüm zaman endişelenirim/kaygılanırım	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Evde yalnız kalmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Sınava gireceğim zaman korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Birinin bana kızgın olduğunu düşündüğümde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Ailemden uzakta olmak beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Aklımdaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler beni rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Uyku sorunum var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Okulda başarısız olacağımdan korkarım/ endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Ailemden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyorum gibi hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	İştahım ile ilgili sorunlarım var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Yaptığım şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığımı tekrar tekrar kontrol ederim (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Kendi başıma uyumam gerekirse bundan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sabahları gergin veya endişeli hissettiğimden okula gitmek istemem	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Hiçbir şey için enerjim yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Aptalca görüldüğümünden endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Kendimi çok yorgun hissederim	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Başıma kötü şeyler geleceğinden endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)

(Lütfen iki sayfayı da doldurun)

ÇADÖ-Y (Çocuk Formu)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
23.	Kötü ve saçma düşünceleri kafamdan atamıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Bir sorunum olduğunda kalbim çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Rahat bir şekilde düşünemem	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Başıma kötü bir şey geleceğinden endişe ediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Bir sorunum olduğunda titrediğimi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Kendimi değersiz hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Yanlış yapmaktan kaygılanırım/endişe ederim	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri (sayılar, kelimeler gibi) aklımdan geçirmem gerekir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Diğer insanların benim hakkında ne düşündükleri beni endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyarım	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Gelecek hakkında endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Hiçbir nedeni yokken aniden başım döner ve bayılacak gibi olurum	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Ölüm hakkında düşünürüm	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Sınıfımın önünde konuşma yapmak beni korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Kalbim sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Hareket etmek istemiyor gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hissedirim (ellerimi yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	İnsanların önünde aptal durumuna düşmekten korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Geceleri yatağa gittiğimde endişelenirim	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkarım	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Kendimi huzursuz hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)

(Lütfen iki sayfayı da doldurun)

DUYGU AYARLAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda çocuğunuzun duygularıyla ilgili 24 madde bulunmaktadır. Lütfen maddeleri eksiksiz bir şekilde “hiçbir zaman=1, bazen=2, sık sık=3, hemen her zaman=4” olarak çocuğunuza en uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Çocuğum;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Neşeli bir çocuktur.	①	②	③	④
2. Duygularında aşırı değişiklikler gösterir (Olumlu duygulardan olumsuz duygulara hızla geçtiği için duygusal durumunu önceden tahmin etmek güçtür).	①	②	③	④
3. Yetişkinlerin sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	①	②	③	④
4. Bir etkinlikten başka bir etkinliğe kolayca geçer; bunu yaparken kaygı, öfke, sıkıntı ya da aşırı heyecan belirtileri göstermez.	①	②	③	④
5. Üzüntüsünden ya da sıkıntısından kolayca kurtulabilir (Örneğin, onu üzen bir olaydan sonra kırılganlığını, kaygısını ya da üzüntüsünü uzun süre sürdürmez).	①	②	③	④
6. Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.	①	②	③	④
7. Yaşatlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	①	②	③	④
8. Kolayca öfke patlamaları ya da öfke krizleri geçirir.	①	②	③	④
9. İsteddiği bir şeye kavuşmayı erteleyebilir	①	②	③	④
10. Başkalarının sıkıntısından ya da acısından keyif alır (Örneğin, birisinin canı yandığında ya da birisi cezalandırıldığında güler; başkalarını kızdırmaktan hoşlanır).	①	②	③	④
11. Heyecan verici durumlarda coşkusunu denetleyebilir (Örneğin, hareketli oyunlarda kendini kaybetmez; ya da uygun olmayan ortamlarda azmaz).	①	②	③	④
12. Yetişkinlere yapışır ya da mızırmız davranır.	①	②	③	④
13. Taşkınlık yapmaya ve enerjisini yıkıp dökerek boşaltmaya yatkındır.	①	②	③	④
14. Yetişkinlerin kural ya da sınır koymalarına öfkeyle tepki verir.	①	②	③	④
15. Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda	①	②	③	④

duygularını anlatır.				
16. Üzgün ya da cansız görünür.	①	②	③	④
17. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken aşırı heyecanlı davranır.	①	②	③	④
18. Duygusal olarak donuk görünür (yüz ifadesi boş ve anlamsızdır; olaylara duygusal olarak katılmıyor gibidir).	①	②	③	④
19. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumsuz tepki verir (Örneğin, öfkeli bir sesle konuşur ya da ürkek bir tepki verir).	①	②	③	④
20. Dürtüseldir (Aklına eseni düşünmeden yapar).	①	②	③	④
21. Başkalarının duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılıyken onlarla ilgilenir.	①	②	③	④
22. Başkalarının işine karışacak ya da onları rahatsız edecek biçimde taşkınlık yapar.	①	②	③	④
23. Yaşıtlarının düşmanca, saldırgan ya da müdahaleci davranışlarına karşı öfke, korku, düş kırıklığı ya da sıkıntı gibi uygun olumsuz duygularını gösterir.	①	②	③	④
24. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir.	①	②	③	④

KERN'S GÜVENLİ BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Nasıl Biriyim? - 1

Şimdi sana seninle ve annenle ilgili bazı sorular soracağız. Her bir cümle için sadece bir tane kutucuğu işaretleyeceksin. Ancak bu anketin biraz farklı bir yolla doldurulması gerekiyor. Aşağıdaki sorularda, “AMA” yazan kutunun hemen sağında ve solunda iki çocuk tanımlanmaktadır. Önce bunları oku ve hangisine daha çok benzediğine karar ver. Sonra da seçtiğin tarafa git. Bu çocuğa çok benziyorsan “Bana çok benziyor” kutucuğunu”, biraz benziyorsan “Bana biraz benziyor” kutucuğunu işaretle.

1.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerine kolayca güvenirlir.	AMA	Bazı çocuklar annelerine güvenip güvenemeyecekleri konusunda emin değildirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

2.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar yaptıkları her şeye annelerinin çok karıştığını düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar kendi başlarına bir şeyler yapmalarına annelerinin izin verdiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

3.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak kolaydır.	AMA	Bazı çocuklar için annelerinin yardım edeceğine inanmak zordur.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

4.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirdiğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onlarla yeterince zaman geçirmediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

5.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten pek hoşlanmazlar.	AMA	Bazı çocuklar annelerine ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten hoşlanırlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

6.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar her şeyde annelerine ihtiyaç duymaz.	AMA	Bazı çocuklar hemen hemen her şey için annelerine ihtiyaç duyar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

7.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke anneme daha yakın olabilseydim" derler.	AMA	Bazı çocuklar annelerine olan yakınlıklarıyla mutludurlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

8.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları gerçekten sevmediğinden endişe duyarlar.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları sevdiğinden emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

9.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları anladığını hissederler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları anlamadığını hissederler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

10.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin onları terk etmeyeceğinden gerçekten emindirler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları terk edebileceğinden bazen endişelenirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---

11.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında annelerinin yanlarında olamayacağını düşünerek endişelenirler.	AMA	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında annelerinin yanlarında olacağından emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

12.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar annelerinin kendilerini dinlemediğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onları gerçekten dinlediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

13.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar üzgün olduklarında annelerinin yanına giderler.	AMA	Bazı çocuklar üzgün olduklarında annelerinin yanına pek gitmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

14.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke annem sorunlarımla daha çok ilgilense" derler.	AMA	Bazı çocuklar annelerinin onlara yeterince yardım ettiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

15.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar anneleri etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissederekler.	AMA	Bazı çocuklar anneleri etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissetmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---

Nasıl Biriyim?-2

Şimdi sana seninle ve babanla ilgili bazı sorular soracağız. Her bir cümle için sadece bir tane kutucuğu işaretleyeceksin. Ancak bu anketin biraz farklı bir yolla doldurulması gerekiyor. Aşağıdaki sorularda, “AMA” yazan kutunun hemen sağında ve solunda iki çocuk tanımlanmaktadır. Önce bunları oku ve hangisine daha çok benzediğine karar ver. Sonra da seçtiğin tarafa git. Bu çocuğa çok benziyorsan “Bana çok benziyor” kutucuğunu”, biraz benziyorsan “Bana biraz benziyor” kutucuğunu işaretle.

1.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarına kolayca güvenirler.	AMA	Bazı çocuklar babalarına güvenip güvenemeyecekleri konusunda emin değildirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

2.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar yaptıkları her şeye babalarının çok karıştığını düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar kendi başlarına bir şeyler yapmalarına babalarının izin verdiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

3.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar için babalarının yardım edeceğine inanmak kolaydır.	AMA	Bazı çocuklar için babalarının yardım edeceğine inanmak zordur.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

4.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarının onlarla yeterince zaman geçirdiğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar babalarının onlarla yeterince zaman geçirmediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	---	---	---

5.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarına ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten pek hoşlanmazlar.	AMA	Bazı çocuklar babalarına ne düşündüklerini veya hissettiklerini söylemekten hoşlanırlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

6.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar her şeyde babalarına ihtiyaç duymaz.	AMA	Bazı çocuklar babalarına hemen hemen her şey için ihtiyaç duyar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

7.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke babama daha yakın olabilseydim" derler.	AMA	Bazı çocuklar babalarına olan yakınlıklarıyla mutludurlar.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

8.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarının onları gerçekten sevmediğinden endişe duyarlar.	AMA	Bazı çocuklar babalarının onları sevdiğinden emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

9.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarının onları anladığını hissederler.	AMA	Bazı çocuklar babalarının onları anlamadığını hissederler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

10.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarının onları terk etmeyeceğinden gerçekten emindirler.	AMA	Bazı çocuklar babalarının onları terk edebileceğinden bazen endişelenirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---

11.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında babalarının yanlarında olamayacağını düşünerek endişelenirler.	AMA	Bazı çocuklar ihtiyaç duyduklarında babalarının yanlarında olacağından emindirler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	--	---	---

12.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babalarının kendilerini dinlemediğini düşünürler.	AMA	Bazı çocuklar babalarının onları gerçekten dinlediğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

13.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar üzgün olduklarında babalarının yanına giderler.	AMA	Bazı çocuklar üzgün olduklarında babalarının yanına pek gitmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

14.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar "Keşke babam sorunlarımla daha çok ilgilense" derler.	AMA	Bazı çocuklar babalarının onlara yeterince yardım ettiğini düşünürler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	---	-----	--	---	---

15.

Bana çok benziyor ☐	Bana biraz benziyor ☐	Bazı çocuklar babaları etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissederler.	AMA	Bazı çocuklar babaları etrafta olduğunda kendilerini daha iyi hissetmezler.	Bana biraz benziyor ☐	Bana çok benziyor ☐
---	---	--	-----	---	---	---