

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARIN YÖNETİCİ
İŞLEVLER, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan:
KORAY ÇEBEN

İstanbul, 2016

T.C.

BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARIN YÖNETİCİ
İŞLEVLER, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan:

Koray ÇEBEN

Öğrenci No:

130790143

Danışman:

Yrd. Doç.dr. Neslim DOKSAT

İstanbul, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuklardaki yönetici işlevlerin benlik saygısı ve depresyon üzerine etkisinin incelenmesi ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 07/09/2016

Aday: **Koray ÇEBEN**

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

21.03.2016

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 130790143 numaralı **Koray ÇEBEN**'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış ve Almamış Çocukların Yönetici İşlevler, Benlik Saygısı ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 06.09.2016 tarih ve 2016/35 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (6.0) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile Kabul/Red veya Düzeltilme kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Filiz Şükrü GÜRBÜZ
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Melek ASTAR
(Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi)

Sehay

Mutluhan

Adı Soyadı : Koray ÇEBEN

Danışmanı :Yrd. Doç. Dr. Neslim DOKSAT

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans,2016

Alanı : Klinik Psikoloji

Anahtar Kelimeler: DEHB, Yönetici İşlevler, Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi

ÖZ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ ÇOCUKLARIN YÖNETİCİ İŞLEVLER, BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

DEHB dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize olan nöro gelişimsel bir bozukluktur. DEHB li çocuklar sıklıkla yönetici işlevlerdeki eksikliklerden kaynaklanan akademik başarıda, bilişsel işlevlerde, sosyal ve kişisel alanlarda zorluklar yaşarlar. Yönetici işlevler geniş bir yelpazeyi temsil eder. Problem çözme, soyut irdeleme, çalışma belleği, perseverasyon, geleceğe yönelik bir amacı kurup sürdürebilme becerisi gibi alanları kapsar. DEHB de başka bir eş-tanı görülme riski oldukça yüksektir. Özgül öğrenme güçlüğü, depresyon, anksiyete, madde istismarı sıklıkla eşlik eden bozukluklardır. Bu çalışmada yönetici işlevler, benlik saygısı ve depresyonun DEHB ve kontrol grubu arasındaki farklılıkları ve DEHB grubu içindeki ilişkisi incelenmiştir. DEHB tanısı almış grubun almamış gruba göre yönetici işlevleri, benlik saygısı daha zayıf ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olacağı ve DEHB grubunun yönetici işlevler, depresyon düzeyi ve benlik saygısı arasında bir ilişki bulunacağı tahmin edilmiştir. Hipotezleri test etmek için WKET, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Çocuklar için Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular DEHB grubunun daha zayıf yönetici işlev performansına ve düşük benlik saygısına daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduklarını göstermiştir. Ek olarak gruplar içi yönetici işlevler, depresyon ve benlik saygısı arasındaki korelasyona baktığımızda sadece benlik saygısı ve depresyon arasında bir korelasyon bulunmuştur.

Name Surname : Koray ÇEBEN
Supervisor : Asst. Prof. Neslim DOKSAT
Degree and Date : Master,2016
Major : Clinical Psychology
Keywords : ADHD, Executive Functions, Self Esteem, Depression

ABSTRACT

INVESTIGATION EXECUTIVE FUNCTIONS, SELF ESTEEM AND DEPRESSION LEVELS IN ADHD AND NON ADHD GROUPS

ADHD is a neurodevelopmental disorder with inattentiveness, hyperactivity and impulsivity. Children with ADHD often experience cognitive, academic, social and personal difficulties because of executive function deficits. Executive functions which are widely affected in ADHD are; problem solving, abstract reasoning, working memory, the capacity to achieve future goals etc. The prevalence of ADHD is about %5.9 worldwide. Comorbidity is also often seen. The most common comorbid diagnoses are learning disabilities, depression, anxiety, substance use disorders. In this study, the relationship between executive functions, self esteem and depression levels has been investigated. It has been hypothesized that these items should show differences between ADHD and non ADHD groups. For obtaining the measures, Coopersmith self esteem scale, childhood depression scale and WCST have been used. Results showed that the group with ADHD showed poor performance on WCST and poor self esteem and high depression levels than non ADHD group. Additionally there was a significant correlation between self esteem and depression between the groups.

These results showed that children with ADHD have executive function deficits and poor self esteem and risk for depression.

TABLÖLAR

Sayfa No.

Tablo 1: DEHB ve Kontrol Grubu için Cinsiyet Dağılımı Tablosu.....	35
Tablo 2: DEHB ve Kontrol Grubu için Yaş Dağılımı Tablosu.....	36
Tablo 3: DEHB ve Kontrol Grubu arasında ÇDÖ puan ortalamalarına ilişkin tablo.....	37
Tablo 4: DEHB ve Kontrol Grubu arasında CBSÖ puan ortalamalarına ilişkin tablo.....	37
Tablo 5: DEHB ve Kontrol Grubu arasında WKET puan ortalamalarına ilişkin tablo.....	39
Tablo 6: DEHB tanısı almış grubun WKET ve CBSÖ puanlarının korelasyon tablosu.....	41
Tablo 7: DEHB tanısı almış grubun WKET ve ÇDÖ puanlarının korelasyon tablosu.....	41
Tablo 8: DEHB tanısı almış grubun CBSÖ ve ÇDÖ puanları arasındaki korelasyon tablosu.....	42
Tablo 9: Kontrol grubunun WKET ile CBSÖ puanlarının korelasyon tablosu....	43
Tablo 10: Kontrol grubunun CBSÖ ile ÇDÖ puanları arasındaki korelasyon tablosu.....	43
Tablo 11: Kontrol grubunun WKET ile ÇDÖ puanlarının korelasyon tablosu.....	44

KISALTMALAR

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ÇDÖ	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
CBSÖ	Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği
DLPFK	Dorsolateral prefrontal korteks
WCST	Wisconsin Card Sorting Test
WKET	Wisconsin Kart Eşleme Testi
WKET 1	Toplam Doğru Sayısı
WKET 2	Toplam yanlış Sayısı
WKET 3	Perseveratif Tepkiler
WKET 4	Perseveratif olmayan Hatalar
WKET 5	Perseveratif Hatalar
WKET 6	Tamamlanan Kategori Sayısı
WKET 7	Perseveratif Hata Yüzdesi
WKET 8	İlk Kategoriye Tamamlamada Kullanılan Tepki Sayısı
WKET 9	Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi
WKET 10	Kurulumu Sürdürmede Başarısızlık Puanı
WKET 11	Öğrenmeyi Öğrenme Puanı

ÖNSÖZ

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış ve almamış çocukların yönetici işlevler, benlik saygısı ve depresyon düzeylerinin incelenmesi hedeflenmektedir. DEHB tanısı alan çocukların yaşadıkları okul başarısızlığı, akranları tarafından dışlanma, sosyal ilişkilerindeki zorlanmalar gibi problemler nedeniyle depresyon riski çok fazladır. Bu sebeple bu araştırmanın literatüre ve dolayısıyla DEHB li çocukların eğitime bir katkı sağlayacağını umuyoruz.

Bu araştırmayı yaparken desteklerini esirgemeyen sevgili tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Neslim DOKSAT' a teşekkürlerimi sunarım. Tezin konusunu öneren ve her aşamasında bana inanılmaz destek olan çok sevdiğim arkadaşım ve meslektaşım İbrahim BAHTİYAR' a öğrencileri bulmamda çok yardımcı olan meslektaşım Berrin BAĞDATLI' ya ve yüksek lisansa başlarken maddi manevi yanımda olan aileme en başta anneme, olmak üzere teşekkürlerimi ve minnettarlarımı bir borç bilirim.

Koray ÇEBEN

İstanbul- 2016

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar	iv
ŞEKİLLER	
KISALTMALAR.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
GİRİŞ.....	1
Araştırmanın Konusu.....	
Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	
Tanımlar.....	2

BÖLÜM I

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

1.1. Tarihçe.....	3
1.2. Etiyoloji.....	4
1.3. DEHB Tanı Kriterleri.....	6
1.4. Epidemiyoloji.....	8
1.5. Komorbidite.....	9
1.6. DEHB Açıklamaya Yönelik Modeller.....	10
1.6.1. Davranışsal Ketleme Modeli.....	11
1.6.2. Bilişsel Enerjetik Model.....	12
1.6.3. Çifte Yolak Modeli.....	12
1.7. Yönetici İşlevler.....	13
1.8. DEHB ve Yönetici İşlevler Odaklı Çalışmalar.....	17

BÖLÜM II

ÇOCUKLUK DEPRESYONU VE BENLİK SAYGISI

2.1. Çocukluk Depresyonu.....	19
2.1.1. Major Depresyon Tanı Kriterleri.....	20
2.1.2. Epidemiyoloji.....	22
2.1.3. DEHB ve Depresyon İlişkisi Odaklı Çalışmalar.....	22
2.2. Benlik Saygısı.....	23
2.2.1. Benlik Saygısı ve Cinsiyet.....	26
2.3.2. Benlik Saygısı ve DEHB Odaklı Çalışmalar.....	26

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı	28
3.2. Araştırmanın Önemi.....	28
3.3. Araştırmanın Problem ve Alt Problemleri.....	29
3.4. Araştırma Evren ve Örneklemi.....	29
3.5. Araştırmanın Modeli.....	30
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Problemler.....	30
3.7. Sayıtlılar	30
3.8. Veri Toplama Araçları.....	30
3.8.1. Wisconsin Kart Eşleme Testi.....	31
3.8.2. Çocukluk Depresyonu Ölçeği.....	32
3.8.3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği.....	33
3.9. İşlemler.....	34

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması.....	35
4.2. Betimleyici İstatiksel Verilere İlişkin Sonuçlar.....	35
4.3. Bağımsız Gruplar t testi analizleri.....	36
4.4. DEHB ve Kontrol Grubu arasında ÇDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular	37
4.5. DEHB ve Kontrol Grubu arasında CBSÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular.....	37
4.6. DEHB ve Kontrol Grubu Arasında WKET puan ortalamalarına ilişkin bulgular.....	39
4.7. Korelasyon Analizleri.....	40
4.8. DEHB tanısı almış grubun WKET ve CBSÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular.....	40
4.9. DEHB tanısı almış grubun WKET ve ÇDÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular.....	41
4.10. DEHB tanısı almış grubun CBSÖ ve ÇDÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular	42
4.11. Kontrol grubunun WKET ve CBSÖ korelasyonuna ilişkin bulgular.....	42
4.12. Kontrol grubunun ÇDÖ ve CBSÖ korelasyonuna ilişkin bulgular.....	43
4.13. Kontrol grubunun WKET ve ÇDÖ korelasyonuna ilişkin bulgular.....	43

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma.....	45
5.2. Öneriler.....	49
5.3. Sonuç.....	51
KAYNAKÇA.....	52

EKLER	62
Ek.1. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Ölçeği	62
Ek.2. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	63
ÖZGEÇMİŞ.....	66



GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın konusu, önemi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, yönetici işlevler, benlik saygısı, depresyonun tanımıyla ilgili genel bilgi verilmektedir.

Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusunu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocukların yönetici işlevleri, benlik saygısı ve depresyon düzeyleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmada Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı almış ve almamış çocukların yönetici işlev performansı, benlik saygısı, depresyon düzeylerinin karşılaştırılması ve aralarındaki ilişki amaçlanmaktadır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellekle karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Etiyolojik olarak genetik etkenler yüksek oranda etkili olmasının yanında çevresel faktörlerin de DEHB üstünde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmalar çoğunlukla yönetici işlevler üstünde odaklanmıştır. DEHB bir yönetici işlevler bozukluğu olarak da tanımlanmaktadır. Yönetici işlevler problem çözme, gelecekteki davranışın sonuçlarını idrak etme, ketleme, soyut irdeme, bozucu etkiye karşı koyabilme, çalışma belleği ve dikkat gibi süreçleri içeren bir şemsiye olarak düşünülmektedir (Pennington ve Ozonoff, 1996).

Beynin birçok bölgesi yönetici işlevler üstüne etkilidir. Dolayısıyla birbiriyle etkileşimi olan bu bölgelerin karmaşık ilişkisi şu an için net bir biçimde aydınlatılamamıştır. Beyindeki bu süreçlerin tam olarak anlaşılması DEHB i tanımda ve tedavi süreçlerinde bize yol gösterici olacaktır.

DEHB en başta okul başarısını, akran ilişkilerini, kişinin özgüvenini, bir görevi yerine getirme becerisini olumsuz etkileyen bir bozukluktur. DEHB e eşlik eden

bozukluklar Özgül Öğrenme Güçlüğü ilk sırayı almaktadır. Bununla beraber depresyon, anksiyete, madde istismarı sıklıkla rastlanan eş-tanı bozukluklarıdır.

Çocukluk Depresyonu sıklıkla çökkün durumun, anksiyetenin, somatik şikayetlerin, ilgi kaybının, huzursuzluğun eşlik ettiği bir bozukluktur. (Baker ve Ark. 2002). Yetişkin kadar semptomları ağır olmasa da tedavi edilmediğinde kronik bir seyir izleme riski çok fazladır. Bodur ve Küçükkendircinin (2009) Türkiye’de yaptıkları bir çalışmada 12-16 yaş aralığındaki ergenlerde depresyonun görülme oranı %9,9 gibi bir oranla tespit etmişlerdir. DEHB ve depresyon sıklıkla birlikte seyreden bozukluklardır. Daviss ve ark. (2009) depresyonun eş-tanı olarak varlığının %10-40 arası olduğunu söylemişlerdir.

Baumeister (1998) Benlik saygısını benliğin değerli ya da değersiz olarak kapsamlı bir bakışına karşılık gelen bir benlik kavramı değerlendirmesi olarak tanımlamıştır. Literatürde farklı tanımlamalar olsa da ortak noktalar kişinin kendiyile ilgili olumlu ve olumsuz duygularını ifade eden bir kavramdır. Benlik saygısı erken gelişim dönemlerinde benlik kavramının oturmasıyla birlikte giden bir kavramdır. Yönetici işlevlerdeki eksikliklerin çocuğun akademik başarısını ve akran ilişkilerini etkileyeceği düşünüldüğünde DEHB çocukların bu alanlardaki başarısızlık karşısında düşük benlik saygısı geliştirmeleri olası gözükmemektedir.

Tanımlar

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dikkatsizliğin, hiperaktivitenin ve dürtüselliğin birlikte görüldüğü nörogelişimsel bozukluktur.

Depresyon en az on beş gün süren çökkünlük, halsizlik, enerji azlığı, ilgi kaybı, suçluluk duyguları, uyku problemleri, iştah problemleri ve ajitasyonun eşlik ettiği duygu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Benlik saygısı kendini benimseme, onaylama, kendine değer verme, saygı duyma, kendi değerine ilişkin değerlendirme olarak tanımlanmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Bu bölümde DEHB in tanımı, tarihsel süreci, belirtileri, açıklamaya yönelik modelleri, yönetici işlevler ve DEHB arasındaki ilişki ile ilgili bilgiler almaktadır.

1.1. Tarihçe

Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu günümüz tanımına gelene kadar DEHB birçok gelişim aşamasından geçmiştir.

DEHB tarihçesine baktığımızda, DEHB benzeri belirtiler gösteren bozukluğun, 17 yy. a kadar dayandığı görüyoruz. Dikkat eksikliğinden bir bozukluk olarak bahseden ilk kişi Melchior Adam Weikard'dır. Weikard, yayınlanan tıp kitabında DEHB'in günümüz tanımına da yakın olan dikkatsizlik, dikkati sürdürmede zorluk, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gösteren yetişkinler ve çocuklardan bahsetmiştir (Barkley,2015).

Alexander Crichton, 1798 basımlı tıp kitabında, DEHB benzeri semptomları daha detaylı ele alarak iki tip dikkatsizlik bozukluğu tanımlamıştır: ilki, dikkatin dağılması, dikkatin sıklıkla başka bir yöne kayması ve konsantrasyon eksikliğidir ve ikincisi ise dikkat enerjisinin azalmasıdır (Barkley,2012).

1800'lerin ortalarında, Alman Pediatrist Heinrich Hoffman kliniğindeki çocukları gözlemleyerek yazdığı çocuklara yönelik “Struwwelpeter” adlı ünlü şiir kitabında, “Yerinde Duramayan Philip”ten bahseder. Hikayede Philip'i yemek masasında yerinde duramayan ve babasının sözünü dinlemeyen bir çocuk olarak tasvir etmektedir. Edebiyat literatüründe ilk referans bu kabul edilmektedir.

Günümüz DEHB tanımına giden yoldaki en önemli ve ilk detaylı bilimsel çalışmanın (1902) Sir George Frederic Still tarafından yapıldığı kabul edilmektedir. Still, Ahlaki Kontrol Yetersizliği adı verilen bir kuram geliştirmiştir. Ciddi dikkat

eksikliği sorunu yaşayan 43 Çocukla yaptığı klinik çalışmasında, çoğunun sık sık agresif, kafa tutan, disipline dirençli, aşırı derecede duygusal olduğunu gözlemlemiştir. Bu çocukların kendi davranışları üstünde az engelleyici irade ile birlikte “kuralsızlık”, zalimlik ve dürüst olmama gibi davranışlarda bulunduğunu tespit etmiştir (Barkley 2015). Still’e göre, tüm bu davranışlar ahlaki kontroldeki yetersizlikten kaynaklanmaktadır. Still, ahlaki kontrolü “toplumun iyiliği fikriyle uyum içinde hareket etme kontrolü” olarak tanımlamıştır (Still, 1902). Ahlaki kontrol yetersizliği kavramı, DEHB’in ana semptomlarından olan dürtüsellikle sıkı bir şekilde ilişkilidir (Lange, 2010).

1900’lü yıllarda, DEHB benzeri semptomlar, Minimal Beyin Hasarı(Minimal Brain Damage), Minimal Beyin Fonksiyonsuzluğu (Minimal Brain Dysfunction), Hiperkinetik Dürtü Bozukluğu gibi kavramlar altında ele alınmış, 1968 yılındaki DSM-II’ye Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu olarak girmiş, 1980’deki DSM III le birlikte Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) ilk kez psikiyatrik sınıflandırmaya dahil edilmiştir, 1987’deki DSM-III-R’de bugünkü adı olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak yerini almıştır (Öncü,2012).

1.2. DEHB Etiyolojisi

Bugünkü tutarlı kanıtlara göre DEHB in etiyolojisinde genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Kalıtsallık değeri tahmini 0.76 olarak bulunmuştur (Biederman & Faraone, 2005). Aile çalışmalarına göre ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde DEHB olan çocuklar 2-8 kat arası risk taşımaktadır. (Biederman, 2005). En son moleküler genetik sonuçlara göre Dopaminerjik, noradrenalerjik ve seratonerjik yolların bu bozukluğun etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. Nörofarmakolojik çalışmalar DEHB teki cathecolamine işlevsizliğini destekler niteliktedir. DEHB in tedavisinde kullanılan uyarıcılar (metilfenidat,atomoxetin) dopamin, norepinefrin sistemleri üstüne etki ederek bozulan yönetici işlevlerin fonksiyonlarını artırmaktadır (Pliszka,2005).

DEHB ile ilişkili beyin bölgelerini içeren çok sayıda araştırma yapılmıştır. Manyetik Rezonans beyin görüntüleme tekniklerine göre DEHB olan çocukların Kontrol gruplarına oranla serebral hacimleri %3.2 küçük olduğu görülmüştür. (Castellanos,2004). Bu bulguya göre frontal, pariyetal, temporal ve oksipital lobun etkilendiği gözlenmiş bunların içinde en çok etkilenen lobun Frontal lob olduğu (%48 azalma) diğerlerinde anlamlı bir azalma olmadığı da araştırmayla belirlenmiştir (Mostofsky ve ark., 2002).

Son dönem araştırmaları DEHB te serebellum üzerine yoğunlaşmıştır. Serebellum motor hareketler üzerinde rol alırken aynı zamanda hareket ve dikkatin zamanlaması işlevine de katıldığı söylenmektedir. (Zubicaray ve ark.,2000). Manyetik Rezonans görüntüleme çalışmalarında serebellumun hacminin %6 ya kadar küçüklüğü bildirilmektedir. DEHB semptomlarının şiddetiyle beyin bölgesel hacimleri arasında ilişki saptanmış ve serebral hacim küçüldükçe dikkat problemlerinin arttığı bulunmuştur (Castellanos,2005).

Şimdiki kanıtlar beyin birçok bölgesinin birbiriyle bağlantılı olduğu bir ağ mekanizmasının DEHB ile (dikkat ve yönetici işlevler, davranışsal kendini düzenleme) ilişkisini göstermiştir. DLPFC(Dorsolateral Prefrontal Korteks) çalışma belleği, dikkatin odağının kaydırılması, planlama, yönetici kontrolü yönetir. Basal ganglia birçok yönetici işlev için önemli olan döngüleri ve dağıtım ağını kontrol eder. Singulat Korteks dikkatin motivasyonel kısımları ve inhibisyon ve tepki seçiminde rol alır. Lateral ve pariyetal frontal korteksler dikkatin sürdürülmesinde özellikle uyanıklığı kontrol eder. Beyinsapı retiküler aktivasyon sistemi, retiküler talamik çekirdek ve talamusun pulvinar çekirdeği dikkatin tonu ve dikkati bozucu şeyleri filtrelemekten sorumludur (Castellanos,2005).

Dopamin hipotezi DEHB in temel semptomlarının dopaminerjik işlev bozukluğu sonucu olduğunu iddia etmektedir. Bu hipotez dört araştırma alanıyla desteklenmiştir. Molekülergenetik, farmakoloji, hayvan modelleri ve beyin görüntüleme çalışmalarının sonucunda stimulanlar dopamin konsantrasyonunu artırarak DEHB semptomlarında iyileşme sağlarlar (Tarazi ve ark., 1998).

Düşük-Etki Dopamin Kuramına göre ise DEHB in ortaya çıkması dopaminerjik sistemin yetersiz çalışması sonucudur. Dopaminerjik sistemin düşük-etki yapısı mezo-kortiko limbik alanın rol oynadığı hiperaktiviteye, dürtüselliğe, dikkatin sürdürülmesinde yetersizliğe neden olmaktadır. Nigro-striatal bölümdeki düşük dopaminerjik etki ise; yetersiz tepki zamanlaması, kötü el yazısı, beden bölümlerinin koordinasyonsuzluğu, yetersiz motor kontrol ve uzun tepki süresine neden olmaktadır (Cardinal,2002).

1.3. Tanı Kriterleri (DSM V)

DSM V e göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

A. Aşağıdakilerden 1 ve veya 2 ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. **Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (veya daha çok) belirti en az altı aydır devam etmektedir:

Not: 17 yaş ve üstü için dikkatsizlik kriterlerinin en az 5 olması gerekir. Belirtiler verilen görevi anlayamama ya da kasıtlı olarak düşmanca davranışın sonucu değildir.

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

b. Çoğu kez, oyun oynarken veya iş yaparken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker .

c. Çoğunlukla 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 ya da bu tür işlere girmek istemez.

g. Çoğunlukla, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. okul gereçleri, kalem, kitaplar, yazılar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, gözlükler, cep telefonları).

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

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlıklar.

2. **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutmun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

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

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

c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur veya bir yerlere tırmanır. (Yaşı ileri gençlerde ve yetişkinlerde kendini huzursuz hissetmekle sınırlı kalabilir.)

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

e. Çoğu kez, "devamlı hareket halinde"dir, "poposuna bir motor takılmış" gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar okul gibi yerlerde uzun bir süre sakin duramaz veya böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan veya izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez aşırı konuşur.

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

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

i. Sıklıkla başkalarının sözünü keser veya araya girer

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

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır(örn. Okul, ev veya işyeri; arkadaşları veya akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

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

E. Bu belirtiler sadece, şizofreni ya da psikotik bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkan durumla ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz(örn. duygudurum bozukluğu, kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, madde esikliği ya da yoksunluğu). (Alıntı DSM V)

1.4. DEHB Epidemiyolojisi

Willcutt (2012) ın yaptığı çok geniş kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında DSM IV kriterlerini karşılayan tanı sistemini, semptom kriterini, ülkeler arası farklılıklarını, cinsiyet farkını, DEHB in alt türlerini yaygınlık açısından incelemiştir.

86 çalışmada 163,688 çocuk ve ergen katılımcı, 11 çalışmada 14,112 yetişkin katılımcı analize dahil edilmiştir. DSM IV tanı kriterlerini tam karşılayan yaygınlığın %5.9, aile ve öğretmenlerin tanı tahmini yaygınlığı %7.1 olarak belirtilmiştir. Yetişkin DEHB yaygınlığı ise %5 olarak verilmiştir. Cinsiyet farkına bakıldığında erkek /kız - 3.2/1 oranı bulunmuş, alt tür olarak da incelenen çalışmada ikisinin birlikte görüldüğü tip %3.4, dikkatsizliğin ağır bastığı tip %1.8, hiperaktivitenin ağır bastığı tip %0.8 olarak belirtilmiştir. Araştırmada ülkeler arası yaygınlık farkında ise herhangi bir anlamlı farklılık bulunamamıştır (Willcutt,2012).

Türkiye’de kentsel kesimdeki ilkökul çağı çocuklarında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada DEHB’in yaygınlık oranı %5 olarak belirtilmiştir (Motavallı,1993).

1.5. Komorbidite

DEHB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla beraber seyretmektedir. Bu bozukluklardan bazıları karşıt gelme-karşı olma bozukluğu, anksiyete bozukluğu, anti-sosyal bozukluk, maddeyi kötüye kullanma ve depresyondur. Yapılan araştırmalar, DEHB’li çocuklarda %50 ile %90 arasında komorbidite olduğunu göstermektedir. Ağır DEHB semptomlu çocuklarda ve tedaviye direnç gösteren DEHB’li çocuklarda komorbidite varlığı çok daha yüksek olasılıklıdır.

DEHB’li çocuklarda Major Depresyon %5-%40, Karşıt gelme-karşı olma %30-%50, Anksiyete %20-%40, Madde Kötüye kullanımı ADHD’li olmayanlara göre 4 kat daha yüksektir. (Kaynakları ekle) DEHB tanısı konmuş çocuklarda ve ergenlerde depresyon görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir (Erman ve ark. 1999). Bazı çalışmalarda, depresyonun DEHB'den kaynaklandığı ileri sürülmektedir. DEHB’li çocuklarda Major Depresyon %5-%40 arasında değişmektedir. DEHB’li yetişkinlerde ise %35’tir (Wiess ve ark. 2004).

Çocuk ve yetişkinlerde DEHB ve anksiyete bozuklukları ilişkisine baktığımızda, anksiyete bozukluğu teşhisi almış bir çocukta anksiyetenin varlığı DEHB teşhisini koymayı zorlaştırabilir. Bu nedenle anksiyetenin DEHB’den mi

kaynaklandığına dikkat etmek gerekir. DEHB'li çocuklarda anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı %20 ile %40 arasında değişmektedir (Jensen PS ve ark., 2001). En yaygın olanı genelleşmiş anksiyete bozukluğu olduğu düşünülmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada yetişkinlerde anksiyetenin DEHB'e eşlik etme oranı %59 bulunmuştur (Kessler, 2006).

Yapılan 16 yıllık bir prospektif çalışmada DEHB tanısı almış çocukların DEHB tanısı almamış çocuklara göre madde istismarı oranının dört kat daha fazla olduğu görülmüştür (Mannuzza ve ark, 1993). DEHB'li yetişkinlerde Madde İstismarı görülme oranı %35 olarak bulunmuştur (Kessler, 2006). DEHB tanısı alan çocuklarda alkol ve madde kullanım riskinin arttığı, alkol ve maddeyle tanışma yaşlarının düştüğü ileri sürülmektedir (Wood ve ark 1983, Biederman ve ark 1995).

Yıkıcı Davranış Bozuklukları, DEHB'li çocuklara eşlik etme oranı %30 ile %50 arasında olduğu görülmüştür (Wilens TE ve ark. 2002). Karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu, DEHB'li çocuklarda Davranım Bozukluğundan (CD) iki, üç kat daha fazla görülmektedir (MTA Cooperative Group, 1999).

1.6. DEHB i Açıklamaya Yönelik Modeller

DEHB i açıklamaya yönelik bugüne kadar birçok teorik model ortaya atılmıştır. Modellerin hepsi DEHB in yapısı anlamak, teşhis ve tedavi için bir kriter ortaya koymak olarak geliştirilmiştir. Bazı modeller kortekse (üst kısım- top) vurgu yaparken bazıları da subkortikal kısma (alt kısım- bottom) vurgu yapmışlardır. Bu farklılığın DEHB in beyin bölgelerinin heterojen yapısından kaynakladığı düşünülmektedir. Şu an için DEHB in gelişimsel yörüngesini ve gelişimsel bilgiyi birleştiren bir model bulunmamaktadır. Tarihsel olarak baktığımızda modellerin tek sistemden birçok beyin bölgesinin sorumlu olduğu çoklu bir sisteme kaydığını görürüz.

1.6.1. Davranışsal Ketleme Modeli

Davranışsal Ketleme Modeli (Behavioral Inhibition Model/ Hybrid Model) diğer teorilere göre en çok araştırılan teorilerdendir. Barkley'nin Hibrid Modeli (1997) prefrontal lob işlevlerine dayanır. Basal ganglia ve serebellumu içine bir yönetici işlev teorisi (Barkley, 2006). Davranışsal ketleme modelin ilk ve temel parçasıdır. Model zayıf tepki ketlemesinin (response inhibition) ve yönetici işlevlerdeki bozulmanın zayıf kendini kontrole neden olduğunu ileri sürmektedir. Ketlemenin bozulması diğer yönetici işlevlerin de bozulmasına neden olmaktadır (Barkley,2014).

Barkley'e göre 3 farklı inhibisyon vardır; Güçlü tepkileri ketleme (inhibiting prepotent response), devam eden davranış ketleme (inhibiting ongoing behaviors), ilişkisiz dış uyaranları ketleme (inhibiting irrelevant external stimuli) (Barkley, 2011). Ketleme bir olay ve bir kişinin ona tepkisi arasında bir gecikme yaratması açısından kritiktir. Kendine yönelik hareketi oluşturan bu gecikme olmaksızın kendini kontrol (self control) den bahsetmek mümkün değildir (Barkley,2006).

Davranışsal Ketleme amaca yönelik davranışa ve harekete izin veren dört yönetici işlevi destekleyici niteliktedir. Çalışma belleği, konuşmanın içselleştirilmesi; duygu, motivasyon ve uyarılmanın kendilik düzenlemesi; yeniden yapma bu dört yönetici işlevden birindeki eksiklik kendilik düzenlemesinde (self regulation) bozulmaya neden olur (Barkley, 2006).

Barkley'nin modelindeki son parça motor kontrol/ sentaks/ akıcılıktır. Yönetici işlevleri içeren kendine yönelmiş davranış formları yönetsel sistemlerin ve davranışsal programlamanın hareketini kontrol eder. Bu dört yönetici işlevin sonucu olarak ilişkisiz bir duyuşal girdi ya da motor davranış bastırılır ya da minimize edilir. Güçlü tepki vermenin bastırılması (dürtüsellik gibi) yönetici işlevlerin işleyişi sırasında oluşur (Barkley,2006).

1.6.2. Bilişsel Enerjetik Model

Bilişsel Enerjetik Model (Cognitive Energetic Model) DEHB i top down (yukardan aşağı) ve bottom up (aşağıdan yukarı) olarak iki yönlü süreçleri kullanarak üç basamaklı bir yaklaşımla açıklar. Bu modele göre bilgiyi işleme; dikkati hesaplama mekanizmaları, durum faktörleri ve yönetme-yönetici işlevler arasındaki etkileşimden oluşur.

Dikkati hesaplama mekanizmaları dört basamaktan oluşur. Kodlama, araştırma, karar verme ve tepki organizasyonudur ve yetersizlik daha çok tepki organizasyonunda vardır. Durum faktörleri enerjetik havuzlardır. Uyarılma, aktive olma ve çabadır. Bu basamakta DEHB bozuklukları aktive olma ve eforda vardır (Sergeant,2000). Çaba görevi başarmak için gerekli enerjidir. Çaba, motivasyon gibi faktörleri kapsamaktadır. Uyarılma uyaran süreçlerine zamansal fazık tepki verme olarak tanımlanır ve işaret şiddeti ve yenilikten etkilenir. Aktive olma tepki vermek için tonik fizyolojik hazır olmadır ve hazırlanma, hazır olma, gün zamanı gibi faktörlerden etkilenir. Yönetici işlevler ve yönetme; bunlar planlama, izleme, hatanın saptanması ve onların düzeltilmesi. Bu bölge prefrontal korteksle ilişkilidir (Sergeant,2000).

DEHB bu üç kısımdaki bozulmalarla açıklanır. Kognitif mekanizmalarda tepki çıktısında, enerjetik havuzda aktive olma ve eforda ve yönetme sisteminde bozukluklar görülmektedir. DEHB in son araştırmalarında dürtüsellik ön plana çıkmaya başlamıştır (Sergeant,2000). Barkley nın aksine enerjetik işlevsellikteki bozulmaların inhibisyondaki başarısızlığa neden olduğunu savunmaktadır. Dürtüsellik kognitif enerjetik modelin temel yapılarından birini oluşturmaktadır.

1.6.3.İkili Yolak Modeli

İkili Yolak Modeline göre DEHB iki kısımdan oluşur. Birinci kısım azalmış ketleyici kontrol mekanizmasıyla ilişkili düşünce ve hareket düzensizliği, ikincisi ödül mekanizmalarındaki temel değişimlerle ilişkili motivasyonel stildir. Gecikmeye

katlanamama (delay aversion) ve zayıf ketleyici kontrol ikili yolak modelinin iki bağımsız yapısıdır.

Nöropsikolojik çalışmalar DEHB in yönetici ve daha yüksek işlevleri üstüne yoğunlaşmaktadır. Gecikmeye katlanamama modeli işlevi bozuk olan düzenleyici sistemden ziyade motivasyonel sistemi öne sürer. Bu modele göre çocuklar kaçmak ve ertelemeden sakınmak için motivedirler. Yönetici işlevler ve gecikmeye isteksizlik birbirinden bağımsız iki sistem olmasına rağmen birbirleriyle ilişkilidirler. Solanto ve arkadaşları (2001) nın yaptığı bir çalışmada ketleme kontrolü ve gecikmeye katlanamamanın, birbiriyle bağlantılı olmayan mekanizmalar olmasına rağmen ikisinin de DEHB de bulunduğunu öne sürmüşlerdir.

İkili Yolak Modeli iki farklı sistemin uzlaşma zeminini yaratır. Bir taraf bozukluktaki işlevselsizliği tanımlamaya çalışırken diğeri işlevin rolünü keşfetmeye odaklıdır. Bir yol ağırlık olarak DEHB in çocukluk boyunca gecikmeye katlanamamanın ortaya çıkışının motivasyonel stili odaklıdır. Diğeri yol işlevsiz ketleyici sistemden kaynaklanan düşünce ve hareket düzenlemesinin bozukluğudur (Sonuga-Barke,2002).

DEHB li çocuklar anlık ve gecikme durumuyla karşılaştıklarında anlık durumu seçerler. Bu modele göre koşul koruma zamanının kullanımı çalışma belleği planlamayla ilişkili bilişsel eksiklikler gecikmeye katlanamamanın ikincil etkileri olarak ortaya çıkar ve gecikmiş olay ve ödülleri beklemeye karşı isteksizlik üstüne yoğunlaşmıştır. Gecikmeye katlanamama ve yetersiz ketleyici kontrol tek bir teori olma da karşıt dururlar. İki zıt yaklaşımın ilişkisini açıklamak için ‘head to head’ çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmada ikisinin birleştirilmesi yani büyük teori yönünde bir sonuç çıkartılamamıştır (Geurts, Van der Oord, ve Crone, 2006; Sjöwall ve ark., 2012).

1.7. Yönetici işlevler

Son 30 yılda, klinik araştırmacılar yönetici işlevler, kendini düzenleme(self-regulation) ve DEHB arasındaki ilişki üstüne çok sayıda çalışma yapmıştır. Yönetici

İşlevler, ilk defa 1970’lerde tanımlanmasına rağmen kontrol mekanizması kavramı 1840’lardaki Phineas vakasına kadar dayanmaktadır (Goldstein,2014).

Prefrontal Korteks ve yönetici işlevlerle ilgili en eski ve ünlü bulgu olan Phineas Gage vakasında Gage başına isabet eden ve prefrontal korteksine zarar veren demir çubuktan dolayı davranışlarında kişiliğinde ve sosyal yönetiminde değişimlere sebep olmuştur (Barkley,2012).

Yönetici işlevlerle ilgili kapsamlı teorik ve pratik çalışmalar Luria (1966) nın çalışmalarına dayanmaktadır. Luria prefrontal korteks ve yönetici işlev arasındaki ilişkileri incelemiş ve bu bölgedeki hasarın amaca yönelik davranışı, karmaşık ve amaçsal hareketleri etkilediğini gözlemlemiştir ve ayrıca bu bölgedeki hasarı olan kişilerin karar verme sürecinde zorlandıkları, davranışlarının sonuçlarını değerlendiremediklerini ve öz farkındalıkta (self-awareness) kayıp olduğunu belirtmiştir (Hughes, 2012).

Luria yönetici işlevin temel parçalarını sezme (gerçekçi beklentiler ve sonuçları anlama),planlama, yönetme(esneklik ve kurulumu sürdürme) ve kendini izleme(öz kontrol ve hata algılama) olarak tanımlamıştır (Purdy 2015).

Pennington ve Ozonoff yönetici işlevleri zaman ve mekanda organizasyon, esneklik, planlama, seçici ketleme, tepki hazırlığı, amaç edinmeyi içeren bütüncül bir zihinsel alan olarak tanımlamıştır. Onlara göre yönetici işlevler kısmen farklı olsa da algı, uzun süreli bellek, duyumsama ve dil alanlarıyla örtüşmektedir (Pennington ve Ozonoff , 1996).

Barkley yönetici işlevleri bir amaç elde etmek gibi geleceğe yönelik bir sonucu değiştirmek için niyetlenilmiş kendine yönelik hareketler bütünü olarak tanımlar (Barkley,2011).

Corbett ve ark. (2009) yönetici işlevleri duygusal bilişsel ve fiziksel kontrolü sağlayan zihinsel süreçleri kontrol olarak tanımlarlar.

Friedman ve ark. (2007) yönetici işlevleri davranışı şekillendiren ve düzenleyen alt düzeydeki süreçler üstünde çalışan bilişsel kontrol süreçler olarak tanımlamışlardır.

Yukarıdaki tanımlardan da görülebileceği gibi yönetici işlevler tek bir süreç ya da tanım olmaktan uzaktır. Tek bir tanım üstünde uzlaşım sağlanamamasının sonucunda bir “Şemsiye” terimi geliştirilmiş ve altı birçok kavramla doldurulmuştur. Tek bir tanım olamamasının nedeni prefrontal korteks in yapısının ve diğer beyin bölgeleriyle ilişkisi etken olarak görülmektedir.

Çalışma Belleği (Sözel olmayan)

Çalışma belleği Atkinson ve Shiffrin (1968) in kısa süreli bellek modelinin geliştirilmesiyle ortaya çıkmıştır. İlk olarak Baddaley ve Hitch (1974) tarafından geliştirilmiştir. Baddaley kısa süreli belleğin açıklamakta yetersiz kaldığı noktaları geliştirerek hafızanın sadece tutmaya yönelik olmadığını ve öğrenme, idrak ve muhakeme gibi karmaşık görevlerin yönlendirilmesinin de varlığını vurgulamıştır. Çalışma belleğinin üç bileşeni vardır. Bunlar merkezi yönetici (central executive), fonolojik döngü (phonological loop) ve görsel-uzamsal biçim (Baddaley ve Hitch, 1974).

Çalışma belleğinin ana özellikleri bilgiyi akılda tutma, bilgideki yönlendirme ve hareket etme, geç idrak, öngörüdür. Barkley (2006) çalışma belleğini (sözel olmayan) akılda temsil edilen bilgiyi koruma kapasitesi olarak tanımlamıştır. İki içselleştirilmiş duyuşal-motor kontrol sistem davranışlardan sorumludur. Bunlar görme ve işitme duyuşlarıdır. Bu duyuşal- motor kontrol davranışlar gelecekteki amaca yönelik rehberlik ederler. Kendimizle ilgilendiğimiz zaman farkında olmadan geçmişteki imajları tekrar aktive ederiz. Çalışma belleğinin tek görevi tekrar hatırlamak ya da akılda tutmak değil aynı zamanda gelecekteki davranışlar üzerinde yönlendirme ve hareket kapasitesidir. Barkley sözel olmayan çalışma belleğini benlik algılaması olarakta görür (Barkley 2006).

Kendilik Düzenlemesi (Duygusal Motivasyonel Uyarılma)

Kendini düzenlemenin ana özellikleri Duygusal kendini kontrol, sosyal perspektif alma, içsel olarak duyguları ifade etme yeteneği, uzun vadeli amaçlara yönelik içsel motivasyondur. İnsanlar kendini duyumsaması ve davranmasının dışında kendine yönelik hareketlerini motive etmek kapasitesine sahiptir. Amaca yönelik davranışta dışsal motivasyonun yokluğunda kişiye içsel dürtü sağlar. Dışsal olaylar motor tepkiler yoluyla değişen derecelerde duygusal reaksiyon meydana çıkarırlar. Görsel imaj, işitme ve içsel konuşma sadece imajlar ve sözle ifade değil aynı zamanda duygusal yüklemelerle ilişkilidir. Olaylara yanıt vermeyi geciktirme ya da engelleme gücü aynı zamanda duygusal tepkilerin kontrol altında tutulması gücünü de beraberinde getirir (Barkley 2006).

Bizi öfkeliendiren bir olay karşısında bazen duygularımızı kontrol etmekte zorlanırsınız. Bu durumda ‘sakinleş, olumlu şeyler düşün’ gibi içsel konuşma, imajlar ve kelimeler kullanırsınız. Duygular ve kendini düzenleme bu noktada birleşmektedir.

Motivasyon ve uyarılma duygunun tanımında yapısal bir role sahiptir. Lang (1995) duyguyu, motivasyon (ödül ve ceza) ve uyarılma olarak iki sisteme ayırmıştır (Barkley,2006). Duygular motivasyonel ve ödüllendirme önemine sahiptir ve bir sonuç olarak aktive olma seviyesini uyararak olaya yönelik hareketi motive ederler (Frijda, 1994).

DEHB’li çocuklarda duygusal motivasyonel ve kendini düzenlemedeki bozulmalarda çabuk öfkelenme, sabırsızlık, düşük öfke toleransı, olumlu duygu durumları oluşturmada zorluklar, çaba harcamada eksiklik ve yeniden odaklanmada sorunlar görülür (Barkley 2009).

Konuşmanın içselleştirilmesi

Konuşmanın içselleştirilmesi kendine yönelik konuşma, problemleri çözmek için plan ve kurallar formüle etme, içsel yansıma, tanımlama, sorgulama, yönerge verme, davranışı yönetmek için içsel kurallar yaratma gibi bileşenlerden oluşur.

Birçok araştırmacı bu bileşene sözs l çalışma belleği demesine rağmen Barkley konuşmanın içselleştirilmesi olarak tanımlamaktadır (Barkley,2015). Kopp (1982), Vygotsky (1987) gibi psikologlar konuşmanın içselleştirilmesinin öz denetim üstündeki önemine vurgu yapmışlardır. Konuşmanın içselleştirilmesi karşılıklılık özelliği taşımaktadır. Engelleyici kontrol konuşmanın içselleştirilmesine katkıda bulunurken aynı zamanda benlik rehberliği ve benlik sınırlamasına da katkıda bulunur. Gelişimsel olarak açık özel konuşma(private speech)3-5 yaşlarında ortaya çıkar ve problem çözmeye katkıda bulunur, okul yılları boyunca gizil hale gelir ve 9-12 yaşlarında belirgin bir şekilde içselleştirilir (Berk, 1992).

Yeniden kurma

Yeniden kurma gelecekteki hedefleri elde etmek için karmaşık ve yeni davranışlar geliştirme yeteneği, sentez ve analiz yeteneği gibi özellikleri tanımlar. Yeniden kurmanın birbiriyle ilişkili 2 bileşeni vardır; analiz ve sentez. Analiz davranışsal dizimleri birimlerine ayırma yeteneğidir. Bir başka deyişle cümleleri kelimelere, kelimeleri hecelere, hatta heceleri fonolojik olarak ayırma kapasitesidir. Bu ayrılan parçalardan yeni davranış dizilimleri yaratma yeteneği de sentez olarak tanımlanır (Barkley 2006).

Analiz ve sentez s zs l çalışma belleği ya da Barkley in tanımladığı şekilde konuşmanın bir parçası değil aynı zamanda s zs l olmayan çalışma belleği için de (duyuusal-motor kontrol) nemlidir. Yeniden kurma engellemeye şu noktada ilişkilidir, bilgiyi organize etmek için gerekli tepkiyi vermenin ertelenmesinde ketlemenin (inhibition) rolü yeniden kurma işlevinde bu noktada ilişkilidir.

1.8. DEHB ve Yönetici İşlevler Odaklı  alışmalar

Karakaş (2011) DEHB te etkilenen bilişsel süreçleri dikkat ve yönetici işlevler olarak ayırır ve bu işlevleri ketleme (bozucu etkiye karşı koyabilme, tepki ketlemesi) ve yönetici işlevler olarak kavramsallaştırma, kurulumu sürdürmede başarısızlık, öğrenme ve soyutlama yeteneği, akıl yürütme, problem çözme, zihinsel esneklik, yaratıcılık, karar verme, planlama olarak açıklar.

DEHB'li çocuklarda çoğunlukla sözel çalışma belleği, sözel olmayan çalışma belleği, organizasyon becerileri, duygusal düzenleme, motor kontrol, dilin içselleştirilmesi gibi bilişsel süreçlerde bozulmalar olduğu düşünülmektedir (Barkley,2003).

Pennington ve Ozonoff (1996) tarafından yapılan 18 çalışmanın gözden geçirilmesini içeren araştırmada DEHB li çocukların kontrol grubuna göre tutarlı bir şekilde belli bilişsel ve yönetici işlevlerde kötü performans sergilediklerini göstermiştir (Biederman,2004).

Erdoğan Bakar (2007) ve Soysal (2007) ın yaptığı iki ayrı çalışmada 6-11 yaş arası çocuklar incelenmiştir. Bu araştırmada bütün DEHB e eşlik eden faktörler ya da DEHB i etkileyen faktörler dışlanmış (Komorbidite, ilaç kullanımı, zeka düzeyi, işitsel ve görme kaybı gibi) yaş sınıf ve cinsiyet değişkenleri iki grup arasında tam eşleştirilmiştir. Bakar (2007) ın çalışması 147 katılımcıdan (73 DEHB ve 74 Kontrol grubu) ve Soysal (2007) ın grubu ise 153 katılımcı (80 DEHB ve 73 Kontrol Grubu) dan oluşmuştur. Araştırmada Wisconsin Kart Eşleme Testi, Stroop Testi, Sayı Dizisi Öğrenme Testi, Görsel-İşitsel Sayı Dizileri Testi, Çizgi Yönünü Belirleme Testi, Raven Standart Progresif matrisler Testi, WISC-R gibi geniş nöropsikolojik test grubu kullanılmıştır. Bunların yanında AR_GE çalışmaları süre Mangina Testi ve Üst-Biliş testi de kullanılmıştır (Karakaş,2011).

Toplam 78 puan hesaplanmış ve DEHB grubu ve Kontrol Grubu arasında puanların %84.6 sında anlamlı fark bulunmuştur. Tüm testlerde anlamlı fark bulunmuş olup DEHB de üst düzey zihinsel süreçlerden algılamaya ve zekaya kadar bütün bilişsel işlevlerin etkilendiği gösterilmektedir (Karakaş,2011).

Tellez ve ark (2012) nin yaptığı bir çalışmada ise WKET puanları kıyaslandığında DEHB li çocukların sürekli dikkatte, renklerin ve şekillerin hızlı adlandırılmasında, aritmetik problemlerde, söz baskısında, rakam kıyaslamasında ve WKET skorlarında kontrol grubuna göre daha zayıf performans sergilemişlerdir.

BÖLÜM II

ÇOCUKLUK DEPRESYONU VE BENLİK SAYGISI

Bu bölümde benlik saygısı ve DEHB ile ilişkisi, çocukluk depresyonu ve DEHB ile ilişkisi ve yapılan çalışmalar hakkında bilgi verilmektedir.

2.1. Çocukluk Depresyonu

Depresyon çocuklarda görülür mü? Bu soruya verilen yanıtlar çeşitlidir. Çocuğun yaşına, depresyonun tanımına bağlı olarak değişmektedir. Tek başına üzüntü semptomu birçok insanın hayatlarında yaşadığı durumdur ve patolojik özellik taşımamaktadır.1960 larda psikanalistler çocukların depresyon yaşamayacağını çünkü süperegoya bağlı gelişen suçluluğun çocuklarda bulunmadığını ileri sürmüşlerdir.

Birçok klinisyenin ve araştırmacıların günümüzdeki ortak fikri çocukların depresyon yaşayabileceği ve depresif bozukluklarla ilgili tanı alabileceği yönündedir (Goodyer,1996). Çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde depresyonun temel semptomlarında benzerlikler olmasına rağmen, yaşa bağlı ayrılıklar da vardır. Bu ayrılıklar çocuklarda depresyonun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve doğru tanı koymada yardımcı olacaktır (Ercan ve Turgay, 2004). Cantwell ve Baker (1991) çocuk, ergen ve yetişkin depresyonlarının yaşa bağlı olarak ayrılabilirliğini vurgulamışlardır. Wiesmann ve arkadaşları (1999) çocukluk, ergenlik ve yetişkin depresyon semptomları arasında farklılıklar olduğunu göstermişlerdir.

Major depresyon okul öncesi çocuklarda nadiren değerlendirilir. İlkokul dönemi çocuklarda çok rastlanmaz ama ergenliğe doğru anlamlı bir şekilde artar (Castello, Foley ve Angold, 2006). Çoğu ergenlerdeki depresif semptomlar major depresyon kriterlerini tam olarak karşılamaz. Semptomlar yeterince teşhisi karşılayacak kadar ağır değildir ve görece olarak süre kısadır (Kessler ve Walters 1998, Kessler ve ark., 1994, Lewinsohn ve ark., 1993).Amerika Çocuk ve Ergen Psikiyatri Akademisi-AACAP(2013)'ne göre çocukluk depresyonu; çocukların

öğrenme, dikkat, davranış boyutlarını olumsuz etkileyebilen bununla beraber umutsuzluk, yeme ve uyku düzeninde değişiklik, evden kaçma girişimleri, ilişki kurmada zorlanma, sık intihar düşünceleri(özellikle ergenlerde), madde kullanımına eğilim, sürekli can sıkıntısı, önceki favori etkinliklerine olan ilgisizlik gibi belirtilerle kendisini gösteren tedavi edilebilir bir bozukluk olarak tanımlanmıştır.

Çuhadaroğlu ve Taşgın (2006), depresif çocukları şöyle tarif etmektedir: Üzgün görümlü, ağlamaklı, yavaş hareket eden, monoton bir sesle konuşan, kendilerini olumsuz olarak değerlendiren çocuklardır. Ayrıca okul başarılarında düşme, konsantrasyon güçlüğü, baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik şikayetler ile iritabilite ve anksiyete semptomları gözlenebilir.

Çocuklarda ve ergenlerde tipik depresyon belirtileri olmayıp daha çok davranış ve tutum değişiklikleri belirgindir. Okul çağındaki çocuklarda depresyon, kendini geri çekme, okulda arkadaşları ile ilişkilerinde bozulma, okul başarısızlığı, ilgi ve etkinliklerde azalma, dikkatini toplayamama şeklinde görülebilir (Erdoğan ve Tamar 2002). İştah artışı şeklinde iştah değişiklikleri, uyku bozukluğu ve aşırı uyuma, üzgün bakış, daha çok sessiz sakin olmayı tercih etme, odasında uzun süre yalnız vakit geçirmeyi tercih etme, öfke krizleri gösterebilir. Enürezis, enkoprezis gibi bozukluklar, baş ve karın ağrısı gibi somatik yakınmalar da bu dönemde depresif belirtiler arasında sayılabilir. Okul çağı çocuğundaki depresyonda intihar düşünce ve planı ergenlik dönemine göre daha az olup, görüldüğünde dikkate alınmalıdır. Ergenlik başlangıçlı depresyon, çocukluk dönemi depresyonuna göre erişkin depresyonuna daha çok benzerlik gösterir (Şenol ve diğer. 1999).

2.1.1. Majör Depresyon Tanı Kriterleri

DSM-IV e göre majör depresyon tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum, çocuklarda (irritabilite olarak görülür).

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma, ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma,

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması,(çocuklarda yaşına uygun düzeyde kilo alamama ya da verme)

4. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması,

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması,

6. Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması,

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması,

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık,

9. Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması,

B. Bu semptomlar bir mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yaş ile daha iyi açıklanamaz (Köroğlu, 2005)

2.1.2. Çocukluk Depresyonu Yaygınlığı

Çocukluk depresyonu yaşam boyu görülme riski taşıdığı için tespiti oldukça önemli görünmektedir. Bu doğrultuda Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington ve Rutter (2001a) çocukluk depresyonunun yetişkin depresyonu için önemli bir risk taşıdığını ve çocuklukta yaşanan depresyonun yetişkinlik için yatkınlık doğurabileceğini bildirmişlerdir.

Çocuk ve ergenlerde depresyonun yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda; Costello, Erkanli ve Angold (2006) 13 yaşından küçük çocuklarda depresyonun görülme oranını %2,8, 13-18 yaş aralığındaki çocuklarda görülme oranını ise %5,6 olarak bulmuşlardır. Ayrıca aynı çalışmada kızlarda görülme oranı %5,9 ve erkeklerde görülme oranı %4,6 olarak bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir diğer çalışmada 12-16 yaş aralığındaki ergenlerde depresyonun görülme oranı %9,9 gibi yüksek bir oranla tespit edilmiştir (Bodur ve Küçükkendirci, 2009). Okulöncesi çocuklarda depresyonun görülme sıklığını inceleyen bir diğer araştırmanın sonucu; 1427 çocuktan 16 tanesinin(%1.2) depresyon belirtileri gösterdiğini ifade etmiştir (Doménech-Llaberia ve diğ., 2009). Poulin, Hand, Boudreau ve Santor (2004)’un Kanada’da ortalama 15 yaşında olan 12.771 ergen üzerinde yaptığı bir diğer çalışmada depresyonun yaygınlığı kızlarda %8,6 ve erkeklerde %2,6 olarak bulunmuştur. Weismann ve diğ. (1999) depresif durum sergileyen çocukların sayısının gittikçe arttığını ve bu doğrultuda intihar eğilimlerinin de artabileceğini bildirmişlerdir.

2.1.3. DEHB ve Depresyon İlişkisi Odaklı Çalışmalar

DEHB ve depresyonun birlikte görülmesi bu bozuklukların tek başlarına görülmesinden daha fazla bozulmalara neden olur. Tek başına DEHB ve DEHB eşlik eden Majör Depresyon kıyaslandığında DEHB ve Majör Depresyon birlikteliği yüksek oranda Bipolar Bozukluk ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu riski taşımaktadır (Biederman ve ark.1996). 6-18 yaş arası DEHB ve Majör Depresyon eştanı almış kızlar üstünde yapılan beş yıllık prospektif çalışmada DEHB-MDB

tanısı almış olanların sadece MDB almış olanlardan daha fazla intihara yatkınlık ve hastane yatış oranı bulunmuştur (Biederman ve ark. ,2008).

DEHB tanısı almış çocukların başka bir bozukluk ilk başta Majör Depresyon tanısı alma yaygınlığı %10-40 arasındadır (Daviss ve ark 2009; Elia ve ark. 2008).

Çocuklukta DEHB ve majör Depresyon eş tanısı ve etkileri üzerine birçok araştırma olmasına rağmen çok az sayıda araştırma bunun altında yatan nedenleri araştırmıştır. Bunu açıklamaya çalışan mekanizmalardan biri Duygusal Düzenlemedir (Emotional Regulation) (Barkley,1997). Duygusal düzenlemedeki eksikliklerin çocuklardaki depresyon semptomları ve DEHB le ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Duygusal düzenleme bir amaca ulaşmak ya da dış koşullara adapte olmak için duygusal durumların başlatılması, modülasyonu ve ifade edilmesinin birlikteliğidir (Eisenberg ve Spinrad, 2004). Anlamlı kanıtlara göre DEHB li çocuklar DEHB li olmayanlardan daha fazla duygusal düzenleme eksikliği gösterirler. Birçok araştırmaya göre DEHB tanısı almış çocuklar hayal kırıklığına uğradığında ya da ebeveynlerinden yardım isteme durumunda bir görevi yerine getirmeyi başaramamaktadırlar ve yüksek derecede negatif duygulanım, zayıf problem çözme becerisi ve görevin olumsuz yönlerini görme göstermektedirler (Maedgen and Carlson 2000).

Major depresyon birçok hasta için kronik seyir izlerken aynı şekilde DEHB te de kronik bir seyir izlemektedir (Biederman,1991). Rorschach mürekkep testi kullanılarak yapılan bir çalışmada ise DEHB tanısı almış çocukların DEHB tanısı almamış çocuklara oranla daha fazla depresyona yatkınlık, benlik algısında bozulma, kişilerarası ilişkilerde zorluklar ve gerçekliği algılamada sorunlar olduğunu ortaya konmuştur (Cotugno, 1995).

2.2. Benlik Saygısı

Bugüne kadar benlik saygısıyla ilgili birçok tanım yapılmıştır ve ortak bir tanım üstünde uzlaşamamıştır. Nedeni benlik saygısını oluşturan temel kavramların muğlaklığıdır. Bailey (2003)e göre benlik saygısını oluşturan parçalar aynı zamanda

kendilik imajı, kendilik ikiliği ve kendilik kavramıdır. Bunların birbirleriyle olan ilişkisi, üst üste geçmeleri, benlik saygısını tek tanım olmaktan uzak tutar. Bailey benlik saygısıyla ilgili şu örneği verir. Bir robotun benlik saygısı yoktur. Çünkü kendisini değerlendirecek bir ben kavramı mevcut değildir. Benlik kavramını merkeze koyunca benlik saygısı kendini gösterir (Bailey,2003).

Self (Kendilik)

Franken (1994) benlik kavramını bir bireyin kişisel varlığıyla ilgili tuttuğu düşüncelerin, tutumların, öğrenilmiş inançların karmaşık ve organize sistem bütünlüğü olarak tanımlamıştır.

Öz Yeterlilik (Self Efficacy)

Bandura öz yeterliliği kişinin yaşamı üstünde etkisi olan olaylar üzerinde performans üretebilmek için kapasitesine olan inancı olarak tanımlamıştır. Öz yeterlilik ve benlik saygısı sıklıkla karıştırılmasına rağmen iki kavram arasında ilişki mevcuttur. Herman (2005) öz yeterlilik benlik saygısının yordayıcısıdır ve düşük öz yeterliliğin düşük benlik saygısına neden olduğunu bildirmiştir. Bandura kendinden hoşlanmanın bir performans başarısı yaratmayacağını iddia etmiştir ve araştırma bulgularına göre benlik saygısı kişisel amaçlar ve performans başarısı seçimini etkilemez denilmiştir.

Benlik Saygısı (Self Esteem)

James (1890) benlik saygısı kavramının öncüsü olarak kabul edilir. Ona göre benlik saygısı ne olduğumuz ve ne yaptığımızın dünyasıdır. Çabalarımızın başarıyla sonuçlanması ya da hayal kırıklıklarıyla yüzleşme kendimize bakışımızı yükseltir. James benlik saygısıyla ilgili bir formül geliştirmiştir (Leary,1995).

Benlik Saygısı= Başarı (işe bir şeyi ne kadar iyi yaptığımızdır) + Gösteriş (kendimizle ilgili iyi hissetmeyi vurgulamaktadır).

Rosenberg e göre benlik saygısı kişinin bir nesne olarak kendisine yönelik tutumudur (McEachron,1993). Rosenberg benlik saygısının ölçülebilir bir tutum olduğuna inanmıştır. Bununla ilgili kendi ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Rosenberg in ölçeğinin diğer benlik saygısı ölçeklerinden farkı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği geneli ölçerken, diğerleri çok boyutlu ve kavramlıdır.

Branden benlik saygısını bir kişinin kendi üstündeki değer yargısı olarak tanımlamıştır (Bailey 2003).

Benlik saygısı benliğin değerli ya da değersiz olarak kapsamlı bir bakışına karşılık gelen bir benlik kavramı değerlendirmesidir (Baumeister,1998).

Coopersmith (1967) e göre benlik saygısı kişinin kendisiyle yönelik sahip olduğu tutumları ifade eden bir kişisel değerlilik yargısıdır. Bir kişinin kendisini onaylaması ya da onaylamaması, kişinin hayatını anlamlı ve değerli bulması için kendini başarılı yetenekli olarak görmesi benlik saygısının oluşturur. Coopersmith benlik saygısı envanterini oluşturan ilk kişilerdendir. Ölçüm için çocuk versiyonunda 58 kriter, yetişkin versiyonunda 50 kriter geliştirmiştir.

Günümüz düşüncesine göre benlik saygısı güven, koşulsuz sevgi, güvenlik ve olumlu-olumsuz değerlendirmelerin birleşimi olarak bir hayat gelişimiyle erken çocukluk döneminde başlar.

Benlik saygısının kişinin psikolojik işlevselliğinin çok önemli bir yürütücüsü olduğu yaşamındaki depresyon, kaygı, motivasyon ve genel memnuniyet-doyum ile çok yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yüksek benlik saygısı ebeveynle olumlu ilişki, risk almaya istekli olma, bireyin kendi yaşamı üstünde kontrolü olduğu duygusu gibi faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca yüksek benlik saygısı, okul akademik başarı ile içsel kontrol, yüksek aile içi kabul ve olumlu kendini çekici bulma duygusu ile ilişkili bulunmuştur (Rosenberg,1986). Düşük benlik saygısı ise, düşük akademik performans, ebeveyn ve öğretmenlerin akademik başarı için çocuk ve gençler üstünde aşırı beklenti baskı yapması, aile içinde yaşanan sorunlar, kaygı, depresyon, yalnızlık ve mutsuzluk gibi faktörlerle ilişkilidir (Harter,1986).

2.2.1. Benlik Saygısı ve Cinsiyet

115 çalışmayı, 428 etki boyutunu, 32,486 kişiyi içeren bir meta analiz araştırmasında davranış yönetiminde ve ahlaki benlik saygısında kadınlar erkeklerden daha yüksek skor elde etmişlerdir. Erkeklerin ise fiziksel görünüş (d 0.35), atletik (d 0.41), kişisel algı (d 0.28), ve kişisel doyum benlik saygısı (d 0.38) skorları kadınlardan daha yüksektir. Fiziksel görünüş benlik saygısı cinsiyet farkında 1980 den sonra anlamlı bir ilişkiye dönüşmüştür. Akademik başarı,aile,sosyal kabul ve cinsiyet farkı arasında anlamlı bir fark yoktur ve benlik saygısını etkilemez (Gentile ve ark.,2009).

Cinsiyete göre yapılan başka bir araştırmada kızların erkeklerden daha düşük benlik saygısına sahip oldukları bulunmuştur. Kızların görünüşten erkeklerin ise bedensel performansı önemsemeleri bunun sonucu olarak görülmektedir. Araştırmada ayrıca global benlik saygısı olarak cinsiyetler arası büyük bir farkın olmadığı vurgulanmıştır (Bolognini ve ark., 1996).

2.2.2. Benlik Saygısı ve DEHB Odaklı Çalışmalar

DEHB'li çocuklar sıklıkla sosyal kabul edilmenin olumsuz sonuçlarıyla karşılaşmaktadırlar. Akranları tarafından kabul edilmeme benlik saygısında olumsuz sonuçlara neden olacaktır. Barkley e göre DEHB'li çocuklar sosyal girişimlerde bulunurken(oyun, okul ortamı vb) akranları tarafından kabul edilmeme durumunda olumsuz benlik kavramı geliştirirler. Bütün DEHB'li çocuklar bu olumsuz tabloya maruz kalmazlar. Kendileriyle ilgili yetenekleri abartarak gerçek dışı bir şekilde olumlu duygular geliştirirler. Sorunları kendilerinden ziyade dışa atfederek bu durumdan sıyrılırlar (Voeks,2003).

Bir araştırmanın sonuçlarına göre DEHB'li çocukların aile ve akranları tarafından reddedilmesi düşük başarı duygusuna ve bunun sonucu olarak benlik saygısında bozulmalara neden olmaktadır (Seipp ve Johnston, 2005). Başka bir çalışmada ise DEHB, benlik saygısı ve zayıf işlevsellik arasındaki ilişki çocukluk ergenlik ve yetişkinlik içinde incelenmiştir.

DEHB tanısı almış grup DEHB semptomları olmayan gruba göre daha zayıf psiko-sosyal uyum, meşguliyet, benlik saygısı, akademik başarı elde etmişlerdir. Düşük benlik saygısı olan çocukların ergenlikte de bunu yaşamaya devam ettikleri gözlenmiştir. Ergenlikteki düşük benlik saygısının tedavi edilmemesi yetişkinlikte akademik başarıda ve mesleki durumda zorluklar yaşamaya devam ettiklerini göstermiştir (Slomkowski, Klein, and Mannuzza, 1995).



BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın yöntemi, örnekleme, dizaynı ve istatistik analizleriyle ilgili bilgi verilmektedir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) tanısı almış ve almamış çocukların yönetici işlevleri, benlik saygısı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir.

3.2. Araştırmanın Önemi

Yapılan araştırmalar DEHB tanısı almış çocukların akranlarıyla olan ilişkilerinde, akademik başarılarında sorunlar olduğunu göstermektedir. Özellikle DEHB e eşlik eden bozukluklar ele alındığında bu çocukların depresyon, kaygı bozuklukları, madde bağımlılığı gibi bozukluklara daha yatkın oldukları düşünülmektedir.

DEHB tanısı almış çocukların akademik başarılarının düşük olması okuldaki arkadaşlarından uzaklaşmalarına ve bunun sonucu olarak sosyalleşme ve akran ilişkilerini geliştirmede ya da arkadaşlık ilişkilerini sürdürmede problemlere neden olmaktadır.

Bu nedenle DEHB tanısı almış çocuklar ve herhangi bir tanı almamış çocuklar arasındaki yönetici işlevler, depresyon ve benlik saygısı düzeyinde bir fark olup olmadığı amaçlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Problem ve Alt Problemleri

Hipotez 1: DEHB tanısı almış çocukların DEHB tanısı almamış çocuklara göre yönetici işlev ve benlik saygısı puanları daha düşük, depresyon düzeyleri daha yüksek olmalıdır.

Hipotez 2: DEHB tanısı almış çocukların yönetici işlevleri performansı, benlik saygısı ve depresyon düzeyi arasında ilişki olmalıdır.

Değişken 1: Yönetici İşlevler

Değişken 2: Benlik Saygısı

Değişken 3: Depresyon

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini İstanbul ilinde öğrenim görmekte olan 9-15 yaşları arasındaki öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem olarak DEHB tanısı almış çocuklar rastgele yöntemle, 2015-2016 eğitim öğretim dönemi içerisinde İstanbul Bahçelievler ilçesinde Mehmet Şen İlkokulu, İstanbul Bakırköy ilçesinde Bakırköy Anadolu Lisesi, Bakırköy Cumhuriyet Ortaokulu, İstanbul Bağcılar ilçesinde MEB Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM) kurumundan seçilmiştir. DEHB tanısı almamış çocuklar için (Kontrol Grubu) 2015-2016 eğitim-öğretim dönemi içerisinde İstanbul ili Bakırköy ilçesindeki Bakırköy Cumhuriyet Ortaokulu sadece yaş dikkate alınarak rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmiştir.

Uygulamaya toplam 59 öğrenci katılmış olup 29 çocuk DEHB tanısı almış 29 çocuk herhangi bir tanı almamış(kontrol grubu) olarak ayrılmıştır. DEHB tanısı için okuldaki Psikolojik ve Rehberlik Danışmanlık bölümüyle birlikte çalışılmış tanı için öğrencinin dosyası incelenmiştir. DEHB e eşlik eden bozukluk tespit edilen katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubu için öğrencinin akademik başarısı kriter alınmış ve sınıf öğretmeniyle konuşularak herhangi bir bozukluk durumu olup olmadığına bakılmıştır.

3.5. Araştırma Modeli

Araştırmada nicel araştırma yöntemi ve gelişigüzel örnekleme türü kullanılmıştır. Araştırmada kontrol grubu aynı liseden alınmış DEHB grubunun ise birkaç okuldan alınması dolayısıyla saha araştırması niteliği taşımaktadır.

3.6. Araştırma Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükleri

Araştırma, zel eğitim gerektiren DEHB tanısı almış çocuklarla sınırlıdır. Örneklemi ise 2015-2016 eğitim-ğretim yılı İstanbul ili Bakırköy ilçesi, Bağcılar ilçesi ve Bahçelievler ilçesinde eğitim gören öğrencilerden oluşmaktadır. DEHB ve kontrol grubu için 8-15 yaş arası çocuklar seçilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular sadece yönetici işlevler, çocukluk depresyonu ve benlik saygısıyla sınırlıdır. Bulgular DEHB in alt türlerini kapsamamaktadır.

DEHB tanısı alan öğrencilere kolay ulaşılamaması araştırmanın kısıtlarından biridir. DEHB grubu için örneklemin büyük olmaması DEHB alt türlerini ve cinsiyetler arası farklılıkları ve yaşlar arası farklılıkları da incelememize olanak tanımadığından veri çeşidi açısından kısıtlılık arz etmektedir. Daha fazla katılımcıya ulaşmak çok büyük zaman kaybına neden olacağından araştırma kapsamı kısıtlıdır. Bu nedenle çıkan bulgular DEHB grubu için ağırlıklı Bağcılar ilçesi için geçerlidir ve genele yorumlanmamalıdır.

3.7. Sayıtlılar

DEHB ve Kontrol grubu katılımcılarının ölçeklere samimi cevaplar verdikleri varsayılmaktadır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak yüz yüze anket formu ve nöropsikolojik test kullanılmıştır. Bütün öğrencilerle birebir görüşme yöntemiyle anketler ve test

verilmiştir. İki anket ve bir bilgisayar destekli nöropsikolojik test bataryası veri toplama aracı kullanılmıştır. İlk olarak Wisconsin Kart Eşleme Testi, bir sonraki anket Çocuklar için Depresyon Ölçeği ve en son anket Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği katılımcılara verilmiştir.

2015-2016 eğitim-öğretim yılında örneklem için gerekli izinler alınmış, okulların ve RAM merkezlerinin rehberlik öğretmenleri ile iletişime geçilerek bazen okula gidip bekleyerek bazen de randevu alarak DEHB grubu öğrencilerine ulaşılmıştır.

3.8.1. Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET)

Wisconsin Kart Eşleme Testi ilk olarak Berg(1948) tarafından geliştirilmiş teste son şeklini Heaton (1981) vermiştir (Karakaş 2011). WKET Türk Formu yönetici işlevler, perseverasyon, dikkat, çalışma belleği, soyut düşünme, kavramsallaştırma gibi zihin süreçlerini ölçmektedir.

WKET in Türkiye deki geçerlilik çalışmaları uluslararası yapılan çalışmalarla uyumlu olduğunu göstermiştir (Karakaş,2011).

Test malzemesi olarak dört adet Uyarıcı kartı,64’ er adet Tepki Kartından oluşan 2 kart destesi, Kayıt Formu ve uygulayıcı tarafından kullanılacak kalem ve silgi.

7.0cm X 7.0cm boyutlarındaki WKET kartları değişik şekil ve renklerden oluşmaktadır. Kullanılan şekiller üçgen, artı, yıldız ve dairedir. Şekillerin miktarı bir,iki,üç ve dört; renkleri ise mavi,yeşil,sarı ve kırmızıdır.

Bu araştırmada WKET in bilgisayar destekli uygulaması kullanılmıştır. Bekçi ve arkadaşlarının(2006) da yaptığı bir çalışmada geleneksel (kartlar kullanılarak yapılan WKET) ve bilgisayar destekli WKET testlerinin birbiriyle uyumlu olduğunu göstermiştir (Karakaş, 2011).

WKET puanlaması

WKET 13 puan türüne göre hesaplanmaktadır. Bu puan türleri şunlardır:

WKET1 Toplam tepki sayısı puanı

WKET2 Toplam yanlış sayısı puanı

WKET3 Toplam doğru sayısı puanı

WKET4 Tamamlanan kategori sayısı puanı

WKET5 Toplam perseveratif tepki sayısı puanı

WKET6 Toplam perseveratif hata sayısı puanı

WKET7 Toplam perseveratif olmayan hata sayısı puanı

WKET8 Perseveratif hata yüzdesi puanı

WKET9 İlk Kategoriyi tamamlamada kullanılan tepki sayısı puanı

WKET10 Kavramsal düzey tepki sayısı puanı

WKET11 Kavramsal düzey tepki yüzdesi puanı

WKET12 Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı

WKET13 Öğrenmeyi öğrenme puanı

Bu puan türleri kendi içlerinde değerlendirilmektedir ve WKET ten alınacak genel bir puan türü yoktur.

3.8.2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocuklar için Depresyon Ölçeği Kovacs (1981) tarafından geliştirilmiştir. Beck depresyon ölçeği esas alınmakla birlikte, çocukluk depresyonuna özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorularda eklenmiştir. 6-17 yaş

çocuklarının anlayabileceği düzeyde dili sadeleştirilmiştir. Ölçek çocuğa okunarak veya çocuk tarafından okunarak doldurulmaktadır.

Ölçeğin güvenirliğini göstermek için test- tekrar test güvenirliliğine ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısına bakılmıştır. 380 öğrenciye ilk uygulamadan bir hafta sonra ölçek ikinci kez uygulanmış ve pearson momentler çarpımı korelasyonu $r=0,80$ olarak bulunmuştur.

Yirmi yedi maddelik bir ölçektir. “Her madde üç seçenek sunulmaktadır ve çocuktan son iki hafta içinde kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenmektedir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0,1 veya 2 puan almakta olup, maksimum puan 54’tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir (Kovacs,1981, akt. Öy, 1991).

3.8.3. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ)

Coopermith Benlik Saygısı Envanteri 1967 yılında Coopersmith tarafından geliştirilmiştir. Benlik saygısı formu 58 maddeden, kısa formu ise 25 maddeden oluşan bir kâğıt kalem testidir. Kısa formunda dört faktör bulunmaktadır. Bunlar kendini küçümseme, liderlik-popülerlik, anne baba- aile, atılganlık kaygı faktörleridir

Ölçeğin geçerlilik çalışmasında Cronbach Alfa katsayısı .86 benzer ölçek geçerliliği ise .60 olarak bulunmuştur. Coopersmith ölçeğin test-tekrar test güvenirlik kat sayısını beş hafta arayla uygulanması sonucunda .88, üç yıl arayla uygulanması sonucunda ise .70 bulmuştur (Pişkin, 1996).

Pişkin (1997) lise öğrencileri ile Kuder-Richardson-20 formülünü ve test yarılama tekniğini kullanarak envanterin uzun ve kısa formu üzerinde güvenirlik çalışması yapmıştır. Güvenirlik katsayılarını kabul edilebilir düzeyde yüksek bulmuştur. Envanterin kısa formu ise KR-20 sonucunda elde edilen güvenirlik katsayısı .76, iç tutarlık güvenirlik katsayısı ise .81 olarak bulunmuştur. Coopersmith testin 43 tekrar Kuder-Richardson güvenirlik katsayısını erkekler için .80, kızlar için .91 olarak bulmuştur. Bu araştırma sonucundaki verilere göre Coopersmith

Benlik Saygısı Envanterinin güvenilirliği kontrol edilmiş ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı .81 bulunmuştur. Bu ölçeğin ergenlerin benlik saygısı düzeylerini ölçmek amacıyla güvenle kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Puanlanma

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, “benim gibi” ve “benim gibi değil” biçiminde cevaplanan 25 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerde kişinin hayata bakış açısı, aile ilişkileri, sosyal ilişkileri ve dayanma gücü ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Alınabilecek en yüksek puan 25 tir. Cevap anahtarındaki olumlu işaretlemeler 4 ile çarpılır puanlama buna göre hesaplanır. Alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir. Ölçekte benlik saygısı düzeyinin düşük veya yüksekliğini gösteren belirli bir sınır yoktur. Bu nedenle benlik saygısının ortalamadan düşük ve yüksek olmasına göre değerlendirme yapılır. Alınan puan ortalamasının altında ise benlik saygısının düşükluğünü, ortalamasının üzerinde ise benlik saygısının yüksekliğini gösterir (Turan ve Tufan, 1987).

3.9. İşlemler

Ölçeklerin analizi için SPSS 20.0 versiyonu kullanılmıştır. Katılımcılar arasındaki demografik farklar için Frekans Analizi, skorların normal dağılımının kontrolü için Shapiro-Wilk testi, gruplar arasındaki ilişki için Pearson Korelasyon analizi, gruplar arasındaki farklılaşma için Bağımsız Gruplar T testi, grupların ortalamalarının yaşa göre farklılaşması için Anova testi kullanıldı.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde, örnekleme tanıtıcı bulgular, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular ve yorumları araştırma amaçlarının sırasına göre sunulmuştur.

4.1. Verilerin Çözümlemesi Ve Yorumlanması

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 20.0 versiyonu kullanılmıştır. Katılımcılar arasındaki demografik farkları incelemek için Frekans Analizi yapıldı. Ölçeklerde alınan skorların normal dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilk's testi ile kontrol edildi. Gruplar içinde ölçek puanları arasındaki ilişkinin yönü ve kuvvetinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi tekniği kullanılmıştır. Gruplar arasındaki skorların ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını kontrol etmek için bağımsız gruplar t-testi kullanıldı. Grupların ortalamalarının yaşa göre farklılaşıp farklılaşmadığını kontrol etmek için ANOVA testi kullanılmıştır.

4.2. Betimleyici İstatistiksel Verilere İlişkin Sonuçlar

DEHB ve kontrol grubu için cinsiyet dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 1 DEHB ve Kontrol Grubu için Cinsiyet Dağılımı

	DEHB			KONTROL		
	Erkek	Kadın		Erkek	Kadın	
Katılımcı Sayısı	18	11	N=29	20	9	N=29
Katılımcı Yüzdesi	67.1	32.9	100.0	69	31	100.0

Tablo 1’de görüldüğü gibi DEHB için örneklem 29 ve Kontrol Grubu İçin ise 29 dur. Örneklemin DEHB tanısı alan grubunun 11 i (%37.9) kız, 18 i (%62.1) erkektir. Kontrol grubunun ise 9 u (%31.0) kız, 20 si (69.0) erkektir.

DEHB ve Kontrol grubu için yaş dağılımı aşağıdaki tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 2 DEHB ve Kontrol Grubu için Yaş Dağılımı

DEHB			KONTROL		
Yaş	Katılımcı Yaş Dağılımı	Katılımcı Yüzdeliği	Yaş	Katılımcı Yaş Dağılımı	Katılımcı Yüzdeliği
9	5	17.2	10	4	13.8
10	9	31.0	11	8	27.6
11	5	17.2	12	6	20.7
12	1	3.4	13	7	24.1
13	2	6.9	14	4	13.8
14	5	17.2	N=29		100.0
15	2	6.9			
N=29		100.0			

Tablo 2 de görüldüğü gibi örneklemin DEHB tanısı alan grubunun 19 u (%65.4) 9-11 yaş grubundadır, 10 u (%34.6) 12-15 yaş grubundadır. Kontrol grubunun ise 18 i (%62.1) 10-12 yaş grubunda, 11 i (%37.9) 13-14 yaş grubundadır.

4.3. Bağımsız Gruplar t testi analizleri

İlk olarak Hipotez 1 için t testi analiz tabloları incelenecektir. İki grup arasındaki WKET, ÇDÖ ve CBSÖ arasındaki farkların bulguları yer alacaktır.

4.4. DEHB ve Kontrol Grubu arasında ÇDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular

İki grup arasındaki benlik saygısı puan ortalamaları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 3 DEHB ve Kontrol Grubu ÇDÖ puan ortalamaları

GRUP	N	$\bar{x}$	SS	t	p
DEHB	29	15.1	6.60	4.28	.000*
KONTROL	29	9.03	3.81	4.28	.000 *

* P<.05

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış ve almamış (Kontrol Grubu) Grupların Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanları arasında, tablo 3'te görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır $t(56)=4.28$, $p<.05$. Bu bulgulara bakarak DEHB tanısı almış grubun depresyon düzeyi ($\bar{x}=15.01$) Kontrol grubuna ($\bar{x}=9.03$) oranla daha yüksektir. DEHB tanısı almış çocukların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

4.5. DEHB ve Kontrol Grubu arasında CBSÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular

İki grup arasındaki Benlik saygısı puan ortalamaları aşağıdaki tablo 4 te belirtilmiştir.

Tablo 4 DEHB ve Kontrol Grubu CBSÖ puan ortalamaları

GRUP	N	$\bar{x}$	SS	t	p
DEHB	29	15.96	3.71	4.35	.000*
KONTROL	29	19.75	2.86	4.35	.000*

*p<.05

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış ve almamış (Kontrol Grubu) Grupların Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri puanları arasında, tablo 4'te görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır $t(56)=4.35$, $p<.05$.

Bu farklılık DEHB tanısı almış çocukların aleyhinedir. Bu bulgulara göre DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyi ($\bar{x}=15.96$) DEHB tanısı almamış çocuklara kıyasla daha düşüktür ($\bar{x}=19.75$). Bu bulguya göre DEHB tanısı almış çocukların benlik saygısı düzeyinin daha düşük olduğu söylenebilir.



4.6. DEHB ve Kontrol Grubu arasında WKET puan ortalamalarına ilişkin bulgular

DEHB ve kontrol gruplarının WKET alt kategorilerine ait puan ortalamaları farklılıkları aşağıdaki tablo 5 te gösterilmiştir.

Tablo 5 DEHB ve Kontrol WKET puan ortalamaları

	DEHB				KONTROL				
	N	$\bar{x}$	ss	t	N	$\bar{x}$	ss	t	p
WKET 1	29	65,72	16,21	3,01	29	80,41	14,79	2,74	0.001*
WKET 2	29	62,27	16,21	3,01	29	47,58	14,79	2,74	0.001*
WKET 3	29	37,10	16,65	3,09	29	25,41	9,26	1,72	0.002*
WKET 4	29	29,79	14,61	2,71	29	24,44	9,70	1,80	0.106
WKET 5	29	31,48	12,38	2,30	29	22,75	8,52	1,58	0.003*
WKET 6	29	2,82	1,77	,32	29	4,24	1,78	,33	0.004*
WKET 7	29	25,05	9,73	1,80	29	18,07	6,23	1,15	0.002*
WKET 8	27	28,88	25,75	4,95	29	22,31	15,92	2,95	0.252
WKET 9	29	37,32	16,96	3,15	29	51,10	15,71	2,91	0.002*
WKET 10	29	1,06	1,06	,19	29	1,48	,98	,18	0.131
WKET 11	21	-5,57	11,39	2,48	25	-4,39	7,53	1,50	0.675

*p<.05

DEHB tanısı almış ve almamış (Kontrol Grubu) grupların WKET puanları arasında, tablo 5’de görüldüğü gibi istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar vardır. İki grubun WKET ortalamalarına bakıldığında Toplam Doğru DEHB grubu ($\bar{x}$ =65.7) Kontrol grubu ($\bar{x}$ =80.4) $p<.05$, toplam yanlış DEHB ($\bar{x}$ =62.2) ve Kontrol grubu ($\bar{x}$ =47.5) $p<.05$, Perseveratif Tepkiler DEHB grubu ($\bar{x}$ =37.1) kontrol grubu ($\bar{x}$ =25.4) $p<.05$, Perseveratif Hatalar DEHB grubu ($\bar{x}$ =31.4) kontrol grubu ($\bar{x}$ =22.7) $p<.05$, Kategori DEHB grubu ($\bar{x}$ =2.8) kontrol grubu ($\bar{x}$ =4.2) $p<.05$, Perseveratif Hata Yüzdesi DEHB grubu ($\bar{x}$ =25.0) kontrol grubu ($\bar{x}$ =18.1) $p<.05$, Kavramsal Düzey Tepki Yüzdesi DEHB grubu ($\bar{x}$ =37.3) kontrol grubu ($\bar{x}$ =51.1) $p<.05$ puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Sonuç olarak; bu bulgular literatürle paralellik göstermektedir. İki grup arasında toplam doğru, toplam yanlış, kategori, perseveratif tepkiler, perseveratif hatalar, perseveratif hata yüzdesi ve kavramsal düzey tepki yüzdesinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur

Tablo 3, tablo 4, tablo 5 incelendiğinde İki grubun yönetici işlevlerini ölçen WKET puanlarından toplam doğru $p<.05$, toplam yanlış $p<.05$, perseveratif tepkiler $p<.05$, perseveratif hatalar $p<.05$, kategori $p<.05$, perseveratif hata yüzdesi $p<.05$, kavramsal düzey tepki yüzdesi $p<.05$, benlik saygısını ölçen CBSÖ puanları ile($t(56)=4.35$, $p<.05$.) ve depresyon düzeyini ölçen ÇDÖ puanları arasında($t(56)=4.28$, $p<.05$) anlamlı farklılıklar vardır. Hipotez 1 doğrulanmıştır.

4.7. Korelasyon Analizleri

Bu bölümde DEHB tanısı almış grubun WKET, CBSÖ ve ÇDÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.8. DEHB tanısı almış grubun WKET ve CBSÖ puanlarının korelasyon tablosu

DEHB grubunun Yönetici işlevler ve Benlik Saygısı arasındaki puan ortalamaları korelasyonu aşağıdaki tablo 6 da belirtilmiştir.

Tablo 6 DEHB grubu WKET ve CBSÖ korelasyon tablosu

	WKET1	WKET2	WKET3	WKET4	WKET5	WKET6	WKET7	WKET8	WKET9	WKET10	WKET11
R	.018	-.018	-.015	-.131	-.032	-.021	-.050	-.163	-.051	.149	.154
CBSÖ p	.925	.925	.937	.497	.869	.914	.798	.418	.792	.439	.505
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29

p< .05

Pearson Korelasyon analizi sonucunda DEHB tanısı almış grubun Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET) nin tüm alt kategoriyle Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

4.9. DEHB tanısı almış grubun WKET ve ÇDÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular

DEHB grubunun Yönetici işlevler ve Depresyon düzeyleri arasındaki puan ortalamaları arasındaki korelasyon aşağıdaki tablo 7 de gösterilmiştir.

Tablo 7 DEHB grubu WKET ÇDÖ korelasyon tablosu

	WKET1	WKET2	WKET3	WKET4	WKET5	WKET6	WKET7	WKET8	WKET9	WKET10	WKET11
r	-.136	.136	.027	.099	-.012	-.139	.041	.128	-.068	-.057	-.401
ÇDÖ p	.481	.481	.891	.608	.951	.473	.833	.526	.727	.770	.071
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	< 29

*p<.05

Tablo 7 ye bakıldığında Korelasyon analizi DEHB tanısı almış grubun WKET puanlarının tüm alt kategoriyle Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanları arasında sonuç olarak; anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.10. DEHB tanısı almış grubun CBSÖ ve ÇDÖ puanlarının korelasyonuna ilişkin bulgular

DEHB grubunun Benlik saygısı ve Depresyon düzeyleri arasındaki puan ortalamalarının korelasyonu aşağıdaki tablo 8 de gösterilmiştir.

Tablo 8 DEHB grubu CBSÖ ve ÇDÖ korelasyon tablosu

DEHB GRUBU	
ÇDÖ	
CBSÖ	-.493**
**p<0.01	

Tablo 8 incelendiğinde Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanları arasında hafif düzeyde anlamlı bir negatif korelasyon .493 bulunmuştur. Sonuç olarak; bulgulara göre benlik saygısı puanları yükseldikçe depresyon puanlarının düşeceği söylenebilir.

Tablo 6,7 ve 8 incelendiğinde WKET - CBSÖ WKET- ÇDÖ puanları arasında bir korelasyonel bir ilişki saptanamamıştır. Tablo 8 de CBSÖ ve ÇDÖ arasında orta düzeyde negatif yönlü bir korelasyon tespit edilmiştir. Sonuç olarak; Hipotez 1 in benlik saygısı ve depresyon arasındaki ilişkisini savunan kısmı doğrulanmıştır.

4.11. Kontrol grubunun WKET ve CBSÖ korelasyonuna ilişkin bulgular

Kontrol grubunun yönetici işlevler ve benlik saygısı puan ortalamaları arasındaki korelasyon aşağıdaki tablo 9 da belirtilmiştir.

Tablo 9 Kontrol Grubu WKET ve CBSÖ korelasyon tablosu

	WKET1	WKET2	WKET3	WKET4	WKET5	WKET6	WKET7	WKET8	WKET9	WKET10	WKET11
r	.148	-.148	.089	-.269	.062	.138	.053	-.164	.123	.372*	.038
CBSÖ p	.445	.445	.647	.159	.749	.477	.785	.394	.524	.047	.858
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
*p<.05											

Tablo 9 da görüldüğü gibi kontrol grubunun WKET10 puanı(Kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı) ve Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği arasında orta düzeyde anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur.

4.12. Kontrol grubunun ÇDÖ ve CBSÖ korelasyonuna ilişkin bulgular

Kontrol Grubu katılımcılarının Benlik Saygısı ve Depresyon düzeyleri puan ortalamaları korelasyonu aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 10 Kontrol grubu CBSÖ ve ÇDÖ korelasyon tablosu

KONTROL GRUBU	
	ÇDÖ
CBSÖ	-.744**
**p<0.01	

Tablo 10 bulguları incelendiğinde kontrol grubunun Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanları (CBSÖ) ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanları arasında kuvvetli düzeyde anlamlı negatif korelasyon -.744 bulunmuştur. Bu bize depresyon düzeyiyle benlik saygısının ters yönde ilişki olduğunu göstermektedir.

4.13. Kontrol grubunun WKET ve ÇDÖ korelasyonuna ilişkin bulgular

Kontrol grubunun yönetici işlevler ve depresyon düzeyleri puan ortalamaları arasındaki korelasyon bulguları aşağıdaki tablo 11 de gösterilmiştir.

Tablo11Kontrol Grubu WKET ve ÇDÖ ortalamaları korelasyon tablosu

	WKET1	WKET2	WKET3	WKET4	WKET5	WKET6	WKET7	WKET8	WKET9	WKET10	WKET11
r	.039	.039	-.139	.148	-.101	-.085	-.108	.075	-.050	-.298	-.028
ÇDÖ p	.842	.842	.473	.444	.604	.661	.577	.699	.795	.116	.895
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
P< .05											

Tablo 11 bulguları incelendiğinde kontrol grubunun WKET ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç olarak;

- ✓ İki grubun Çocuklar için Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında DEHB li çocukların depresyon düzeyi daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ İki grubun Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında DEHB li çocukların benlik saygısı düzeyi daha düşük bulunmuştur.
- ✓ İki grubun Wisconsin Kart Eşleme Testi puanlarının karşılaştırılmasında DEHB li grubun daha zayıf performansa sahip oldukları bulunmuştur.
- ✓ DEHB grubunun Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulunmuştur.
- ✓ Kontrol grubunun Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ile Çocuklar için Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur.
- ✓ Kontrol grubunun Wisconsin Kart Eşleme Testinin kurulumu sürdürmede başarısızlık puanı ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur.

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde bulguların literatürle karşılaştırılması, araştırmanın kısıtlılıkları ve öneriler yer almaktadır.

5.1. Tartışma

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış ve almamış çocuklarla ilgili yapılan bu araştırmada, DEHB tanısı almış çocukların yönetici işlev performansı, benlik saygısı, depresyon düzeyi arasında bir ilişki olacağı ve DEHB tanısı almış ve almamış iki grubun yönetici işlevleri, depresyon düzeyi ve benlik saygısı puanları arasında anlamlı farklılık bulunacağı tahmin edilmiştir.

Elde Edilen bulgular değerlendirildiğinde iki grup arasındaki anlamlı farklılığı savunan hipotezin doğrulandığı, DEHB tanısı almış grubun yönetici işlevleri, benlik saygısı ve depresyon arasında anlamlı ilişkiyi savunan hipotezin sadece benlik saygısı ve depresyon arasında ilişkiyi ortaya koyduğu görülmüştür. Bu bölümde, ilgili hipotezlere ilişkin tartışmalar yer almaktadır.

DEHB grubunu cinsiyet olarak karşılaştırdığımızda 29 katılımcının 18 i erkek 11 i kız olarak dağılmıştır. Willcutt (2012) DEHB in cinsiyet yaygınlığını erkek kız oran 3.2/1 olarak bulmuştur. Araştırmamızın bulguları Willcutt ın bulgularıyla örtüşmemektedir. Ramtekar ve ark. (2010) popülasyon temelli cinsiyet farkına baktığında erkek/kız oranını 2.56/1 olarak bildirmişlerdir. Araştırmamızın erkek kız dağılımı Ramtekar (2010) ın bulgularıyla örtüşmektedir. Doğru yaygınlık oranları için büyük kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada DEHB grubunun kontrol grubuna göre daha zayıf benlik saygısı puanı aldıkları görülmüştür. Slomkowski, Klein, and Mannuzza (1995) 65 katılımcıyla yaptığı bir çalışmada DEHB li çocukların benlik saygısını ölçmüşlerdir. DEHB li grubun kontrol grubuna göre daha zayıf benlik saygısı, akademik başarı, mesleki düşünce, psikososyal uyum gösterdiklerini belirtmişlerdir. Zayıf benlik saygısı DEHB li çocuğun girişimde bulunduğu her olayın başarısızlıkla

sonuçlanacağı beklentisini etkiler ve başka bozuklukların da ortaya sebep olur. Cotugno (1995) nun Rorschach Mürekkep Testi kullanarak yaptığı çalışmada ise DEHB tanısı almamış grubun kişilerarası algılamalar, sorunlarla başa çıkma, depresyona yatkınlıkta daha sınırlı ve az miktarda bozulmalar tespit etmiştir. Anlamlı düzeydeki bu farklılık literatürle örtüşmektedir.

Bu çalışmada DEHB tanısı almış çocukların depresyon düzeyleri DEHB tanısı almamış grubun depresyon düzeylerinden daha yüksek çıkmıştır. Zarei ve ark. (2011) nın 300 katılımcıyla yaptığı araştırmada DEHB tanısı almış ve almamış çocukların depresyon ve anksiyete düzeyleri araştırılmıştır. DEHB tanısı almış grubun depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubuna anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Akademik başarısızlık, ebeveyn desteğinin azlığı, öğretmen tutumu, kişilerarası ilişkiler, düşük benlik saygısı, kendine güvensizlik, ödül mekanizmalarının yanlış kullanılması depresyonun ortaya çıkmasında ana etmenlerden bazılarıdır. DEHB tanısı almış çocukların başka bir bozukluk ilk başta Majör Depresyon tanısı alma yaygınlığı %10-40 arasındadır (Daviss ark 2009; Elia ve ark. 2008). DEHB e depresyonun eşlik etmesi durumunda çocuk DEHB in varlığından kaynaklanan dikkat, konsantrasyon ve bellek problemlerini daha ağır düzeyde yaşar. Buna ek olarak uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, ümitsizlik, karamsarlık, huzursuzluk daha sık görülür (Biederman ve ark., 2008). Bu sonuçlar literatürle örtüşmektedir.

Bu çalışmada DEHB grubunun kontrol grubuna göre testte daha fazla yanlış yaptıkları, daha az kategori tamamlayabildikleri, kavramsal düzey tepki yüzdesinde daha düşük puan aldıkları, bir önceki kategorideki kavramın yeni kavramla değiştirilememesini ifade eden perseveratif tepkiler ve perseveratif yüzde puanın daha yüksek olduğu görülmüştür. DEHB de WKET puanlarının düşük çıkması sıklıkla beklenen bir durumdur. Siedman ve ark. (1997) nın yaptığı bir çalışmada DEHB tanısı almış grubun WKET perseveratif ve perseveratif olmayan hata puanlamada kontrol grubuna göre daha düşük performans sergilemişlerdir. Hale, Brown, Fiorello (2005) yaptıkları çalışmada ise WKET kullanarak yönetici işlevleri ölçmüşlerdir ve DEHB li grubun daha zayıf performans gösterdiklerini belirtmişlerdir. Romine ve ark. (2003) nın otuz makale ve dokuz tezi kullanarak

yaptığı meta-analiz çalışmasında DEHB tanısı almış grubun herhangi bir tanı almamış gruba oranla WKET puanlarından kategori, toplam doğru, toplam yanlış ve perseveratif hatalarda daha zayıf performans sergiledikleri bulunmuştur. Bu bulgular literatürle örtüşmektedir.

Bu çalışmada DEHB grubunun WKET le benlik saygısı ölçeği arasında direkt bir korelasyon bulunamamıştır. Literatürde iki ölçeğin birbiriyle ilişkisini ölçen araştırmaya rastlanamamıştır. Capaletto ve ark. (2014) akademik görevlerdeki performans başarısızlığı çocuklardaki kendine güven eksikliğine neden olabileceğini, DEHB li çocuklar okul performanslarında sıklıkla sorun yaşayabileceklerini ve bu okul performansı çocuğun kendisiyle ilgili yaptığı okul becerileri değerlendirmesiyle ilişkili olan okul benlik kavramının oluşmasının üstünde büyük etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Dooling-Litfin ve Rosen (1997) in yaptığı bir çalışmada DEHB li çocuklarda başarılı sosyal becerilerin benlik saygısıyla pozitif bir korelasyonu olduğunu söylemişlerdir. DEHB in bir yönetici işlevler bozukluğu olduğu bilinmektedir. Yönetici işlevlerdeki eksikliklerin akademik başarıyı, akran ilişkilerini olumsuz etkileyeceği bilinmektedir. WKET le benlik saygısı arasında bir korelasyon çıkmasının sebebi tek bir puanlama sisteminden ziyade alt puanlama sistemi olabilir. Başka bir nöropsikolojik testle anlamlı bir ilişki bulunabilir.

Araştırmamda WKET ve ÇDÖ puanları arasında bir korelasyona rastlanmamıştır. Spencer (1999) DEHB li çocuklarda depresyonun ortaya çıkışı yordanamayan çevresel stresörlere bağlı akranlar tarafından reddedilme, başkaları tarafından alay edilme ya da okulun olumsuz ve ezici bir yer olarak değerlendirilmesi olabileceğini bildirmiştir. Bir yönetici işlev bozukluğu olan DEHB e depresyonun eşlik etme sıklığı %-%50 arasındadır (Biederman ve ark., 2008; Kessler ve ark., 2006; Torgersen ve ark., 2006). Dikkatsizlik, bellek sorunları, problem çözme becerisinin zayıflığı, amaca uygun hareketin sürdürülememesi, dürtüsel hareketler gibi yönetici işlevlerdeki bozulmalar DEHB li çocuğun okul, çevre ve aile ilişkilerinde uyumsuzluğa neden olabilmektedir. Bu uyumsuzluk ve problemler depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bir korelasyon bulunamamasının sebebi WKET in yönetici işlevleri tek tek ölçmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamda DEHB li çocukların benlik saygısı ve depresyon düzeyleri arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Benlik saygısı düştükçe depresyon düzeyinin yükseleceğini varsayabiliriz. Sowislo ve Orth (2013) depresyon ve benlik saygısı arasında kuvvetli bir ilişkinin olduğunu bildirmişlerdir. Yaptıkları bir meta analiz çalışmasında vulnerability (savunmazsızlık) ve scar (yara) modellerini kullanmışlardır. Vulnerability modeli “benlik saygısı depresyonun yordayıcısıdır” fikrini sürerken scar modeli “depresyon düşük benlik saygısı üstünde iz bırakır” fikrini sürer. Bulgulara göre düşük benlik saygısının depresyon üstünde anlamlı bir şekilde daha kuvvetli bir etkiye sahip olduğunu söylemişlerdir. DEHB li çocuklardaki düşük benlik saygısı sapkın akran seçimi, anksiyete, madde istismarı ve depresyonun önemli etkenlerinden biri olarak görülmektedir(Gordon ve Calrabiano, 1996). Bu sonuçlar literatürle örtüşmektedir.

Kontrol grubunun WKET ve CBSÖ puanları arasında sadece kurulumu sürdürmede başarısızlık puanıyla benlik saygısı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Bu ilişki bize yeterli bilgi vermemektedir. WKET ve ÇDÖ puan ortalamaları arasında bir korelasyon bulunamamıştır. Kontrol grubundaki ÇDÖ ve CBSÖ korelasyonu kuvvetli denebilecek şekilde negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Aynı bulgular DEHB grubundaki ÇDÖ ve CBSÖ korelasyonla benzerlik göstermektedir. Depresyon ve benlik saygısı birbirlerine kuvvetli bağlı olan iki kavramdır. Kontrol grubunun bulguları DEHB grubuna benzerlik gösterdiğinden bize ölçeklerin ilişkisi açısından kuvvetli tutarlılık vermektedir. Düşük benlik saygısı psikolojik işlevsizliğe, uyumsuzluk, anksiyete ve depresyon üzerinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca düşük benlik saygısı zayıf problem çözmeye neden olan bilişsel süreçlerle de ilişkilidir (Nurmi ve ark., 1994). Kontrol grubundaki bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir.

5.2. Öneriler

DEHB günümüzde çocukluk bozuklukları içerisinde en sık rastlanan bozukluklardan biridir. DEHB li çocukların okulda, sosyal ilişkilerinde, aile içi ilişkilerinde yaşadığı problemler ve ailelerinin yaşadığı sıkıntılar dikkate alındığında üzerinde çok durulması ve araştırma yapılması gereken konulardan biridir. DEHB in kendi doğasından kaynaklanan (hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkatsizlik) gibi problemler nedeniyle eş-tanı varlığı yüksektir. DEHB tanısı alan bir çocuğun okuldaki başarısızlığının altında yönetici işlevlerindeki eksiklikler yatmaktadır. Çalışma belleğindeki eksiklik, problem çözme becerisindeki zayıflık, geleceğe yönelik bir davranışı kurma ve sürdürmede başarısızlık, soyut irdelemede yetersizlik gibi sorunlar nedeniyle akademik başarıları düşer. Çalışmamda da DEHB li grubun yönetici işlevlerindeki eksiklik görülmektedir.

Ayrıca bu çocukların durumlarından kaynaklanan uyum davranışı, akran ilişkileri, sosyal ilişkileri gibi alanlarda problem yaşaması da, güvensizlik hissetmelerine, başarısız biri olduğu düşüncesine, yalnızlık hissine ve bunun sonucunda da benlik saygılarının düşmesine ve depresyona yatkınlık geliştirmelerine sebep olacaktır. Tedavi edilmeyen depresyonun ergenliğe ve yetişkinliğe de aktarılacağı ve büyük sorunlara sebep olacağı unutulmamalıdır. Çalışmamda DEHB li çocukların benlik saygısı düzeylerinin düşük ve depresyon düzeylerinin yüksek olması bu problemleri destekler niteliktedir.

Çalışma bulgularına göre gelecekteki çalışmalar ve araştırmalar için aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Türkiye de DEHB li çocuklarla ilgili çok sayıda araştırma olmaması nedeniyle bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Örneklem sayısının az olması sonuçları genelleştirmeyi zorlaştırmaktadır.

Örneklem sayısının az olması nedeniyle cinsiyetler arası farklılıklar tespit edilememiştir. Farklılıklar DEHB i anlamak açısından önemli olabilir.

Örneklemin az olması DEHB in alt türlerini karşılaştırmaya imkan tanımamıştır. Yine alt türlerdeki farklılaşmalar bozukluğu anlamak açısından faydalı olacaktır.

İlaç kullanımının yönetici işlevler ve depresyon üzerine etkisi önemli ve birincil değişken olması nedeniyle ileriki araştırmalar için temel arz etmektedir.

Araştırma başka nöropsikolojik testlerle ilişkilendirilirse daha detaylı ve anlamlı sonuçlar çıkacağını söyleyebiliriz.

Araştırmaya başka değişkenlerin eklenmesi bulguları zenginleştireceğinden daha değerli bir araştırma haline gelmesini sağlayabilir.



5.3. Sonuç

DEHB birçok zihinsel süreci barındırması nedeni ile tanı koymada zorluk yaşanmaktadır. Karmaşık olmasından dolayı tanı sistemlerinin daha da geliştirilmesi gerekmektedir. Ancak bu noktada şu unutulmamalıdır ki tek bir tanı aracı DEHB teşhisi koymak için yeterli değildir. Tanıda psikiyatrik muayene ve nöropsikolojik testlerin birlikte kullanılması tanı koymada kolaylık sağlayacaktır. Bunun yanında tedavi yöntemlerinin etkin kullanımı ve eğitim alanındaki çalışmalar bu bozukluğun giderilmesinde en önemli unsurlardır.

DEHB e özgü olan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik beyin farklı bölgelerinin birbiriyle etkileşim içinde olduğunu göstermektedir. Genetik faktörün yüksek oranda etkin olmasına rağmen çevresel faktörlerin etkisine verilen önem gittikçe artmaktadır. Çocuklarda en fazla rastlanan bozukluklardan biri olması nedeniyle tedavi sağlayanların, ebeveynlerin ve eğitimcilerin bu noktada belli bir program geliştirerek sistematik olarak bu süreçte aktif rol almaları gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Chapter: Human memory: A proposed system and its control processes. In Spence, K. W., & Spence, J. T. *The psychology of learning and motivation* (Volume 2). New York: Academic Press, 89–195.
- Baddeley, A., Hitch, G., (1974). Working memory, In Bower, G., editor, *The Psychology of Learning and Motivation*, Academic Press, 47–89.
- Barkley, R.A., (2003). Issues diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain&Development*. 25, 77-83.
- Barkley, R. A., (2009). Deficient emotional self-regulation is a core component of ADHD. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1(2), 5-37.
- Barkley, R. A., Peters, H., (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *J Atten Disord*, 16(8), 623-630.
- Barkley, R.A., (2015a). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, A Handbook for Diagnosis and Treatment*, (4), Guilford Press, New York, 4–10.
- Barkley, R.A., (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3), Guilford Press, New York, 308.
- Barkley, R.A., (2011a). *Executive functioning and selfregulation: Integration, extended phenotype, and clinical implications*, Guilford Press, New York.
- Berk, L. E., (1992). Children's private speech: An overview of theory and the status of research. In R. M. Díaz & L. E. Berk (Eds.), *Private speech: From social interaction to self-regulation* Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates, 17–43.

- Biederman, J., Faraone, S.V., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Ouellette, C., Moore, P., Spencer, T., (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD: results from a four-year prospective follow-up study of ADHD children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35, 343–351.
- Biederman, J., Petty, C.R., Fried, R., Kaiser, R., Dolan, C.R., Schoenfeld, S., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Faraone, S.V., (2008). Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, ; 69(8),1217-1222.
- Bodur, S., Küçükkendirici, H., (2009). Prevalence of Depressive Symptoms in Turkish Adolescents, *European Journal of General Medicine*, 6(4), 204-212.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W., &Halfon, O. (1996). Self Esteem and mental health in early adolescence: Development and gender differences. *J Adolesc*, 19(3), 233-245.
- Cantwell, D. P., Baker, L.,(1991). Manifestations of depressive affect in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 121-133.
- Capaletto, I.V., Lima, R.F., Ciasca, S.M., Salgado-Azoni, C.A., (2014). Cognitive Functions, Self-Esteem and Self-Concept of Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2), 331-340.
- Cardinal, R.N., Daw, N., Robbins, T.W., Everitt, B.J., (2002). Local analysis of behaviour in the adjusting-delay task for assessing choice of delayed reinforcement, *Neural Networks Cambridge University, England*.
- Chelune, G.J., Baer, R.L., (1986). Developmental norms for the Wisconsin Card Sorting Test. *J Clin Exp Neuropsychol*, 8, 219–28.
- Costello, E.J., Erkanli, A., Angold, A., (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271.

- Cotugno, A.,(1995). Personality attributes of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the Rorschach Inkblot Test, *Journal of Clinical Psychology*, 51, 554-561.
- Corbett, B., Constantine, L., Hendren, R. Rocke, D., Ozonoff, S., (2009). Examining executive functioning in children with Autism Spectrum Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and typical development. *Psychiatry Research*, 66, 210-222.
- Çuhadaroğlu,A., Çetin., F., Taşğın, E., (2006). Ergenlerde major depresyon: Risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 13 (2),87.
- Daviss, WB., Diler, RS., Birmaher, B.,(2009). Associations of lifetime depression with trauma exposure, other environmental adversities, and impairment in adolescents with ADHD. *J Abnormal Child Psychology*, 37,857–871.
- Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, MC., Mitjavila, M., Corbella, T. et al.,(2009). Prevalence of major depression in preschool children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 597-604.
- Eisenberg ,N., Spinrad, T.L.,(2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Dev*, 75, 334–339.
- Elia, J., Ambrosini, P., Berrettini, W., (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, Vol. 2.
- Ercan, E. S., Turgay, A.,(2004). Mutsuz Çocuk, Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Depresyon, *Remzi Kitabevi*, İstanbul.
- Erdoğan, İ. Tamar, M., (2002). Çocuk ve gençlerdeki major depresif bozukluğa eşlik eden tanılarının dağılım ve sıklığının araştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 4: 100-106.

- Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. and Rutter, M., (2001a). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, Psychiatric outcomes in adulthood, *British Journal of Psychiatry*, 179, 210-217.
- Franken, R. (1994). *Human motivation* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Friedman, N. P., (2007). Haberstick, B. C., Willcutt, E. ve ark., Greater attention problems during childhood predict poorer executive functioning in late adolescence. *Psychological Science*, 18, 893-900.
- Frijda, H., Mesquita, B.,(1994). The social roles and functions of emotions. In S. Kitayama & H. Markus (Eds), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influenced*: APA Washington, DC, 51-87.
- Gentile, D.A., Anderson, C.A., Yukawa, S., Ihori, N., Saleem, M., Ming L.K.,et al. (2009). The effects of prosocial video games on prosocial behaviors: International evidence from correlational, experimental, and longitudinal Studies. *Pers Soc Psychol B* 35:752–763.
- Geurts, H. M., van der Oord, S., Crone, E. A., (2006). Hot and cool aspects of cognitive control in children with ADHD, decision-making and inhibition, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(6), 813-824.
- Goldstein, S., Naglieri, J.A.,(2014). *Handbook of Executive Functioning*, Springer New York Heidelberg Dordrecht, London, 3-13.
- Goodyer, IM.,(1996). Physical symptoms and depressive disorders in childhood and adolescence *Journal of Psychosomatic Research*,41,405–408.
- Gordon, W.R., Calabiano, M.L., (1996). Urban-rural differences in self-esteem, leisure boredom and sensation seeking as predictors of leisure time usage and satisfaction. *Adolescence*, 31, 883-901.

- Hale, J., Fiorello, B., Brown, C. A., (2005). Determining medication treatment effects using teacher ratings and classroom observations of children with ADHD: Does neuropsychological impairment matter?, *Educational & Child Psychology*, 22(2), 39-61.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintainers, and enhancement of self-concept in children. In J. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Psychology Perspectives of self*, Hillsdale, NJ : Erlbaum, 136-182.
- Hermann, K. S., (2005). The influence of social self-efficacy, self-esteem, and personality differences on loneliness and depression. *Yayınlanmış Doktora Tezi*, Ohio State University, Ohio, ABD.
- Hoy, E., Weiss, G., Minde, K., Cohen, N., (1978). The hyperactive child at adolescence: emotional and social functioning, *Journal Abnormal Child Psychology*, 6, 311- 324.
- Jensen, J.B., Burke, N., (1998). Garfinkel, B.D., Depression and symptoms of attention deficit disorder with hyperactivity, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 742-747.
- Karakaş, S., (2011a). Doğutepe Dinçer, E., BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları: BİLNOT- Çocuk (Cilt I), Nobel Tıp Kitabevleri , İstanbul, 188-190.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3–14.
- Kessler, R.C.; Adler, L., Barkley, R. et al. (2006). 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.

- Kopp, C.B., (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental view. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.
- Kovacs, M., (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat*, 46:305–315.
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., Tucha, O., (2010). The history of attention deficit and hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2 (4), 241–55.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J. R., Andrews, J. A., (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133–144.
- Maedgen, J.W., Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 30–42.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., LaPadula, M., (1993). Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status, *Archives of General Psychiatry*, 50, 565–576
- Mazzone, L., Postorino, V., Reale, L., Guarnera, M., Mannino, V., Armando, M., Vicari, S., (2013). Self-esteem evaluation in children and adolescents suffering from ADHD, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 96-102.
- McEachron, G.A., (1993). Student self-esteem: Integrating the self. Lancaster, PA: Technomic Pub.
- Motavallı, N., (1993). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Tanı ölçütleri, yapısı, sınıflandırma sistemlerindeki yeri, *Nöropsikiyatri Arşivi* ; 30:226–231.

- MTA Cooperative Group; (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder, *Archives of General Psychiatry*, 56, 12.
- Nurmi, J., Salmela-Aro, K., Haavisto, T.,(1995). The strategy and attribution questionnaire: Psychometric properties. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol 11(2), 108-121.
- Oy, B.,(1991). Çocuklar için Depresyon Ölçeği Geçerlik ve güvenirlik çalışması *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 2, 137-140.
- Öncü, B., (2012). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5(1), 1-7.
- Pennington, B.F., Ozonoff ,S., (1996). Executive functions and developmental psychopathology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Pişkin, M., (1997). Türk ve İngiliz lise öğrencilerinin benlik saygısı yönünden karşılaştırılması. III. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Adana: Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayını.
- Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B., Santor, D., (2005). Gender differences in the association between substance abuse and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, 100, 525-535.
- Purdy, M., (2015). Assessment and treatment of executive functions. In, M. Kimbarow (Ed.), *Cognitive communication disorders*, (2), Plural Publishing, Inc., California, 77-85.
- Ramtekhar, U.R., (2010). Reiersen, A.M., Todorov, A.A., Todd, R.D., Sex and age differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11, *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228.

- Romine, C. B., Lee, D., Wolfe, M. E., Homack, S., & Barkley, F. S. (2004). Wisconsin Card Sorting Test with children: a meta-analytic study of sensitivity and specificity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(8), 1027-1041.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept to middle childhood to adolescence. In J. Suls (eds), *Psychological perspectives on the self*, Hillsdale, NJ : Erlbaum, 107-136.
- Seidman, L. J., Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W., & Ouellette, C., (1997). Toward defining a neuropsychology of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Wisconsin Card Sorting Test 112 Performance of children and adolescents from a large clinically referred sample, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 150-160.
- Seipp, C.M., Johnston, C., (2005). Mother-son interactions in families of boys with attention-deficit/hyper-activity disorder with and without oppositional behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*;33:87–98.
- Sergeant, J., (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Neuroscience & Behavioral Reviews*, 24 (1), 7-12.
- Sergeant, J. A., Geurts, H., Oosterlaan, J., (2002). How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behavioural brain research*, 130(1-2), 3-28.
- Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 8, 109-120.
- Slomkowski, C., Klein, R., & Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (3), 303-315.

- Solanto MV, Abikoff H, Sonuga-Barke E, Schachar R, Logan GD, Wigal T, Hechtman L, Hinshaw S, Turkel E (2001) The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in AD=HD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of AD=HD. *J Abnorm Child Psychol* 29: 215–228
- Sonuga-Barke, E. J., (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130(1-2), 29-36.
- Sowislo, J. F., Orth, U., (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139 (1), 213-240.
- Şenol, S., Karacan, E., Şener, Ş., (1999). Çocuklarda ve ergenlerde depresyon. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, A Ekşi (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 335-344.
- Turan, N., Tufan, B., (1987). Cooper-Smith Benlik saygısı Envanterinin Geçerlik Güvenirlilik Çalışması, 23.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1987, 816-817.
- Voecks, J.L. (2003). A Comprehensive Study Of Self-Esteem İn Childen Diagnosed With Attention Deficit And Hyperactivity Disorder. A Research Paper. University of Winconsin – Stout.
- Vygotsky, L. S. (1987). Thinking and speech (N. Minick, Trans.). In R. W. Rieber & A. S. Carton (Eds.), *The collected works of L. S. Vygotsky: Vol. 1. Problems of general psychology*, New York: Plenum Press., 285.
- Weiss, M., Weiss, JR., (2004). A guide to the treatment of adults with ADHD, *Journal of Clinical Psychology*, 65,(3): 27–37.

Weissman, M.M., Wolk, S., Wickramaratne, P., Goldstein, R.B., Adams, P., Greenwald, S.,(1999). Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up, Archives of General Psychiatry, 56(9), 794-801

Willcutt, E. G., (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A metaanalytic review, Neurotherapeutics, 9, 490-499.



EKLER

Ek 1. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını “Benim Gibi”, uygun olmayanlarını ise “Benim Gibi Değil” sütununa X işareti koyarak belirtiniz.

		Benim gibi	Benim gibi değil
1	Çevrede olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam		
2	Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir		
3	Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.		
4	Karar vermede fazla zorluk çekmem.		
5	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.		
6	Evde kolayca moralim bozulur		
7	Yeni şeylere kolay alışmam		
8	Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim		
9	Ailem genellikle duygulara önem verir		
10	Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim		
11	Ailem benden çok şey bekler		
12	Benim yerimde olmak oldukça zordur		
13	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum		
14	Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder		
15	Kendimi yetersiz buluyorum		
16	Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum		
17	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam		
18	Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim		
19	Söyleyecek bir şeyim olduğunda genellikle çekinmeden söylerim		
20	Ailem benim duygularımı anlar		
21	Çok sevilen bir kimse değilim		
22	Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum		
23	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar		
24	Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm		
25	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum		

Ek 2. Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bugün de dahil olmak üzere, son iki haftada yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A.	0	Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
	1	Kendimi sık sık üzgün hissederim.
	2	Kendimi her zaman üzgün hissederim.
B.	0	İşlerim hiçbir zaman düzgün gitmeyecek.
	1	İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
	2	İşlerim yolunda gidecek.
C.	0	İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
	1	İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
	2	Herşeyi yanlış yaparım.
D.	0	Bir çok şeyden hoşlanırım.
	1	Bazı şeylerden hoşlanırım.
	2	Hiçbirşeyden hoşlanmam.
E.	0	Her zaman kötü çocuğum.
	1	Çoğu zaman kötü çocuğum.
	2	Arada sırada kötü çocuğum.
F.	0	Arada sırada başıma kötü şeylerin geleceğini düşünürüm.
	1	Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
	2	Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
G.	0	Kendimden nefret ederim.
	1	Kendimi beğenmem
	2	Kendimi beğenirim.
H.	0	Bütün kötü şeyler benim hatam.
	1	Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
	2	Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
I.	0	Kendimi öldürmeyi düşünmem.
	1	Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
	2	Kendimi öldürmeyi düşünürüm.
İ.	0	Hergün içimden ağlamak gelir.
	1	Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
	2	Arada sırada içimden ağlamak gelir.
J.	0	Herşey her zaman beni sıkır.
	1	Herşey sık sık beni sıkır.
	2	Herşey arada sırada beni sıkır.

K.	0	İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
	1	Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
	2	Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
L.	0	Herhangi bişey hakkında karar veremem.
	1	Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
	2	Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
M.	0	Güzel, yakışıklı sayılırım.
	1	Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.
	2	Çirkinim.
N.	0	Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
	1	Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
	2	Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
O.	0	Her gece uyumakta zorluk çekerim.
	1	Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
	2	Oldukça iyi uyurum.
Ö.	0	Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
	1	Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
	2	Her zaman kendimi yorgun hissederim.
P.	0	Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
	1	Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
	2	Oldukça iyi yemek yerim.
R.	0	Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
	1	Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe etmem.
	2	Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
S.	0	Kendimi yalnız hissetmem.
	1	Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
	2	Her zaman kendimi yalnız hissederim.
Ş.	0	Okuldan hiç hoşlanmam.
	1	Arada sırada okuldan hoşlanırım.
	2	Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
T.	0	Bir çok arkadaşım var.
	1	Bir kaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
	2	Hiç arkadaşım yok.
U.	0	Okul başarım iyi.
	1	Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
	2	Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

Ü.	0	Hiç bir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
	1	Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
	2	Diğer çocuklar kadar iyi değilim.
V.	0	Kimse beni sevmez.
	1	Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
	2	Beni seven insanların olduğundan eminim.
Y.	0	Bana söyleneni genellikle yaparım.
	1	Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
	2	Bana söyleneni hiç bir zaman yapmam.
Z.	0	İnsanlarla iyi geçinirim.
	1	İnsanlarla sık sık kavga ederim.
	2	İnsanlarla her zaman kavga ederim.

ÖZGEÇMİŞ

28 Haziran 1977 İstanbul Fatih ilçesi doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Kadıköy de tamamladıktan sonra 2003 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun oldum. 2005 yılında askerlik görevimi tamamladıktan sonra özel bir şirkette psikolog olarak göreve başladım. 2010 yılından beri aynı şirkette psikolog olarak çalışmaktayım. 2014 yılında Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Bilim dalında yüksek lisansa başladım.

Bekarım ve çocuğum yoktur.

Koray ÇEBEN