



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANILI ERİŞKİNLERDE YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO
SEMPTOMLARININ DEPRESİF BELİRTİLER VE DUYGU
DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Cengiz GÖKCE





T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI SAğLIK
UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ**

**DİKKAT EKSİKLİğİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUğU
TANILI ERİşKİNLERDE YAVAş BİLİşSEL TEMPO
SEMPTOMLARININ DEPRESİF BELİRTİLER VE DUYGU
DÜZENLEME GüçLüğü İLE İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Cengiz GÖKCE

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Engin Emrem BEşTEPE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2024



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hem insani ilişkileri hem de profesyonel bilgisi ve akademik başarısı ile bana örnek olan ve yol gösteren, sadece tez döneminde değil, uzmanlık eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, ekibini gerçekten dinleyen ve anlayan, beraber çalışmaktan ötürü kendimi çok şanslı hissettiğim Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye öncelikle teşekkürlerimi sunmak isterim.

Engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendileri ile çalışma fırsatı bulduğum, öğrencileri olduğum için gurur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Medine Yazıcı, Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Prof. Dr. Filiz İzci, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Doç. Dr. Onur Durmaz, Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül, Doç. Dr. Mihriban Dalkıran Durmuş, Doç. Dr. Murat Yalçın, Doç. Dr. Hatice Kaya Doç. Dr. Mehmet Fatih Üstündağ, Doç. Dr. Başak Ünübol Doç. Dr. Batuhan Ayık ve başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara' ya;

Rotasyonlarımda bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım başta sayın Prof. Dr. Füsün Mayda Domaç, Prof. Dr. Özalp Ekinci, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak, Uzm. Dr. Rahşan Karacı, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Cemre Yaşöz, Uzm Dr. Oğuz Bilal Karakuş olmak üzere tüm nöroloji ve çocuk psikiyatrisi ekibine ve hastanemizin tek anestezi uzmanı Naime abla'ya;

Tezimin tüm aşamalarında yol gösterici olan, desteğini esirgemeyen, yardımseverliği, anlayışı ve içtenliği ile her daim yanımda olan, güven veren, birlikte çalışma fırsatı yakaladığım için çok mutlu olduğum Uzm. Dr. Ege Sipahi'ye;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, hepsi birbirinden yardımsever başta Uzm. Dr. Haluk Usta Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Salih Cihat Paltun, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm Dr. Ferda Can Güngör, Uzm. Dr. Didem Beşikçi Keleş, Uzm Dr. Ali Baz, Uzm. Dr. Özge Bebek İrem, Uzm. Dr. Harun Yetkin, Uzm. Dr. Beyza Arpacıoğlu, Uzm. Dr. Ekin Revşan Parlak, Uzm. Dr. Özge Yükselay, Uzm. Dr. Dilek Çağlar Tetik, Uzm. Dr. Hikmet Ekin Güngör, Uzm. Dr. İrem Nurşah Erat, Uzm. Dr. Sinem Acar, Uzm. Dr. Fikret Ferzan Gıynaş, Öğ. Gör. Dr. Sümeyye Yasemin Çallı, Uzm. Dr. Yağmur Sever Fidan, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç, Uzm Dr. Pınar Şen Gökçeimam, Uzm Dr.

Didem Beşikçi Keleş başta olmak üzere hastanemizin diğer değerli tüm uzman doktorlarına;

Hastanemizden ayrılmalarına rağmen hala eksikliğini hissettiğimiz başta Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş, Uzm. Dr. Alper Bülbül, Uzm. Dr. Rıdvan Göçer, Uzm Dr. Melike Yerebakan Tüzer, Uzm Dr. Öznur Bülbül, Uzm. Dr. Nilay Gül Bal, Uzm. Dr. Sevilay Kunt, Uzm. Dr. Emine Yağmur Zorbozan, Uzm Dr. Ceren Bilgesoy, Uzm. Dr. Merve Karaca, Uzm. Dr. Emine Cengiz Çavuşoğlu, Uzm Dr. Ozan Odabaşı, Uzm. Dr. Samet Kurnaz, Uzm Dr. Can İnceman, Uzm. Dr. Ömer Öz, Uzm. Dr. M.Alp Şenel, Uzm. Dr. Merve Özdoğan, Uzm. Dr. Pınar Kartal, Uzm. Dr. Mehmet Budak, Uzm. Dr. Velat Kurt, Uzm. Dr. Mustafa Güneş, Uzm. Dr. Neval Ateş, Uzm Dr. Sıtar Hezer, Uzm Dr. Eda Ülger, Uzm Dr. Sinem Yolcu, Uzm Dr. Yiğit Moğol ve sevgili eşi arkadaşım İlayda Çelik, Uzm. Dr. İshak Saygılı ve Uzm. Dr. Begüm Saygılı'ya ve tabii Uzm. Dr. Enes Özel'e

Erenköy'ü evim yapan, çok güzel anılar biriktirdiğim, yanımda oldukları için çok şanslı hissettiğim, çalışma hayatımı güzelleştiren sevgili arkadaşlarım, Uzm. Dr. Görkem Emre Öz, Uzm. Dr. Çise Cemaller Akgök, Dr. Selda Karakaş, Dr. Merve Sinem Cesur, Uzm. Dr. İlke Sertler, Dr. Cemre Özdemir, Dr. Meryem Topal, Dr. Ulaş Karavelioğlu, Dr. Damla Çevli, Uzm. Dr. Ümit Yılmaz, Uzm. Dr. Serpil Ceylan Hoca başta olmak üzere asistanlık süresi boyunca bana desteğini esirgemeyen isimlerini sayamadığım tüm asistan arkadaşlarıma;

Sevgili dostlarım Dr. Barış Özacar, Dr. Sema Şahin, Dr. Burcu Güler, Dr. Berkant Cafer, Dr. Ebru Özden, Dr. İzgi Gencan, Dr. Galip Küçük, Dr. Volkan Kolcu'ya ve Emin Bey'e

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog, hemşire ekibi, sağlık personeli, sağlık memuru ve güvenlik görevlilerine ve değerli dostum Hemşire Resul Sağlam'a;

Aramıza yeni katılan Öykü, Çağrı, Barkın, Tuğrul, Gamze, Zehra, Sercen, İnci, Aleyna, Ediz, Gaye, Ekrem Doğa, Berk, Ekrem, Mehmet Akif, Melodi, Özge Dicle, Yağmur ve diğerlerine

Dostlarım Uzm Dt. Kerim Aktaş, Dr Sezin Ünver, Dr Fatma Canan Karabaş, Dr. İrem Nur Kiraz, Dr. İlhan Sesigüzel, Dr. Galip Ekin, Dr. Aykut Uçar, Uzm Dr Ezgi Urtekin, Dr. Yiğit Aksoy, Dr Büşra ve Yunus Çirkin çiftine;

Çocukluğumdan bugüne kadar beraber büyüdüğüm, ikinci ailem, Yük Müh. Batuhan Fındık, Yüh Müh. Doğukan Öz, Yük. Müh. Gökhan Gözlekçi, Yük. Müh. Osman Can Kaya, Yük. Müh. Bahar Sancaklı, Uzm Dt. Seçil Sümengen, Uzm. Fizyoterpiast Pelin Deniz Duygu ve Ecz. Gökhan Kolsuz'a

Sevgili kuzenlerim Av. Hasan Uca, Av. Hilal Uca ve Uzm Dt. Keriman Ateş'e, İnş. müh. Gökhan Uca'ya, Efe Uca ve prensesimiz Masal'a dayım Ahmet Uca ve yengem Fatma Uca'ya ve bugün yanımda olmasını çok istediğim ve çok özlediğim rahmetli dedem Hasan Uca'ya

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan, maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, bana inanan, hep yanımda olan, hayatımı kolaylaştıran, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım annem Gülümay Gökce ve canım babam Ayhan Gökce'ye ve en değerli varlığım canım kardeşim Dr. Ayfer Gökce'ye burada kelimelerle teşekkür etmemin imkansız olduğu mutlu yaşamının ne demek olduğunu onu tanıdıktan sonra öğrendiğim sevgili eşim Dr. Merve Eriş Gökce'ye ve ikinci ailem Eriş ailesine;

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Cengiz Gökce

İstanbul 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR.....	vii
TABLolar	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	16
2. GENEL BİLGİLER.....	18
2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	18
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	18
2.1.2 Epidemiyoloji.....	19
2.1.3 Etiyoloji.....	20
2.1.4 Tanı Kriterleri	21
2.1.5 Tedavi	23
2.1.6 Gidiş ve Sonlanım.....	26
2.2 YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO	26
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	26
2.1.2 Yavaş Bilişsel Tempo Epidemiyoloji ve Etiyolojisi.....	28
2.1.3 Tanı ve Belirtiler	30
2.1.4 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yavaş Bilişsel Tempo İlişkisi	32
2.1.5 Yavaş Bilişsel Tempo ve Komorbidite	35
2.1.6 Yavaş Bilişsel Tempo ve İç Yönelim Semptomları	36
2.1.7 Yavaş Bilişsel Tempo, DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	38
2.1.8 Tedavi	39
2.3 DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ	40
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	43
3.1 ÖRNEKLEM	43
3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	45

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu	45
3.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonu (SCID-I-CV)	45
3.2.3 Barkley Erişkin SCT (Sluggish Cognitive Tempo) Ölçeği (SCT).....	45
3.2.4 Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9).....	46
3.2.5 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening And Rating Scale).....	47
3.2.6 Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16)	48
3.2.7 Aydınlatılmış Onam Formu	49
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	49
3.4 ETİK KURUL ONAYI	49
4. BULGULAR	50
4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	50
4.2 KLİNİK ÖZELLİKLER.....	52
4.3 SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN YBT SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİSİ	54
4.4 YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA PHQ-9, DDGÖ-16, ERİŞKİN DEHB (TURGAY) ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	56
4.5 YBT SEMPTOMLARININ (SCT-T), ERİŞKİN DEHB (TURGAY) ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	57
4.6 ERİŞKİN DEHB (TURGAY) ALT ÖLÇEK PUANLARININ PHQ-9 VE DDGÖ-16 İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	57
5. TARTIŞMA	59
5.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	60
5.2 SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN YBT SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİSİ	64
5.3 YBT SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN İKİ GRUPTA DEHB SEMPTOM ŞİDDETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	66
5.4 YBT SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN İKİ GRUPTA DEPRESYON VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ŞİDDETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	67
5.5 YBT SEMPTOM ŞİDDETİ İLE DEHB SEMPTOM ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	69

5.6 DEHB SEMPTOMLARI İLE DEPRESİF BELİRTİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ..	70
5.7 YBT SEMPTOM ŞİDDETİ İLE DEPRESİF BELİRTİLER VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ SEMPTOMLARININ ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....	72
5.8 DEHB TANILI ERİŞKİNLERDE DEPRESİF BELİRTİLER İLE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ SEMPTOMLARININ ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....	72
6.KISITLILIKLAR.....	75
7. SONUÇLAR	76
KAYNAKLAR.....	78
EKLER.....	98

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikoloji Birliği

AH: Aşırı Hareketlilik

BAARS-IV: Barkley Yetişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV

CFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DA: Dopamin

DAT1: Dopamin Taşıyıcı 5 geni

DB: Davranım Bozukluğu

DDG: Duygu Düzenleme Güçlüğü

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

DE: Dikkat Eksikliği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEB: Hiperaktivitesiz Dikkat Eksikliği Bozukluğu

DEHB-DEB: Dikkat Eksikliği Baskın tip

DEHB-HI: Hiperaktivite/İmpulsivite Baskın tip

DRD4: Dopamin D4 reseptör geni

DRD5: Dopamin D5 reseptör geni

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSM-II: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-II

DSM-III: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III

DSM-III-R: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III-Yeniden Düzenlenmiş

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV

DSM-IV-TR: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV-Yeniden Düzenlenmiş

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-V

DÜ: Dürtüsellik

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EEG: Elektroensefalografi

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi

FMRI: Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme

EEG: Elektroensefalografi

HTR1B: Serotonin 1B reseptörü geni

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

MPH: Metilfenidat

NA: Nöradrenalin

NET-1: Neuroepithelial Cell Transforming 1

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

PHQ-9: Hasta Sağlık Anketi-9

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SCID-I-CV: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonu

SCT: Sluggish Cognitive Tempo

SCT: Barkley Erişkin SCT Ölçeği

SNAP 25: Sinaptosomal ilişkili protein 25 geni

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

T: Turgay, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği

YBT: Yavaş Bilişsel Tempo

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların Ölçek Puanları

Tablo 4. SCT+ ve SCT- grubun klinik ve sosyodemografik özellikleri

Tablo 5. SCT+ ve SCT- grubun PHQ-9, DDGÖ-16, Erişkin DEHB Ölçek Puanları

Tablo 6. SCT, Erişkin DEHB (Turgay), PHQ-9, DDGÖ-16 arasındaki korelasyonun incelenmesi



ÖZET

Amaç: "Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminden başlayarak yetişkinlikte de devam eden, bireyin gelişim ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. Erişkin popülasyonda, DEHB'ye bağlı ya da bağımsız olarak ortaya çıkan Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) semptomları henüz tam olarak anlaşılmamıştır.

Erişkin DEHB tanısı alan bireylerde, depresyon ve anksiyete gibi komorbid psikiyatrik hastalıklar sıkça gözlemlenmektedir. YBT semptomları, depresif belirtiler ve anksiyete bozuklukları ile benzerlik gösterdiği için, DEHB tanısı almış bireylerin etkin tedavisini yönetmek zor olabilmektedir. Bu nedenle, YBT semptomlarının doğru bir şekilde tanınması ve bu semptomların depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlükleri ile olan ilişkisinin anlaşılması, etkili tedavi stratejileri geliştirmek için önemlidir.

Bu çalışmanın temel amaçları arasında, DEHB tanısı almış erişkinlerde YBT semptomlarının tanımlanması ve bu semptomların depresif belirtiler ile duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi bulunmaktadır. Çalışmanın sonuçları, DEHB'li bireylerde bilişsel ve duygusal süreçleri daha iyi anlamak ve uygun müdahale stratejilerini geliştirmek için önemli bir kaynak olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma, DEHB'nin kompleks doğasını daha iyi anlamamıza ve bu bozukluğa yönelik daha etkili tedavi ve yönetim stratejileri geliştirmemize katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Mayıs 2023 ile Ekim 2023 tarihleri arasında S.B.Ü. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Psikiyatri Poliklinikleri ve Dikkat Eksikliği Özel Dal Polikliniği'ne başvuran bireyler arasından, DSM-5 kriterlerine göre Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan 18-65 yaş arasındaki yetişkinler üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya katılan 87 DEHB tanılı gönüllü katılımcının tamamına, Sosyo-demografik ve Klinik Veri Toplama Formu uygulanmıştır. Ayrıca, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonu (SCID-I-CV) temel alınarak klinik görüşme gerçekleştirilmiş ve katılımcılara Hasta Sağlık Anketi

(PHQ-9), Barkley Erişkin SCT (Sluggish Cognitive Tempo), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Turgay), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-16 (DDGÖ-16) öz bildirim yöntemi ile uygulanmıştır.

Bulgular: YBT semptomları gösteren bireylerde, depresif belirti şiddeti YBT semptomları göstermeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bulgu, YBT'nin depresyon belirtileriyle ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Duygu düzenleme güçlüğü açısından da, YBT semptomları gösteren grupta olmayanlara göre daha yüksek bir şiddet düzeyi tespit edilmiştir ($p<0,001$). Bu durum, YBT'nin duygusal düzenleme süreçleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

DEHB tanısı alan bireyler arasında, YBT semptomları gösteren grupta olmayanlara göre daha yüksek düzeyde dikkat eksikliği ($p=0,002$) ve DEHB'e bağlı yaşam sorunları ($p<0,001$) belirlenmiştir. Ancak, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptom şiddeti ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Ayrıca, YBT semptom şiddeti ile depresif belirti, duygu düzenleme güçlüğü, DEHB'ye bağlı dikkat eksikliği ve DEHB'ye bağlı yaşam sorunları şiddeti arasında pozitif yönde korelasyonlar belirlenmiştir ($p<0,001$). Bu bulgular, YBT'nin çeşitli psikopatolojik faktörlerle ilişkili olduğunu ve bu faktörler arasında korelasyonların bulunduğunu desteklemektedir.

Sonuç: Bu çalışma, erişkin popülasyondaki Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) semptomları ile bu semptomların dikkat eksikliği şiddeti, depresif belirti şiddeti ve duygu düzenleme güçlüğü şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmalardan biridir. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış bireyler üzerinde YBT semptomlarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu bağlamda, elde edilen sonuçlar YBT semptomlarının, depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlükleri ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Bulgularımız DEHB tanılı bireylerin tedavi yönetiminde sağlık profesyonellerine rehberlik etme potansiyeli taşımaktadır. Özellikle, YBT semptomlarına odaklanan spesifik tedavi stratejilerinin geliştirilmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırabilir.

Çalışmamız DEHB tanılı erişkinlerde YBT semptomları ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi aydınlatarak, bu alandaki literatüre önemli bir katkı sağlamıştır. Ayrıca, depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlükleri ile olan

ilişkinin derinlemesine anlaşılması, bu bireylerin psikiyatrik komorbiditelerinin daha etkili bir şekilde ele alınmasına katkı sağlayabilir.

Bu noktada, uzunlamasına izlem çalışmaları ve daha geniş örneklem gruplarını içeren ileriye dönük araştırmalara olan ihtiyaç göz önüne alındığında bu konudaki anlayışımızı daha da derinleştirecek olan gereklilik vurgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yavaş Bilişsel Tempo, DEHB, Depresyon, Duygu Düzenleme Güçlüğü



ABSTRACT

Objective: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that initiates in childhood and persists into adulthood, adversely affecting an individual's development and functionality. In the adult population, Sluggish Cognitive Tempo (SCT) symptoms, whether associated with or independent of ADHD, are not fully understood.

Individuals with an adult ADHD diagnosis commonly exhibit comorbid psychiatric conditions such as depression and anxiety. Due to the similarity between SCT symptoms and depressive and anxiety-related manifestations, effectively managing individuals diagnosed with ADHD can be challenging. Therefore, accurately recognizing SCT symptoms and understanding their relationship with depressive symptoms and emotional dysregulations are crucial for developing effective treatment strategies.

Materials and Methods: This study was designed as a cross-sectional and descriptive research project. Conducted between May 2023 and October 2023 at S.B.Ü. Istanbul Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital Psychiatric Clinics and Attention Deficit Special Polyclinic, the research included individuals aged 18-65 diagnosed with ADHD based on DSM-5 criteria.

All 87 voluntary participants diagnosed with ADHD underwent a Socio-demographic and Clinical Data Collection Form. Additionally, a Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I-CV) was conducted based on the clinical interview version. Participants were assessed using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Barkley Adult SCT Scale (Sluggish Cognitive Tempo), Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening And Rating Scale (Turgay), and the Difficulty in Emotion Regulation Scale-16 (DERS-16) through self-report.

Results: In individuals displaying SCT symptoms, the severity of depressive symptoms was significantly higher than those not displaying SCT symptoms ($p<0.001$), indicating an association between SCT and depressive symptoms. Similarly, concerning emotional regulation difficulties, the group with SCT symptoms showed a higher level of severity compared to those without SCT symptoms ($p<0.001$), suggesting an association with emotional regulation processes.

Among individuals diagnosed with ADHD, the group with SCT symptoms exhibited higher levels of attention deficit ($p=0.002$) and life problems related to ADHD ($p<0.001$) compared to those without SCT symptoms. However, no significant relationship was found with hyperactivity and impulsivity symptom severity ($p>0.05$).

Furthermore, positive correlations were identified between the severity of SCT symptoms and the severity of depressive symptoms, emotional regulation difficulty, attention deficit related to ADHD, and life problems related to ADHD ($p<0.001$). These findings support the idea that SCT is associated with various psychopathological factors and correlations exist among these factors.

Conclusion: This study is among the first to investigate the relationship between Sluggish Cognitive Tempo (SCT) symptoms, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and associated depressive symptoms and emotional regulation difficulties in the adult population. Given the limited number of studies on SCT symptoms in adults diagnosed with ADHD, the results highlight the significant relationship between SCT symptoms and depressive symptoms as well as emotional regulation difficulties.

The findings of this study can guide healthcare professionals in managing individuals diagnosed with ADHD, especially in developing specific treatment strategies focusing on SCT symptoms to improve the quality of life for these individuals.

This research contributes significantly to the literature by shedding light on the relationship between SCT symptoms and psychiatric manifestations in adults diagnosed with ADHD. Furthermore, understanding the depth of the relationship between depressive symptoms, emotional regulation difficulties, and ADHD can contribute to more effective management of psychiatric comorbidities in these individuals.

Given the need for longitudinal follow-up studies and future research involving larger sample groups, the necessity to deepen our understanding of this subject is emphasized.

Keywords: Sluggish Cognitive Tempo, ADHD, Depression, Emotional Regulation Difficult

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde başlayan ve yetişkinlikte de yüksek oranda devam eden bireyin gelişim ve işlevselliğini kötü yönde etkileyen dikkat eksikliği (DE) dürtüsellik (DÜ) ve hiperaktivite ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (1–3). Çocukluk çağında aşırı hareketlilik (AH) belirtileri ön planda iken erişkinlerde dikkat eksikliği ve yürütücü işlevlerin yetersizliğine bağlı belirtiler ön planda görülür (3). DEHB, aşırı mali yük, ailelere yönelik stres ve yetersiz akademik başarı ve olumsuz mesleki sonuçlarla alakalı çok yönlü ve klinik olarak heterojen bir hastalıktır (4). DEHB diğer psikiyatrik bozukluklar için ciddi bir risk faktörüdür (5,6).

Yavaş bilişsel tempo (YBT) yavaş hareket etme, durgunluk, uyuşukluk, şaşkınlık, kendi düşüncelerinde kaybolma ve zihin bulanıklığı gibi özelliklerle karakterize bir belirti kümesidir (7). DEHB'in hiperaktivite baskın tipi ile dikkat eksikliği baskın tipinin farklı tip dikkat sorunları ortaya koydukları ve dikkat eksikliği baskın olguların daha fazla “yavaş hareket etme, boş bakma, çabuk yorulma” gibi bulguları gösterdikleri belirlenmiştir (8). Klinik değerlendirmelerde YBT olgularının daha kaygılı mizaca sahip oldukları, sosyal ortamlarda çekingen davrandıkları görülmektedir. Yapılan bir araştırmada YBT olgularının sosyal ipuçlarını anlama ve sorulara yanıt verme düzeyinin DEHB'li olgulara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir (9). Eş tanı özelliklerine bakıldığında YBT olgularında belirgin şekilde depresyon ve anksiyete bozukluğu olduğu gösterilmiştir (10). Shaughency yaptığı araştırmada öğretmenlerin ve öğrencilerin kendi sınıfında bulunan öğrencileri popülerite, sosyal dışlanma gibi özelliklere göre oylamalarını istemiştir. Dikkat sorunları ve ağırkanlı (sluggish) olma arkadaş ilişkileri ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur ve bu durumun depresyon, anksiyete belirtilerinden bağımsız bir etkiye sahip olduğu düşünülmüştür (11)

Barkley'in kendi oluşturduğu DEHB modelindeki beş ana belirti kümesinden biri “emosyonel dürtüsellik ve duygu düzenlemeyi” içermektedir (2). Graziano ve Garcia'nın yaptıkları bir metaanalizde DEHB'nin Gross'un duygu işleme sürecine göre etkileyebileceği 4 temel bileşenden bahsedilmiştir. Bunlar duygu tanıma,

duygusal olumsuzluk, değişkenlik, duygu ayarlama, empati eksikliği ve duygusuzluktur. Bu analiz sonucunda DEHB’de sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme güçlüklerinin (DDG) arttığı saptanmıştır (12).

Özellikle DEHB tanılı ocuk ve ergenlerin YBT semptomları ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların gösterdiği gibi, yavaş bilişsel tempo semptomlarının ie yönelim belirtileri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak DEHB tanısı almış erişkinlerde de YBT semptomlarının önemli işlev kaybına ve ie yönelimle ilgili semptomlara sebep olmasına rağmen bu antite göz ardı edilmektedir. Özellikle YBT semptomlarını erişkin örneklemelerde inceleyen çalışmalar azınlıktadır. Yapılan az sayıda çalışma da YBT semptomları ile DDG arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

Çalışmanın amaçları: Bu alışma dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış erişkinlerde YBT semptomlarının incelenmesi ve bu semptomların duygu düzenleme glğu ve depresif belirtiler ile ilişkisinin ortaya koyulması amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bu çalışma son yıllarda DEHB ve YBT tanıları arasındaki farklılıklardan kaynaklanan çelişkili durumlara ışık tutacaktır. YBT ile DEHB arasındaki tanısal ayrım konusunda bize yol gösterecektir. Çalışmamızın ilerleyen zamanlarda bu hastaların etkin tedavisi için daha faydalı olacak bilgilerin oluşmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Araştırma hipotezleri

- 1) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı erişkinlerde yavaş bilişsel tempo semptomları olanların olmayanlara göre depresif belirtileri daha fazladır.
- 2) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı erişkinlerde yavaş bilişsel tempo semptomları olanların olmayanlara göre duygu düzenleme güçlükleri daha fazladır.
- 3) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı erişkinlerde yavaş bilişsel tempo semptomları ile duygu düzenleme güçlükleri ve depresif belirtiler arasında pozitif bir korelasyon vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu DSM-V'e göre semptomların 12 yaşından önce başladığı, en az 6 ay boyunca devam eden, akademik ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açan, gelişim düzeyine uygun olmayan seviyede dikkat süresinde azalma, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik veya her iki durumun eş zamanlı olarak görüldüğü nörogelişimsel bir bozukluktur (13).

Dikkat, kişinin dışarıdan gelen ve duyu organları ile algıladığı uyarılardan seçici olarak herhangi birine konsantre olabilme, bunu devam ettirebilme ve gelen diğer uyarıları belli bir süreliğine dışarıda bırakabilme becerisidir (14). Hareketlilik ise kişinin yaşına ve içinde bulunduğu sosyal konumuna göre beklenenden fazla aktif olmasıdır. Dürtüsellik ise, kişinin yeterince planlamadan ve kısa sürede bireyi rahatlatırsa da uzun vadedeki zararlarını görmezden gelerek yaptığı davranışlardır. Bu davranışlar çoğu zaman istenmeyen sonuçlara sebep olup aynı zamanda kişiyi ve etrafındakileri baş edilmesi zor durumlarla karşı karşıya bırakabilir. Dikkat, konsantrasyon, dürtü kontrolü ve hareketlilik alanlarındaki problemlerle karşımıza çıkan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocukluk döneminin en sık karşılaşılan ve yetişkinlik döneminde yüksek oranda devam eden ruh sağlığı bozukluklarındandır (1,2,15).

Dikkat eksikliği; ihmal veya zihinsel yetersizliğe bağlı olmayan, dikkatin odaklanmasında ve sürdürülmesinde zorluk, yürütücü işlev yetersizliğinden kaynaklanan organizasyon güçlüğü olarak tanımlanabilir. Hiperaktivite; elleri ve ayakları sürekli sallama, aşırı konuşma, içinde kurulu bir motor varmış gibi yerinde duramama gibi belirtiler kümesi olarak tanımlanabilir (16).

1902 yılında ilk defa sistematik olarak ele alınan DEHB tanısı, 1968'de DSM-II'de "Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu", 1980'de DSM-III'de "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" şeklinde yer almış, 1987'de DSM-III-R'de hiperaktivite de eklenerek "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" şeklinde günümüzde de kullanılan son haline ulaşmıştır. 1994'te yayınlanan DSM-IV'te dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak iki belirti kümesine ayrılmış, belirtilerin 7 yaşından

önce başlaması, birden fazla ortamda görülmesi ve işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olması gerekliliği eklenmiştir. 2013'te yayınlanan DSM-V'te DEHB "Nörogelişimsel Bozukluklar" kategorisi altına alınmış ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) dışlama ölçüleri arasından çıkarılmıştır. Hastalık başlangıç yaşı 12 yaşına çıkarılmış ve alt tipleri ifadesi yerine kendini gösterme şekli kullanılmaya başlanmıştır. DEHB'nin yaşam boyu devam eden bir bozukluk olduğu vurgulanarak 17 yaş sonrası olgularda DEHB tanısı için 5 belirtinin yeterli olacağı kabul edilmiştir (13).

2.1.2 Epidemiyoloji

DEHB gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kısaca dünyanın her yerinde görülebilmektedir, erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmekteyken, erişkin yaşlarda çocukluk çağında belirgin olan cinsiyet farkının kapandığı görülmektedir (17). DEHB ilk tanımlandığı dönemlerden yakın zamana kadar çocukluk çağına özgü, ergenlik dönemine kadar azalan veya kaybolan bir hastalık olarak kabul edilmekteydi. Ancak son yıllardaki çalışmalar DEHB'nin %15-65 oranında ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam edebilen bir hastalık olduğunu göstermektedir (18). Erişkinlerdeki prevalansının %2,5-4,3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (19). Yetişkinlerde gençlere kıyasla DEHB prevalansı daha düşüktür ve DEHB'li altı gençten sadece birinin 25 yaşında hala DEHB için tanı kriterlerini tam olarak karşıladığını ve yaklaşık yarısının kalıntı belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir (18). Erişkin dönem belirtilerinin yeterince iyi tanımlanmamış olmasının erişkin dönemdeki gerçek prevalansı düşürmüş olabileceği belirtilmiştir (20). Ayrıca yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha fazla DEHB tanısı aldığı belirtilmiştir. Erkek / kadın oranı çeşitli çalışmalarda 3:1 iken, başka çalışmalarda ise 9:1 olarak bulunmuştur. Yine yapılan çalışmalarda en sık rastlanan alt tip "dikkatsizlik" alt tipi olarak bulunmuş, ikinci sırada "birleşik" ve üçüncü sırada "hiperaktivite/dürtüsellik" alt tipinin takip ettiği bulunmuştur. Birleşik alt tip erkeklerde daha fazla gözlemlenirken dikkatsizlik alt tipinin kadınlarda daha sık gözlemlendiği bulunmuştur. (21)

2.1.3 Etiyoloji

DEHB etiyojisi üzerine oldukça fazla sayıda araştırma yapılmasına rağmen hastalığın patofizyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Genel kabul gören anlayış çevresel ve genetik etkenlerin hastalığın etiyojisinde birlikte rol oynadıkları, fenotipik olarak heterojen alt tiplerin de etiyojik açıdan farklılıklara sahip olabileceği yönündedir (22).

DEHB ile ilgili yapılan genetik çalışmalar aile, ikiz, evlat edinme araştırmalarına dayanmaktadır ve etiyojide genetik geçişi desteklemektedir (23). Genetik çalışmalarda DEHB'in %75'lere varan genetik geçiş oranına sahip olduğu belirtilmektedir (24). DEHB tanısı olan çocukların kardeşlerinde ise 3-5 kat risk artışı anne ve babalarında ise 2-8 kat risk artışı bildirilmiştir. Monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha yüksek eş tanı vardır ve DEHB tanılı çocukların biyolojik ebeveynlerinde evlat edinen ebeveynlere göre hastalığın daha fazla görüldüğü saptanmıştır (23). DEHB'nin güçlü bir genetik komponenti olup yaklaşık %75 olan kalıtılabilirliği; şizofreni ve otizm için bildirilenlere yakındır (24). Bununla birlikte olası genlerle ilgili yapılan çalışmalar neticesinde DEHB ile ilgili sadece birkaç gen tanımlanabilmiştir ve bu genler fenotipik varyansın ancak %3'ünden sorumlu tutulmaktadır (25). Bugüne kadar yapılan araştırmalarda DEHB duyarlılığı olabilecek en az 18 gen tespit edilmiştir. Bunların arasında dopamin D4 (DRD4) ve D5 (DRD5) reseptör geni, dopamin taşıyıcı 5 (DAT1) geni, serotonin 1B reseptörü (HTR1B) ve sinaptosomal ilişkili protein 25 (SNAP 25) geni yer almaktadır. Sıklıkla DRD4 ve DAT1 genleri üzerinde durulmaktadır ve en güçlü etkileşim DRD4'ün yedinci allelinde gösterilmiştir (25).

Beyindeki nöron aktivitesini ölçerek analiz sonucu veren fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında inferior frontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, striatal ve parietal alanlarda anormallikler gözlenmiştir (26). Güncel bir araştırmada DEHB alt tipleri arasında bazı olguların go-no-go testinde daha fazla temporooccipital bölge aktivasyonu gösterdiği ve bunun bir kompanzasyon olabileceği öne sürülmüştür. Bu bulgu DEHB heterojenitesini desteklemektedir (27).

Çevresel faktörlerin de DEHB'de göz ardı edilmeyecek boyutta etkisinin olduğu bilinmektedir (28). Doğumda ve gebelik sürecinde yaşanan bazı problemlerin DEHB

oluşumunda rol oynayabileceği söylenmiştir. Bunlardan bazıları perinatal ve neonatal hipoksi, intrauterin rubella, diğer enfeksiyon ve parazitler, postnatal ensefalit, menenjit, eklampsi, beslenme bozuklukları, anne yaşı, anne de ek tıbbi hastalık bulunması, prematurite, postmaturite, düşük doğum ağırlığı, doğumun süresinin uzaması ve doğum öncesi kanama olarak sıralanabilir (23,29). Erken çocukluk döneminde kurşun ve organopestisid gibi toksik madde maruziyeti, annenin sigara ve alkol tüketimi gibi faktörlerin de DEHB görülme sıklığını arttırdığı gözlenmiştir (28). Bu örnekler çoğaltılabileceği gibi aslında DEHB gelişiminden sorumlu olabilecek gebelik ve doğum komplikasyonlarının çoğunun fetusta hipoksiye yol açan durumlar olduğu söylenebilir (23). Psikososyal etmenlerin hastalığa neden olmaktan çok hastalığın belirtilerinin daha erken dönemde ortaya çıkmasına sebep oldukları gözlenmiştir. Ayrıca düşük aile geliri, aile içi çatışma, agresif ebeveyn tutumu, olumsuz anne-çocuk ilişkisi gibi faktörler hastalığın belirtilerinin daha erken yaşlarda görülmesine sebep olmaktadır (30).

2.1.4 Tanı Kriterleri

DEHB'nin DSM-V'e göre tanı kriterleri aşağıdaki gibidir;

A. Gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntülerinden aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı aydır sürmektedir:

1. Dikkatsizlik:

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

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

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

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

e. Çoğu kez işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker.

f. Çoğu kez sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez.

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

h. Çoğu kez dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i. Çoğu kez günlük etkinliklerinde unutkanır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:

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

b. Çoğu kez oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c. Çoğu kez uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)

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

e. Çoğu kez her an hareket halindedir, kışına bir motor takılmış gibi davranır.

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.

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

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

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

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

• 314.01 (F90.2) Bileşik Görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

- 314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm: Son altı ay içinde, A 1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

- 314.01 (F90.1) Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

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

- Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur (13).

2.1.5 Tedavi

Yıllardır DEHB üzerine yapılan çalışmalar, bozukluğun kötü yaşam kalitesi ve tedavi edilmediğinde oluşacak kötü sonuçlarını tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır (28,31,32). DEHB tanısı almış bireyler, daha sık kaza geçirme, (33) yaşlılarıyla ve ebeveynleriyle ilişkilerinde fazlaca sorun yaşama (34) ve okuldaki işlevselliklerinde ciddi bozulma riskiyle karşı karşıyadırlar (35). DEHB tanılı çocuklar ergenlik dönemine geldiklerindeyse; okulu tamamlayamama ya da sınıf tekrarı (35), daha erken ve daha sık sigara ve esrar kullanımı (36,37), erken yaşta cinsel deneyim ve istenmeyen gebelik (38–40) riskleriyle karşı karşıyadırlar. Erişkin döneme geldiklerinde ise; iş başarısında azalma, düşük eğitim düzeyi ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilgili zorluklar yaşamaktadırlar (41–43). Bu bozukluğun yaşam boyu ciddi sorunlar doğurması tedaviyi önemli kılmaktadır. DEHB

tedavisinde de en önemli ve ilk basamağı farmakolojik ajanlar oluşturmaktadır (44). Diğer bir tedavi seçeneği ise davranışçı yaklaşımlardır (45).

DEHB tedavi algoritmasında en sık kullanılan ilaçlar psikostimülan ajanlardır. DEHB tedavisi ile; kişilerin hiperaktivitesi azalmakta, dikkat süreleri uzamakta, kurallara uyumları artmaktadır. Ayrıca disiplin-kaza-bağımlılık vb sorunlarla karşılaşma riskleri azalmakta, dürtüsellikleri azaldığı için harekete geçmeden önce hareketlerinin sonuçlarını düşünebilmekte, okul başarısı artmakta, duygusal iniş çıkışları azalmakta ve daha iyi organize olmaktadır (44).

Psikostimülanlar ve atomoksetin dışında guanfasin ve klonidin gibi alfa-2 agonistler, imipramin, desipramin ve nortriptilin gibi trisiklik antidepresanlar, venlafaksin, bupropiyon, modafinil gibi ajanlar da DEHB tedavisinde kullanılmaktadır (21,46,47).

Psikostimülan grubu içinde metilfenidat (MPH) ve amfetamin tuzları bulunmaktadır. Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından DEHB tedavisinde onayları bulunan bu psikostimülanların etkisi dopamin (DA) ve nöradrenalin (NA) gibi katekolaminler üzerinden olmaktadır. Prefrontal kortekste MPH temel olarak DA ve NA geri alımını inhibe edip sinapslar arasında DA ve NA miktarını artırarak etki gösterir. Amfetaminler ise hem MPH gibi etki göstererek NA ve DA'nın geri alımının inhibisyonu ile NA ve DA miktarını artırır hem de nöronal etkiyle yüksek seviyelerde DA deşarjına sebep olur (46,48). DEHB tanılı olgularda dopamin taşıyıcısının ekspresivitesinin fazla olduğunu, bu nedenle dopamin düzeylerinin azaldığını öne süren çalışmalar vardır (20). Türkiye'de kısa etkili ve uzatılmış salınımlı olacak şekilde 4 saatten 12 saate kadar değişen etkinlikte farklı MPH preparatları vardır. Bu preparatlar arasında etki düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamaktadır (47). Psikostimülanların yan etki profiline bakıldığında sıklıkla iştah kaybı, uyku problemleri, baş ağrısı, karın ağrısı ve irritabilite görülmektedir (49). DEHB ile epilepsi ilişkisinin incelendiği bazı çalışmalarda psikostimülanların nöbet eşiğini düşürmediği gösterilmiştir (50).

Atomoksetin DEHB'de ilaç tedavisinde ilk sıra tedavilerden biri olmakla birlikte, sinaptik aralıkta Neuroepithelial Cell Transforming 1 (NET-1) üzerinden inhibitör etki göstererek beyinde özellikle prefrontal kortekste NA düzeyini artırır. Ayrıca bazı beyin bölgelerinde spesifik olarak DA geri alımı üzerine etki etmektedir (51).

Ancak bağımlılık ve suistimal açısından bakınca nükleus akkumbens ve striatumda DA artışına neden olmadığı için psikostimülanlarda görülen suistimal riskinin atomoksetinde olmadığı düşünülmektedir (21,46,52). DEHB tanısı ile özellikle anksiyete bozuklukları, tik veya madde kullanım bozukluğu gibi eş tanılar olduğunda atomoksetin seçeneği önemli hale gelmektedir (53). İştah kaybı, karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, uyku hali, yorgunluk ve baş ağrısı gibi yan etkiler ise atomoksetin tedavisinde en sık görülen yan etkiler olarak karşımıza çıkmaktadır (54). Psikostimülanlar her ne kadar psikiyatride en etkili tedavilerden birisi olarak kullanılsa da bu ilaçlara cevap vermeyen ya da tolere edemeyen olgular da mevcuttur (55–57). Metilfenidat için özellikle tedavi yanıtı ve yan etki olasılıkları ile ilişkili olabileceği düşünülen genetik faktörler farmakogenetik çalışmalarla araştırılmıştır. Ticari amaçlı üretilen ve kullanılan DEHB tedavisi seçimine yönelik genetik testler olsa da henüz rutin kullanıma girmemiştir ancak doz ayarlaması açısından yavaş ya da hızlı metabolize edici olmasına yönelik kişiye CYP2D6 genotiplemesi uygulaması rutinde kullanılabilmektedir (58). Ancak şimdilik tedavi seçimini belirleyen en önemli etkenler yaş, hastalık ciddiyeti ve komorbid klinik özelliklerdir (59).

2.1.6 Gidiş ve Sonlanım

DEHB tanısı almış bireylerle yapılan uzun süreli takip çalışmalarında hastalığın kronik bir seyir izlediği ve çocuklukta alınan DEHB tanısının %60-80 oranında ergenlikte, %40-60 oranında ise erişkinlikte devam ettiği gözlenmiştir (47). DEHB'nin bu kronik seyri sürecinde akademik zorluklar, sosyal sorunlar, depresyon, alkol, sigara ve madde kullanım bozuklukları, davranış problemleri, trafik kazaları ve adli sorunlar gibi durumların yıllar ilerledikçe DEHB'ye eşlik edebildiği bildirilmiştir (60–62). Bir izlem çalışmasında 16 yıl boyunca takip edilen DEHB tanılı olguların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında akademik alanda daha geri kaldığı, ekonomik bağımsızlıklarının daha az olduğu ve sosyoekonomik düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (63). DEHB seyri ile ilgili yapılan metaanaliz ve sistematik gözden geçirme çalışmalarında hastalığın belirti şiddetinin fazla olması, farmakoterapinin olmaması, depresyon ve davranım bozukluğunun eşlik etmesi gibi durumların DEHB'nin süregelenliğinde önemli yordayıcılar olduğu gösterilmiştir (64).

2.2 YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO

DEHB tanısı içerisindeki klinik anlamda heterojenliği kategorize etme çalışmaları uzun süredir yapılmaktadır (65,66). Yavaş bilişsel tempoya (YBT) olan ilgi, özellikle dikkatsizlik semptomunun değişkenliğini anlamak için son zamanlarda gittikçe artmaktadır (7,67,68).

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT), çocukluk çağında başlayan bilişsel ve motor bileşenler ile karakterize bir dikkat bozukluğu çeşidi olarak tanımlanmaktadır (69). Ayrıca yavaş bilişsel tempo; gündüz hayallere dalıp gitme, düşük enerjiye sahip olma, kendi dünyasında yaşama, uyanıklığı sağlamada güçlük, konfüze görünümde olma gibi klinik ve davranışsal belirtiler gösteren bir bozukluk olarak da tanımlanabilir (67). Farklı bir tanımlamada ise YBT şaşkınlık, yavaş düşünüp yavaş cevap verme, boş gözlerle bakma, hayallere aşırı dalıp gitme ve kendi düşüncelerinde kaybolma belirtileri olan, DEHB ile sık komorbidite gösteren bir belirti kümesi olarak tanımlanmıştır. (70).

Uyarılmada güçlük ve gündüz düşleri gibi belirtilerle karakterize ilk dikkat problemleri 1798’de Sir Alexander Crichton tarafından tanımlanmıştır. Crichton kitabında dikkat sorunları ile birlikte görülen işleme hızındaki yavaşlık ile giden, düşük uyarılma seviyeleri ve sık sık hayallere dalıp gitme semptomlarından bahsetmektedir. Kitapta iki çeşit dikkat bozukluğu olabileceği ileri sürülmektedir (71). İlki dikkatin hızlı dağılması ve konsantrasyon eksikliği ile kendini göstermekte olup günümüzdeki DEHB’ye benzemektedir. İkinci olarak tanımlanan dikkat bozukluğunda ise enerji düşüklüğü öne çıkmaktadır. İkinci tanımlama YBT ile daha uyumlu olup, sorunun uyuşukluk ve halsizlik ile ilgili olabileceği söylenmiştir. İkinci tanımlamadaki dikkat bozukluğunu yaşayan bireylerin arkadaşları ile iletişim kuramama, etrafa karşı ilgisizlik ve çekingenlik gibi sorunlar yaşayabileceği bildirilmiştir (72).

1980 yılında DSM’nin üçüncü baskısının yayımlanmasıyla, günümüzde DEHB olarak bilinen psikiyatrik bozukluk, hiperaktiviteli veya hiperaktivesiz dikkat eksikliği bozukluğu (DEB) olarak kavramsallaştırılmıştır. Yeni bir antite olan hiperaktivesiz tip DEB, hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerini içermektedir. Bu yeni bozukluk için ölçütleri karşılayan vakaları izleyen sonraki çalışmalarda, hiperaktivesiz DEB’i olan çocukların hiperaktivesi olan DEB’li çocuklara nazaran daha fazla uyuşukluk, yavaşlık, boş bakma, kafa karışıklığı, hareket ve ilgi azlığı yaşamasının yanı sıra daha fazla anksiyete ve depresif belirtiler gösterdiği ancak daha az dışa yönelim davranışları ve akran ilişkilerinde daha fazla zorlanma yaşadığı şeklinde sonuçlarla karşılaşılmıştır (73,74). DSM-III’te DEB ile ilişkili davranışsal belirtiler derecelendirmelerinin faktör yapısını inceleyen çalışmalarda, daha önce DSM III’te açıklanan DEHB alt tiplerinden farklı olarak; “yavaş”, “uyuşuk”, “hayale dalan”, “unutkan” veya “uyanık kalmada zorluk” gibi belirtileri olan bir alt belirtiler kümesi tanımlanmıştır (11,73,75).

DSM-III’te yer alan hiperaktivesiz tip DEB kriterlerini karşılayan kişilerde, tutarlı bir şekilde daha fazla yavaşlık ve içselleştirme belirtileri gözlenirken, daha yakından incelendiğinde bu belirtilerin dikkatsizlik ve dürtüsellik semptomlarından ayrı bir faktör oluşturduğu bulunmuştur (11,66,75). Bu belirtiler kümesi daha sonra “sluggish tempo” veya “sluggish cognitive tempo” (SCT) ya da yavaş bilişsel tempo (YBT) olarak tanımlanmıştır (72). DSM-IV’te dikkatsizlik ile yavaşlık semptomları

ve ilgili özellikler arasında yakın bir ilişki olduğunu öne süren kanıtlar göz önüne alındığında, bu küme bir bütün olarak DEHB'nin olası bir alt kümesi şeklinde DSM-IV-TR'ye dahil edilmiştir (13). DSM-IV-TR Başka Türlü Adlandırılmayan DEHB kısmında “dikkatsizlikle giden belirgin bir klinik bozulması olan ve semptom örüntüsü bu bozukluğun tanı ölçütlerini tam karşılamayan, ancak ağır ve tembel olma, hayallere dalıp gitme ve hipoaktivite ile belirli bir davranış örüntüsü olan kişiler” olarak belirtilmiştir.

DEHB ve YBT belirtileri ilişkisiyle ilgili çalışmalar giderek artmasına rağmen DSM-V'e YBT belirti kümesi dahil edilmemiştir (66). Bir “konsantrasyon eksikliği” olarak da adlandırılan bozukluğun DEHB ile sık birliktelik gösterdiği bilinmekteyken, erişkinlerde yapılan bazı çalışmalarda DEHB tanısı almayan olguların 9.8% una pür YBT tanısı olabileceği ortaya konmuştur (69,76,77).

DEHB görünümünün karşılaştırıldığı 2001 yılında yapılan bir çalışmada DEHB ile ilgili üç faktörün olduğu savunulmuş; dikkatsizlik ve hiperaktivite-impulsivite etkenlerinden ayrı olarak “yavaş bilişsel tempo” farklı bir etken olarak sınıflandırılmıştır (66). Son yıllarda YBT, DEHB ile güçlü ilişkisi olan ancak DEHB'den ayrı bir bozukluk olarak öne çıkmaktadır (70).

YBT terimi; araştırmalarda, klinik uygulamalarda, değerlendirme araçlarında ve kitap bölümlerinde kullanılmış ve kullanılmaya da devam etmektedir. Ancak Yavaş Bilişsel Tempo teriminin tembel, düşük zekâ düzeyi gibi anlamları çağrıştırmaya ihtimali olduğu düşünüldüğünden, olumsuz bir stigma oluşmasına neden olmaması için bu alanda çalışan önemli araştırmacılarla oluşturulan bir çalışma grubu, güncel yayımladıkları bir derleme ile terim olarak Cognitive Disengagement Syndrome (Bilişsel Ayırışma Sendromu) terimini YBT yerine kullanmayı tavsiye etmektedir (78).

2.1.2 Yavaş Bilişsel Tempo Epidemiyoloji ve Etiyolojisi

İspanya'da 7-10 yaş arası çocukları kapsayan ve The Child Behavior Checklist ölçeği'nin YBT'yi tarayan sorularıyla kesme değer kullanılarak yapılan çalışmada YBT sıklığı %11 olarak saptanmıştır (79).

Yaş ve cinsiyet konusunda çalışmalarda tam bir netlik sağlanamasa da YBT semptom şiddeti ile yaş artışı ve kadın cinsiyet arasında ilişki olduğu belirtilmektedir.

Bu durum YBT'nin geç tanı alması ile açıklanabilir. Bazı çalışmalarda ise yař arttıkça YBT belirtilerinin de arttığı saptanmıştır. Ayrıca yapılan bir metaanalizde YBT nin dūřuk ebeveyn eğitimi, psikososyal stres, dūřuk hane geliri ve ebeveynde patoloji varlığı ile de ilişkili olabileceği gōsterilmiřtir (70,76,80).

398 ikizin katıldıėı pediatrik populasyonu kapsayan bir çalıřmada YBT için orta dūzeyde kalıtlılabirlik tespit edilmiřtir. Çalıřma sonucunda YBT'nin DEHB'ye gōre kalıtlılabirlik oranının daha dūřuk olduėu vurgulanmıřtır (81). YBT'nin genetiėine yōnelik literatūrdeki tek çalıřma űlkemizde yapılmıř olup, DRD4 geninin 7R allel frekans yūkseklėi, YBT'li ocuklarda DEHB'li çocuklara gōre anlamlı derecede farklı bulunmuřtur (82).

Nōroėōrüntōleme alıřmaları genellikle DEHB grubu ile yapılmıř olup YBT skorları yūsek olan grupta yapılan bir fMRI çalıřmasında superiorparietal lobda hipoaktivasyon saptanmıř, bunun dikkati bařlatma ve kaydırma ile iliřkisi olabileceėi dūřōnűlműřtűr. Bu alıřmada DEHB'deki deėiřen aktivitenin fronto-parietal aėlarda olduėu, YBT'deki sorunun ise daha çok posterior dikkat aėlarında olduėu saptanmıřtır. Yine bařka bir çalıřmada DEHB semptomları kontrol edildikten sonra YBT skorları yūsek olan grupta yapısal olarak frontal lob hacim artıřı saptanmıřtır (83,84). Bu alıřmalarda YBT űzellikle saė hemisferdeki presantral sulcus űnűndeki dorsal frontal alanda hacim artıřı ile iliřkili bulunmuřtur ancak beyaz cevher ile iliřkili bulunmamıřtır (85).

Beyin dalgaları ile yavař biřsel tempo semptomları arasındaki iliřkiyi arařtıran bir EEG alıřmasında YBT'de DEHB'nin aksine teta/beta oranı ile bozukluk arasında iliřki saptanamamıřtır (86). Bařka bir çalıřmada YBT semptomlarının dinlenme durumunda dūřuk sempatik aktivite ve dūřuk uyarılma ile iliřkili olduėu, dinlenme durumundan çıkarılması için uyarı sinyali verildiėinde çevresel uyaranlara karřı uyanıklık durumunun arttıėı gōrűlműřtűr (87).

űlkemizde yapılan bir çalıřmada YBT'nin biřsel esnekliėin az olması ve űzellikle dikkati yōnlendirme problemleri ile iliřkisinin yűrűtűcű iřlevlerden ziyade oryantasyon ve vijilans ile iliřkili olabileceėi bulunmuřtur. Ancak YBT'nin dıřsal geçerliliėini artırmak için eř psikiyatrik tanısı olmayan YBT olguları ile yapılacak çalıřmalara ihtiyaç olduėu belirtilmektedir (88).

Ayrıca çalışmalarda Akut Lenfoblastik Lösemi, prenatal alkol maruziyeti ve sigara maruziyeti ile YBT gelişimi arasında ilişki bulunmuştur (79,89,90).

2.1.3 Tanı ve Belirtiler

YBT için tanı sistemlerinde henüz tanı kriterleri kesin olarak belirlenmemiştir (70). Ancak DEHB tanısı içerisindeki klinik heterojenliğini kategorize etme amacıyla uzun zamandır araştırmalar yapılmaktadır (65,66). Özellikle dikkatsizlik semptomunun değişkenliğini anlamak için, yavaş bilişsel tempoya olan ilgi sürekli artmaktadır. Kafa karışıklığı, hayal dünyasında yaşama, yavaş hareket etme ve düşünme ile karakterize bir dizi davranışsal semptomlar YBT bulguları olarak tanımlanmıştır (7,67,68). YBT kliniğinin özgül özelliklerini araştırmayı hedefleyen ilk metaanaliz çalışmasında 73 çalışma ve 19000 birey toplanmış ve bu araştırma sonucunda 13 YBT semptomunun DEHB ile değil, sadece YBT ile ilişkili olduğu saptanmıştır (70). 2016 yılında yapılan bu çalışmada YBT tanısı için 0.70 faktör anlamlılık düzeyini geçen 13 semptom aşağıdaki gibidir (70):

- 1-Apatiktir
- 2-Hayale Dalıp Gider
- 3-Kolaylıkla konfüze olur
- 4-Zihni bulanıktır
- 5-Bilişsel yetilerini ve düşüncelerini yeterince kullanamaz
- 6-Kendi düşüncelerinde kaybolur
- 7-Sersemsepelektir
- 8- Uykulu bir görünüme sahiptir
- 9-Yavaş düşünür ve bilgiyi yavaş işler
- 10-Kafası karışıktır
- 11-Boşluğa dalıp gider
- 12-Yorgundur
- 13-Yavaş hareket eder

Tanı geçerliliği hakkında YBT ile ilgili yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. Bu araştırmalarda, letarjik görünüm ve hayallere dalıp gitmenin YBT için tanısal geçerliliği vurgulanmıştır (91). Çalışmalarda ortak olarak değerlendirilen en sık semptom hayale dalıp gitme iken onu sırasıyla letarjik görünme, kafası karışık

ve boş gözlerle uzun uzun bakma, düşüncelerde kaybolma semptomları takip etmiştir (70). İlk değerlendirmesi yapılan hastalarda dikkat problemleri tespit edilir ancak hiperaktivitesi olmayan ve bunun yerine yavaşlık, dalgınlık, kafası karışık olma, içe çekilme, boş gözlerle bakma gibi sorunlar bildirilen vakalarda YBT'den şüphelenilebilir (72,84). Günlük yaşamı sürdürmekte zorluk yaşadığı için kliniğe başvuran YBT belirtilerine sahip hastalarda, organizasyon becerilerinde zayıflık, problem çözmede yetersizlik, sosyal becerilerde eksiklik ve sosyal izolasyon görülebilir (84). Çalışmalar, YBT'li vakalarda depresif ve anksiyöz semptomlar gibi daha çok içe yönelim semptomlarının görüldüğünü; bunun sosyal, mesleki ve akademik alanlarda bozulma ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Dolayısıyla sosyal ve akademik problemlerle hastaneye başvurabilecekleri akılda tutulmalıdır (70). Ani başlayan yorgunluk ve hareketsiz kalma gibi şikayetlerle başvuranlarda ise tıbbi problemler açısından uyku çalışmaları ve kan tahlili yapmak gerekebilir ayrıca pediatrik konsültasyon istenebilir (72,76,92)

YBT 2024 yılında güncel olarak herhangi bir tanısal sınıflandırmada yer almamaktadır. YBT açısından yapılan değerlendirmelerde artan bilgi birikimi ayrı bir tanı olabileceği yönünde yoğunlaşsa da birçok bozuklukta görülen bir belirti kümesi olabileceği de akılda tutulmalıdır. Diğer psikopatolojiler açısından bakıldığında kendi başına bir tanı olarak değerlendirilmeyen duygu düzenleme güçlüğü gibi tedaviye yanıt, boylamsal gidiş, işlevsellikte bozulma alanları gibi özellikler bir prediktör olabilir (7). DEHB ölçeklerine ek olarak YBT semptomlarını değerlendiren ölçeklerin kullanılması iki bozukluğun ayrımında faydalı olabilir (76). Barkley Yetişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV (BAARS-IV)'ün bir alt tipi olan Barkley Erişkin SCT (Sluggish Cognitive Tempo) Ölçeği erişkin popülasyonda yavaş bilişsel tempo semptomlarını saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Yüksek puan yüksek yavaş bilişsel tempo semptom seviyesini düşük puan ise düşük yavaş bilişsel tempo semptom seviyesini göstermektedir. Ayrıca ölçekte kullanılan 9 sorudan 5 ve daha fazlasına 3 ya da 4 yanıt verilmesi kişilerde YBT semptomları olduğunu göstermektedir (76,93).

2.1.4 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yavaş Bilişsel Tempo İlişkisi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda sıkça rastlanan dikkati devam ettirme (sustained attention) sorununun gözlenmesine rağmen YBT’de odaklanmayı başlatma (engage attention) probleminin daha ön planda olduğu gözleminden bahsedilmiştir. DSM-IV-R’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 3 alt gruba ayrılmıştır: Bunlar Dikkat Eksikliği Baskın tip (DEB), Hiperaktivite/İmpulsivite Baskın tip (HI) ve Bileşik (Bil.) alt tip.’tir (13).

DEHB-HI ile DEHB-DEB’li olguların farklı tip dikkat sorunları ortaya koydukları ve DEB olgularının daha fazla “yavaş hareket etme, boş bakma, çabuk yorulma” gibi bulguları gösterdikleri belirlenmiştir (8).

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) ya da orijinal adıyla Sluggish Cognitive Tempo (SCT) tarihsel süreçte ilk olarak DEHB-DEB (dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu-dikkat eksikliği baskın tip) benzeri bir bozukluk olarak düşünülmüş olmasına rağmen bazı klinisyenler YBT’nin DEB’den farklı özellikler gösterdiğini öne sürmüşlerdir (69). Bunun sonucunda DEHB’nin alt tiplerinin birbirlerinden farklı tip dikkat özellikleri gösterdiğini işaret etmiş; “yavaş bilişsel tempo” semptomlarının bazı DEHB li olgularda farklı olarak gözlemlendiğini ortaya koymuştur.

YBT tanısı alan çocuklara bakıldığında %59 oranında DEHB tanısının olduğu, iki tanı arasındaki bu birlikteliğin DEHB-DEB baskın alt görünümde daha çok olduğu bildirilmiştir. DEHB tanısına sahip çocukların %39’unda YBT tanısı olduğu belirtilmektedir (76). YBT ile DEHB arasındaki ilişkinin DEHB’in dikkatsizlik alt görünümündeki belirtilerinden kaynaklandığı, hiperaktivite-dürtüsellik alt görünümünün YBT ile korele olmadığı doğrulanmıştır (94,95). Ayrıca YBT ve hiperaktivite belirtileri dikkatsizlik semptomları kontrol edildiğinde negatif ilişkili bulunmuştur (96).

Yapılan bir beyin görüntüleme çalışmasında YBT semptomları gösteren DEHB’li çocuklar kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında sol superior parietal lob hipoaktivasyonu ile YBT belirtilerinin ilişkili olduğu; bunun da dikkat kaydırma ve uyarana odaklanma ile ilişkili olabileceği ortaya konulmuştur (83).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile Yavaş bilişsel tempo’nun birbirinden farklı yanlarını saptamak amacıyla bir dizi araştırma yapılmıştır. Bu

araştırmalarda nöropsikolojik test farklılıkları, yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi, genetik kalıtım özelliklerinin karşılaştırılması, tedaviye yanıt oranlarının gözlenmesi gibi alanlara bakılmıştır. Barkley tarafından yapılan ve YBT semptomları ile yürütücü işlev özelliklerini araştıran bir çalışmada YBT'nin DEHB'e kıyasla yürütücü işlevler ile daha az ilişkili olduğu; DEHB'de bulunan yaygın bozulmanın YBT'de görülmediği sonucuna varılmıştır. Barkley bu araştırmasında DEHB, DEHB+YBT, sadece YBT ve kontrol gruplarını karşılaştırmış; YBT ile DEHB birlikteliğinin daha olumsuz sonuçlara yol açabileceğini; sadece YBT ya da sadece DEHB'e kıyasla daha fazla bozulmaya sebep olabileceğini göstermiştir (76). Yine günlük hayattaki yürütücü işlevlerin ebeveynler tarafından değerlendirildiği, geniş örneklemlili bir epidemiyolojik çalışmada yürütücü işlevlerdeki yetersizliğin YBT'den çok DEHB'li bireylerde gözlemlendiği sonucu ortaya çıkmıştır (76).

Performansa dayalı dikkat süresini ve sürekli dikkat ile ilgili yapılan ölçümler sonrasında elde edilen bazı veriler YBT'nin DEHB-DEB belirtilerini kontrol ettikten sonra daha zayıf sürekli dikkat ile ilişkili olduğunu göstermektedir (88,97–99). Aynı zamanda, DEHB ile görülen ve YBT şiddeti daha fazla olan bireylerin, yalnızca DEHB tanısı olanlara göre sürekli dikkat konusunda daha iyi performans gösterdiği bulunmuştur (100). Yine performansa dayalı ölçümlerde DEHB dikkatsizlik alanı istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra da YBT belirtileri ile inhibisyon kontrolü, dikkati kaydırma, bilişsel esneklik ya da sorun çözme gibi alanlarda ilişki bulunmamıştır (97,101,102).

Yavaş bilişsel tempo semptomları ile yürütücü işlevleri araştıran başka bir araştırmada YBT'li olgularda duygu kontrolü, çalışma belleği, planlama, organize olma becerileri ve materyal organizasyonunda bozukluklar bulunduğu ve bu dizginin DEHB-DEB ten farklı olduğu; bunun sonucunda da YBT'nin DEHB-DEB den bağımsız olarak yürütücü işlevleri etkilediği ortaya konulmuştur (103).

Çalışma belleğiyle ilgili bazı çalışmalar YBT ile ilişki bulamazken, Koefler tarafından yapılan çalışmada çalışma belleği ve inhibisyon hızı ile YBT arasında ilişki bulunmuştur (101). 2021 yılında yapılan güncel bir çalışmada ise DEHB, depresyon ve anksiyete gibi nöropsikolojik ölçümleri etkileyebilecek diğer belirtiler kontrol edildiğinde; YBT belirtileri ile çalışma belleği ve işleme hızı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır (104).

Sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde yine YBT'nin DEHB'e kıyasla farklı özellikler gösterdiği belirtilmiştir. DEHB'de görülen erkek cinsiyet egemenliğinin YBT'de görülmediği; cinsiyetler arası dağılımın eşite yakın olduğu, YBT olgularının saptanma yaşlarının daha ileri olduğu; aile geliri açısından bakıldığında YBT grubunun daha düşük aile geliri ve aile eğitim düzeyine sahip olduğu gözlenmiştir (76,105).

Genetik geçiş değerlendirildiğinde araştırmacılar YBT'li olgularda genetik geçişin DEHB kadar yüksek bir orana sahip olmadığını ve DEHB'e kıyasla farklı bir etiyopatogenezinin olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu çalışmada YBT'nin çevresel faktörlerle daha fazla ilişkide olduğu öne sürülmüştür (81,106).

Nöropsikolojik testler kullanılarak DEHB alt tipleri ve YBT özellikleri gösteren olgularla yapılan bir çalışmada YBT olgularının erken veri işleme alanında bozukluk yaşadığı ve bunun DEHB profilinden farklı olduğu gözlenmiştir (107). Başka bir çalışmada YBT olgularının dikkati sürdürme, erken seçici dikkat ve bilgi işleme, bellek, işleyen bellek sorunları ile ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (95,97,99,105,107).

Aslında semptom özelliklerine bakılınca azalmış psikomotor hız ve artmış reaksiyon süresi göstermesi beklenen YBT olgularının yavaş ve ağırkanlı oldukları bilinse de bu çocukların test performansının test verilen görev sırasında yavaş olmadıkları, psikomotor hızları ve reaksiyon sürelerinin sağlıklı kontrollerden istatistiksel anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (95,97,108).

Etiyojideki farklılıklar ve semptomların farklı dikkat yollarından kaynaklandığı klinik çalışmalarda vurgulansa da bu yolların ne olduğunun ve hangi genetik faktörler ile nörotransmitterlerin bu yollarla etkili olduğunun saptanması en çok tedavi seçeneklerinin yönetimi açısından değerli olacaktır. Tedavi seçimine yönelik yapılan çalışmalarda, kullanılan iki ana ilaç grubu olan psikostimülanlara ve atomoksetine olan klinik yanıt az sayıda çalışmada araştırılmıştır (109).

Sonuç olarak YBT ile DEHB arasındaki ilişkiyi depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye benzetebiliriz. İki bozukluk da göreceli olarak farklı olmasına rağmen, birbiriyle ilişkili ve eşleşmiş bozukluklardaki komorbiditelerden biri olduğu düşünülebilir (76).

2.1.5 Yavaş Bilişsel Tempo ve Komorbidite

Toplum tabanlı iki büyük çalışmada YBT'nin en sık DEHB ile komorbidite gösterdiği (%59 ve %48) bildirilmiştir. Aynı çalışmalarda DEHB'lilerin ise %35-39'una YBT'nin eşlik ettiği gösterilmiştir. (76). YBT ilişkili belirtilerinin DEHB'in belirtilerinden ayrı olduğunu gösteren çalışmalarla tutarlı olarak, DEHB hiperaktivite görünümünün yaygın olarak birlikte olduğu Karşı Gelme Karşıt Olma (KOKGB), Davranım Bozukluğu (DB) gibi dışa yönelim bozukluklarıyla sık bir arada olmadığı görülmektedir (110).

YBT'nin anksiyete, depresyon ve sosyal geri çekilme gibi içe yönelim psikopatolojileri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (10,70,94). Barkley'in yaptığı toplum tabanlı grup çalışmasında ise YBT'li çocukların, kontrol grubuna göre depresyon puanları daha fazla saptanmış ancak bu anksiyete için geçerli olmamıştır (76). Kore ve İspanya'da yapılan iki farklı çalışmada da depresyonun YBT ile daha kuvvetli bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (111,112). Yapılan bir çalışmada YBT'nin intihar davranışlarıyla pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır (113).

Uzun dönem takip çalışmalarından birinde YBT ve DEHB'in dikkatsizlik semptomlarını gösteren erken çocukluk dönemi çağındaki olgular on yıl boyunca takip edilmiş ve sonuçta bu iki bozukluğun da sosyal zorluklara yol açtığı, ancak YBT semptomlarının anksiyete, depresyon ve içe dönüklük için öngörücü olduğu gösterilmiştir (98).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna göre YBT'nin içe yönelim belirtileriyle daha ilişkili olması, YBT'nin DEHB'in bir alt tipi olarak değil, ondan farklı boyutta bir bozukluk olarak incelenmesi gerektiğinin kanıtlarından biridir (70).

Yapılan karşılaştırma çalışmasına göre DEHB ve YBT'nin 11 hastalık ile komorbidite gösterdiği; ancak YBT'nin, işitme bozukluğu, KOKGB, bipolar bozukluk ile birliktelik göstermediği; DEHB'in ise işitme bozukluğu dışında tüm bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. DEHB ve YBT'nin birlikte görülmesi, ayrı ayrı görülmesine oranla daha yüksek seviyede komorbidite ile ilişkilendirilmiştir (76).

Bütün bunlar göz önüne alındığında ayırıcı tanı yaparken, öncelikle dikkat problemleri açısından DEHB'den, uyku bozukluklarından dolayı uyku bozuklukları

ve yavaş hareket etme açısından hipotiroididen, boş boş uzun süre bakma açısından absans nöbetlerden ayırmak önemlidir. Ayrıca yaşanan akademik güçlükler ve öğrenme güçlükleri için duyu ve entellektüel yeti yitimlerinden ve kliniğe göre depresyon, anksiyete ve diğer nörolojik bozukluklardan ayırmaya dikkat edilmedilir (70).

2.1.6 Yavaş Bilişsel Tempo ve İçe Yönelim Semptomları

Eştanı özelliklerine bakıldığında YBT olgularında belirgin şekilde depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi içe yönelim semptomları ile giden bozuklukların daha sık görüldüğü, zıt olarak karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun ise anlamlı şekilde daha az olduğu tutarlı olarak gösterilmiştir (114). Birçok makalede de YBT'nin karşıt olma bozukluğu için koruyucu bir faktör olabileceği ortaya atılmıştır. Skirbekk ve arkadaşları YBT'nin anksiyete ile ilişkisinin önemli olduğuna ve YBT belirti şiddeti arttıkça anksiyöz bulguların da arttığına dikkat çekmiştir (95).

Klinik değerlendirmede araştırmacıların ortak görüşe vardıkları önemli noktalardan biri YBT olgularının daha kaygılı mizaca sahip oldukları, sosyal gruplara katılmada çekingen davrandıklarıdır. Mikami ve arkadaşları tarafından yapılan ilginç bir araştırmada chat odası simülasyonuna alınan YBT olgularının sosyal ipuçlarını anlama ve sorulara yanıt verme düzeyinin DEHB'li olgulara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir (9). Yine YBT'li olgularda içe dönme (kapanma), ihtiyaçlarını ifade edememe, utangaç görünüm, sosyal ipuçlarını yakalayamama gibi klinik bulgular görülmüştür. Bu durumun YBT olgularında sosyal ilişkilerde kısıtlılığa sebep olabileceği belirtilmektedir (9,115). YBT olgularının gün içerisinde uyanık olma durumlarının düşük olduğu, günlük yaşam aktivitelerinde yavaş ve ağırkanlı davrandıkları, gün içerisinde sıkça hayale dalıp gündüz düşlerine kapıldıkları, yorgun ve letarjik görünümde oldukları ve kafalarının karışmaya meyilli oldukları düşünülmektedir (76).

Ayrıca Shaughency yaptığı araştırmada öğretmenlerin ve öğrencilerin kendi sınıfında bulunan öğrencileri popülerite, sosyal dışlanma gibi özelliklere göre oylamalarını istemiştir. Bu çalışmada dikkat sorunları ve ağırkanlı (sluggish) olma arkadaş ilişkileri ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur ve bu durumun depresyon,

anksiyete belirtilerinden bağımsız bir etkiye sahip olduğu düşünülmüştür. Ayrıca öğretmen ve öğrencilerin sonuçları oldukça tutarlı gözlenmiştir (116).

Yavaş Bilişsel Tempo semptomları içe yönelim semptomlarıyla genel olarak DEHB semptomlarından daha çok ilişkilidir. Bu durum DEHB semptomları istatistiksel olarak kontrol ettikten sonra da geçerlidir (94,96,117,118). YBT'deki "yavaşlık" boyutu içe yönelim sorunları ile yakın ilişkilidir (119). YBT semptomları istatistiksel olarak kontrol edildiğinde ise DEHB'in dikkatsizlik boyutunun içe yönelim semptomları ve hatta sosyal problemlerle daha az ilişkili olduğu veya hiç olmadığı bulunmuştur (96,102,112).

Yavaş bilişsel Tempo semptomları gösteren gençlerde günlük işlevsellikte bozulma, en tutarlı şekilde gösterilen alanlardan biridir. YBT belirtilerinin, DEHB belirtilerinin etkilerinin ötesinde, genel olarak işlevselliği olumsuz etkilemesi yanında belirli sosyal, özbakım ve evde yaşam becerileri alanlarında da bozulmaya yol açtığı; aynı zamanda sosyal içe çekilme, utangaçlık, yalnız kalma gibi zorluklarla ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (70,120–122). YBT'de genellikle içe dönüklük ve akran izolasyonu karşımıza çıkmaktayken, arkadaşları tarafından istenmeme ve sevilmemeye YBT ile ilişkili görülmemiştir (97). Yine bir çalışmada YBT'nin içe dönüklük için önemli bir yordayıcı faktör olduğu bildirilmiş, fakat dikkat problemlerinin sosyal alanda daha fazla problemlere yol açtığı saptanmıştır (123). YBT'li çocuklardaki saldırgan tutumların ve liderlik özelliklerinin DEHB'li çocuklardan daha az görüldüğü de bildirilmiştir. Sonuç olarak her iki bozukluk da farklı mekanizmalarla sosyal alandaki problemlere yol açmaktadır (124).

Yavaş Bilişsel Tempo semptomları ve içe yönelim arasındaki bu bağlantı şüphesiz çocuk, genç ve yetişkin örneklerinde YBT ile ilgili literatürdeki en güvenilir bulgulardan birisidir. YBT'nin içe yönelim semptomlarıyla sıklıkla eşleştirilen anksiyete ve depresyon ile pozitif ilişkisi beklenen bir durumdur. YBT, anksiyete ve depresyon içe yönelim boyutlarının birbiriyle örtüşmesini kontrol ettikten sonra bile bu pozitif ilişkiyi sürdürmektedir. Yazında birkaç istisna olsa da, kanıtların çoğu YBT'yi anksiyete, depresyon, içe çekilme belirtileri ile DEHB' den daha yakın ilişkili bulmaktadır. Bu iki bozukluğun içe yönelim belirtileri ile ilişkisi arasındaki çifte ayrışma paterni; ortak bir hastalığın alt türleri değil, birbirlerinden farklı durumlar olduklarının kanıtı olabilir (125).

Yine YBT ile ilgili ortaya atılan hipotezlerden biri, bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğu olabileceği, ruminatif zihni meşgul eden düşüncelerle zihnin amaçsızca dolaşıyor olabileceği bunun da depresyon için yordayıcı olma ihtimali ya da hipersomninin bir varyantı olabileceği şeklindedir (69).

2.1.7 Yavaş Bilişsel Tempo, DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Barkley'e göre, kendi oluşturduğu DEHB modelindeki beş ana belirti kümesinden biri “emosyonel dürtüsellik ve duygu düzenlemeyi” içermektedir (2). 2016 yılında Graziano ve Garcia'nın yaptıkları DEHB ve duygu düzenleme güçlükleri alanındaki bir metaanalizde DEHB'in Gross'un duygu işleme süreci dikkate alındığında etkileyebileceği dört temel bileşenden bahsedilmiştir. Bunlar duygu tanıma, duygusal olumsuzluk, duygu ayarlama, empati eksikliği ve buna bağlı duygusuz olma özellikleridir. DEHB'in duygu düzenleme güçlüğünde olası belirleyiciler olarak da demografik faktörler, bilişsel işlevler ve davranış sorunları tanımlanmıştır. Dört bileşen içinden en anlamlı olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik bileşeninde bozulma olduğu, bunu duygu düzenleme ve duygu tanıma/anlamanın takip ettiği saptanmıştır. Analiz sonucunda DEHB'de sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme güçlüklerinin arttığı saptanmıştır (12).

Literatür incelendiğinde; Barkley çocuklarda ve erişkinlerde, YBT kliniği ile DEHB görünümünün duygu düzenleme açısından farklı güçlerde yordayıcı olduğunu belirtmiştir. YBT kliniği çocuklarda daha az olumsuz etki yaparken, erişkinlerde YBT kliniği duygu düzenleme zorluğu açısından en güçlü yordayıcı faktör olarak bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda yaş arttıkça YBT ile duygu düzenleme güçlükleri arasında daha güçlü bağlantı olabileceği düşünülmüştür. Çocuklardaki çalışma sonucuna göre duygu düzenleme güçlüğü en çok DEHB ve YBT kliniğinin birlikte olduğu grupta gözlemlenirken, bunu sırasıyla DEHB grubu, YBT grubu ve en düşük bozulma ile kontrol grubu takip etmiştir (76). Diğer bir çalışmada DEHB kontrol edildikten sonra öğretmen ve ebeveyn değerlendirmesine göre YBT kliniğinin daha düşük düzeyde emosyonel kontrolle ilişkili olduğu bulunmuştur (77).

Jimenez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yapılan lineer regresyon modellemesinde DEHB klinik görünümleri kontrol edildiğinde YBT kliniğinin anlamlı şekilde duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu saptanmıştır (103). Üniversite çağındaki erişkinlerle yapılan çalışmalarda da çocuk ve ergenlik dönemine benzer şekilde YBT kliniği ve duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişki tespit edilmiştir (126). Young S ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DEHB belirtileri olan olguların, olmayanlarla karşılaştırıldığında yaklaşık 8 kat daha fazla oranda suçla karışıklıkları; antisosyal kişilik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda dahi bu oranın yaklaşık 6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (127). Bu sorunlar DEHB olgularında altta yatan yürütücü işlev bozukluklarıyla, özellikle de davranışsal disinhibisyon ve emosyonel disregülasyon ilişkilendirilmiştir (128).

2.1.8 Tedavi

Tedavi seçimine yönelik yapılan çalışmalarda, klinik yanıt az sayıda çalışmada araştırılmıştır (109). Yapılan çalışmalar, sadece YBT olguları yerine DEHB eş tanımlı olgularda gerçekleştirilmiştir. YBT belirtileri olan, dikkat eksikliği baskın görünümlü DEHB olgularında YBT semptomları metilfenidat tedavisine etkin yanıt vermemiştir (66). Daha yakın zamanlı yapılan bir çalışmada da YBT kliniğinin alt faktörlerine bakıldığında “Yavaşlık / Uykulu” faktörüne ait YBT belirtileri olan olgular daha düşük metilfenidat yanıtı ile ilişkili bulunurken, “Hayallere Dalma” faktör boyutlu YBT belirtileri metilfenidat yanıt durumu ile ilişkilendirilememiştir (129). İki farklı çalışmada DEHB’e YBT belirtilerinin eşlik etmesinin metilfenidata yanıtın azalmasına sebep olduğu ve etkilemediği yönünde çelişkili sonuçlar saptanmıştır (129,130).

Atomoksetin ile yapılan plasebo kontrollü 16 haftalık çift kör bir çalışmada DEHB ve özgül öğrenme güçlüğüne birlikte görüldüğü hastalarda plasebo grubuna göre YBT semptomlarında daha fazla azalma sağlandığı gösterilmiştir. YBT semptomlarında herhangi bir farmakolojik ajanın başarısının gösterildiği ilk çalışma olması açısından önemlidir (131). Bu çalışmada YBT kliniğindeki iyileşmenin DEHB semptomlarındaki iyileşmeye mi bağlı olduğu yoksa pür YBT semptomlarında da iyileşme yapıp yapmadığını araştırmak için yapılan posthoc

analizlerde DEHB değişiminden bağımsız olarak YBT kliniğinde de iyileşme olduğu saptanmıştır (132).

Yavaş Bilişsel Temponun anksiyete ve depresyon ile olan yüksek komorbiditeye sahip olduğu bilinmektedir, bu nedenle YBT’de serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI’lar) tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Daha çok aktive edici özellikleri bilinen bir antidepresanın (bupropiyon, fluoksetin, venlafaksin ya da belki sertralin) YBT’li bireylerdeki uyanıklığı arttırma ihtimali ya da uyuşukluğu azaltma ihtimali araştırılabilir. YBT uyku uyanıklık bozuklukları ile ilişkili ise modafinil gibi ajanların etkinliği araştırılabilir. DEHB tedavisinde ocuk ve ergen popülasyonda onaylanan bir alfa-2 agonist olan guanfasin YBT tedavisinde kullanılmak amaçlı denenebilir. Ancak guanfasinin “gün içinde uykululuk hali yapma” yan etkisi, YBT’de görülen uykulu olma halinde artışa sebep olabilir (72).

Sosyalleşme ile ilgili sorunların da olduğu YBT grubunda bilişsel davranışçı terapiler ve sosyal beceri eğitimi ve başka müdahale seçeneklerinin etkili olabileceği belirtilmektedir (68,133). Bilişsel Davranışçı Tedavi yöntemlerinin DEHB’li vakalarda etkinliği olmadığının gösterilmesine rağmen depresyon ve anksiyete ile yüksek komorbiditeye sahip YBT semptomları için bu yöntemler kullanılabilir (72,134).

2.3 DUYGU DÜZENLEME GüçLüğü

Duygu düzenleme, bir duygusal uyaran karşısında ortaya çıkan bir süreç olmasına rağmen, sıklıkla bireylerin yoğun veya tehditkr duyguları tetikleyebilecek uyaranlarla karşılaştıklarında içsel ya da dışsal duygusal ifadelerini düzenleme süreci olarak tanımlanır (135). Hem olumlu hem de olumsuz duygular duygu düzenleme sürecine dahildir. Duruma göre duygular, kişi tarafından artırılabilir, azaltılabilir veya korunabilir. Bireyler duyguları ile, duygusal tepkileri çeşitli nedenlerle değiştirebilir (136).

Duygu düzenleme, bireylerin duygularının doğal akışını yönlendiren, aşamalardan oluşan süreç olarak tanımlanabilmektedir. Olumlu ve olumsuz duygular hedef alınıp, bu duygular artırılıp azaltılabilir (137). Bireyler sosyal çevreye uyum sağlamak için çoğunlukla olumsuz duygularını düzenlerken, nadiren olumlu

duygularını da düzenleyebilirler (138). Duygu düzenleme, gündelik hayatın, iyilik durumunun ve sosyal ilişkilerin önemli bir ögesidir (139).

Yapılan çalışmalar erişkin yaş grubunda daha fazla içsel süreçlere odaklanırken, bebeklik ve erken çocukluk döneminde ise dışsal süreçlere odaklanmakta ve dışsal süreçlerin duygu düzenlemedeki rolünü vurgulamaktadırlar (140). Zaman ilerledikçe duygu düzenleme kapasitesindeki bireysel farklılıklar, kişilik ile uyumlu olmakta ve kişi, mizaca bağlı toleransı, güvenlik veya uyarılma gereksinimleri, kendilik kontrol kapasitesi ve diğer kişilik süreçleri ile uyumlu olarak duygularıyla başa çıkabilmektedir (137).

James J. Gross duygu düzenleme stratejilerinin incelenmesi için beş stratejiyi kapsayan bir süreç modeli önermiştir (138). Bu modelde iki önemli duygu düzenleme sürecinden bahsedilir. Duygu oluşturma başlarında, duygusal tepki olmadan önce öncül odaklı stratejiler olan durum seçimi, durum modifikasyonu, bilişsel yeniden değerlendirme ve dikkat kaydırma stratejileri kullanılır. Bu dört strateji hem davranışları hem de deneyimlenen içsel durumları etkiler. İkinci süreç olan tepki odaklı süreç ise duygusal tepki oluştuktan sonraki düzenlenmenin yapılmasıdır. Tepki düzenleme stratejisi, duygusal tepkinin ifade edilmesini, davranışsal ve fizyolojik etkilerini yönetir (137). Durum seçimi; iki ya da daha çok durum arasından bir seçim yapmaktır. Kişi, yer ve nesnelere uzaklaşma veya yaklaşma şeklinde olabilir. Durum değişimi ise kişinin bir durumu, emosyonel etkisinden dolayı yönlendirmeye çalışmasıdır. Dikkat kaydırılması, belli bir durumla karşılaşıldığında duygusal yanıtı düzenlemek amacıyla dikkatin kaydırılmasıdır. Bilişsel değerlendirme, duygu yaratan durumun belli bir yönüne odaklandıktan sonra, ona eklenmiş birçok farklı anlam arasından bir tercihte bulunmadır. Tepkiyi değiştirme ise duygu ortaya çıktıktan sonra bu cevabı değiştirme uğraşısıdır (141).

Duygu düzenleme terimine iki açıdan bakılabilir, yetersiz düzenleme veya aşırı düzenlemenin her ikisi de sorun yaratabilir. Duygu düzenlemedeki yetersizlikler dışsallaştırma semptomlarına, agresif tepkilere ve dürtüsel davranışlara neden olabilir. Aşırı düzenlemede ise içselleştirme bozukluklarına ait belirtiler görülür. Psikopatolojiler, duygular yetersiz veya aşırı derecede düzenlendiğinde ortaya çıkabilir (142).

Bilişsel yeniden yapılandırma stratejisini sıklıkla kullanan bireylerin daha fazla olumlu duygu deneyimledikleri ve paylaştıkları, olumsuz duyguları ise daha az yaşadıkları gösterilmiştir. Ayrıca bu stratejiyi kullanan bireylerin daha az depresif belirti gösterdiği ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Olumsuz duygularını bastıran bireylerin ise içsel süreçlerinde bu duygular birikerek yoğunluğunu sürdürür; bu durumda anksiyete ve depresyon belirtileri daha fazla görülebilir (143).

Yaş ilerledikçe olumsuz duyguları düzenleme stratejilerinde daha adaptif stratejiler kullanılmaya başlanır, bunlar genellikle dikkati yönlendirme ve olumlu duygulara odaklanma gibi stratejilerdir (144). Bir araştırmada, kişilerin negatif duyguları düzenlemek için olumlu duygulardan daha fazla zaman harcadığı gösterilmiştir (145).

Ayrıca, duygular kişinin içinde bulunduğu durumu kötü ya da iyi yönde etkileyebilir. Duygu düzenleme stratejileri kişinin hedeflerine ulaşmasını sağlayabilir; ancak bu durum, başkaları tarafından uyumsuz olarak görülmesine de sebep olabilir. İş ortamı stresli olan bir hekim, daha verimli çalışabilmek için olumsuz duyguları azaltan bilişsel stratejiler kullanırken aynı zamanda empati duygularını da azaltabilir (138,146).

Gross'un yaptığı tanıma göre duygu düzenleme güçlüğü, adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanılarak kişinin istenilen amaca ulaşmasına engel olduğunda ortaya çıkmaktadır (147).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu düzenleme güçlüklerinin yaşam boyu devam ettiği gösterilmiştir (148). Duygusal reaktivite, duygusal farkındalığın azlığı, olumsuz duygulanımlarda artış, dürtü kontrolünde zorluklar ve öz denetimde zorluklar gibi duygu düzenleme güçlükleri DEHB ile ilişkili bulunmuştur (149,150). Yine bir çalışmada DEHB'li olgularda duygu düzenleme güçlüğü'nün komorbid psikopatolojilerin gelişimini etkilediği gösterilmiştir (151). Anksiyete ve depresyon gibi içselleştirme bozukluklarında duygu düzenleme güçlükleri yaygın görülür. Bu durumlarda duygusal farkındalıkta azalma, duygusal reaktivite, olumsuz duygularda artış, olumlu duyguları ifade edememe, yetersiz durum modifikasyonu, kaçınma ve bastırma şeklinde duygu düzenleme sorunları görülmektedir (152,153).

Yine yukarıda bahsedildiği gibi Barkley’e göre, kendi oluşturduğu DEHB modelindeki beş ana belirti kümesinden biri “emosyonel dürtüsellik ve duygu düzenlemeyi” içermektedir (2). Yine DEHB’de sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme güçlüklerinin arttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (12). Daha önce söz edildiği gibi Barkley çocuklarda ve erişkinlerde, YBT kliniği ile DEHB görünümünün duygu düzenleme açısından farklı güçlerde yordayıcı olduğunu çocuklardaki etkinin daha az olduğu ancak erişkinler için YBT’nin duygu düzenleme güçlüğü açısından en güçlü yordayıcı olduğunu belirtmiştir. Yaş arttıkça YBT ile duygu düzenleme güçlükleri arasında daha güçlü bağlantı olabileceği düşünülmüştür (76). Yine üniversite çağına gelmiş erişkinlerle yapılan çalışmalarda da çocuk ve ergenlik dönemine benzer şekilde YBT kliniği ve duygu düzenleme güçlükleri arasında ilişki saptanmıştır (108,126,154).

Duygu düzenleme güçlüğü, psikopatolojilerin gelişiminde önemli rol oynar bu nedenle duygu düzenleme güçlüğüne yönelik müdahaleler ve bilişsel yeniden değerlendirme gibi adaptif duygu düzenleme stratejilerinin öğretilmesi ruh sağlığı açısından koruyucu bir faktör olabilir (155).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ÖRNEKLEM

Araştırmamız tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılar Mayıs 2023-Ekim 2023 tarihleri arasında S.B.Ü. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH Psikiyatri Poliklinikleri ve Dikkat Eksikliği Özel Dal Polikliniğine başvuran ve DSM-5’e göre DEHB tanı kriterlerini karşılayan kişiler arasından dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre seçilmiş 18-65 yaş arası DEHB tanısı almış erişkinlerden oluşmaktadır.

Katılımcıların tamamına Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonu (SCID-I-CV), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Barkley Erişkin SCT (Sluggish Cognitive Tempo) Ölçeği, Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening And Rating Scale), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-16 (DDGÖ-16) uygulanmıştır.

Bu değerlendirmelerin sonucunda 5 katılımcı SCID-I-CV baz alınarak yapılan klinik g r   meyi sürdüremediği için araştırma dışında tutulmuştur.

Dahil edilme kriterlerine uyan, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden; DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş toplam 88 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme  l  tleri:

- Katılımcının DSM-V kriterlerine göre DEHB tanısı almış olması
- Katılımcının 18 ya ından büyük 65 ya ından küçük olması
- Katılımcının okur-yazar olması
- Katılımcılara araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı gönüllük esasınca kabul etmiş olması ve aydınlatılmış onam formunu imzalamış olması

Araştırmadan Hariç Tutulma  l  tleri:

- Araştırmaya dahil edilme ölçütlerini kar ılamamak
- Dikkat eksikliği semptomunu açıklayacak başka nörolojik ve fiziksel hastalığının olması (kafa travması, işitme sorunları, endokrin hastalıklar, uyku bozuklukları)
- Katılımcının son 6 ay içerisinde tanı almış başka bir psikiyatrik hastalığının olması (psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, depresif epizod ve anksiyete bozuklukları)
- Katılımcının 2 haftadan daha uzun süredir antipsikotik, antidepresan ya da duygudurum düzenleyici ilaç kullanıyor olması
- Alkol ve madde kullanım bozukluğu  yk  s  olması
- Fiziki, nörolojik veya mental durumunun g r   meyi sürdürmeye ve  l  k formlarını doldurmaya engel teşkil etmesi ( rneğin: deliryum, demans, mental retardasyon, gerçeği değerlendirmede bozulmalar vb.)

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına ve hipotezlerine uygun, hastalar hakkında sosyodemografik ve klinik bilgi edinmeye yönelik hazırlanan bir formdur.

3.2.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyonu (SCID-I-CV)

DSM-IV’de yer alan I. eksen psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Uygulaması yaklaşık 1 saati bulabilmektedir. Türkçe güvenilirliği ve uyarlaması Özkürkçügil A ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Güvenilirliğine bakıldığında görüşmecilerin tüm tanılar için uyuşma yüzdeleri % 98.1 ve kappa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (156).

3.2.3 Barkley Erişkin SCT (Sluggish Cognitive Tempo) Ölçeği (SCT)

Barkley Yetişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV (BAARS-IV) ölçeği, mevcut DEHB semptomlarını ve bozulma alanlarını değerlendirmek için kullanılan DSM-IV kriterlerini baz alan bir kendi değerlendirme ölçeğidir. Barkley Yetişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV (BAARS-IV), Barkley tarafından 2011’de geliştirilmiştir. Faktör analizi yine Barkley tarafından 2011 yılında yapılmıştır. 4 faktörlü olan ölçekte faktörler DEHB Dikkatsizliği (Faktör 1) = %19,4, SCT (Faktör 2) = %17,4, DEHB Hiperaktivitesi (Faktör 3) = %11,5, DEHB Dürtüselliği (Faktör 4) = %10,2 şeklinde belirlenmiştir.

Barkley Yetişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği-IV (BAARS-IV)’nin bir alt tipi olan Barkley Erişkin SCT Ölçeği erişkin popülasyonda yavaş bilişsel tempo semptomlarını saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Barkley Erişkin SCT Ölçeği SCT semptomlarını 2 faktörlü bir yapı ile 1. Faktör: Daydreaming (Hayal Kurma): 1,2,3,4,5. maddeler, 2. Faktör Sluggishness (Yavaşlık): 6,7,8,9. Maddeler şeklinde ölçen 9 soruluk 4’lü Likert tipinde bir ölçektir. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2022 yılında Gul A. ve Gul H. tarafından yapılmıştır ($\chi^2 = 43.642$, $p = 0.001$; $\chi^2/df = 2.425$, GFI = 0.962, RMSEA = 0.072). Analizler sonucunda 9. Madde çıkarılmış ve 8 Madde olarak kullanıma başlanmıştır. Asla/Nadiren yanıtı için 1,

Bazen yanıtı için 2, Sık sık yanıtı için 3, Çok sık yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 1-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 8-32 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek yavaş bilişsel tempo semptom seviyesini düşük puan ise düşük yavaş bilişsel tempo semptom seviyesini göstermektedir. Ölçekte kullanılan 8 sorudan 5 ve daha fazlasına 3 ya da 4 yanıt verilmesi kişilerde YBT semptomları olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa değeri 0.87 olarak hesaplanarak gösterilmiştir. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de “Daydreaming (Hayal Kurma)” için 0.87 ve “Sluggishness (Yavaşlık)” için 0.79 olmak üzere yüksek bulunmuştur (93).

3.2.4 Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9)

Hasta Sağlığı Anketi, birinci basamakta depresyon gibi yaygın olarak karşılaşılan ruhsal bozuklukları tanımlamaya yönelik bir teşhis aracıdır. Hasta Sağlık Anketi-9 hasta sağlığı sorgusuna dayanan 9 semptomu sorgulayan DSM-IV'e göre depresyon tanısında kullanılan bir ölçümdür. Kurt Kroenke ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir (157). Hasta Sağlık Anketi-9 hastaların depresif semptom düzeylerini 9 soru ile ölçen bir ölçektir. Son 2 hafta içinde yaşanan semptomlar hastalara sorulur ve 0: Hiçbir zaman 1: Bazı günler 2: Günlerin yarısından fazlasında 3: Hemen hemen her gün olacak şekilde puanlaması istenir. 9 sorunun puanı toplanır ve 0 ile 27 arasında bir ölçek puanı elde edilir. Puanlamaya göre 1-4 arası puanlar minimal, 5-9 arası hafif, 10-14 arası orta, 15-19 arası orta şiddetli ve 20-27 arası şiddetli depresyon olarak derecelendirilir. Dokuz tanılayıcı sorunun yanı sıra, testte "Herhangi bir sorunu işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızı, evdeki işlerle ilgilenmenizi veya diğer insanlarla geçinmenizi ne kadar zorlaştırdı?" gibi bir soru daha içerir. Ancak bu soru puanlamaya katılmaz. Birçok farklı dil ve popülasyonda yapılmış geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları mevcuttur. PHQ-9 'un geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Cronbach alfa değerine göre bakılmış ve birçok çalışmada 0.89-0.86 arasında değişmektedir. Anketin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Yunus Emre Sarı ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (158).

3.2.5 Turgay Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening And Rating Scale)

Erişkin DEHB ölçeği 1995 yılında Kanada’da A. Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 4'lü Likert (0=hemen hiç, 1=biraz ya da bazen, 2=sıklıkla ve 3=çok sık) tipi derecelendirme ölçeği olup, üç alt bölümden oluşmaktadır:

1.Bölüm: Dikkat Eksikliği bölümü (DE): DSM-IV' teki Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri alınarak oluşturulmuş toplam 9 madde içerir.

2.Bölüm: Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü (AH): Bu bölümde de yine DSM IV' teki Aşırı Hareketlilik belirtileri alınmış ve toplam 9 maddeden oluşmaktadır.

3. Bölüm: DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar (Sorun) bölümü: Klinik deneyim ve gözlemlere göre oluşturulan bölüm toplam 30 maddeyi içermektedir.

Yaygın olarak kullanılan adıyla Turgay ölçeğin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Şennur Günay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde iç tutarlık katsayılarından en yüksek güvenilirliği Cronbach Alfa (0,9566) en düşük güvenilirliği ise Spearman Brown (0,9072) ve Guttman (0,9072) teknikleri vermiştir. Bu sonuçlar APA'nın kriterlerine göre testin çok yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunun göstergesidir (159,160).

Ölçekten alınabilecek puanlar 0-144 arasında değişmektedir. Dikkat Eksikliği (DE) bölümünde 3'ten düşük puan alanlar Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise Dikkat Eksikliği (DE) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Aşırı Hareketlilik (AH) bölümünde; 3'ten düşük puan alanlar Aşırı Hareketlilik (AH) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde Aşırı Hareketlilik (AH) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise Aşırı Hareketlilik (AH) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir. Sorun (S) bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta düzeyde, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır (159).

3.2.6 Duygu Düzenlemede Güçlükler  l eği (DDGÖ-16)

Bireylerin emosyonel disreg lasyonunu belirlemeye yarayan öz bildirime dayalı  l me aracıdır. Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen DDGÖ duygu düzenleme güçlüğünün çeşitli boyutlarına ilişkin bir genel puan ve altı alt ölçek puanına sahip 36 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar, duygusal tepkilerin anlaşılmaması(netlik), duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması(farkındalık), duygusal tepkilerin kabul edilmemesi(kabul etmeme), olumsuz duygular yaşarken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşama(dürtü kontrolü), etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim(strateji), olumsuz duygular yaşarken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşama ve hedefe yönelik davranışlarda bulunma güçlükleri (amaca yönelik), alt boyutları altında toplanan 36 maddeden oluşmaktadır.

Katılımcıdan maddeleri okuyarak, maddelerde yer alan ifadeleri 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında 5'li Likert  l eğinde kendisine uyma sıklığına göre değerlendirme yapması istenmektedir. Ölçek için kesme puanı belirlenmemiş olmakla birlikte yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğünün varlığına işaret etmektedir. Ölçeğin orijinal dilinde yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alpha 0,93) ve duygu düzenleme güçlüğü boyutlarının iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alpha) 0,88 ile 0,89 arasında bildirilmiştir. Yeterli iç tutarlılık göstermiş olan ölçeğin test tekrar test güvenilirliği 0,88 olarak bildirilmiştir (161).

Bjureberg ve ark., Farkındalık alt ölçeğini kaldırarak ve 36 olan madde sayısını azaltarak ölçeğin 16 maddelik bir versiyonunu (DDGÖ-16) oluşturmuştur. Bu beş faktörlü ölçeğin iyi bir güvenilirliğe ($\alpha = .92$) sahip olduğu ve DDGÖ ile yüksek düzeyde korelasyona sahip olduğu ($r = .93$) bulunmuştur. Bjureberg'in çalışması ayrıca, genel DDGÖ-16 puanının depresyon, kaygı ve stres ve kendine zarar verme davranışlarını saptamada kullanılabileceğini göstererek, yapının geçerliliğine dair kanıt sağlamıştır (162).

DDGÖ ve DDGÖ-16'nın psikometrik özelliklerinin incelendiği başka bir çalışmada, DDGÖ-16 puanlarının Cronbach alfaları 0.80 ile 0.87 arasında değişmektedir ve beş faktörlü yapısı doğrulayıcı faktör analizi (CFA) ile

doğrulanmıştır. Aynı çalışma, DDGÖ-16 kullanımının DDGÖ kullanımına tercih edilebileceğini öne sürmüştür (163).

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları 2017 yılında yapılmıştır. Uyarlama çalışmalarının güvenirlik ve geçerlilik çalışması da uygun sonuç verdikten sonra kullanıma başlanmıştır. Ölçek toplamda 16 madde ve beş alt boyuttan oluşur. Bu boyutlar; açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmemedir. Ölçek 5’li likert tipinde sunulmuştur (164).

3.2.7 Aydınlatılmış Onam Formu

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için katılımcıların eğitim ve bilgi düzeyine uygun olarak hazırlanmıştır.

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 Armonk, NY: IBM Corp. Programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Independent Samples t Test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi ve normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman’s Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık en az $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiş bu değer altında sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

3.4 ETİK KURUL ONAYI

Çalışmamız, değerlendirilmek üzere Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulmuş olup, 28.04.2023 tarihindeki toplantıda değerlendirilerek 32 karar numarası ile bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Araştırmanın olanakları (yöntem bölümünde adı geçen tüm materyal için), Alınması gerekli malzemeler, Karşılama şekli (proje dahili, sponsorluk vs.) ve araştırmacıların çıkar ilişkileri:

Araştırma için kullanılacak kırtasiye giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Çalışmada araştırmacıların herhangi bir finansal destek alımı ya da çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

4. BULGULAR

4.1 SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1’de incelenmiştir. Katılımcıların 44’ü erkek, 43’ü kadın, yaş ortalaması $26,76 \pm 6,91$ olarak saptanmıştır. 34 kişi lise ve altı, 38 kişi üniversite-yüksekokul, 15 kişi ise yüksek lisans-doktora seviyesinde eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcılar arasında herhangi bir eğitim düzeyinde sınıf tekrarı yapmış olan 14, hiç sınıf tekrarı yapmamış olan 73 kişi vardır. Katılımcılar arasında 69 kişi hiç disiplin cezası almamış iken 18 kişi en az bir defa disiplin cezası almıştır. Katılımcıların 41’i hiç iş değiştirmemişken 46 kişi en az bir defa işini değiştirmiştir. Katılımcılar arasında herhangi bir şekilde polis ile sorun yaşayan 10 kişi varken hiç sorun yaşamamış olan 77 kişi vardır. Katılımcıların 7 tanesi herhangi bir adli olaya karışmışken 80 tanesinin hiç adli olay öyküsü yoktur. Katılımcıların 23 tanesi en az bir defa trafik cezası almışken 64 tanesi hiç trafik cezası almamıştır. Katılımcıların 27 tanesi herhangi bir zamanda iş-ev kazası geçirmiş, 60 tanesi ise geçirmemiştir. 44 kişi sigara kullanıyorken 43 kişi kullanmıyordur. 30 tanesi alkol kullanıyorken 57 tanesi kullanmıyordur. 83 kişi uyuşturucu madde kullanmadığını 4 kişi ise kullandığını beyan etmiştir. (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Ort±S.S.	Medyan (Min-Max)
Yaş	26,76±6,91	26 (18-47)
	<i>n</i>	%
Cinsiyet		
Kadın	43	49,43
Erkek	44	50,57
Eğitim durumu		
Lise ve altı	34	39,08
Üniversite-Yüksekokul	38	43,68
Lisansüstü- Doktora	15	17,24
Sınıf tekrarı		
Yok	73	83,91
Var	14	16,09
Disiplin cezası		
Yok	69	79,31
Var	18	20,69
İş değiştirme		
Yok	41	47,13
Var	46	52,87
Polis ile sorun		
Yok	77	88,51
Var	10	11,49
Adli sorun		
Yok	80	91,95
Var	7	8,05
Trafik cezası		
Yok	64	73,56
Var	23	26,44
İş-ev kazası		
Yok	60	68,97
Var	27	31,03
Sigara kullanımı		
Yok	43	49,43
Var	44	50,57
Alkol kullanımı		
Yok	30	34,48
Var	57	65,52
Uyuşturucu kullanımı		
Yok	83	95,40
Var	4	4,60

4.2 KLİNİK ÖZELLİKLER

Katılımcıların klinik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre Katılımcılar arasından 35 tanesi psikiyatrik tedavi (antipsikotik, antidepresan ya da duygu durum düzenleyici ilaçları 2 haftadan uzun kullanmış olanlar dışlanmıştır.) alıyorken, 52 tanesi psikiyatrik tedavi almıyordur. Katılımcıların 50 tanesi çocukluk çağında ruh sağlığı hizmeti almak için başvurmuşken 37 tanesinin hiç başvurusu yoktur. 28 kişi çocuklukta DEHB tanısı almış, 59 kişi ise almamıştır.

Katılımcıların 46 tanesi Barkley Erişkin SCT ölçeğine göre YBT semptom kriter (SCT-K) sayısını karşılamıyorken, 41 tanesi karşılamıştır.

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin (Turgay) 1. Bölümü olan dikkat eksikliği bölümünde [T-DE(1K)] kriterleri karşılayan 72 kişi varken karşılamayan 15 kişi vardır. İkinci bölüm olan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bölümünde [T-AH, DÜ(2K)] kriterleri karşılayan 57 kişi varken karşılamayan 30 kişi vardır (Tablo 2).

Tablo 2. *Katılımcıların Klinik özellikleri*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Psikiyatrik tedavi		
Yok	35	40,23
Var	52	59,77
Çocukluk başvurusu		
Yok	37	42,53
Var	50	57,47
Çocukluk DEHB tanısı		
Yok	59	67,82
Var	28	32,18
SCT-K*		
SCT-	46	52,87
SCT+	41	47,13
T-DE(1K)*		
T-DE-	15	17,24
T-DE+	72	82,76
T-AH,DÜ(2K)*		
T-AH,DÜ-	30	34,48
T-AH,DÜ+	57	65,52

(* SCT-K: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Kriter, T-DE (1K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği (1. Bölüm) Kriter, T-AH+DÜ (2K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik (2. Bölüm) Kriter)

Ölçülen ölçeklerin ortalama ve min-max değerleri aşağıdaki Tablo 3'te verilmiştir.

Barkley Erişkin SCT Ölçeği toplam puanı (SCT-T) arttıkça YBT semptom şiddeti artmaktadır. Katılımcıların YBT semptom şiddeti ortalama 20,11±4,6 olarak raporlanmıştır.

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği Bölümü toplam puanı [T-DE(1P)] arttıkça dikkat eksikliği semptom şiddeti artmaktadır. Katılımcıların dikkat eksikliği semptom şiddeti ortalama 18,15±5,28 olarak raporlanmıştır. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Bölümü toplam puan [T-AH,DÜ(2P)] arttıkça hiperaktivite ve dürtüsellik semptom şiddeti artmaktadır. Katılımcıların hiperaktivite ve dürtüsellik semptom şiddeti ortalama 15,78±6,49 şeklinde raporlanmıştır. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Sorun Bölümü toplam puan [T-S(3P)] arttıkça DEHB'e bağlı gelişen sorun şiddeti artmaktadır. Katılımların DEHB'e bağlı yaşadığı sorun şiddeti ortalama 46,7±16,97 olarak raporlanmıştır.

Hasta Sağlık Anketi-9 toplam puan (PHQ-9) arttıkça depresif belirti şiddeti artmaktadır. Hasta Sağlık Anketi-9 işlevsellik bölümü (PHQ-9-İŞL) puanı arttıkça işlevsellikte bozulma artmaktadır. Katılımcıların depresif belirti şiddeti ortalama 14,24±5,63 olarak raporlanmıştır.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-16 (DDGÖ-16) toplam puan arttıkça duygu düzenleme güçlüğüne şiddeti artmaktadır. Katılımcıların duygu düzenlemede güçlük semptomu şiddeti ortalama 44,57±16,45 olarak raporlanmıştır (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların ölçek puanları

	Ort±S.S.	Medyan (Min-Max)
SCT-K	4,24±1,84	4 (0-7)
SCT-T	20,11±4,6	20 (9-30)
T-DE(1K)	6,54±2,46	7 (0-9)
T-DE(1P)	18,15±5,28	18 (3-27)
T-AH(P)	9,71±4,82	10 (0-18)
T-DÜ(P)	6,07±2,47	6 (0-9)
T-AH,DÜ(2P)	15,78±6,49	17 (0-27)
T-AH,DÜ(2K)	5,46±2,69	6 (0-9)
T-S(3P)	46,7±16,97	46 (3-85)

T(1+2)K	12±4,51	13 (0-18)
T(1+2)P	33,93±10,54	35 (4-51)
PHQ-9	14,24±5,63	14 (2-27)
PHQ-İŞL	2,25±0,98	2 (1-4)
DDGÖ-16	44,57±16,45	42 (17-78)

(SCT-K: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Kriter, SCT-T: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Toplam Puan, T-DE(1K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği (1. Bölüm) Kriter, T-DE(1P): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği (1. Bölüm) Toplam Puan, T-AH(P): Aşırı Hareketlilik toplam puan, T-DÜ(P): Dürtüsellik toplam puan, T-AH,DÜ(2P): 2. Bölüm toplam puan, T-AH+DÜ(2K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik (2. Bölüm) Kriter, T-S(3P): 3. Bölüm toplam puan, T(1+2)K/P: 1. Bölüm ve 2.Bölüm toplam kriter ve puan, PHQ-9: Hasta Sağlık Anketi-9 toplam puan, PHQ-İŞL: Hasta Sağlık Anketi İşlevsellik Bölümü, DDGÖ-16: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği toplam puan)

4.3 SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN YBT SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİSİ

Katılımcıların 46 tanesi Barkley Erişkin SCT ölçeğine göre YBT semptom kriter sayısını karşılamıyorken, 41 tanesi karşılamıştır. Yavaş Bilişsel Tempo semptom kriter sayısını karşılayan (SCT+) ve karşılamayan (SCT-) iki grup sosyodemografik ve klinik özellikler açısından Tablo 4'te karşılaştırılmıştır.

SCT- ile SCT+ grup arasında cinsiyet, eğitim durumu, sınıf tekrarı, disiplin cezası, iş değiştirme, polis ile sorun yaşama, adli sorun yaşama, trafik cezası yeme, İş-ev kazası geçirme, sigara kullanımı, alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, psikiyatrik tedavi görme, çocukluk çağında ruh sağlığı hizmeti almak için başvuru yapma, çocukluk DEHB tanısı almış olma, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğine göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite kriterlerini karşılama bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. SCT+ ve SCT- grubun klinik ve sosyodemografik özellikleri

SCT-		SCT+		p
nt	%	nt	%	

Cinsiyet					0,240
Kadın	20	43,48	23	56,10	
Erkek	26	56,52	18	43,90	
Eğitim durumu					0,640
Lise ve altı	19	41,30	15	36,59	
Üniversite-Yüksekokul	18	39,13	20	48,78	
Lisansüstü-Doktora	9	19,57	6	14,63	
Sınıf tekrarı					0,160
Yok	41	89,13	32	78,05	
Var	5	10,87	9	21,95	
Disiplin cezası					0,798
Yok	36	78,26	33	80,49	
Var	10	21,74	8	19,51	
İş değiştirme					0,153
Yok	25	54,35	16	39,02	
Var	21	45,65	25	60,98	
Polis ile sorun					0,386
Yok	42	91,30	35	85,37	
Var	4	8,70	6	14,63	
Adli sorun					0,580
Yok	43	93,48	37	90,24	
Var	3	6,52	4	9,76	
Trafik cezası					0,370
Yok	32	69,57	32	78,05	
Var	14	30,43	9	21,95	
İş-ev kazası					0,206
Yok	29	63,04	31	75,61	
Var	17	36,96	10	24,39	
Sigara kullanımı					0,587
Yok	24	52,17	19	46,34	
Var	22	47,83	22	53,66	
Alkol kullanımı					0,156
Yok	19	41,30	11	26,83	
Var	27	58,70	30	73,17	
Uyuşturucu kullanımı					0,253
Yok	45	97,83	38	92,68	
Var	1	2,17	3	7,32	
Psikiyatrik tedavi					0,275
Yok	21	45,65	14	34,15	
Var	25	54,35	27	65,85	
Çocukluk başvurusu					0,290
Yok	22	47,83	15	36,59	
Var	24	52,17	26	63,41	
Çocukluk DEHB tanısı					0,583

Yok	30	65,22	29	70,73	
Var	16	34,78	12	29,27	
T-DE(1K)					0,081
T-DE-	11	23,91	4	9,76	
T-DE+	35	76,09	37	90,24	
T-AH+DÜ(2K)					0,156
T-AH+DÜ-	19	41,30	11	26,83	
T-AH+DÜ+	27	58,70	30	73,17	

Ki-Kare Testi

(SCT-: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Kriter sayısını karşılamayan, SCT+: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Kriter sayısını karşılayan, T-DE(1K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği (1. Bölüm) Kriter, T-AH+DÜ(2K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik (2. Bölüm) Kriter)

4.4 YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN GRUPTA PHQ-9, DDGÖ-16, ERİŞKİN DEHB (TURGAY) ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Yavaş Bilişsel Tempo semptom kriter sayısını karşılayan (SCT+) ve karşılamayan (SCT-) iki grup klinik özellikler açısından Tablo 5’te karşılaştırılmıştır.

Bulgular incelendiğinde SCT- ve SCT+ iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. İki grubun T-DE(1K), T-DE(1P) ve SCT-T puanları incelenmiştir. Buna göre YBT semptomları olan grupta (SCT+) dikkat eksikliği kriter sayısı [T-DE (1K)] ($p=0,002$), dikkat eksikliği toplam puanı [T-DE(1P)] ($p=0,002$), yavaş bilişsel tempo semptom şiddeti (SCT-T) ($p<0,001$) YBT semptomları olmayan gruba (SCT-) göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir.

Yine DEHB’e bağlı sorun puanı [T-S(3P)] ($p<0,001$), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) toplam puanı ($p<0,001$), PHQ işlevsellik puanı (PHQ-İŞL) ($p=0,002$), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16) toplam puanı ($p<0,001$) SCT+ grupta SCT- gruba göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır. (Tablo 5)

Tablo 5. SCT+ ve SCT- grubun PHQ-9, DDGÖ-16, Erişkin DEHB Ölçek Puanları

	SCT-		SCT+		p
	Ort±s.s.	Medyan (Min-Max)	Ort±s.s.	Medyan (Min-Max)	
Yaş	27,63±7,83	27 (18-47)	25,78±5,64	25 (18-47)	0,382
SCT-T	16,65±2,83	17 (9-23)	24±2,68	23 (19-30)	<0,001
T-DE(1K)	5,8±2,57	6 (0-9)	7,37±2,06	8 (1-9)	0,002

T-DE(1P)	16,5±5,37	17 (3-25)	20±4,57	21 (6-27)	0,002
T-AH(P)	9,07±4,99	9 (0-18)	10,44±4,57	10 (0-18)	0,192
T-DÜ(P)	5,91±2,59	6 (0-9)	6,24±2,34	7 (0-9)	0,609
T-AH+DÜ(2P)	14,98±6,86	15,5 (1-27)	16,68±6	17 (0-25)	0,287
T-AH+DÜ(2K)	5,07±2,82	5,5 (0-9)	5,9±2,5	6 (0-9)	0,174
T-S(3P)	40,65±14,1	43 (6-69)	53,49±17,51	56 (3-85)	<0,001
T(1+2)K	10,87±4,77	11 (0-18)	13,27±3,86	14 (1-18)	0,011
T(1+2)P	31,48±11,04	31,5 (4-49)	36,68±9,34	38 (6-51)	0,023
PHQ-9	11,89±4,77	13 (2-24)	16,88±5,4	16 (6-27)	<0,001
PHQ-İŞL	1,93±0,85	2 (1-4)	2,61±1	3 (1-4)	0,002
DDGÖ-16	35,2±11,8	32,5 (17-59)	55,1±14,5	57 (25-78)	<0,001

Mann Whitney U Testi

(SCT-: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Kriter sayısını karşılamayan, SCT+: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Kriter sayısını karşılayan, SCT-T: Barkley Erişkin SCT Ölçeği Toplam Puan, T-DE(1K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği (1. Bölüm) Kriter, T-DE(1P): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Dikkat Eksikliği (1. Bölüm) Toplam Puan, T-AH(P): Aşırı Hareketlilik toplam puan, T-DÜ(P): Dürtüsellik toplam puan, T-AH,DÜ(2P): 2. Bölüm toplam puan, T-AH+DÜ(2K): Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik (2. Bölüm) Kriter, T-S(3P): 3. Bölüm toplam puan, T(1+2)K/P: 1. Bölüm ve 2.Bölüm toplam kriter ve puan, PHQ-9: Hasta Sağlık Anketi-9 toplam puan, PHQ-İŞL: Hasta Sağlık Anketi İşlevsellik Bölümü, DDGÖ-16: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği toplam puan)

4.5 YBT SEMPTOMLARININ (SCT-T), ERİŞKİN DEHB (TURGAY) ALT ÖLÇEK PUANLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Erişkin SCT ölçeği toplam puanları (SCT-T), Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin Dikkat Eksikliği Bölümü toplam puanı [T-DE(1P)], Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Bölümü toplam puanı [T-AH+DÜ(2P)], Sorun [T-S(3P)] alt ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. (Tablo 6) Bulgular sonucunda SCT-T ile T-DE(1P) ve T-S(3P) arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$). SCT-T ile T-AH+DÜ(2P) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.6 ERİŞKİN DEHB (TURGAY) ALT ÖLÇEK PUANLARININ PHQ-9 VE DDGÖ-16 İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin 1. Bölümü olan Dikkat Eksikliği ölçek puanları ile [T-DE(1P)], 2. Bölümü olan Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik [T-AH+DÜ(2P)], 3. Bölümü olan DEHB'e bağlı Sorun [T-S(3P)], Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16) puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. (Tablo 6) Bulgular

sonucunda T-DE(1P) ile PHQ-9 ve DDGÖ-16 arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$). Aynı zamanda T-DE(1P) ile T-AH+DÜ(2P) ve T-S(3P) arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$)

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin 2. Bölümü olan Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik ölçek puanları ile [T-AH+DÜ(2P)], 3. Bölümü olan DEHB'e bağlı Sorun [T-S(3P)], Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16) puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. (Tablo 6) Bulgular sonucunda T-AH+DÜ(2P) ile PHQ-9 ve T-S(3P) arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$). Aynı zamanda T-AH+DÜ(2P) ile DDGÖ-16 arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p=0,014$)

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin 3. Bölümü olan DEHB'e bağlı Sorun ölçek puanları ile [T-S(3P)], Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16) puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. (Tablo 6) Bulgular sonucunda T-S(3P) ile PHQ-9 ve DDGÖ-16 arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$).

4.7 YBT SEMPTOMLARININ (SCT-T), DEPRESİF BELİRTİLER (PHQ-9) VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ (DDGÖ-16) İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Erişkin SCT ölçeği toplam puanları (SCT-T), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16) puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. (Tablo 6) Bulgular sonucunda SCT-T ile PHQ-9 ve DDGÖ-16 arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$)

4.8 DEPRESİF BELİRTİLERİN (PHQ-9), DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ (DDGÖ-16) İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Hasta Sağlık Anketi toplam puanları (PHQ-9) ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ-16) puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. (Tablo 6) Bulgular sonucunda PHQ-9 ve DDGÖ-16 arasında aynı yönlü korelasyon bulunmuştur. ($p<0,001$)

Tablo 6: SCT, Erişkin DEHB (Turgay), PHQ-9, DDGÖ-16 arasındaki korelasyonun

incelenmesi

		SCT-T	T-DE(1P)	T-AH+DÜ(2P)	T-S(3P)	PHQ-9	DDGÖ-16
SCT-T	r						
	p						
T-DE(1P)	r	0,425					
	p	<0,001					
T-AH+DÜ(2P)	r	0,203	0,523				
	p	0,059	<0,001				
T-S(3P)	r	0,510	0,704	0,569			
	p	<0,001	<0,001	<0,001			
PHQ-9	r	0,431	0,519	0,452	0,603		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		
DDGÖ-16	r	0,599	0,487	0,262	0,650	0,639	
	p	<0,001	<0,001	0,014	<0,001	<0,001	

Spearman Korelasyon Testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma erişkin hasta popülasyonunda DEHB tanısı alan bireyler içindeki tanısal heterojeniteyi daha iyi anlamak amacıyla yürütüldü. Son yıllarda giderek artan bir popülasyon olan erişkin DEHB'li bireylerin yaşadığı YBT semptomlarını daha iyi anlamak, depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü semptomları ile ilişkini açıklamayı amaçladık. Çalışmamıza DEHB tanısı almış 87 hasta dahil edildi. Bu hastaların YBT semptomları varlığı ve şiddeti incelenerek, depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi saptanmaya çalışıldı. YBT semptom şiddeti arttıkça depresif belirtilerin ve duygu düzenleme güçlüğüne de arttığını destekleyen bulgular elde edildi. Çalışmamızda bulgularımız ile elde edilen sonucun erişkin popülasyonda YBT semptomlarının tanınmasına katkıda bulunacağını, tanısal karmaşayı önleme açısından anlamlı olabilecek sonuçlara ulaştığımızı düşünmekteyiz. Erişkin popülasyonda üzerinde çok durulmayan YBT semptomlarını bu parametreler ile açıklamaya yönelik yürüttüğümüz bu çalışma, bilgilerimize göre bu bağlantı üzerinden yürütülen ilk çalışmadır.

5.1 KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Çalışmamıza dahil edilme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan ve SCID-I-CV kullanılarak yapılan klinik görüşme sonucunda DEHB tanısı alan 87 erişkin hasta dahil edildi. Katılımcıların DEHB tanısının klinik görüşme ile doğrulanmış olması çalışmanın güçlü yanlarından biridir.

Katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde 44'ü erkek (%50,57), 43'ü kadın (%49,43) olup yaşları ise 18-47 arasında değişmektedir. Hastaların yaş ortalaması $26,76 \pm 6,91$ olarak saptanmıştır. Erişkin DEHB çalışmaları incelendiğinde, yetişkinler için erkek/kadın oranlarının 1,6/1'e yakın olduğu, çalışmalarda genel olarak 1/1 ile 2/1 arasında değiştiği bildirilmektedir (165,166). Erişkin DEHB'de cinsiyet oranları açısından bakıldığında çalışmamızda saptanan 1,02 olan erkek/kadın oranları literatür ile uyumludur.

Erişkin DEHB tanılı kişilerde sık iş değiştirme gibi mesleki ve sosyoekonomik sorunlar, sosyal uyumsuzluk, adli olaylara karışma, akademik başarısızlık, sık kaza geçirme gibi sorunlar normal popülasyondan daha sık görülmektedir. Alkol, madde ve uyuşturucu kullanımı gibi dürtüsel davranışlar yine normal popülasyondan daha fazladır (167). Çalışmamızdaki katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise 34 kişi lise ve altı (%39,08), 38 kişi üniversite-yüksekokul (%43,68), 15 kişi ise yüksek lisans-doktora (%17,24) seviyesinde eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcılar arasında herhangi bir eğitim düzeyinde sınıf tekrarı yapmış olan 14 (%16,09), hiç sınıf tekrarı yapmamış olan 73 (%83,91) kişi vardır. Katılımcılar arasında 69 kişi (%79,31) hiç disiplin cezası almamış iken 18 kişi (%20,69) en az bir defa disiplin cezası almıştır. Yapılan bir çalışmada Biederman ve ark. DEHB'li bireylerin akademik olarak daha düşük başarı seviyesinde oldukları saptanmıştır (168). Yine Barkley ve arkadaşları, DEHB'ye sahip olanların akranlarına göre okulu bitirebilme, yüksekokuldan mezun olabilmeye oranlarının daha düşük olduğunu söylemiştir (169).

Bizim çalışmamızda Katılımcıların 41'i (%47,13) hiç iş değiştirmemişken 46 kişi (52,87) en az bir defa işini değiştirmiştir. Katılımcılar arasında herhangi bir şekilde polis ile sorun yaşayan 10 kişi (%11,49) varken hiç sorun yaşamamış olan 77 kişi (%88,51) vardır. Katılımcıların 7 tanesi (%8,05) herhangi bir adli olaya

karışmışken 80 tanesinin (%91,95) hiç adli olay öyküsü yoktur. Katılımcıların 23 tanesi (%26,44) en az bir defa trafik cezası almışken 64 tanesi (%73,56) hiç trafik cezası almamıştır. Katılımcıların 27 tanesi (%31,03) herhangi bir zamanda iş-ev kazası geçirmiş, 60 tanesi (%68,97) ise geçirmemiştir. Erişkin DEHB tanısı almış kişiler ve sağlıklı kontrol grubunda trafik kazaları, trafik ihlalleri ve sürüş özelliklerinin değerlendirildiği çalışmaların metaanalizinin yapıldığı bir çalışmada, metaanalize dahil edilen beş çalışmanın DEHB'lilerde hız ihlallerinin daha fazla olduğunu bildirdiği, üç çalışmada ise hız ihlalleri arasında DEHB'li erişkinler ve sağlıklı kontroller arasında fark bulunmadığı; trafik ihlallerinin bazı çalışmalarda hasta ve kontrol grupları arasında fark göstermediği belirtilmiştir (170). Çalışmamızda elde edilen verilerin normal popülasyondan yüksek olduğu tahmin edilmekle birlikte örneklem grubumuzun DEHB tanısı almış kişilerden oluşmasından dolayı istatistiksel olarak bu oranların birbiri ile ilişkisi incelenmemiştir.

Çalışmamıza katılan 44 kişi (%50,57) sigara kullanıyorken 43 kişi (%49,43) kullanmıyordur. 30 tanesi (%34,48) alkol kullanıyorken 57 tanesi (%65,52) kullanmıyordur. 83 kişi (%95,40) uyuşturucu madde kullanmadığını 4 kişi (%4,60) ise kullandığını beyan etmiştir. Literatür verileri incelendiğinde, erişkin DEHB'li bireylerde, alkol, madde ve sigara kullanımı riskinin arttığı; DEHB tanılı erişkinlerde madde kullanımının (sigara kullanımı da dahil) erken yaşlarda başlayarak devam ettiği DEHB tanılı erişkinlerin %10-30'unda Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları bulunduğu bildirilmektedir (171–174). Bizim örneklemimizde benzer bulgular olmakla beraber, normal popülasyon ile istatistiksel olarak anlamlı olabilecek karşılaştırma yapılmamıştır.

Katılımcıların klinik özellikleri incelendiğinde ise katılımcılar arasından 35 tanesi psikiyatrik tedavi (antipsikotik, antidepresan ya da duygu durum düzenleyici ilaçları 2 haftadan uzun kullanıyor olanlar dışlanmıştır.) alıyorken, 52 tanesi psikiyatrik tedavi almıyordur. Katılımcıların 50 tanesi (%57,47) çocukluk çağında ruh sağlığı hizmeti almak için başvurmuşken 37 tanesinin (%42,53) hiç başvurusu yoktur. 28 kişi (%32,18) çocuklukta DEHB tanısı almış, 59 kişi (%67,82) ise almamıştır. Daha önce bahsedildiği gibi DEHB tanısı almış bireylerle yapılan takip çalışmalarında hastalığın kronik bir seyir izlediği ve çocuklukta alınan DEHB

tanısının %60-80 oranında ergenlikte, %40-60 oranında ise erişkinlikte devam ettiği gözlenmiştir (47). Örneklem grubumuzdaki oranlar literatürle uyumludur.

Çalışmamızın araştırma konusu temel olarak YBT semptomları ile depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkisini araştırmaktır. Bu nedenle örneklem genişliğimizin; diğer değişkenler açısından literatürle uyumlu sonuçlar elde etmeye yetecek büyüklükte olmayabileceği düşünülmüştür. Ayrıca örneklem grubumuz DEHB tanısı almış bireylerden oluştuğu için değişkenlerin oranının normal popülasyondan farklı sonuçlanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Erişkin DEHB tanısı almış bireylerin yaklaşık %65-89'unda eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk varlığı ve erişkin DEHB'de en sık görülen komorbid bozuklukların depresyon ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, dürtü denetim bozuklukları ve yeme bozuklukları olduğu belirtilmektedir (173,175). Ayrıca, psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin önemli bölümünde tanı almamış komorbid DEHB olduğu bilinmektedir (19,176). Bu nedenle karıştırıcı bir faktör olmaması açısından çalışmamıza son 6 ay içinde DEHB dışında herhangi bir psikiyatrik tanı almış kişiler dahil edilmemiştir. Ayrıca YBT ölçek puanlarını etkileyebileceği düşünüldüğünden son 2 hafta içinde herhangi bir duygu durum düzenleyici, antipsikotik ya da antidepresan ilaç kullanan hastalar yine çalışmamıza dahil edilmemiştir. Çalışmamızda dahil edilme ve hariç tutma kriterlerinin katı olması ve bu denli komorbitede görülen DEHB hasta popülasyonunda seçici davranılması yine çalışmamızın güçlü yanlarından biridir.

Katılımcılar arasında Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeğinin (Turgay) 1. Bölümü olan dikkat eksikliği bölümünde kriterleri karşılayan 72 kişi (%82,76) varken karşılamayan 15 kişi (%17,24) vardır. 2. Bölüm olan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bölümünde kriterleri karşılayan 57 kişi (%65,52) varken karşılamayan 30 kişi (%34,48) vardır. Bulgulara baktığımızda örneklem grubumuzda DEHB alt tiplerinden dikkat eksikliği baskın tip olguların AH ve DÜ baskın tip olgularından daha fazla olduğu görülmektedir. Bulgularımız erişkin popülasyonda, çocuk ve ergen popülasyona göre DEHB-DEB tipinin daha fazla görülmesi, AH ve DÜ semptomlarının yaş arttıkça azaldığı ve erişkin popülasyonda daha çok dikkat eksikliği semptomunun ön planda olduğunun bir göstergesi olabilir. Literatürdeki çalışmalar DEHB tanılı bireylerde en sık rastlanan alt tipin “dikkatsizlik“ alt tipi

olduğunu, ikinci sırada “birleşik“ ve üçüncü sırada “hiperaktivite / dürtüsellik” alt tipinin takip ettiğini belirtmektedir (21). Bulgularımız literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Örneklem grubumuzdaki katılımcıların 46 tanesi (%52,87) Barkley Erişkin SCT ölçeğine göre YBT semptom kriter sayısını karşılamıyorken, 41 tanesi (%47,13) karşılamıştır. Literatürde erişkin popülasyonda YBT oranlarını inceleyen çok fazla çalışma bulunmamaktadır. YBT tanısı alan çocuk ve ergen popülasyonda yapılan bir çalışmaya göre YBT tanısı alanların %59’nun DEHB tanısı da aldığı, özellikle DEHB-DEB tipinde bu birlikteliğin daha çok olduğu belirtilmektedir. Ayrıca DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ise %39’unda YBT tanısı olduğu belirtilmiştir. YBT tanısı alan olguların yaşlarının daha ileri olduğu göz önünde bulundurulduğunda çalışmamızdaki %47 oranının erişkin popülasyon için literatürle uyumlu olduğu söylenebilir (76). YBT olgularının komorbid depresyon ve anksiyete bozukluklarını sık yaşadığı ve örneklem grubumuzun EAH dal polikliniğine başvuran hastalardan seçilmesinin bu oranı arttırmış olabileceği de olasıdır.

Katılımcıların ölçek puanlarına bakıldığında ise Barkley Erişkin SCT Ölçeği toplam puanı ile ölçülen YBT semptom şiddeti ortalama $20,11 \pm 4,6$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların dikkat eksikliği semptom şiddeti Turgay (Erişkin DEHB ölçeği) ölçeği ile ölçülmüş ve ortalama $18,15 \pm 5,28$ olarak saptanmıştır. Turgay ölçeği Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Bölümü toplam puan ile ölçülen hiperaktivite ve dürtüsellik semptom şiddeti ortalama $15,78 \pm 6,49$ şeklinde saptanmıştır. Turgay ölçeği Sorun Bölümü toplam puan ile ölçülen katılımların DEHB’e bağlı yaşadığı sorun şiddeti ortalama $46,7 \pm 16,97$ olarak saptanmıştır. Bulgularımızdan saptanan veriler örneklem grubumuzun YBT semptomlarını saptama açısından uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca Turgay ölçek puanlarından saptanan yüksek değerler de klinik görüşme ile koyulan DEHB tanısını desteklemektedir.

Hasta Sağlık Anketi-9 toplam puan ile ölçülen depresif belirti şiddeti ortalama $14,24 \pm 5,63$ olarak saptanmıştır. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-16 toplam puan ile ölçülen duygu düzenlemede güçlük semptomu şiddeti ortalama $44,57 \pm 16,45$ olarak saptanmıştır. PHQ-9 ve DDGÖ-16 ölçeklerinden elde edilen yüksek ortalama değerlerin örneklem grubu olarak zaten DEHB tanısı almış bireylerin seçilmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

5.2 SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN YBT SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİSİ

Çalışmamızda Barkley Erişkin SCT ölçeğine göre YBT semptom kriter sayısını karşılamayan 46 katılımcı ile YBT semptom kriterlerini karşılayan 41 katılımcı sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

Yakın zamanda yapılan ve 52 DEHB tanılı bireyin alındığı bir çalışmada, YBT semptomları olan bireylerin okul başarısının daha düşük olduğu, okul ödevlerini yaparken daha büyük sorun yaşadıkları ortaya konmuştur (177). Yine başka bir çalışmada üniversite öğrencilerinin DEHB, anksiyete ve depresyon tanısı kontrol edildikten sonra YBT semptomları olan olgularda daha düşük okul başarısı, eğitim, sosyal, maddi alanlarda yetersizlik, yürütücü işlevlerde bozulma gibi birçok alanda yetersizlik saptanmıştır. Bu bulgulara DEHB semptomları dışlanıp YBT açısından bakıldığında bile bozulmanın DEHB'den bağımsız olduğu görülmüştür (178). Yaklaşık 700 birey üzerinde Willcutt ve ark. yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır (97).

Bizim çalışmamızda YBT semptomları olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında eğitim durumu, sınıf tekrarı gibi parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. ($p>0,05$) Literatürde anlamlı sonuçlar bulunmayan çalışmalar olsa da bulgularımızın literatür ile uyumlu olmadığını ve bu durumun erişkin ve DEHB tanısı almış popülasyonla çalıştığımız için anlamlı bir fark bulunmadığını ve ölçüm yöntemimizin öz bildirime dayalı olması sonucunda ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Yine başka bir çalışmada YBT'nin yaş, cinsiyet ve etnik köken ile ilişkili olmadığı söylenmektedir (76,91,94,112). Barkley 2012'de yetişkinler ile yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar saptamıştır (179). Çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada YBT belirtilerine sahip çocukların olmayan çocuklara göre yaşlarının daha büyük olduğu bulunmuş ve bu sonuç ile YBT'nin ilk belirtilerinin daha geç ortaya çıkıyor olabileceği söylenmiştir (76). YBT belirtilerinin çocukluk çağında erkeklerde kadınlardan biraz daha fazla olduğu belirtilirken yetişkinlikte belirgin bir cinsiyet farkı gözlenmemiştir. Aynı zamanda YBT'si olan yetişkinlerin daha düşük eğitim düzeyine ve yıllık gelire sahip oldukları belirtilmektedir. YBT semptom şiddeti ise

yaş ile artış göstermektedir. (2,80,117). Yine literatürde DEHB semptomları yaşa ve cinsiyete göre farklılık gösterirken, YBT semptomlarının bu iki değişkene göre farklılık göstermediğine yönelik bazı çalışmalar mevcuttur (76,94).

Bulgularımız sonucunda YBT semptomu olan ve olmayan iki grup karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuç literatür ile uyumlu görünmektedir.

YBT semptomlarının KOKGB ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, bu semptomların davranım bozukluğu, madde kullanımı, yetişkin antisosyal kişilik özelliği ile ilişkisinin olmadığı ya da çok az olduğu düşünülmektedir. Dışsallaştırma belirtileri ile YBT'nin ilişkili olmadığı bazı belirtilerle de negatif yönde ilişkili olduğu gözlem yöntemi kullanılarak gösterilmiştir (180).

Yine madde kullanımıyla ilgili yapılmış bir çalışmada, YBT skoru yüksek olan üniversite öğrencileri arasında, YBT skoru düşük olan öğrencilere kıyasla daha fazla alkol kullanımının olduğu fakat esrar kullanımı için bu bulgunun geçerli olmadığı saptanmıştır (108,181).

Bizim çalışmamızda yaş, cinsiyet, ev ve iş kazası geçirme, adli sorun yaşama, disiplin cezası alma, polis ile sorun yaşama, trafik cezası yeme gibi parametrelerde YBT semptomları olan ve olmayan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca sigara kullanımı, madde kullanımı, alkol kullanımı parametrelerine bakıldığında yine istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlar halen DEHB tanısı almış bireylerden oluşan örneklem grubu ile çalışmamızdan da kaynaklanıyor olabilir. Yine literatürle uyumsuz bir şekilde alkol kullanımı konusunda fark saptanmamasının öz bildirime dayalı bir ölçüm yöntemi kullanılmasından da kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Barkley yaptığı çalışmada YBT ölçütlerini karşılayan çocukların büyük çoğunluğunun (%59) DEHB ölçütlerini de karşıladığını, yapılan diğer araştırmalarla tutarlı olarak bu birlikteliğin hiperaktivite alt tipinden daha çok dikkat dağınıklığı alt tipine sahip olanlarda daha çok olduğunu bulmuştur (76,94–96). Aynı çalışmada Barkley, DEHB ölçütlerini karşılayan çocukların ise % 39' unun YBT ölçütlerini de karşıladığını göstermiştir. Yine yetişkinlerle yapılan bir çalışmada YBT ölçütlerini karşılayan katılımcıların yaklaşık yarısına (%54) DEHB eşlik ettiği saptanmıştır (179). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olacak şekilde dikkat eksikliği

baskın DEHB'li bireylerde YBT semptomlarının daha çok görüldüğü saptanmıştır ($p<0,001$)

Örneklem grubumuzdaki katılımcıların 46 tanesi (%52,87) Barkley Erişkin SCT ölçeğine göre YBT semptom kriter sayısını karşılamıyorken, 41 tanesi (%47,13) karşılamıştır. YBT kriterlerini karşılayan grup ile karşılamayan grup arasında daha önce psikiyatrik tedavi görme, çocuklukta DEHB tanısı almış olma ya da ruh sağlığı hizmeti almak için başvuru yapma parametreleri açısından karşılaştırılmış ancak istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0,05$). DEHB tanılı örneklem grubumuzda %47,13 olan YBT kriterlerini karşılama oranının literatüre göre daha fazla olması katılımcıların tedavi amaçlı olarak daha önce hastanemiz dal polikliniğine başvuran kişilerden seçilmesinden kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz.

5.3 YBT SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN İKİ GRUPTA DEHB SEMPTOM ŞİDDETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yavaş Bilişsel Tempo semptomları olan (SCT+) ve olmayan (SCT-) iki grup klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular incelendiğinde YBT semptomları olan ve YBT semptomları olmayan iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. İki grubun dikkat eksikliği semptom şiddeti Turgay ölçek puanları ile incelenmiştir. Buna göre YBT semptomları olan grupta olmayan gruba göre dikkat eksikliği semptom şiddeti istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklıdır ($p=0,002$).

YBT semptomları olan ve olmayan grup Turgay ölçeğinin aşırı hareketlilik ve dürtüsellik bölümü ile karşılaştırılmış ancak istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Bulgularımız YBT semptomları olan grupta DEHB'e bağlı dikkat eksikliğinin YBT semptomları olmayan gruba göre daha sık gözlemlendiğini gösteren birçok araştırma ile uyumluluk göstermektedir. Yapılan araştırmalarla tutarlı olarak DEHB ile YBT birlikteliğinin hiperaktivite alt tipinden daha çok dikkat eksikliği alt tipinde olduğu bilinmektedir (94–96,179).

YBT belirtilerinin sıklıkla depresif ve anksiyöz semptomlar ile birlikte olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir (94,96,100,102,118,180). DEHB belirtilerinin etkisi kontrol edildikten sonra bile bu semptomlar ile olan birliktelik devam etmektedir (10,96,102,112,117). YBT belirtileri istatistiksel olarak kontrol edildiğinde DEHB-DEB tipinin depresif, anksiyöz semptomlar ve sosyal problemler ile ilişkisinin azaldığı belirtilmiştir (96,112,180).

Yine çalışmamızda DEHB'e bağlı sorun yaşama oranı Turgay ölçeği ile ölçülmüştür. YBT semptomları olan grupta YBT semptomları olmayan gruba göre DEHB'e bağlı sorun yaşama oranı istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklıdır ($p<0,001$). Bu bulgularımız literatür ile uyumluluk göstermektedir.

5.4 YBT SEMPTOMLARI OLAN VE OLMAYAN İKİ GRUPTA DEPRESYON VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ŞİDDETİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızın ilk hipotezinde, DEHB tanısı almış erişkinlerde YBT semptomları olan grupta depresif belirtilerin olmayan gruba göre daha fazla olduğu öngörülmüştür. Bulgularımız bu hipotezi destekler nitelikte sonuçlanmıştır.

YBT semptomları olan ve olmayan iki grubun depresif belirtiler açısından karşılaştırılması için PHQ-9 ölçeği toplam puanları kullanılmıştır. Bulgulara bakıldığında iki grup arasında depresif belirti semptom şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$).

Literatüre baktığımızda YBT semptomlarının içe yönelim semptomları ile ilişkini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Mikami ve arkadaşlarının yaptığı bir chat odası simülasyonunda YBT olgularının sosyal ipuçlarını anlama, sorulara yanıt verme, sosyal gruplara katılma konusunda DEHB olgularına göre daha düşük performans gösterdiği saptanmıştır (9). Ayrıca YBT olgularının daha kaygılı mizaca sahip oldukları, içe kapanma, ihtiyaçlarını ifade edememe, utangaç görünüm, sosyal ipuçlarını anlayamama gibi sorunları yaşadığı ve bu durumun sosyal ilişkilerde kısıtlılığa sebep olduğu belirtilmiştir (9,115).

Ayrıca literatürde eş tanı özelliklerine bakıldığında, YBT olgularında belirgin şekilde depresyon ve anksiyete bozukluğuna yatkınlık olduğu ayrıca YBT semptom şiddeti arttıkça bu belirtilerin de arttığı ifade edilmektedir (95). YBT semptomlarının

genel olarak ie yönelim semptomları ile ilişkili olduğunu bu durumun DEHB semptomlarının kontrol edilmesinden sonra da geçerli olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (94,96,118,122). YBT semptomları ile bu ie yönelim semptomları arasındaki ilişki ocuk, ergen ve yetişkin popülasyonda literatürdeki en güvenilir bilgilerden biridir. Birkaç istisna dışında kanıtların çoğu YBT semptomlarının anksiyete, depresyon ve ie çekilme belirtileri ile DEHB’den daha yakın ilişkili olduğunu göstermektedir. Bunun sonucunda bu iki bozukluğun ie yönelim belirtileri ile ilişkisi arasındaki ifte ayırırma paterninin bu bozukluklar açısından ortak bir hastalığın alt türleri değil, birbirinden farklı durumlar olduklarının bir kanıtı olabilir (125). Bizim araştırmamız da literatürdeki bu bilgiler ile uyumlu sonuçlanmıştır. Araştırmamızın bu iki antitenin iki farklı tanı olabileceği ile ilgili kanıtlar arayan ve sıklığı son yıllarda giderek artma eğiliminde olan birçok araştırmaya katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Erişkin popülasyonda YBT semptom kümesinin tanınması için daha çok araştırma yapılması gerekmektedir.

Bulgularımız çalışmamızın ikinci hipotezi olan, DEHB tanısı almış erişkinlerde YBT semptomları olan grupta duygu düzenleme güçlüğü belirtilerinin YBT semptomları olmayan gruba göre daha fazla olduğunu destekler nitelikte sonuçlanmıştır. YBT semptomları olan ve olmayan iki grubun duygu düzenleme güçlüğü şiddeti açısından karşılaştırılması için DDGÖ-16 leği toplam puanları kullanılmıştır. Bulgulara bakıldığında iki grup arasında duygu düzenlemede karşılaşılan güçlüğün şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Literatürü incelediğimizde özellikle Barkley erişkinlerde ve ocuklarda YBT kliniği ile DEHB görünümlerinin duygu düzenleme açısından farklı glerde yordayıcı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Barkley’in çalışmasına göre, YBT kliniği çocuklarda daha az olumsuz etki yaparken erişkinlerde YBT kliniğinin duygu düzenleme zorluğu açısından en güçlü yordayıcı olduğu saptanmıştır (76). Bu bulgular sonucunda yaş arttıka YBT kliniği ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki bağlantının daha güçlü olabileceği yorumlanmıştır. Yine başka bir çalışmada YBT kliniğinin daha düşük düzeyde emosyonel kontrolle ilişkili olduğu bulunmuştur (77).

Yine iki farklı çalışmada hem erişkinlerde hem de ocuk ve ergenlerde YBT kliniğinin anlamlı şekilde duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi saptanmıştır

(70,103,178). Bulgularımız bu sonuçlar ile karşılaştırıldığında literatür ile uyumludur. YBT semptomları olan hastaların duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşıyor oldukları söylenebilir.

5.5 YBT SEMPTOM ŞİDDETİ İLE DEHB SEMPTOM ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Örneklem grubumuzda YBT semptomlarının şiddeti ile DEHB belirtilerinin şiddetinin ilişkisinin incelenmesi için Turgay ölçeği kullanılmıştır. Bulgulara bakıldığında YBT semptom şiddeti ile DEHB'e bağlı dikkat eksikliği semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). Bulgularımız literatürde yapılan çalışmalar ile uyumludur. Bauermeister ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada benzer şekilde DEHB-HI ile DEHB-DEB'li olguların farklı tip dikkat sorunları ortaya koydukları ve DEB olgularının daha fazla "yavaş hareket etme, boş bakma, çabuk yorulma" gibi YBT semptomları gösterdikleri belirlenmiştir (102). Yine başka bir araştırmada YBT ile ilişkili maddeler (özellikle hayallere dalma, yavaşlık/uykulu hal) DSM-IV alan çalışmalarında test edilmiştir ve özellikle dikkatsizlik belirtileri ile korele bulunmuştur (182). Carlson ve Mann 2002'de yaptığı bir çalışmada, DEHB-DEB ve DEHB-HI tip tanıları olan çocukları YBT belirtilerinin düzeyleri açısından karşılaştırmışlar. DEHB-DEB grubunda DEHB-HI tipe göre YBT'yi anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (118). Yine farklı çalışmalarda YBT semptom şiddetinin dikkat eksikliği semptomları ile ilişkiye bakılmış ve benzer sonuçlar bulunmuştur (94,183,184). YBT semptomlarının dikkat eksikliği ile ilişkisini inceleyen birkaç farklı çalışmada sürekli dikkat eksikliği YBT ile ilişkili bulunmuştur (99,106,185).

Barkley 2013'te YBT, DEHB ya da hem DEHB hem YBT'si olan hastalardan oluşturduğu büyük bir epidemiyolojik örneklemede günlük yaşamda yürütücü işlevlerin derecelendirme ölçeğini kullanmıştır. DEHB ile birlikteliği istatistiksel olarak kontrol edildiği zaman YBT'nin planlama ve sorun çözme faktöründe istatistiksel olarak daha yüksek bir etki ($<5\%$) sağladığı ortaya çıkmıştır (76). DEHB'nin dikkatsizlik belirtilerine kıyasla YBT belirtilerinin Yürütücü İşlevlerin Davranış Değerlendirme Envanterinde bilişsel işlevlerde bozulmaya daha fazla sebep olduğu bulunmuştur (177,180).

Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak YBT semptom şiddeti ile DEHB'e bağlı sorun yaşama oranı arasındaki ilişkide istatistiksel olarak aynı yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$).

Ancak YBT semptom şiddeti ile DEHB'e bağlı aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptom şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). YBT belirtilerinin dikkat eksikliğinin baskın olduğu DEHB alt tipinde daha çok görüldüğü ve bu belirtilerin içselleştirme semptomlarına etkisi göz önüne alındığında, bulgularımız literatür ile uyumlu şekilde sonuçlanmıştır.

5.6 DEHB SEMPTOMLARI İLE DEPRESİF BELİRTİ VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Literatür incelendiğinde DEHB'in diğer psikiyatrik bozukluklar (antisosyal kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve duygudurum bozuklukları) için ciddi bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Ayrıca DEHB düşük işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur (5,6).

Barkley'e göre, kendi oluşturduğu DEHB modelindeki beş ana belirti kümesinden biri "emosyonel dürtüsellik ve duygu düzenlemeyi" içermektedir (2). Yine başka bir çalışmada 2016 yılında Graziano ve Garcia'nın yaptıkları DEHB ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metaanalize DEHB'nin duygu düzenleme güçlüğünde olası belirleyiciler olarak demografik faktörler, bilişsel işlevler ve davranış sorunları tanımlanmıştır. Dört bileşen içinden en anlamlı olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin duygusal reaktivite/olumsuzluk/değişkenlik bileşeninde bozulma olduğu, bunu duygu düzenleme ve duygu tanıma/anlamanın takip ettiği saptanmıştır. Analiz sonucunda DEHB'de sağlıklı kontrollere göre duygu düzenleme güçlüklerinin arttığı saptanmıştır (12). Young S ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise DEHB belirtileri olan olguların olmayanlarla karşılaştırıldığında yaklaşık 8 kat daha fazla oranda suça karıştıkları; antisosyal kişilik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda dahi bu oranın yaklaşık 6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (127). Bu sorunlar, DEHB olgularında altta yatan yürütücü işlev bozukluklarıyla, özellikle de davranışsal disinhibisyon ve emosyonel disregülasyon ile ilişkilendirilmiştir (128).

Örneklem grubumuzda DEHB semptomlarının şiddeti ile depresif belirti ve duygu düzenleme güçlüğü şiddetinin ilişkisinin incelenmesi için Turgay alt ölçek puanları, PHQ-9 toplam puanı ve DDGÖ-16 toplam puanı arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgular sonucunda DEHB'e bağlı dikkat eksikliği şiddeti ile depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü şiddeti arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). Bulgularımız literatür ile uyumlu olacak şekilde DEHB semptom şiddetinin, duygu düzenleme güçlüğü ve depresif belirtiler ile ilişkisini doğrular niteliktedir.

DEHB belirtilerinin erişkin dönemde devamını sorgulayan çalışmalarda yaşla birlikte sıklıkla sendromik bir düzelme olduğu ve ergenlik döneminde önce hiperaktivite, sonra dürtüsellik belirtilerinde azalma gözleendiği saptanmıştır. Azalan hiperaktivite belirtileri kendini daha çok iç huzursuzluk, yerinde duramama şeklinde gösterir (1). Erişkinlik dönemi organize olmayı gerektirdiğinden dikkatsizlik sorunlarının yol açtığı işlevsellik kaybı bu dönemde daha fazladır. Organizasyon ve planlama alanlarındaki güçlükler sıkıcı ve güç gelen görevleri yerine getirirken uygun aşamalara bölememeyi içerir. Pek çok kişide bu durum vazgeçmeye, kaytarmaya, endişe ve yetersizlik duygularının gelişimine ve iş gücü kaybına yol açar (186).

Örneklem grubumuzda DEHB'e bağlı aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptomlarının şiddeti ile depresif belirti şiddeti arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). Yine DEHB'e bağlı aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptomlarının şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü semptom şiddeti arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,014$). Bu bulgular DEHB semptom şiddeti ile duygu düzenleme ve güçlüğü ve depresif belirtiler arasındaki korelasyonu literatür ile uyumlu bir şekilde doğrulamaktadır.

Yine çalışmamızda Turgay ölçeği ile ölçülen DEHB'e bağlı yaşanan sorunların şiddeti ile depresif belirti semptom şiddeti ve duygu duygu düzenleme güçlüğü semptom şiddeti arasında aynı yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$).

5.7 YBT SEMPTOM ŞİDDETİ İLE DEPRESİF BELİRTİLER VE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ SEMPTOMLARININ ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YBT semptomlarının şiddeti ile depresif belirtilerin ve duygu düzenleme güçlüğü'nün şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi için Barkley Erişkin SCT Ölçeği toplam puanları ile PHQ-9 ve DDGÖ-16 toplam puanları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Bulgular sonucunda YBT semptomlarının şiddeti ile depresif belirtilerin ve duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede aynı yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0,001$).

YBT tanısı alan bireylerde yapılan bir çalışmada sosyal izolasyonun olduğu saptanmıştır. Üstelik YBT'nin yüksek anksiyete ve depresyon skorları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Barkley bu durumu sürpriz olarak nitelendirmemiştir, bu durumu YBT'nin emosyon disregülasyonu ile ilişkisi olması ile bağlantılandırmıştır (97,179). Literatür incelendiği zaman erişkin popülasyonda yapılan çok az çalışma olmakla beraber çocuk ve ergenlerde yapılan birçok çalışmada YBT semptomlarının depresyon ve duygu düzenleme güçlüğü'nü arttırdığına ilişkin kanıtlar mevcuttur (97,105,180,187–190).

YBT semptom şiddeti ve depresif belirtiler, duygu düzenleme güçlükleri arasında bulduğumuz pozitif yönlü korelasyonun literatür ile uyumlu olduğunu söyleyebiliriz. Erişkin popülasyonda bu parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

5.8 DEHB TANILI ERİŞKİNLERDE DEPRESİF BELİRTİLER İLE DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ SEMPTOMLARININ ŞİDDETİNİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Özbaran ve ark. yaptığı çalışma, duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB'li erişkinlerdeki depresif semptomların ve ilişkisel sorunların varlığını açıklamakta yardımcı olduğunu göstermektedir (191).

Yine başka bir araştırmada depresyon, sıklıkla duygu düzenleme güçlüğü'nün sonucunda oluşan bir durum olarak tanımlanmaktadır (192,193).

Yapılan çalışmalar, depresyon semptomları gösteren kişilerin hissettikleri duyguları açıklamakta, olumsuz duygu yaşantılarken kendisini yatıştırmakta,

duyguları sahiplenip hoş görmede ve içinde bulunduğu durumla beraber duygularını düzenlemekte güçlük çektiklerini göstermektedir (194–197).

DEHB tanılı olan ve olmayan genç yetişkinlerdeki depresyona cinsiyetin ve duygu düzenleme güçlüğü'nün etkisini incelemek adına yapılan bir çalışmada DEHB ve duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (198).

Literatür incelendiğinde beklendiği gibi çalışmamızda örneklem grubumuz olan DEHB tanılı erişkinlerin içinde depresif belirtilerin şiddeti ile duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi için PHQ-9 ve DDGÖ-16 toplam puanları korelasyon analizi yapılmıştır ve bulgular sonucunda PHQ-9 ve DDGÖ-16 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede aynı yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). Örneklem grubumuzda elde edilen verilerin literatür ile uyumluluk gösterdiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda örneklem grubu olarak DEHB tanısı almış erişkin hasta grubu öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızın güçlü yanlarından biri DEHB tanısı'nın Turgay ölçeği kullanarak SCID-I-CV kılavuzunda klinik görüşme ile koyulmasıdır. YBT semptomları ve duygu düzenleme güçlüğü, depresif semptom şiddetinin öz bildirim ölçekleri kullanılarak ölçülmesi ve örneklem grubunda elde edilen verilerin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmaması çalışmamızın eksik yönlerindendir. Erişkin popülasyonda YBT semptomlarını inceleyen çalışmalar literatürde özellikle ulusal çapta çok az sayıdadır. Uluslararası literatürde son yıllarda artan çalışmalar olmasına rağmen erişkinlerde görülen YBT semptomlarının tanı kılavuzlarında yer alması ve doğru tedavisi için halen çok sayıda araştırmaya ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla erişkin DEHB popülasyonunda YBT semptom şiddetinin depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkini araştıran ilk çalışmadır. DEHB semptomlarına bağlı komorbiditelerin özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının ve bu komorbid durumlara eşlik eden duygu düzenleme güçlüklerinin sıkça incelenmesine rağmen YBT semptomları özellikle erişkin popülasyonda yeteri kadar farkına varılmayan ve tedavi edilmeyen bir antidedir. Özellikle depresif belirtiler ile benzerliği göz önüne alındığında erişkinlerde YBT semptomlarının farkına varılması, bir dikkat eksikliği sendromu olduğunun bilinmesi etkin tedavi edilmesi açısından önemlidir. Araştırmamızda

bulunan istatistiksel olarak anlamlı sonuçların erişkin popölasyonda YBT semptomlarına olan ilgiyi arttıracığını ve bu alanda yapılacak yeni çalışmalara öncölük edeceğini düşünmekteyiz.



6.KISITLILIKLAR

Bu çalışma ruh sağılığı alanında 3. basamak sağılık hizmeti veren Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıklar Eğıtım Araştırma Hastanesi'nde yürütölmüş ve hastaların büyük çoğunluğu Dikkat Eksikliği özel dal polikliniğine tedavi amaçlı olarak başvuran kişilerden seçilmiştir. Bu nedenle verilerin tüm popölasyonu yansıtmıyor olabileceğı akılda tutulmalıdır.

Ayrıca çalışmamız DEHB tanısı klinik olarak konmuş kişilerden oluşan bir popölasyon ile uygulandığı için sağılıklı kontroller ile karşılaştırma yapılmamış olması bir kısıtlılık olabilir.

YBT semptomları, depresif semptomlar ve duygu düzenleme güçlüğüne ölçen ölçeklerin öz bildirim ölçekleri olması verilerin objektif ölçümünü engellemiş olabilir.

Katılımcıların halihazırda DEHB tanısı için kullandıkları tedavilerin araştırma değişkenleri arasında değerlendirilmeye alınmaması sonucunda ölçölen semptom şiddetinin değişkenlik gösterme olasılığı kısıtlılık olabilir.

Çalışmamızın tasarımının kesitsel ve tanımlayıcı olması analiz edilen değişkenler arasında neden sonuç ilişkisini belirlememiz konusunda kısıtlılık yaratmış olabilir. Araştırmamızda elde edilen bulgularımızı doğrulamak için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda DEHB tanısı almış olan hastalar YBT semptomları olan ve olmayan iki grup olarak depresif belirtiler açısından karşılaştırılmıştır. YBT semptomları olan grupta olmayan gruba göre depresif belirti şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2. Çalışmamızda DEHB tanısı almış olan hastalar YBT semptomları olan ve olmayan iki grup olarak duygu düzenleme güçlüğü şiddeti açısından karşılaştırılmıştır. YBT semptomları olan grupta olmayan gruba göre duygu düzenleme güçlüğü şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3. Yine çalışmamızda YBT semptomları olan ve olmayan iki grup arasında Erişkin Dikkat Eksikliği (Turgay) Ölçeğine göre dikkat eksikliği semptom şiddeti ve DEHB'e bağlı Sorun yaşama şiddeti karşılaştırılmıştır. YBT semptomları olan grupta dikkat eksikliği ve DEHB'e bağlı sorun yaşama şiddetinin olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Bu iki grup arasında Turgay alt ölçeklerinden olan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik şiddeti açısından ise istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir.

4. Tüm örneklem grubunda YBT semptom şiddeti ile depresif belirti şiddeti arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Buna göre YBT semptom şiddeti arttıkça depresif belirti şiddetinin arttığı gösterilmiştir.

5. Tüm örneklem grubunda YBT semptom şiddeti ile duygu düzenlemede güçlük şiddeti arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Buna göre YBT semptom şiddeti arttıkça duygu düzenleme güçlüğü şiddetinin arttığı gösterilmiştir.

6. Tüm örneklem grubunda YBT semptom şiddeti ile dikkat eksikliği semptom şiddeti ve DEHB'e bağlı sorun yaşama şiddeti arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Buna göre YBT semptom şiddeti arttıkça dikkat eksikliği semptom şiddeti ve DEHB'e bağlı sorun yaşama şiddetinin arttığı gösterilmiştir.

7. Tüm örneklem grubunda YBT semptom şiddeti ile aşırı hareketlilik ve dürtüsellik semptom şiddeti arasındaki ilişki incelenmiş ancak istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar edilmemiştir. Literatürden elde ettiğimiz bilgiler ile değerlendirince

daha büyük ve sağlıklı kontrollerin alındığı çalışmalarda bu iki parametre arasında negatif yönlü ilişki saptanabilir.

8. YBT semptomları olan ve olmayan grup sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir.



KAYNAKLAR

1. Wender PH: Attention Deficit Hyperactivity disorder In Adults Oxford University Press New York s 122- 143 1995.
2. Barkley RA: Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Handbook for Diagnosis and Treatment New York Guilford Press, 2006.
3. Semerci B, UM A. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Ankara. 2018;102-8. .
4. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biol Psychiatry. 01 Haziran 2005;57(11):1215-20.
5. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Eur Psychiatry.
6. Biederman J, Faraone S V, Ph D, Norman D, Ed D, Mick E, et al. of Psychiatric. 1993;(December).
7. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. J Abnorm Child Psychol. 2014;42:1-6.
8. Bauermeister, J. J., Alegria, M., Bird, H. R., Rubio-Stipec, M., Canino, G. (1992). Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry, 31, 423–431.
9. Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C. L., Pfiffner, L. J., McBurnett, K., & Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. Journal of abnormal child psychology, 35(4), 509- 521.
10. Willcutt EG (2012) The prevalence of DSM-IV attention-deficit/ hyperactivity disorder :a meta-analytic review. Neurotherapeu- tics 9:490–499.
11. Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, Atkins MS, Murphy HA, Hynd G, Russo M, Hartdagen S, Lorys-Vernon A. Dimensions and types of attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988 May;27(3):3305.

12. Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;46:106-23.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2013. 2013.
14. Eyesenck MW, Keane MT. *Cognitive Psychology. A Student's Handbook*, 4th Ed. London: Psychology Press, 2000. In.
15. Kayaalp L. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 2008;62:147-52.
16. Altın M, Altın GE, Ssemerci B. An online survey of Turkish psychiatrists' attitudes about and experiences of adult attention deficit hyperactivity disorder in clinical practice. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 04 Ekim 2016;12:2455.
17. Faraone S v., Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, vd. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:789.
18. Faraone SV Biederman J Mick E: The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies *Psychol Med* 36; 159- 165,2006.
19. Kessler RC Adler L Barkley R Biederman J Conners CK Demler O Zaslavsky A M: The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication *American Journal of Psychiatry* 163;716-723,2006.
20. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. (2007). Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : Diagnosis, Life Span, Comorbidities, and Neurobiology. *Ambulatory Pediatrics*;7:73–81.
21. Mukaddes N.M.(2015). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
22. Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder. *Jornal de pediatria*, 80(2), 61-70.
23. Faraone SV, Biederman J (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 44: 951-958.

24. Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.
25. Volkow ND, Swanson JM (2013). Clinical practice: Adult attentiondeficit-hyperactivitydisorder. *N. Engl. J. Med.*369(20):1935-44. .
26. van Ewijk, H., Heslenfeld, D. J., Zwiers, M. P., Buitelaar, J. K., & Oosterlaan, J. (2012). Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*,36(4), 1093-1106.
27. Ercan et al (2016). Decreasing ADHD phenotypic heterogeneity: searching for neurobiological underpinnings of the restrictive inattentive phenotype. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Mar;25(3):273-82.
28. Thapar A, Cooper M (2016). Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1240-50.
29. Öncü B ve Şenol S (2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım, *Klinik Psikiyatri*. 5; 111-119.
30. Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2009). Parent–child hostility and child ADHD symptoms: a genetically sensitive and longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1468-1476.
31. Asherson P, Buitelaar J, Faraone S V, Rohde LA. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The lancet Psychiatry*. England; 2016 Jun;3(6):568–78.
32. Faraone S V, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Prim*. England; 2015 Aug;1:15020. .
33. Dalsgaard S, Leckman JF, Mortensen PB, Nielsen HS, Simonsen M. Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective cohort study. *The lancet Psychiatry*. England; 2015 Aug;2(8):702–9.
34. Grygiel P, Humenny G, Rebisz S, Bajcar E, Switaj P. Peer Rejection and Perceived Quality of Relations With Schoolmates Among Children With ADHD. *J Atten Disord*. United States; 2018 Jun;22(8):738–51.

35. Galera C, Melchior M, Chastang J-F, Bouvard M-P, Fombonne E. Childhood and adolescent hyperactivity-inattention symptoms and academic achievement 8 years later: the GAZEL Youth study. *Psychol Med.* England; 2009 Nov;39(11):1895–906.
36. Molina BSG, Howard AL, Swanson JM, Stehli A, Mitchell JT, Kennedy TM, et al. Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry.* England; 2018 Jun;59(6):692–702. .
37. Harstad E, Levy S. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics.* United States; 2014 Jul;134(1):e293-301.
38. Caye A, Rocha TB-M, Anselmi L, Murray J, Menezes AMB, Barros FC, et al. AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA psychiatry.* United States; 2016 Jul;73(7):705–12.
39. Meinzer MC, LeMoine KA, Howard AL, Stehli A, Arnold LE, Hechtman L, et al. Childhood ADHD and Involvement in Early Pregnancy: Mechanisms of Risk. *J Atten Disord.* United States; 2017 Sep;1087054717730610. .
40. Galera C, Messiah A, Melchior M, Chastang J-F, Encrenaz G, Lagarde E, et al. Disruptive behaviors and early sexual intercourse: The GAZEL Youth Study. *Psychiatry Res.* Ireland; 2010 May;177(3):361–3.
41. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry.* United States; 2012 Dec;69(12):1295–303. .
42. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med.* England; 2006 Feb;36(2):167–79. .
43. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al. Functional Adult Outcomes 16 Years After Childhood Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: MTA Results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* United States; 2016 Nov;55(11):945–952.e2.

44. Arnsten AFT, Li B-M. Neurobiology of executive functions: catecholamine influences on prefrontal cortical functions. *Biol Psychiatry*. United States; 2005 Jun;57(11):1377–84. .
45. Spetie L, Arnold EL. Attention-deficit hyperactivity disorder. A Martin, MH Bloch, FR Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2018.
46. Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. Cambridge university press, 2021.
47. Pliszka S, Issues AWG on Q. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:894-921.
48. Ercan ES, Mukaddes NM, Yazgan Y, et al. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Ercan ES, Pekcanlar Akay A, eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. , 2016:33-55.
49. Clavenna A, Bonati M. Pediatric pharmacoepidemiology-safety and effectiveness of medicines for ADHD. *Expert Opin Drug Saf* 2017;16:1335-1345.
50. McAfee AT, Landon J, Jones M, et al. A cohort study of the risk of seizures in a pediatric population treated with atomoxetine or stimulant medications. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2013;22:386-393.
51. Swanson CJ, Perry KW, Koch-Krueger S, Katner J, Svensson KA, Bymaster FP. Effect of the attention deficit/hyperactivity disorder drug atomoxetine on extracellular concentrations of norepinephrine and dopamine in several brain regions of the rat. *Neuropharmacology*. England; 2006 May;50(6):755–60.
52. Jasinski DR, Faries DE, Moore RJ, et al. Abuse liability assessment of atomoxetine in a drug-abusing population. *Drug Alcohol Depend* 2008;95:140-146.
53. Canadian A. Practice Guidelines. Can ADHD Alliance Retrieved 2011;4.
54. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, et al. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013;23:605-613.

55. Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry*. England; 2012 Feb;200(2):97–106. .
56. Su Y, Li H, Chen Y, Fang F, Xu T, Lu H, et al. Remission Rate and Functional Outcomes During a 6-Month Treatment With Osmotic-Release Oral-System Methylphenidate in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. United States; 2015 Oct;35(5):525–34. .
57. Chou W-J, Chen S-J, Chen Y-S, Liang H-Y, Lin C-C, Tang C-S, et al. Remission in children and adolescents diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder via an effective and tolerable titration scheme for osmotic release oral system methylphenidate. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. United States; 2012 Jun;22(3):215–25. .
58. Bruxel EM, Akutagava-Martins GC, Salatino-Oliveira A, Contini V, Kieling C, Hutz MH, et al. ADHD pharmacogenetics across the life cycle: New findings and perspectives. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. United States; 2014 Jun;165B(4):263–82. .
59. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry*. England; 2018 Jun; .
60. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. 2008.
61. Rasmussen P, Gillberg C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1424-1431.
62. Barkley RA. Driving risks in adults with ADHD: Yet more evidence and a personal story. *ADHD Rep* 2006;14:1-9.
63. Biederman J, Petty CR, Woodworth KY, et al. Adult outcome of attentiondeficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2012;73:577.

64. Caye A, Spadini A V, Karam RG, et al. Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:1151-1159.
65. Diamond A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attentiondeficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Dev Psychopathol.* United States; 2005;17(3):807–25. .
66. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clin Psychol Sci Pract.* Wiley Online Library; 2001;8(4):463–88. .
67. Becker SP. Topical review: sluggish cognitive tempo: research findings and relevance for pediatric psychology. *J Pediatr Psychol.* United States; 2013 Nov;38(10):1051–7.
68. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol.* United States; 2014 Jan;42(1):117–25. .
69. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* 2015:81-115. .
70. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Mar;55(3):163–78. .
71. Crichton A. *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects.* London: T. Cadell, junior and W. Davies, 1798,. .
72. Saxbe C, Barkley RA. The second attention disorder? sluggish cognitive tempo vs. Attentiondeficit/hyperactivity disorder: Update for clinicians. *J Psychiatr Pract* 2014; 20:38–49. .

73. Lahey BB, Carlson CL. Validity of the Diagnostic Category of Attention Deficit Disorder Without Hyperactivity. *J Learn Disabil.* 1991 Feb 19;24(2):110–20. .
74. Carlson CL, Mann M. Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2000 Jul;9(3):499–510, vi. .
75. McBurnett K, Pfiffner LJ, Frick PJ. Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(3):207–13. .
76. Barkley R. (2012). Distinguishing Sluggish Cognitive Tempo From ADHD in Children and Adolescents: Executive Functioning, Impairment and Comorbidity. *Journal of Clinical Child&Adolescent Psychology.*
77. Wood, W. L., Lewandowski, L. J., Lovett, B. J., & Antshel, K. M. (2014). Executive dysfunction and functional impairment associated with sluggish cognitive tempo in emerging adulthood. *Journal of attention disorders,* 1087054714560822.
78. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, et al. Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022 Aug; .
79. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J et al. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord* 2017;21(8):632-41. .
80. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL, Becker SP, Olson RK, Willcutt EG. Attentiondeficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2016 Sep;57(9):1066–74. .
81. Moruzzi, S., Rijdsdijk, F., & Battaglia, M. (2014). A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish

- cognitive tempo problems. *Journal of abnormal child psychology*, 42(1), 63-75.
82. Bolat H, Ercan ES, Ünsel-Bolat G, Tahillioğlu A, Yazici KU, Bacanlı A, et al. DRD4 genotyping may differentiate symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020 Dec;42(6):630–7.
 83. Fassbender, C., Krafft, C. E., & Schweitzer, J. B. (2015). Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *NeuroImage: Clinical*, 8, 390-397.
 84. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martínez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S F, J, Ribas-Fitó N, Dolz M SJ. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; 58:256–66. .
 85. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J FJ. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord* 2016; 21:632–41. .
 86. Jarrett MA, Gable PA, Rondon AT, Neal LB, Price HF HD. An EEG Study of Children With and Without ADHD Symptoms: Between-Group Differences and Associations With Sluggish 89 Cognitive Tempo Symptoms. *J Atten Disord* 2017; .
 87. Yung TWK, Lai CYY, Chan JYC, Ng SSM, Chan CCH. Neuro-physiological correlates of sluggish cognitive tempo (SCT) symptoms in school-aged children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; .
 88. Baytunca MB, Inci SB, Ipci M, Kardas B, Bolat GU, Ercan ES. The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? *Psychiatry Res* 2018;270:967-73.
 89. Reeves CB, Palmer S, Gross AM, Simonian SJ, Taylor L, Willingham E et al. Brief Report: Sluggish Cognitive Tempo Among Pediatric Survivors of Acute Lymphoblastic Leukemia. *Journal of Pediatric Psychology* 32(9):1050-4. .

90. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA et al. Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2013;37:338-46.
91. Jacobson LA, Murphy-Bowman SC, Pritchard AE, Tart-Zelvin A, Zabel TA, Mahone EM. Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40(8):1327-37.
92. Barkley, Russell A. A Review of Research on SCT. In: *Barkley Sluggish Cognitive Tempo Scale—Children and Adolescents (BSCTS-CA)* . Guilford Press;p. 3-26.
93. Gul, A., & Gul, H. (2022). Psychometric validation of Barkley's Adult Sluggish Cognitive Tempo (SCT) Ratings Scale-Turkish version and distinguishing SCT from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) among Turkish adults. *Research in developmental disabilities*, 121, 104-155.
94. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol.* 2010;38(8):1097-1107.
95. Skirbekk, B., Hansen, B. H., Oerbeck, B., & Kristensen, H. (2011). The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 39(4), 513-525.
96. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a Measure of Sluggish Cognitive Tempo for Children: Content Validity, Factor Structure, and Reliability. *Psychol Assess.* 2009;21(3):380-389.
97. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, et al. The Internal and External Validity of Sluggish Cognitive Tempo and its Relation with DSM–IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2014 Jan 13;42(1):21–35.
98. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2018 Oct;59(10):1094–104. .

99. C Wåhlstedt, G Bohlin - Child Neuropsychology, 2010 - Taylor & Francis. DSM-IV-Defined Inattention and Sluggish Cognitive Tempo: Independent and Interactive Relations to Neuropsychological Factors and Comorbidity.
100. Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallarés J, Navarro-Pastor JB, García-Nonell K, Rigau-Ratera E, Obiols JE. ADHD Predominantly Inattentive Subtype With High Sluggish Cognitive Tempo. *J Atten Disord*. 2014 Oct 31;18(7):607–16. .
101. Kofler MJ, Irwin LN, Sarver DE, Fosco WD, Miller CE, Spiegel JA, et al. What cognitive processes are “sluggish” in sluggish cognitive tempo? *J Consult Clin Psychol*. 2019 Nov;87(11):1030–42. .
102. Bauermeister JJ, Barkley RA, Bauermeister JA, Martínez J V., McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: Neuropsychological and psychosocial correlates. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(5):683-697. .
103. Jiménez, E. A. A., Ballabriga, M. C. J., Martin, A. B., Arrufat, F. J., & Giacobbo, R. S. (2013). Executive functioning in children and adolescents with symptoms of sluggish cognitive tempo and ADHD. *Journal of attention disorders*, 1087054713495442.
104. Creque CA, Willcutt EG. Sluggish Cognitive Tempo and Neuropsychological Functioning. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021 Aug 23;49(8):1001–13. .
105. Becker SP, Luebke AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychological assessment* 2015;27(3):1037.
106. Solanto, M. V., Gilbert, S. N., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., ... & Newcorn, J. H. (2007). Neurocognitive functioning in AD/HD, predominantly inattentive and combined subtypes. *Journal of abnormal child psychology*, 35(5), 729-744.
107. Huang-Pollock, C. L., Nigg, J. T., & Carr, T. H. (2005). Deficient attention is hard to find: applying the perceptual load model of selective attention to attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(11), 1211-1218.

108. Wood WLM, Potts HE, Lewandowski LJ, Lovett BJ. Sluggish Cognitive Tempo and Speed of Performance. *J Atten Disord*. United States; 2017 Jun;21(8):684–90. .
109. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, Shaywitz B, Hooper SR, Wigal SB, et al. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. United States; 2013 Nov;23(9):605–13.
110. Beauchamp MH, Peterson RL, Ris MD, Taylor HG, Yeates KO. Pediatric Neuropsychology Research, Theory, and Practice. Third. Beauchamp MH, Peterson RL, Ris MD, Taylor HG, Yeates KO, editors. Guilford Publication; 2022. 231–254 p. .
111. Fenollar Cortés J, Servera M, Becker SP, Burns GL. External Validity of ADHD Inattention and Sluggish Cognitive Tempo Dimensions in Spanish Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2017 Jun 4;21(8):655–66. .
112. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: Sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):7-19.
113. Becker SP, Holdaway AS LA. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *J Adolesc Heal* 2018; 63:181–8. .
114. Willcutt EG (2012) The prevalence of DSM-IV attention-deficit/ hyperactivity disorder : a meta-analytic review. *Neurotherapeutics* 9:490–499.
115. Mueller, A. K., Tucha, L., Koerts, J., Groen, Y., Lange, K. W., & Tucha, O. (2014). Sluggish cognitive tempo and its neurocognitive, social and emotive correlates: a systematic review of the current literature. *Journal of molecular psychiatry*.
116. Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, Atkins MS, Murphy HA, Hynd G, Russo M, Hartdagen S, Lorys-Vernon A. Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 May;27(3):330-5.

117. Burns GL, Servera M, Bernad M del M, Carrillo JM, Cardo E. Distinctions Between Sluggish Cognitive Tempo, ADHD-IN, and Depression Symptom Dimensions in Spanish First-Grade Children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(6):796-808. .
118. Carlson CL, Mann M. Sluggish Cognitive Tempo Predicts a Different Pattern of Impairment in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2002;31(1):123-129. doi:10.1207/S15374424JCCP3101_14.
119. Smith ZR LJ. Predicting academic impairment and internalizing psychopathology using a multidimensional framework of Sluggish Cognitive Tempo with parent- and adolescent reports. *Eur Child Adolesc Psychiatry* Springer Berlin Heidelberg, 2017; 26:1141–50. .
120. Sáez B, Servera M, Becker SP, Burns GL. Optimal Items for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Children Across Mother, Father, and Teacher Ratings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019 Nov 2;48(6):825–39. .
121. Cook NE, Braaten EB, Vuijk PJ, Lee BA, Samkavitz AR, Doyle AE, et al. Slow Processing Speed and Sluggish Cognitive Tempo in Pediatric Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence for Differentiation of Functional Correlates. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019 Dec 21;50(6):1049–57. .
122. Burns GL, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in a Nationally Representative Sample of U.S. Children: Differentiation Using Categorical and Dimensional Approaches. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2021 Mar 4;50(2):267–80. .
123. Rondon AT, Hilton DC, Jarrett MA OT. Sleep, Internalizing Problems, and Social Withdrawal: Unique Associations in Clinic-Referred Youth With Elevated Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Atten Disord* 2018;108705471875619.
124. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP PT. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol* 2014; 42:77– 90.

125. Barkley RA. Sample Chapter: Barkley Sluggish Cognitive Tempo 73 Scale—Children and Adolescents (BSCTS-CA).; 2018.
126. Flannery AJ, Becker SP, Luebbe AM. Does emotion dysregulation mediate the association between sluggish cognitive tempo and college students' social impairment? *Journal of attention disorders* 2016;20(9):802-12,14.
127. Young S, Gudjonsson GH, Wells Jo, Asherson P, Theobald D, Oliver B, Scott C, Mooney A (2009).Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population. *Personality and Individuality Differences* 46, 265–269.
128. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P (2014). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol. Med.*(1):1-12.
129. Froehlich TE, Becker SP, Nick TG, Brinkman WB, Stein MA, Peugh J et al. Sluggish Cognitive Tempo as a Possible Predictor of Methylphenidate Response in Children With ADHD: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry* 2018;79(2):17m11553.
130. Ludwig HT, Matte B, Katz B, Rohde LA. Do sluggish cognitive tempo symptoms predict response to methylphenidate in patients with attention-deficit/hyperactivity disorderinattentive type? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19(4):461-5.
131. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, Shaywitz B, Hooper SR, Wigal SB et al. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013;23(9):605-13. .
132. McBurnett K, Clemow D, Williams D, Villodas M, Wietecha L, Barkley R. AtomoxetineRelated Change in Sluggish Cognitive Tempo Is Partially Independent of Change in AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder Inattentive Symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2017;27(1):38-42. .
133. Pfiffner LJ, Yee Mikami A, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(8):1041-50. .

134. Abikoff H. Efficacy of cognitive training interventions in hyperactive children: A critical review. *Clin Psychol Rev.* 1985;5(5):479–512. .
135. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion.* 2020;20(1):1-9.
136. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion.* 1999;13(5):551-73.
137. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In: *Handbook of emotion regulation.* New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 3-24. .
138. JJ G. Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundations. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford press; 2007.
139. Matthews G, Zeidner M, Roberts RD, The Science of Emotional Intelligence: Knowns and Unknowns . New York: Oxford University Press; 2008 .
140. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion* 2009;23(1):4-41. .
141. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998;74(1):224-37. .
142. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev.* 2004;75(2):317-33.
143. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology.* 2003;85(2):348.
144. Gullone E, Hughes EK, King NJ, Tonge B. The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2-year follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(5):567-74.
145. Snyder DK, Simpson JE, Hughes JN. Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health: American Psychological Association; 2006.
146. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice.* 1995;2(2):151.

147. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
148. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2016;14(1):127-44.
149. Martel MM, Nigg JT. Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(11):1175- 83.
150. D'Agostino A, Covanti S, Rossi Monti M, Starcevic V. Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatr Q*. 2017;88(4):807-25.
151. De Pauw SS, Mervielde I. Temperament, personality and developmental psychopathology: a review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(3):313-29.
152. Suveg C, Zeman J. Emotion regulation in children with anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33(4):750-9.
153. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev*. 2003;74(6):1869-80.
154. Jarrett MA, Rapport HF, Rondon AT, Becker SP. ADHD Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to Self-Report and Laboratory Measures of Neuropsychological Functioning in College Students. *J Atten Disord* 2017;21(8):673-83.
155. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. 2010.
156. Özkürkçügil, A., Aydemir, Ö., (1999). Adaptation into Turkish and Reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID): *İlaç ve Tedavi Dergisi*, Cilt 12, Sayı 4, 1999.
157. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. Validity of a brief depression severity inventory. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-613.
158. Sari, Y., E., (2016), Turkish reliability of the patient health questionnaire-9., *Biomedical Research* 2016; Special Issue: S460-S462.

159. Günay, Ş., Savran, C., & Aksoy, U. M. (2013). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult Add/Adhd Dsm Iv- Based Diagnostic Screening And Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlik Güvenirlik Ve Norm Çalışması. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi .
160. Turgay, A. (1998). ADHD: Solve Those Common Treatment Problems. Purst Exchange. Vol.6 Number 7. .
161. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41–54 .
162. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh LG, Bjärehed J, DiLillo D, Messman-Moore T, Gumpert CH, Gratz KL. Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. J Psychopathol Behav Assess. 2016 Jun;38(2):284-296.
163. Miguel, F. K., Giromini, L., Colombarolli, M. S., Zuanazzi, A. C. ve Zennaro, A. (2017). A Brazilian investigation of the 36- and 16-Item Difficulties in Emotion Regulation Scales. Journal of Clinical Psychology, 73(9), 1146–1159.
164. Yiğit, İ. & Güzey-Yiğit, M. (2017). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). Current Psychology, 1-9 .
165. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder: A narrative review. Clinical Psychology Review. 01 Ağustos 2015;40:15-27. .
166. Anbarasan D, Kitchin M, Adler LA. Screening for Adult ADHD. Curr Psychiatry Rep. 23 Ekim 2020;22(12):72.
167. Karamustafalıoğlu KO, editör. Temel ve klinik psikiyatri. Sıhhiye, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. 1159 s. .
168. Biederman J, Mick E, Faraone S v., Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children

- referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):36–42. .
169. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1990 Jul; 29(4):546–57. .
170. Vaa T. ADHD and relative risk of accidents in road traffic: A meta-analysis. *Accident Analysis & Prevention*. 01 Ocak 2014;62:415-25.
171. Kenar ANİ, Herken H. Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Special Topics*. :7. .
172. Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood. *Revue Neurologique*. Temmuz 2017;173(7-8):506-15. .
173. Semerci B, Aksoy UM, editörler. Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. 1. Baskı: Nisan 2018, Ankara. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2018. 350 s. (Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma birimleri dizisi). .
174. Volkow ND, Swanson JM. Adult Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med*. 14 Kasım 2013;369(20):1935-44. .
175. Sobanski E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Eylül 2006;256 Suppl 1:i26-31. .
176. Barkley RA, Brown TE. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS Spectr*. Kasım 2008;13(11):977- 84. .
177. Langberg JM, Becker SP, Dvorsky MR, Luebbe AM. Are sluggish cognitive tempo and daytime sleepiness distinct constructs? *Psychological Assessment*. 2014
178. Flannery AJ, Becker SP, Luebbe AM. Does emotion dysregulation mediate the association between sluggish cognitive tempo and college students' social impairment? *Journal of attention disorders* 2016;20(9):802-12,14.

179. Barkley, R.A., Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Abnorm Psychol*, 2012. 121(4): p. 978-90.
180. Becker, S.P., A.M. Luebbe, and J.M. Langberg, Attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to college students' sleep functioning. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2014. 45(6): p. 675-85.
181. Lovett BJ, Wood WLM, Lewandowski LJ. Differential Diagnosis of Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in College Students. *J Atten Disord*. Temmuz 2021;25(9):1251-9. .
182. Lahey, B.B., et al., DMS-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 1994.
183. Hartman, C.A., et al., The relation between sluggish cognitive tempo and DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol*, 2004. 32(5): p. 491-503.
184. Todd, R.D., et al., Should sluggish cognitive tempo symptoms be included in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004. 43(5): p. 588-97.
185. Harrington, K.M. and I.D. Waldman, Evaluating the utility of sluggish cognitive tempo in discriminating among DSM-IV ADHD subtypes. *J Abnorm Child Psychol*, 2010. 38(2): p. 173-84.
186. Sadock, B. and V. Sadock. (2007). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (1559-1574), Ankara: Öncü Basımevi.
187. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, vd. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. Mart 2013;70(3):300-10.
188. Tamás Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gádoros J, Kiss E, vd. The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *J Abnorm Child Psychol*. Ağustos 2007;35(4):640-52,.

189. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ocak 1993;32(1):106-13.
190. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychol Assess*. Eylül 2015;27(3):1037-52,.
191. Özbaran, N. B., Ozyasar, S. C., Dogan, N., Kafali, H. Y., Isik, E., Satar, A., ... & Cogulu, O. (2022). Evaluation of social cognition, autistic traits, and dysmorphology in comorbid specific learning disorder and attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 991-1005.
192. Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151.
193. Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., ... & Sommers, D. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological psychiatry*, 52(6), 610-630.
194. Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587.
195. Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wuppermann, P., Hofmann, S., & Junghanns, K. (2011). Emotion regulation skills as a predictor of relapse during and after treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol*, 79(3), 307-318.
196. Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799- 806,.
197. Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574- 1584.

198. Welkie, J., Babinski, D. E., & Neely, K. A. (2021). Sex and Emotion Regulation Difficulties Contribute to Depression in Young Adults With AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder. Psychological Report, 124(2), 596-610.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI



EK 2. ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı erişkinlerde yavaş bilişsel tempo semptomlarının depresif belirtiler ve duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisinin incelenmesi" isimli araştırma, Dr. Cengiz GÖKCE tarafından açıklandı. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı erişkinlerin bazılarında eşlik eden yavaş zihinsel veri işleme süreçlerinin düzeyini saptamak ve bu süreçler ile ilgili olabilecek olan çökkünlük belirti düzeyleri ve duygularını düzenleme konusunda yaşadıkları güçlüklerin arasında bağlantı olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmanın, bir kısmı katılımcının kendisi tarafından doldurulacak olan, bir kısmı da araştırmayı yürüten doktor tarafından görüşme sırasında doldurulacak olan çeşitli ruh sağlığı ve hastalıkları belirtilerini ölçen ölçekler uygulanmak üzere kendisi tarafından yürütüleceğini belirtti. Araştırmaya katılmam halinde uygulanan testlerin gizlilik içinde yürütüleceği, verilerin paylaşılmayacağı, çalışmada isimlerin geçmeyeceği, yalnızca verilerin analiz için kullanılacağı ve gerekirse testlere başladıktan sonra araştırmadan ayrılabilceğimi açıklandı.

Bu araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildim ve araştırmamın amacı açıklandı. Kendi isteğim ve arzumla bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı : **Dr. Cengiz GÖKCE**

Bölümü : **Psikiyatri**

İmzası

EK 3. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sosyodemografik Bilgi Formu

Adınız-soyadınız: _____ **Tarih:** _____ **Saat:** _____

Yaşınız: _____ **Doğum Tarihiniz:** _____

Cinsiyet: Kadın () Erkek () Diğer ()

Medeni haliniz: Bekar () Evli ()Kaç kez? Boşanmış () ...Kaç kez? Dul ()

Eğitim Durumunuz:

Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu ()

Lise mezunu () Üniversite/yüksekokul mezunu () Yüksek Lisans mezunu () Doktora ()

Sınıf tekrarı: Yok () Var (),Kaç kez? Kaçıncı sınıfta ya sınıflarda

Okulda disiplin cezası aldınız mı?

Hayır () Evet (), Kaç kez? Hangi sınıflarda?

Çalışıyor musunuz? Hayır () Evet () Evet ise mesleğiniz

İş değiştirme: Hiç () Nadiren () Sık () İş değiştirme nedenleriniz:

Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır () Evet ise kaç tane?

Yaşamınızın çoğunun geçtiği yer:

Metropol (İstanbul, Ankara, İzmir) () Şehir () Kasaba () Köy ()

Şu an nerede yaşıyorsunuz?

Ailemle/akrabalarım ile birlikte () Yurtta () Arkadaşlarımla evde () Tek başıma evde ()

Diğer

Kaç kardeşiniz? (Kendiniz dahil)

Kaçıncı çocuğunuz?

Aylık toplam geliriniz:

Gelirim yok () Asgari ücret () Asgari ücretin üstü () Asgari ücretx2 () Asgari ücretx3 ()

Asgari ücretx5 () Asgari ücretx10 () 100 bin lira üstünde ()

Hiç polis ile başınız derde girdi mi? Hayır () Evet (),...Kaç kez? Nedenleri:

Hiç adli sorun yaşadınız mı? Hayır () Evet (),... Kaç kez? Nedenleri:

Hiç trafik cezası aldınız mı? Hayır () Evet (),... Kaç kez? Nedenleri:

Hiç önemli iş ya da ev kazası geçirdiniz mi? Hayır () Evet (),... Kaç kez? Nedenleri:

Sigara kullanıyor musunuz?

Hayır () Ara sıra () Günde 1-10 tane () Günde 11-20 tane () Günde 20'den fazla ()

Evet ise bırakma girişiminiz oldu mu? Kaç kez?

Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır () Ayda bir-iki kez () Haftada bir-iki kez () Her gün ()

Evet ise bırakma girişiminiz oldu mu? Kaç kez?

Uyuşturucu-uyarıcı madde kullanıyor musunuz?

Hayır () Evet () adı ve miktarı:.....

Evet ise bırakma girişiminiz oldu mu?..... Kaç kez?

Hiç intihar girişiminiz oldu mu?

Hayır () Evet (),... Kaç kez? Hangi yollarla?.....

Ailede intihar girişimi var mı? Yok ()Var () Kim ve kaç kez?.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı? Hayır () Evet () Kim ve tanısı nedir?.....

Bilinen herhangi bir bedensel hastalığınız var mı?

Hayır () Evet () Evet ise nedir?

Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır () Evet () Evet ise nedir?

Halen kullandığınız bir ilaç var mı?

Hayır () Evet () Evet ise nedir?

Şimdiye kadar bir psikiyatriste başvurdunuz mu? Hayır () Evet ()

Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı kondu mu?

Hayır () Evet () Evet ise nedir?

Şu anda bir psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?

Hayır () Evet () Evet ise nedir?

Doğum travması geçirmiş misiniz? ()Hayır ()Evet

Çocukluk döneminde psikolojik danışman veya psikiyatriste başvurunuz oldu mu?

Hayır () Evet () Evet ise neden? Kaç yaşındaydınız?.....

Ne kadar devam etti?yıl.....ay

O zamanki şikayetiniz neydi?.....

Çocukluk döneminde dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu tanısı konuldu mu?

Hayır () Evet ()

Dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı konulduysa ilaç tedavisi gördünüz mü?

Hayır () Evet () Evet ise ne tür bir tedavi.....

İlaç tedavisi ise kullanılan ilacın adı: Kullanma süresi:

İletişim Bilgileri:

- Cep telefonunuz :

- E-mail adresiniz:

EK 4. BARKLEY ERİŞKİN SCT ÖLÇEĞİ (SCT)

	Asla/nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
1.Konsantre olmam gereken zamanlarda hayale dalıp giderim.	1	2	3	4
2. Sıkıcı durumlarda tetikte, uyanık kalmakta zorlanırım.	1	2	3	4
3.Kolayca konfuze olurum.	1	2	3	4
4. Kolayca sıkılırım.	1	2	3	4
5.Zihnim sislidir, bulanıktır.	1	2	3	4
6.Diğer insanlardan daha uyuşuk ve yorgunum (Daha çabuk yorulurum).	1	2	3	4
7.Diğer insanlara göre daha hareketsizim, daha az enerjim var.	1	2	3	4
8.Yavaş hareket eden biriyim.	1	2	3	4
9.Bilgileri diğerleri kadar çabuk ve ya doğru anlayamam/işleyemem.	1	2	3	4

Barkley Erişkin SCT Ölçeği

Ölçek 2 faktörlü bir yapıya sahipti:

1. Faktör: Daydreaming: 1,2,3,4,5. Maddeler
2. Faktör: Sluggishness: 6,7 ve 8. Maddeler

EK 5. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE ÖLÇEĞİ (TURGAY)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

DSM-IV'E DAYALI ERİŞKİN DEB/DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (Turgay, Kasım 1995)

Adınız, Soyadınız:

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Halen kullandığınız ilaçlar:

Daha önce aldığınız tanılar:

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz.

Anlamadığınız sorular olursa, size bu soru formunu veren hekime danışabilirsiniz.

Bu soru formu aynı zamanda tedavinin sonuçları ve gidişi hakkında nesnel karşılaştırma yapma olanakları sunacaktır.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Bu formun kullanım hakkını Entegratif Terapi Enstitüsü (ITE) ne aittir. Yazarın ya da enstitünün yazılı izni olmadan kullanılamaz.

Kullanım izni için: Dr. Atilla Turgay, Clinical Director, Scarborough General Hospital ADHD Clinic, Department of Mental Health Services, 3040 Lawrence East, Scarborough, Ontario, Kanada M1P 2V5.

1. BÖLÜM**Dikkat Eksikliği Bölümü**

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

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. bölümden elde edilen DEHB puanı:

2. BÖLÜM

a) Aşırı hareketlilik

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

b) Dürtüsellik

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

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

2. bölümden elde edilen DEHB puanı (aşırı hareketlilik/dürtüsellik):

1. ve 2. bölümlerde karşılanan kriter sayısı:

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

3. BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

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

EK 6. DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ-16 (DDGÖ-16)

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-% 10)	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

Orijinal ölçek makalesine ulaşmak için:

(1) <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-017-9712-7>

(2) <http://rdcu.be/wx0o>

Makaleye atıf vermek için:

Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric Properties of Turkish Version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 38, 1503-1511.

Ölçeğin puanlaması:

Ölçekte ters kodlanan madde yoktur. Aşağıda alt boyutlarda yer alan maddeleri görebilirsiniz. Ayrıca, ölçeğin toplam puanı da kullanılmakta ve yüksek puanlar, duygu düzenleme güçlüğüne fazla olduğuna işaret etmektedir.

Alt Boyutlar:

Açıklık: 1, 2

Amaçlar: 3, 7 ve 15

Dürtü: 4, 8 ve 11

Stratejiler: 5, 6, 12, 14 ve 16

Kabul Etmeme: 9, 10 ve 13

EK 7. HASTA SAĞLIK ANKETİ (PHQ-9)

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti?
(Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı ☐	Oldukça zorluk yarattı ☐	Çok zorluk yarattı ☐	Aşırı derecede zorluk yarattı ☐
--	--	--	---

Pfizer Inc.'in sağladığı eğitim ödeneği ile Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. İzinsiz kopyalanabilir, tercüme edilebilir, teshir edilebilir ve dağıtılabilir.