



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANILI ERİŞKİNLERDE DUYGU DÜZENLEMESİ İLE
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI/İNTERNET
BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Hüseyin Can HACIR

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR**

**ANKARA
2025**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANILI ERİŞKİNLERDE DUYGU DÜZENLEMESİ İLE
PROBLEMLİ İNTERNET KULLANIMI/İNTERNET
BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. Hüseyin Can HACIR

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Makbule Çiğdem AYDEMİR**

**ANKARA
2025**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Dikkate Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlili İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 22.11.2024 tarihinde, İ10-639-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Hüseyin Can HACIR

Tarih:

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlerli İnternet Kullanımı/ İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Yazar Hüseyin Can Hacı

Gönderim Tarihi: 27-May-2025 03:17PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2685986394

Dosya adı: Turnitin_tez.docx (95.01K)

Kelime sayısı: 12161

Karakter sayısı: 84473

ORJİNALLİK RAPORU

%**8**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**6**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**6**

YAYINLAR

%**2**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı, Soyadı : Hüseyin Can HACIR	Sınav tarihi: 30 /05/ 2025
Anabilim/Bilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Makbule Çiğdem AYDEMİR	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tez Başlığı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenleme İle Problemlili İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Tezin Niteliği: Ana Dal Uzmanlık Tezi Yan Dal Uzmanlık Tezi

Kaçıncı tez sınavı olduğu: 1 2 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

- Kabulüne
 Reddine
 Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine
 Oy birliği Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Makbule Çiğdem AYDEMİR
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi

Dr.Öğretim Üyesi Rifat Serav İLHAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tüm tez sürecinde değerli bilgilerinden faydalandığım hocam Prof. Dr. M. Çiğdem AYDEMİR'e,

Asistanlık hayatım boyunca desteğini hep hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Rifat Serav İLHAN'a,

İyi bir psikiyatri uzmanı olma yolunda bilgi ve deneyimleriyle bana çok şey katan Prof. Dr. Vesile Şentürk CANKORUR, Prof. Dr. Bora BASKAK, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Meram Can SAKA ve tüm değerli öğretim üyelerine,

Tez sürecindeki büyük desteği için Deha ONAR'a,

Hayatta en başından beri hep yanımda olup bana destek olan sevgili babam Metin HACIR, sevgili annem Nevin HACIR ve aramıza sonradan katılıp güzel bir fark yaratan canım kardeşim N. Zeynep HACIR'a,

Tüm bu süreçte iyi veya kötü her halimde benimle olan, her şeyi sadeleştiren ve güzelleştiren, biricik hayat partnerim Ezgi KARAKAYA HACIR'a,

Vakit ayırıp tez çalışmama katkı sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Hüseyin Can Hacır

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Özgünlük Raporu	iii
Kabul ve Onay Sayfası	iv
Önsöz	v
İçindekiler	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller Dizini	ix
Tablolar Dizini	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	7
4.2. Duygu Düzenleme	10
4.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlüğü	13
4.4. Problemlerle İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı	15
4.5. Erişkinlerde İnternet Bağımlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi	19
4.6. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve İnternet Bağımlılığı İlişkisi	20
4.7. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, İnternet Bağımlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisine Dair Çalışmalar	21
5. GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1. Katılımcılar	22
5.2. Veri Toplama Prosedürü	22
5.3. Veri Toplama Araçları	23
5.3.1. Sosyodemografik ve İnternet Aktivitesi Veri Formu	23
5.3.2. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için Tanısal Görüşme (DIVA-5)	23
5.3.3. Hamilton Depresyon Ölçeği	24
5.3.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği	24
5.3.5. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	24

5.3.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler �leği	25
5.3.7. Young İnternet Bağımlılığı �leği	25
5.4. İstatistik	25
6. BULGULAR	27
6.1. Demografik ve Klinik �zellikler	27
6.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	29
6.3. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler	30
6.4. Aracılık Analizleri Sonuçları	31
7. TARTIşMA	34
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
9. KAYNAKÇA	41
10. EKLER	60
Ek-1: Hastalar için Aydınlatılmış Onam Formu	60
Ek-2: Sağlıklılar için Aydınlatılmış Onam Formu	61
Ek-3: Sosyodemografik ve İnternet Aktivitesi Veri Formu	62
Ek-4: İnternet Aktiviteleri Listesi	63
Ek-5: Hamilton Depresyon �leği	64
Ek-6: Hamilton Anksiyete �leği	67
Ek-7: Erişkin DEHB Kendi Bildirim �leği	68
Ek-8: Duygu Düzenlemede Güçlükler �leği	69
Ek-9: Young İnternet Bağımlılığı �leği	71

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASRS	: Adult ADHD Self Report Scale
DDGÖ	: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DE	: Dikkat eksikliği
DEHB	: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
DIVA-5	: Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme
DSM-3	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-3
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
HD	: Hiperaktivite/dürtüsellik
YİBÖ	: Young İnternet Bağımlılık Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 6.1.	Basit aracılı etki modeli, kavramsal gösterim.....	31
------------	--	----



TABLolar DİZİNİ

Tablo 6.1.	Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri.....	27
Tablo 6.2.	DEHB grubunun klinik özellikleri.....	28
Tablo 6.3.	Katılımcıların en çok tercih ettikleri internet aktiviteleri.....	29
Tablo 6.4.	Ölçek puanları açısından iki grubun karşılaştırılması.....	30
Tablo 6.5.	Ölçek puanları arasındaki ilişkiler.....	31
Tablo 6.6.	Model 1'in aracılık analizi.....	32
Tablo 6.7.	Model 2'nin aracılık analizi.....	33



1. ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlili İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Amaç: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), belirtileri dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellikle sınırlı kalmayan ve çoğu hastada ömür boyu etkisini sürdüren nörogelişimsel bir bozukluktur. Son yıllarda internetin hayatımızın ayrılmaz bir parçası haline gelmesiyle internet kullanımının yol açabileceği işlevsel olmayan davranışlar ve bağımlılık çalışmalarına fazlasıyla konu olmuştur. İnternet bağımlılığının DEHB belirtileri ile pozitif ilişkisi pek çok kez gösterilmiştir. Duygu düzenleme ise tanım konusunda üzerinde tam mutabakat olmasa da bireyin amaca yönelik davranış gösterebilmek adına duygularında değişiklik yapabilme becerisi olarak nitelendirilebilecek çok boyutlu bir yapıdır. Duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB tanılı bireylerde sık görüldüğü bilinmekle birlikte bu kavramı özellikle erişkin DEHB'nin temel belirtileri arasında gösteren araştırmacılar da mevcuttur. Duygu düzenleme güçlükleri de internet bağımlılığı ile hem adolesanlarda hem de erişkinlerde pozitif ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada DEHB tanılı erişkinlerde internet bağımlılığı düzeyini değerlendirmek ve DEHB-internet bağımlılığı ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolünü araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 60'ı DEHB tanılı ve 61'i sağlıklı olmak üzere toplam 121 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcılarla DEHB tanısı durumunu doğrulamak için yarı yapılandırılmış klinik görüşme gerçekleştirildikten sonra Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Young İnternet Bağımlılık Ölçeği (YİBÖ) uygulanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB-internet bağımlılığı ilişkisindeki rolü regresyon temelli aracılık analizi ile araştırılmıştır.

Bulgular: DEHB grubunda HAM-A, HAM-D, ASRS, DDGÖ ve YİBÖ puanları daha yüksektir. ASRS ile DDGÖ arasında güçlü, ASRS ile YİBÖ arasında ise orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. DDGÖ ile YİBÖ puanları arasında da anlamlı pozitif bir ilişki vardır. Aracılık analizinde iki farklı model test edilmiştir. İlk modelde, DEHB belirtilerinin (ASRS puanı) internet bağımlılığı üzerindeki etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolü bulunmamıştır. Ancak ikinci modelde, DEHB tanısının internet bağımlılığı üzerindeki etkisinde duygu düzenleme güçlüğü tam aracı rolü oynamıştır.

Sonuç: DEHB tanılı erişkinlerde görülen yüksek internet bağımlılığı düzeyinde duygu düzenleme güçlüğü çok önemli bir faktördür. Tedavide duygu düzenleme becerilerinin güçlendirilmesi etkili bir seenek olabilir.

Anahtar Szckler: Erişkin psikiyatrisi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, internet bağımlılığı, duygu düzenleme, duygu düzenlemede güçlükler.



2. ABSTRACT

The Relationship Between Emotion Regulation and Problematic Internet Use/Internet Addiction in Adults Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Aim: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that often persists throughout life and is not limited to symptoms of inattention and hyperactivity/impulsivity. In recent years, as the internet has become an integral part of daily life, problematic and excessive internet use has become a frequent subject of research. A positive relationship between ADHD symptoms and internet addiction has been consistently reported. Although there is no consensus on the exact definition, emotion regulation is generally described as a multifaceted ability to modify one's emotional state in a goal-directed manner. Emotion regulation difficulties are commonly observed in individuals with ADHD, and some researchers even propose them as a core feature, especially in adult ADHD. They have also been associated with internet addiction both in adolescents and adults. This study aimed to evaluate the level of internet addiction in adults with ADHD and to investigate whether emotion regulation difficulties mediate the relationship between ADHD and internet addiction.

Materials and Methods: The study included 121 participants: 60 adults with ADHD and 61 healthy controls. All participants underwent a semi-structured clinical interview to confirm ADHD diagnosis. The Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) are administered. Subsequently, participants completed the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and Young Internet Addiction Test (YIAT). The mediating role of emotion dysregulation in the relationship between ADHD and internet addiction was analyzed using regression-based mediation analysis.

Results: The ADHD group scored significantly higher on HAM-A, HAM-D, ASRS, DERS, and YIAT compared to the control group. There was a strong positive correlation between ASRS and DERS, and a moderate positive correlation between ASRS and YIAT. DERS and YIAT were also positively correlated. Two separate mediation models were tested. In the first model, emotion regulation difficulties did not mediate the effect of ADHD symptom severity (ASRS) on internet addiction. However, in the second model, emotion regulation difficulties fully mediated the effect of ADHD diagnosis on internet addiction.

Conclusion: Emotion regulation difficulties appear to play a key role in the elevated levels of internet addiction observed in adults with ADHD. Strengthening emotion regulation skills may be an effective intervention strategy in this population.

Keywords: Adult psychiatry, attention deficit hyperactivity disorder, internet addiction, emotion regulation, difficulties in emotion regulation.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) genellikle çocukluk çağında başlayan, dikkat eksikliği, dürtüsellik ve/veya hiperaktivite belirtileri ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Geçmişte daha çok çocukluk hastalığı olarak görülen ve yaşla beraber geçtiği düşünülen bu bozukluğun erişkinlik döneminde de sürdüğü ve önemli düzeyde işlevsellik kaybına yol açabildiği özellikle 1990'lerden sonra ortaya konmuştur (2). Çocukluktan erişkinliğe gidişte DEHB'nin belirti profilinde belirgin değişiklikler olur. Erişkin DEHB'de genellikle dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri geriler, dikkat eksikliği belirtileri ise sürer ve belirginleşir (3). Buna ek olarak erişkinlerde DEHB yürütücü işlevlerde bozukluk ve duygu düzenlemede güçlüklerle de ilişkilendirilmiştir (4).

Duygu düzenleme kavramı yirminci yüzyılın sonunda popülerleşmiş ve bu konudaki yayınların sayısında ciddi bir artış gözlenmiştir (5). Bu da konuya pek çok farklı bakış açısını beraberinde getirmiştir (6). Yine de duygu düzenlemeyi bireyin duygusal durumunu amacına yönelik olarak değiştirebilme becerisi olarak tanımlayabiliriz (7). Olumsuz duyguların azaltılması, olumlu duyguların artırılması veya duruma göre tam tersi gibi mekanizmalar bu kapsamda değerlendirilebilir. Duygu düzenleme güçlüğü pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve devamıyla ilişkilendirilmiştir (8). Hatta duygu düzenlemenin psikiyatride tanılar arası (*transdiagnostic*) bir yapı olarak görülmesi önerilmiştir (9).

Duygu düzenleme güçlüğü DSM-5'e göre DEHB'nin tanı kriterleri arasında yer almamaktadır (10) ancak erişkin DEHB modellerinde duygusal belirtilere yer veren araştırmacılar olmuştur (11, 12). DEHB tanısı almış erişkinlerin %34-70'inde duygu düzenleme güçlüğü vardır ve bu birliktelik daha kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir (13). Duygu düzenleme güçlüğü DEHB'nin temel bir özelliği olarak görenler, DEHB'nin bir alt grubuna ait olarak görenler veya bu birlikteliği sadece ilişkili boyutlar olarak yorumlayanlar vardır (14).

Giderek yaygınlaşan internetin her geçen gün daha da gelişmesi ve modern hayatın ayrılmaz bir parçası olması olası aşırı kullanımına dair endişeleri de beraberinde getirmiş ve bu konu psikoloji, psikiyatri gibi pek çok alanın araştırma konusu olmuştur (15). Terminoloji ve tanım konusunda büyük bir karmaşa mevcut olsa da basit bir şekilde internet bağımlılığı internet kullanımı üzerindeki kontrolün kullanıcının kişisel hayatını etkileyecek derecede kaybı olarak tanımlanabilir (16). İnternet bağımlılığı ile duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif ilişki vardır (17). Ayrıca DEHB'nin hem adolesanlarda hem de genç yetişkinlerde internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (18).

DEHB'nin temel belirtilerinin yanı sıra, duygusal bileşenleri de göz önüne alındığında DEHB-internet bağımlılığı ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğü bir aracılık rolü olabilir.

Bu aracılık rolü literatürde iki çalışmada araştırılmıştır (19, 20). Ancak bu çalışmalar klinik olmayan bir örnekleme ve sadece öz bildirim ölçekleri ile gerçekleştirilmiştir. Mevcut literatürde bu üç değişkeni bütüncül bir şekilde değerlendiren, klinik örnekleme yürütülen ve yapılandırılmış görüşmelerle tanı doğrulaması yapılan çalışmaların eksikliği dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, DEHB tanılı erişkin bireylerde internet bağımlılığı düzeylerini ve bu ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünü inceleyen araştırmaların yapılması hem teorik bilgiye katkı sağlamakta hem de müdahale planlamaları açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı DEHB tanılı erişkinlerde internet bağımlılığı düzeyini sağlıklı bireylerle karşılaştırmak ve DEHB ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü'nün aracılık rolünü incelemektir. Çalışmamız klinik bir örnekleme yürütülmüştür ve DEHB tanı doğrulaması/dışlanması yapılandırılmış klinik görüşme ile sağlanmıştır.

Çalışmanın hipotezleri şunlardır:

- Erişkin DEHB tanısı olan bireylerin internet bağımlılığı düzeyleri sağlıklı karşılaştırma grubuna kıyasla yüksektir.
- Erişkin DEHB tanısı olan bireylerin duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri sağlıklı karşılaştırma grubuna kıyasla yüksektir.
- Duygu düzenleme güçlüğü ile internet bağımlılığı düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- DEHB belirti düzeyi ile internet bağımlılığı düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.
- Duygu düzenleme güçlüğü DEHB belirti düzeyi ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.
- Duygu düzenleme güçlüğü DEHB tanısı ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tipik olarak çocuklukta veya adolesan dönemde başlayan, özellik benzeri (*trait-like*) seyre sahip olduğu düşünülen nörogelişimsel bir tablodur (3). Klinik olarak bu bozukluk DSM-5'e göre gelişimsel düzeye uygun olmayan, işlevselliği veya gelişimi bozan dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik belirti kümelerinin süregelen olarak ve hayatın birden fazla alanında gözlenebildiği bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (10). DEHB günümüzde modern hayat tarzının bir sonucu olma stigmatını taşımasına rağmen tıbbi yazında bu bozukluğun belirtilerinden ilk olarak 18. yüzyılın sonunda Alman bir hekim tarafından bahsedildiğini görmekteyiz (21). Sonrasında 20. yüzyıla gelinceye kadar Fransa, İskoçya, İngiltere gibi ülkelerden çeşitli hekimlerin de günümüzde DEHB olarak adlandırdığımız bozukluğun özelliklerini tanımladıkları çalışmalar mevcuttur (22). 1902 yılında dikkat eksikliği, öğrenme güçlükleri, hiperaktif davranış ve dürtüsellik belirti kümesini sergileyen çocuklarla ilgili George Still'in yaptığı yayın ufuk açıcı olarak değerlendirilebilir (23). Bu çalışmada Still bu belirtilerin sebebi olarak "ahlaki kontrol kusuru"nu öne sürmüş ve kronik seyirden de söz etmiştir. 1937'de bir uyarıcı olan benzedrinin davranışsal sorunları olan çocukların davranışları ve öğrenme performansları üzerine olumlu etkisinin Bradley tarafından şans eseri bulunması ise önemli bir dönüm noktasıdır (24). Her ne kadar Bradley'nin bu çalışması birkaç on yıl boyunca yeterince dikkate alınmasa da 1940'lı yıllardan itibaren DEHB belirtilerinin kaynağının beyin olarak görülmesi ve terminolojiye "minimal beyin hasarı", "minimal beyin işlev bozukluğu" gibi adlandırmaların girmesinde bu çalışmanın rolü var gibi görünmektedir. Süreçte yapılan çalışmalarda organik bir neden bulunmaması sebebiyle bu adlandırmalar terk edilmiş ve DEHB, karakteristik özelliklerinin tanımlanmasıyla ortaya konmuştur. DEHB'nin tanı kriterleri ile saptanan bir bozukluk olması ilk olarak 1980'de DSM-3 ile gerçekleşmiştir (25). İlerleyen dönemde yapılan çalışmalardan elde edilen bilgilerle bu kriterler geliştirilmiştir.

Tarihsel olarak DEHB genellikle okul çağındaki erkek çocuklarda tanımlanmıştır (26). Ancak zaman içinde bu bozukluğun pek çok kız çocuğunu da etkilemekte olduğu anlaşılmıştır. Geçtiğimiz on yıllarda ise DEHB'nin çalışıldığı her ülkede sık olarak görüldüğü (27, 28) ve hastaların hayatı boyunca üretkenliklerini, hayat beklentilerini ve hayat kalitelerini ciddi bir şekilde etkilediği gösterilmiştir (29). Ne yazık ki DEHB'nin erişkinlerde de olduğunun ve bu bozuklukta çocukluktan erişkinliğe bir süreklilik olduğunun gösterilmesi (30, 31) 20. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmiştir. DEHB tanılı çocuklarda yapılan boylamsal takip

çalışmalarının meta-analizine göre 25 yaşına geldiklerinde bu çocukların en az %15'inin DEHB tanı kriterlerini tamamen karşıladığı, %50'sinde ise işlevsellikte bozulmaya yol açan eşik altı belirtilerin hala sürdüğü ve kısmi remisyonunda DEHB kriterlerinin karşılandığı ortaya konmuştur (32). Yapılan başka bir çalışmada ise DEHB tanılı çocukların %50'sinin erişkin dönemde de DEHB tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (33). Bu oranın %80'lere çıktığı çalışmalar da mevcuttur (34, 35). DEHB'nin çocukluktan erişkinliğe devam etmesi ile ilgili bu çalışmaların ortaya koyduğu oranlar bozukluğun çocuk ve erişkin popülasyondaki prevalansı ile tutarlı görünmektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre çocukların %5-6'sı DSM-IV DEHB tanı kriterlerini karşılamaktadır (36, 37) ve DSM-5 kriterlerinin uygulanması ile bu oranın hafif yükselmesi beklenmektedir (38). Erişkinde DEHB prevalansı ise yapılan meta-analizlere göre %2,5-3,4 aralığındadır (39, 40). DEHB'nin kötü seyri ve erişkinlikte de sürmesi açısından ailede DEHB öyküsü olması, olumsuz psikososyal koşullar (erken çocuklukta şiddetli ihmal, bir veya iki ebeveynde psikopatoloji varlığı), şiddetli temel belirtiler ve komorbid psikiyatrik bozukluk varlığı risk faktörü olarak gösterilmiştir (41-45).

DEHB için tanı kriterleri zamanla gelişmekle beraber bu bozukluğa dair değerlendirme yöntemi ve araçları kabaca aynı kalmıştır. Ne yazık ki DEHB için kullanılabilecek objektif değerlendirme yöntemlerinin -nöropsikolojik testler, nörogörüntüleme, biyobelirteç, EEG-tanıyı netleştirmede faydası azdır ve DEHB klinik bir tanı olma durumunu günümüzde korumaktadır (46). DSM-5'e göre DEHB tanısı için belirtilerin 12 yaşından önce başlamış olması, kronik seyir göstermesi ve işlevsellikte bozulmaya yol açması gerekmektedir. DSM-IV'ten DSM-5'e geçişte DEHB tanısı ile ilgili yapılan değişiklikler başlangıç yaşı kriterinde yaşı 7'den 12'ye çıkarılması, belirtilere dair örneklerde erişkinlere uygun örneklere de yer verilmesi, 17 yaşından büyük bireylerde tanı için gereken belirti sayısının hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirti kümesinde 6'dan 5'e düşürülmesidir. Bu değişiklikler DEHB'nin daha geç yaşlarda başlayabildiği ve erişkinlikte devamına dair araştırmalar sonucu artan kanıt düzeyinin bir yansımasıdır. DEHB belirtileri dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki boyutta kümelenir, bunlar ölçülebilir ve işlevsellikte bozulmayı öngörür ancak bunların kategorik bir bozukluğu değil sürekli bir özelliği (*continuous trait*) yansıttıkları unutulmamalıdır (47, 48). DEHB belirtileri profilinde gelişim boyunca karakteristik değişiklikler görülür. Küçük çocuklarda hiperaktivite ve dürtüsel belirtiler daha sık görülür ve daha çok soruna yol açarken adolesan ve erişkin döneme doğru bu belirtilerde objektif bir azalma olur ancak dikkat sorunları sebat eder ve daha belirgin hale gelir (49, 50). DEHB'li erişkinlerde dikkat sorunları bireyin asla konsantre olamadığı şeklinde anlaşılmalıdır. Bu bireyler yeni veya ilginç bir şeye başlarken kısa süreli de olsa dikkat sağlayabilirler. Hatta çok ilgi çekici buldukları konularda normalden uzun süreli dikkatlerini

sürdürebilirler ki bu fenomene aşırı odaklanma (hiperfokus) adı verilir. Ancak sıkıcı veya rutin işlerde dikkat bozukluğu baskındır. Bu nedenle günlük hayattaki işlerin organizasyonunda, zamanında bitirilmesinde sorunlar görülebilir. Bu işleri erteleyebilirler, unutabilirler. Dikkat sorunları nedeniyle düşünmede ve fikir üretmede yavaşlık görülebilir, kararsızlık yaşanabilir. Detaylarda kaybolup büyük resmi görememe sorunu olabilir. Erişkinlerde DEHB'nin hiperaktivite belirtileri ise çocuklardakinden farklıdır. Sabit oturmakta güçlük çekmek, sürekli hareket halinde olmak, yakın çevredeki bir şeylerle oynamak, içsel huzursuzluk, çok konuşmak, aşırı hareketlerden dolayı nesnelere düşürmek, huzursuz uyku bunlara örnek olarak verilebilir. Dürtüsel davranışlar ise sonucunu düşünmeden aksiyona geçmek anlamına gelmektedir. Erişkin DEHB'de dürtüsellığe gaf yapmak, fazla para harcamak, çok fazla işe girişmek, işten aniden ayrılmak, hızlı bir şekilde ilişki başlatmak gibi örnekler verilebilir (51). Şu an kullandığımız tanı kriterleri erişkinlerde DEHB tanısı koymak için geçerliliği yüksek bir araçtır ve klinik koşullarda da iyi çalışıyor gibi görünmektedir (52). Ancak pek çok deneyimli klinisyenin sıklıkla dile getirdiği gibi uyku problemleri, aşırı zihin gezinmesi (*mind-wandering*), duygu düzenlemede güçlükler ve yürütücü işlevlerde bozukluk erişkin DEHB belirtileri arasında yer almaktadır (4, 53).

DEHB'li erişkinler hayatın pek çok alanında sorun yaşayabilirler (51). Bunlara örnek olarak şunlar verilebilir: Entelektüel düzeyin altında bir eğitim seviyesinde kalmak veya eğitimini yarıda bırakmak (54), iş hayatında sorunlar (55), ilişki sorunları(bunda güvenilmez, sorumsuz ve/veya irritabl olmak, partneri dinlememek gibi faktörler etkili olabilir) (56), sosyal sorunlar, günlük hayatı organize edememe, trafikte tehlikeli davranışlarda bulunma (57), şiddet (58, 59), suç işleme ve adli olaylara karışma (60-62), kazalar ve mortalite artışı (63, 43), cinsellikle, alkol ve maddeyle daha erken tanışma ve riskli davranışlarda bulunma.

DEHB tanılı bireylerin yaklaşık %75'inde bir, yaklaşık %60'ında ise birden çok ek psikiyatrik bozukluk vardır (64). DEHB'de psikiyatrik eş tanı profili de gelişimsel süreçte - çocukluktan erişkinliğe- belirgin olarak değişir (65, 66). Çocukluk döneminde DEHB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik eş tanımlar karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğudur (67). Erişkin dönemde ise madde kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları DEHB ile en çok ilişkilendirilmiştir (68). Erişkin DEHB'de psikiyatrik eş tanımlar sık olarak karşımıza çıkmakta, tanıyı ve tedaviyi zorlaştırmakta ve hastanın hayat kalitesini ciddi anlamda düşürmektedir (69).

DEHB tedavisinde Almanya, İngiltere gibi pek çok ülkenin tedavi kılavuzunda kişiye özelleştirilmiş, birden çok modaliteyi içeren bir tedavi önerilmektedir (70-72). Bu modaliteleri temelde farmakolojik olan ve olmayan olarak ikiye ayırabiliriz. Farmakolojik olmayan tedavilerden hastalar ve aileleri için psikoeğitim (73), DEHB'ye yönelik BDT (74-77), DEHB

koçluğu (78) ve egzersizin (79, 80) faydaları gösterilmiştir. Farmakolojik tedaviler arasında ise uyarıcılar -metilfenidat, amfetamin, deksamfetamin- büyük etki boyutları ile birinci sırada yer almaktadır (81, 82). Uyarıcı tedavinin uygun olmadığı, uyarıcı tedavinin güçlendirilmek istendiği veya komorbid depresyon/anksiyete olan durumlarda ikinci basamak tedavi olan uyarıcı olmayan tedaviler -en iyi çalışılmışı atomoksetindir (83)- kullanılabilir (84).

4.2. Duygu Düzenleme

Duygular ve duygu düzenleme Aristo zamanından beri düşün dünyasının bir konusu olmasına rağmen özellikle 1990'lardan beri duygular, duyguların oluşumu ve işlevi, ölçülmesi, düzenlenmesi konularına olan ilgi artmıştır. Bu durum yapılan yayın sayısındaki artıştan da anlaşılmaktadır (7). Duygu düzenlemenin duygunun ortaya çıkışını anlamak için oluşturulacak geniş çerçevenin bir parçası olduğu düşünülürse duygudan bahsetmeden onun düzenlenmesi ile ilgili tartışmak akla yatkın olmaz. Duygu konusunda genellikle birbiriyle çelişen pek çok yaklaşım vardır. Duyguya dair bu pek çok yaklaşımın fikir birliğine vardığı iki nokta bulunmaktadır. Bunların ilki duygunun öznel deneyim, dışı vurulan davranış (jest, mimik, söylenen sözler vb.) ve periferik fizyolojik yanıtlar (nabız, solunum hızı vb.) bileşenlerinden oluşan psikolojik bir durum olduğudur. İkincisi ise duyguların insan zihnine dair herhangi bir psikolojik modelde temel özellik niteliği taşıdığıdır. Bunun dışındaki neredeyse her nokta tartışmalıdır denebilir. Söz konusu modeller temel duygu modelleri, değerlendirme modelleri, psikolojik yapı modelleri ve sosyal yapı modelleri olarak dört büyük gruba ayrılabilir. Tahmin edilebileceği üzere bu modellerin duygu düzenlemesine bakışı da birbirinden farklıdır (6). Günümüzde en etkili model 1990'ların sonunda Gross tarafından ortaya konmuş olan ve bir değerlendirme modeli olan süreç modelidir (85). Gross daha sonra bu modeline bazı eklemelerde bulunmuş ve genişletilmiş süreç modelini geliştirmiştir (86). Bu modele göre ilk önce insan bir durumla karşı karşıya gelir. Bu durumu algılar ve dikkatini duruma yöneltir. Sonrasında değerlendirme gerçekleşir. Kişi bu durumun kendi aktif amaçlarına olumlu veya olumsuz bir etkisi olacağı değerlendirmesini yaptığı takdirde buna uygun bir cevap oluşturur ki buna duygu denir. Bu döngüye göre duyguya motivasyonel olarak anlamlı bir uyarana karşılaştığında bireyde oluşan zihinsel durum da diyebiliriz. Gross'un modeline göre duygu düzenlemesi ise duygu oluşumunda anlatılan döngüye duygu oluşumunun kendisinin sokulmasıdır. Yani duygu oluşumunun kendisi bir durum haline gelir ve duygu düzenleme bir üst değerlendirme olur. Bu modeldeki durum-algı-değerlendirme-cevap (*W-PVA: world-perception-valuation-action*) döngüleri birden çok olarak ve zamansal olarak birbiriyle örtüşecek şekilde gerçekleşir. Buradan da şu çıkarılabilir: Gross'un modelinde duygu oluşumu

ve düzenlemesi kesin bir şekilde art arda gerçekleşmez. Aralarındaki zamansal sınır bulanıktır (87). Modelin açıklaması bu şekilde iken yüzeysel olarak Gross duygu düzenlemeyi bireyin amaca yönelik davranışlarda bulunabilmek adına duyguyu oluşturan deneyimsel, davranışsal veya fizyolojik bileşenleri arttırmak, sabit tutmak veya azaltmak için bir grup strateji kullanması olarak tanımlamıştır (88). Bu stratejiler temel olarak beşe ayrılır: Durum seçimi (*situation selection*), durum düzenlemesi (*situation modification*), dikkat dağıtma (*attentional deployment*), bilişsel değişiklik (*cognitive change*) ve cevap düzenlemesi (*response modulation*). Bu stratejilerin ilk dördü cevap öncesi odaklı iken sonuncusu adından da anlaşılacağı üzere cevap odaklıdır. Bu stratejileri uygulamak için farklı yollar vardır. Bu yollardan işlevsel olmayanların (ruminasyon, baskılama, kaçınma vb.) kullanımı duygu düzenlemede güçlük anlamına gelmektedir. Özet olarak bu modelde *W-PVA* döngüsü ile duygu oluşur, sonra bu duygu yine *W-PVA* döngüsüne girer ve duygu düzenlemesi gerekip gerekmediği kararı verilir (*identification*), gerekiyorsa yukarıda yazılan stratejilerden uygun olanı seçilir (*selection*), uygulanır (*implementation*), sonuç gözlemlenir (*monitoring*) (89). Duygu düzenlemeyi bir strateji grubu olarak resmeden bu çerçeve duygu düzenleme stratejileri ile klinik bozuklukların belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmak için de kullanılmıştır (90, 91). Genişletilmiş süreç modelinin yanında Gratz ve Roemer'in duygu düzenleme tanımına da bakmamızda fayda vardır. Çünkü bu araştırmacıların yaptıkları tanıma dayanarak oluşturulan ölçek bu çalışma da dahil olmak üzere pek çok çalışmada kullanılmıştır. Gratz ve Roemer duygu düzenlemeyi 4 farklı görünümünden oluşan çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirmiştir: Duygusal deneyimlerin farkındalığı, anlaşılması ve kabulü; olumsuz duygular yaşanırken dürtüsel davranışları durdurma ve amaca yönelik davranışlarda bulunabilme yeteneği; duygusal cevapların yoğunluğunu ve/veya süresini düzenleyebilmek için duruma uygun stratejilerin esnek olarak kullanılabilmesi; hayatta anlamlı şeylerin peşinden gitmenin bir parçası olarak olumsuz duyguları deneyimlemeye razı olmak (92). Bu modele göre bu dört alandan en az birinde sorun yaşayan bireyin duygu düzenlemede güçlük çektiği söylenebilir.

Psikiyatrik bozuklukların belirtilerindeki örtüşme (93, 94), genetik risklerindeki örtüşme (95), psikiyatrideki yüksek komorbidite oranları (96) psikiyatride geleneksel kategorik sınıflandırmaların çok da uygun olmadığını göstermektedir. Bu nedenle tanımlar arası (*transdiagnostic*) ve boyutsal yaklaşım birden çok psikiyatrik tanıda ortak olan yapıların çalışılmasının önemini vurgulamaktadır. Yakın geçmişte baktığımızda duygu düzenlemede güçlüklerin birçok psikopatolojinin gelişmesinde ve sürdürülmesinde merkezi rol oynadığına dair çalışmalar bulunmaktadır (97-100). Duygu düzenlemede güçlüklerle ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluklara depresyon, bipolar bozukluk, DEHB, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, yeme bozuklukları

örnek olarak verilebilir (8, 101-103). Bu ilişkilerden dolayı duygu düzenlemenin psikiyatrik bozukluklarda tanılar arası bir yapı olmasına başta destek mevcut gibi görünse de literatürde bu konuda açıklar vardır. İlk sorun duygu düzenlemenin tanımı ve kavramlaştırılması konusunda bir birliğin olmamasıdır. İkinci sorun olarak duygu düzenleme ölçümlerinin geçerliliği konusunda kanıt düzeyinin düşük olması söylenebilir. Bu sorunlarda temel araştırmalar ile klinik araştırmaların birbirinden yeterince beslenmemesi rol oynuyor olabilir. Son olarak da duygu düzenleme ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çoğu çalışmanın kesitsel dizaynda olması nedensellik üzerine bir kanıt ortaya konamamasına yol açmaktadır. Bu ilişkiyi inceleyen boylamsal prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır (9).

Günümüzde duygu düzenlemenin ölçümü için kullanılan metotlar üç ana grupta incelenebilir: Psikometrik araçlar, ekolojik anlık değerlendirme yöntemleri ve deneysel yöntemler.

Psikometrik araçlar ölçümde en sık kullanılan metotlardandır. Büyük örneklemelere hızlı ve kolay uygulanabilmeleri en büyük avantajlarıdır (104). Çoğu öz bildirim ölçeği şeklindedir. Çocuklar için öğretmen veya ebeveynin doldurabileceği ölçek şeklinde olanları da mevcuttur. Sağlamayı amaçladıkları bilgi türüne göre iki gruba ayrılır: Süreç sorgulayanlar ve yeterlilik sorgulayanlar (105). Süreç sorgulayan ölçeklerle bireyin belirli duygu düzenleme stratejilerini ne sıklıkta kullandığına dair bilgi edinilir. Bu grubun en sık kullanılan ölçeği Duygu Düzenleme Ölçeği (*Emotion Regulation Questionnaire*)dir (106). Yeterlilik sorgulayan ölçeklerde ise belirli duygu düzenleme stratejileri sorgulanmaz. Bunun yerine duygu düzenleme becerisinin genel bir değerlendirmesi yapılır. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) bu grupta en çok kullanılan ölçektir (92). Bu iki gruba tam olarak uymayan hibrid ölçekler de mevcuttur (107).

Psikometrik araçların hepsi duygu düzenlemeyi bir özellik (*trait*) olarak ölçer. Ekolojik anlık değerlendirme yöntemleri ise tipik olarak daha bağlama özgü duygu düzenleme girişimlerini ölçmeyi amaçlar. Bu yöntemlerle veri toplamak daha meşakkatlidir. Ancak duygu düzenleme süreçlerinin işlevselliği gerçekleştikleri bağlama göre anlamlı bir şekilde değişebildiği için kişilerin günlük hayatı ve belirli bağlamlarla ilişkilendirerek bilgi toplamak kişiyi duygu düzenleme becerisine dair önemli bilgi sağlayabilir (108). Ekolojik anlık değerlendirme yöntemleri genellikle kişinin akıllı telefonunu kullanır ve kişiden birkaç gün veya hafta boyunca belirli aralıklarla bazı sorulara cevap vermesini ister (109). Bu sorular mevcut deneyimi, bir önceki sorgulamadan itibaren geçen süredeki deneyimi, mevcut duyguyu, kullanılan veya kullanılması planlanan duygu düzenleme stratejilerini, bireyin bu stratejileri ne amaçla kullandığını veya kullanacağını, önemli bağlamsal gelişmeleri sorgulayabilir.

Deneysel yöntemlerin duygu düzenleme alanında uzun bir geçmişi vardır. Aynı zamanda diğer yöntemlerle kıyaslandığında belirli duygu düzenleme mekanizmalarını kontrollü bir laboratuvar ortamında izole ve manipüle edebilme avantajı mevcuttur (110). Bu çalışmalarda genellikle katılımcılarda duygusal yanıt oluşturması beklenen görüntü, video veya görev gibi geçerliliği gösterilmiş uyaranlar kullanılır. Duygusal cevabın gidişatı ise çeşitli yöntemlerle ölçülür. Bunlar öznel deneyim raporları şeklinde katılımcının bildireceği yapıda olabilir veya fizyolojik cevap değerlendirmesi (deri iletkenliği, nabız vb.) (111), yüz hareketlerinin kaydı ve analizi (112), nöronal uyarılmasının değerlendirilmesi (113) şeklinde yapılabilir.

Şu an için duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin tedavisinde psikoterapi, farmakolojik tedavilerden daha uygun görünmektedir (114). Özel olarak duygu düzenlemeye eğilen ilk tedavi yaklaşımı diyalektik davranışsal terapidir. Aslında diyalektik davranışsal terapi sınır kişilik bozukluğunda görülen şiddetli duygu düzenleme bozukluğunun tedavisi için geliştirilmiştir (115). Bunun yanında duygu düzenleme grup eğitimi (116), duygu düzenleme terapisi (117), duygulanım düzenleme eğitimi (118) ve birleşik protokol (*unified protocol*) (119) duygu düzenlemeye odaklanan kanıta dayalı diğer tedavilerdir. Duygu düzenleme odaklı bu kadar çeşitli tedavi modalitesinin olması duygu düzenlemenin tanımlar arası bir yapı olarak kavramsallaştırılmasının ve bu konuda çalışmaların artmasının bir sonucu olduğu söylenebilir. Ancak duygu düzenlemeye odaklanmayan terapi yöntemlerinin de (bilişsel davranışçı terapi vb.) duygu düzenlemeye olumlu katkısı olduğu bilinmektedir. Ayrıca duygu düzenleme odaklı bir tedavinin diğerlerine göre hastalık belirtileri açısından daha iyi sonuç verip vermediğine dair de yeterli kanıt bulunmamaktadır (8).

4.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Duygu Düzenleme Güçlüğü

DSM-5 DEHB'yi 3 temel belirti kümesi (dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik) üzerinden tanımlar ve tanı kriterleri arasında duygu düzenleme güçlüğüne dair herhangi bir belirtiyeye yer vermez. Ancak başka yazarlar erişkin DEHB'yi daha farklı tanımlamış ve duygusal belirtileri de semptomatolojinin bir parçası olarak gören modeller ortaya atmışlardır. Paul H. Wender erişkin DEHB modelinde dikkat eksikliği ve hiperaktiviteyi temel belirti olarak saymış; dürtüsellik, dezorganizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü alanlarını ise ek belirtiler olarak modeline dahil etmiştir (11). Wender bu modelinde duygu düzenleme güçlüğünü ise üç alt sınıfta tanımlamıştır: Öfke kontrolü, duygulanımda labilite ve duygusal aşırı tepki. Connors ve Brown da DEHB modellerinde duygu ilişkili belirtilere yer vermiştir (120). Barkley de oluşturduğu erişkin DEHB modelinde duygu düzenlemeye önemli rol atfetmiştir (12). Barkley'nin teorisinde beş önemli yapı vardır: İnhibisyon, sözel olmayan çalışma belleği, sözel

çalışma belleği, yeniden yapılandırma (üretkenlik, problem çözme) ve duygusal-motivasyonel kendini düzenleme. Erişkin DEHB hastaları bu alanlarda yaşadıkları sorunlarla sağlıklılarından ayrılırlar. Barkley'nin duygu düzenlemeyi nasıl kavramsallaştırdığına bakacak olursak Murphy ile öne sürdükleri Duygusal Dürtüsellik Ölçeği (*Emotional Impulsiveness Scale*)ni inceleyebiliriz (121). Bu ölçekte yazarlar duygu düzenleme güçlüğüne duygusal dürtüsellik olarak tanımlamıştır. Yazarlara göre DEHB'deki duygusal dürtüsellik belirtileri şunlardır: sabırsızlık, çabuk sinirlenme, kolayca hayal kırıklığına uğrama, fazla tepki verme, kolayca heyecanlanma, kolay değişebilen ruh hali, alınganlık/memnuniyetsizlik. Bahsettiğimiz bu modellerde araştırmacılar duygu düzenleme güçlüğüne DEHB'nin temel belirtilerinden biri olarak görmüşlerdir. Belki de bu noktada DEHB-duygu düzenleme güçlüğü ilişkisine dair kavramsal modellerin çerçevesini çizen Shaw ve ark.nın gözden geçirmesine başvurmak gerekmektedir (14). Shaw'a göre DEHB-duygu düzenleme güçlüğü ilişkisine dair temelde 3 kavramsal model bulunur. Birincisinde duygu düzenleme güçlüğü DEHB'nin içsel bir parçası, onu tanımlayan temel bir özellik olarak görülür ki Wender, Conners, Brown ve Barkley'nin modelleri bu grupta yer alır. İkinci model DEHB-duygu düzenleme güçlüğü birlikteliğinin DEHB'nin bir alt grubu olduğunu öne sürer. Bu model DEHB ve duygu düzenleme güçlüğüne beraber kalıtıldığına (*co-segregation*) gösterildiği bulgulara dayanır (122). Üçüncü model ise DEHB ve duygu düzenleme güçlüğüne birbirinden ayrı ancak ilişkili boyutlar olduğunu; altlarında yatan nörobilişsel eksikliklerin kısmen örtüştüğünü savunur.

DEHB-duygu düzenleme güçlüğü ilişkisine dair ampirik bulgulara değinecek olursak erişkin DEHB'de duygu düzenleme güçlüğüne sağlıklı kontrollere göre daha sık görüldüğü 2020'de 13 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde gösterilmiştir (123). Erişkin DEHB'de işlevselliği etkileyen duygu düzenleme güçlüğü görülme oranları çalışmalarda %34-70 aralığındadır (124-128). Bu çalışmaların birinde çocukluktan beri süregelen DEHB'si olanlar, çocuklukta tanı konup erişkin dönemde tanı konmayanlar ve sağlıklı grup karşılaştırılmıştır (125). Süregelen DEHB'li grupta duygu düzenleme güçlüğü %42-72 aralığındayken (belirli belirtilere bağlı olarak farklı oranlar mevcut) çocukluk dönemi tanı konmuş olup erişkinlikte tanı konmamış grupta bu oran %23-45 aralığında bulunmuştur. Ancak her iki grupta da duygu düzenleme güçlüğü düzeyi sağlıklı gruptan anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır. Bu çalışma DEHB ile duygu düzenleme güçlüğü arasında gelişimsel bir kohezyon olabileceğini yani DEHB belirtileri azaldıkça duygu düzenleme güçlüğüne de azalacağını öne sürüyor olabilir.

Klinik açıdan DEHB tanısına duygu düzenleme güçlüğüne eşlik ettiği erişkinlerde eşlik etmeyenlere göre daha şiddetli bir tablo söz konusudur. DEHB'de duygu düzenleme güçlüğü varlığı daha şiddetli DEHB belirtileri, daha düşük işlevsellik, yürütücü işlev bozuklukları, psikiyatrik komorbiditede (depresyon, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları,

psikosomatik hastalıklar) artış, daha yüksek suça karışma oranları, daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (13, 129-132).

DEHB-duygu düzenleme güçlüğü birlikteliğinde tedavi ile ilgili olarak kanıt düzeyi yüksek değildir. Ancak mevcut literatüre göre DEHB'nin temel belirtilerinin tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların duygu düzenleme güçlüğüne olumlu etkileri mevcuttur (133). Uyarıcı olmayan ilaçlardan en iyi çalışılmış olanı atomoksetin de bu konuda faydalı görünmektedir (126). İkinci basamak ilaç tedavisi ile ilgili kanıt düzeyi azdır ancak bu noktada mevcut komorbiditelere göre ekleme yapmak (depresyon varlığında seçici serotonin geri alım inhibitörü eklemek vb.) akla yatkın durmaktadır (14). Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri arasında ise bilişsel ve davranışçı psikoterapilerden duygu düzenleme odaklı olanların etkili olduğuna dair ön kanıtlar vardır (134, 135).

4.4. Problemlı İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı

Uluslararası Telekomünikasyon Birliğı verilerine göre 2023 yılında dünya nüfusunun %67'si internet kullanıcısıydı (136). Ülkemize bakacak olursak 2024 TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verileri 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranını %88,8 olarak göstermektedir (137). İnternetin 1990'lardan başlayarak tüm dünyada ve ülkemizde bu kadar yaygınlaşması eğitim, bilgi alışverişi, iş vb. birçok alanda önemli ilerlemelere yol açmıştır. Bunların yanında internet modern hayatın da temel bir parçası haline gelmiştir. Sosyalleşme, eğlence, boş zaman geçirmede önemli bir araç haline gelen internetin kontrolsüz kullanımının olası zararlarına dair ilk kaygılar ise 1995'te New York Times gazetesindeki bir makalede dile getirilmiştir (138). Aynı yıl içinde Ivan Goldberg internet bağımlılık bozukluğu (*internet addiction disorder*) terimini kullanarak bu kavramdan ilk bahseden olmuştur. Goldberg DSM-IV madde bağımlılığı kriterlerinden uyardığı bir belirti listesi bile oluşturmuştur. Ancak bunları aslında ironik bir şekilde yapmıştır (139). Bu konudaki ilk ampirik çalışma Kuzey Amerika'da Kimberly Young'dan gelmiştir. Young 1996'da e-postaya bağımlı 43 yaşında bir kadını konu alan vaka çalışmasını yayımlamıştır (140). Bunu takiben 1998'de internet kullanımlarını kontrol edemedikleri için günlük hayatlarında sorun yaşayan yaklaşık 600 vakalık bir çalışma ortaya koymuştur (141). Avrupa'da ise internet bağımlılığına dair araştırmalar 1995-1996 yıllarında Griffiths'in teknoloji bağımlılığı ve internet bağımlılık üzerine yayınları ile başlamıştır (142, 143). Bu başlangıçtan sonra internet bağımlılığı konusuna olan ilgi ve bu konuda yapılan araştırmalar giderek artmıştır.

Ortaya çıkan her yeni araştırma alanında olduğu gibi internet bağımlılığı çalışmanın da birçok sorunu bulunmaktadır. İlk olarak terminoloji probleminden söz edebiliriz. Araştırmacılar

arasında bu fenomenin nasıl adlandırılacağına dair bir fikir birliği bulunmamaktadır ve şu terimler önerilmiştir: İnternet tiryakiliği (*internet addiction*) (144), internet bağımlılığı (*internet dependency*) (145), patolojik internet kullanımı (146), problemlili internet kullanımı (147), kompulsif bilgisayar kullanımı (148), sanal bağımlılık (149) vb. Bunun yanı sıra Griffiths internete bağımlılık atfının yapılmaması gerektiğini, aslında bağımlılığa yol açan şeyin yapılan aktiviteler olduğunu ve internetin sadece bir ortam olduğunu dile getirmiştir (150). Bununla uyumlu olarak internet bağımlılığını sınıflandırmaya çalışan araştırmacılar olmuştur. 1999'da Young ve ark. internet bağımlılığını bir şemsiye terim olarak görüp 5 alt tür tanımlamışlardır: Siber cinsellik bağımlılığı, siber ilişki bağımlılığı, internet kompulsiyonları (kumar, alışveriş), bilgi aşırı yüklenmesi (araştırma motorları veya aşırı internette gezinme), bilgisayar bağımlılığı (oyun) (151). 2001'de patolojik internet kullanımının bilişsel davranışçı bir modelini öne süren Davis ise bu fenomeni iki temel gruba ayırmıştır: Genelleştirilmiş patolojik internet kullanımı ve özgül patolojik internet kullanımı (152). Terminolojideki bu çeşitlilikte internette yapılabilecek aktivite sayısındaki çok hızlı artışın etkisi yadsınamaz. 2000 öncesi dönemde araştırmalar daha çok genel internet kullanımına odaklanmışken sonrasında giderek artan ölçüde internet bir ortam olarak görülmeye başlanmış ve yapılan aktiviteler ön plana çıkmıştır (153). Hatta Starcevic internet bağımlılığı teriminin yerini tablo netlik kazandıkça kişiyi etkileyen çevrimiçi aktivitenin bağımlılığı (örn. sosyal medya bağımlılığı) ifadesine bırakması gerektiğini söylemiştir (154). Ancak ortam (internet) yapılan aktivitenin niteliğini ciddi anlamda değiştirdiğinden hem ortam hem de aktivite internet bağımlılığının önemli bileşenleridir (155). Bu ortam-aktivite ilişkisi/ayrımına istinaden internet ilişkili psikopatoloji (156), internet aracılı psikopatoloji (157), internet spektrum bağımlılığı (158) terimleri de önerilmiştir. Mevcut terminoloji karışıklığından DSM-5 de etkilenmiş gibi görünmektedir. DSM-5'in 3. bölümünde (ileri çalışma gerektiren durumlar ile ilgili bölüm) internet oyun oynama bozukluğu tanısına yer verilmiştir. Ancak bu tanının metninde bu bozukluğun literatürde internet kullanım bozukluğu, internet bağımlılığı veya oyun oynama bağımlılığı olarak da geçtiği söylenmiştir (159). Halbuki internet oyun oynama bozukluğu ile internet bağımlılığının aynı şeyler olmadığına dair birçok yayın mevcuttur (155, 160, 161). Görüldüğü üzere internet bağımlılığı terminolojisi konusunda literatürde karışıklık mevcuttur. Bu metinde tutarlılık adına bundan sonra internet ile ilişkili aktivitelerin fazla yapılmasıyla karakterize patolojik durumların ifadesinde internet bağımlılığı terimi kullanılacaktır.

İnternet bağımlılığı terminolojisinde görülen farklı yaklaşımlara paralel olarak internet bağımlılığı fenomenine dair farklı tanımlar ve modeller bulunmaktadır. Bu modelleri ilk olarak iki büyük gruba ayırabiliriz: İnternet bağımlılığının ayrı bir psikopatoloji olduğunu öne süren modeller ve internet bağımlılığının psikopatoloji olmadığını öne süren modeller (153).

İnternet bağımlılığını bağımsız bir psikopatoloji olarak gören modellerde en az üç temel yaklaşım vardır. İlkinde internet bağımlılığı bir obsesif-kompulsif bozukluk olarak modellenir. Tedavide seçici serotonin geri alım inhibitörü kullanılan bazı çalışmalar (162) bunu desteklese de bu model literatürde pek rağbet görmemiştir. İkincisinde internet bağımlılığı bir dürtü kontrol bozukluğu olarak modellenir (163). Bu modelde internete bağlanma davranışı dürtüsel olarak nitelenir ve bağımlı bireylerin internete bağlanmadan önce giderek artan bir gerginlik, bağlandıktan sonra ise bir rahatlama bildirdikleri ortaya konur. Son zamanlarda bu yaklaşım çok sınırlayıcı bulunmuştur, çünkü dürtüsellik dışında pek çok faktörün (kişilik özellikleri, internet kullanım amacı, komorbid psikopatoloji vb.) internet bağımlılığını etkilediği gösterilmiştir (153). Üçüncü yaklaşımda ise internet bağımlılığı davranışsal bir bağımlılık olarak modellenir. Her ne kadar bu metnin konusu olmasa da obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozuklukları ve bağımlılığın çeşitli yönlerden birbirleriyle örtüştükleri ve tamamen birbirlerinden ayıramayacakları unutulmamalıdır (164, 165). İnternet bağımlılığını bağımsız bir psikopatoloji olarak gören modellerden en popüler olanları Young, Griffiths ve Tao'nunki denilebilir (166). Bu modeller internet bağımlılığına bağımlılık çerçevesinden bakmakla beraber Young ve Tao'nun modelleri dürtü kontrol bozukluklarının tanı kriterlerinden de izler taşır. Griffiths'in bileşenler modeline göre tüm bağımlılıklar 6 bileşenden oluşur: belirginlik, duygudurum değişikliği, tolerans, yoksunluk, çatışma (hem kendi içinde hem kişiler arası) ve nüksetme (167). Griffiths'e göre internet bağımlılığı da bu altı bileşene sahip bir davranışsal bağımlılıktır. Young'a göre bireyin sadece kişisel internet kullanımını değerlendirilmeli ve eğer sürekli internetle zihinsel meşguliyet, interneti giderek daha uzun süre kullanma ihtiyacı duymak, internet kullanmayı bırakmada başarısız girişimler olması, kişinin internet kullanımını bırakmayı ya da azaltmayı denediğinde duygudurum değişikliği yaşaması, planlanandan daha uzun süreli internette kalmak, aşırı internet kullanımına bağlı olarak ilişkilerde sorun yaşamak veya fırsatları kaçırmak, internet kullanımına dair yalan söylemek, interneti problemlerden kaçmak veya olumsuz ruh hallerinden kurtulma amaçlı kullanmak belirtilerinden (toplam 8 tane) en az 5'i varsa kişiye internet bağımlılığı tanısı koyulabilir (168). Tao ise internet bağımlılığı olduğu düşünülen büyük bir grup Çinli hastayı değerlendirerek tanı kriterlerini oluşturmuştur (169). Şu kriterleri önermiştir: a) belirti kriteri (her ikisi de olmalı): zihinsel meşguliyet ve yoksunluk belirtileri; b) bunlardan bir veya daha fazlası olmalı: tolerans, kullanımı kontrol altına almak için sürekli bir istek ve/veya başarısız girişimler, sorunlara rağmen kullanıma devam etmek, diğer şeylere olan ilginin kaybı, interneti gerçek hayattan kaçmak veya olumsuz duyguları hafifletmek için kullanmak; c) klinik olarak anlamlı işlevsellikte bozulma (sosyal, akademik veya iş alanlarında); d) günde en az 6 saat internet kullanımı olmalı ve bu durum en az 3 aydır sürüyor olmalı. Bu üç modelde de internet kullanımı

üzerindeki kontrolün kaybı, internet kullanımının günlük hayatta sorunlara yol açması, internet kullanımının yüksek önemi ve buna dair zihinsel meşguliyet ortak noktalar gibi durmaktadır.

İnternet bağımlılığının bir psikopatoloji olmadığını savunanların eleştirdikleri birkaç nokta bulunmaktadır. Bunlar arasında ilk olarak neyin sağlıklı neyin patolojik olarak tanımlandığı meselesinden söz edebiliriz. İnternet çok büyük bir hızla yaygınlaşmaktadır ve şimdiden günlük hayatın ayrılmaz bir parçası haline gelmiş durumdadır. Günümüzde internet sadece bir iletişim aracı değil aynı zamanda iş, eğlence, sosyalleşme, al-sat vb. pek çok günlük aktivitenin gerçekleştirildiği bir ortam konumundadır. Bu nedenle artık internet kullanımını farklı veya sanal bir gerçeklik olarak görmek çok indirgeyici bir yaklaşım gibi görünmektedir. Hatta Jurgenson artık sanal-gerçek ayrımını yapmanın anlamsız olduğunu söyleyip güçlendirilmiş gerçeklik kavramını öne sürmüştür (170). İnternetin bu derece yaygınlaştığı bir çağda araştırmacılar tarafından patolojik davranış olarak nitelendirilen şey belki de insanlık için yeni bir yaşam tarzı, normatif bir değişim olabilir (171). Bu nedenle internet bağımlılığı fenomenini incelerken bağlam, amaç ve motivasyonun anlaşılması çok önemli görünmektedir (172). Ek olarak internetin bu çok hızlı gelişimi, yaygınlaşması ve yapılabilecek çevrim içi aktivitelerin fazlasıyla çeşitlenmesi bu fenomeni ilk tanımlayıp modelleyenlerin görüşlerinin güncelliğini yitirmesine yol açmış olabilir. İnternet bağımlılığına geçmişin kavramsallaştırması ile yaklaşmak fazla kapsayıcı olabilir (173). İkinci olarak internet bağımlılığını psikopatoloji olarak ortaya koymaya çalışan teorik yaklaşım ve model sayısının çokluğu bir sorun teşkil etmektedir. Kriterleri arasında birçok farklılık olan pek çok modelin olması internet bağımlılığının bağımsız bir psikopatoloji olma savını zayıflatmaktadır (173). Üçüncü nokta ise bahsedilenlere ek olarak internet bağımlılığının seyri, prognozu, stabilitesi ve tedavisine dair kanıt düzeyinin onun ayrı bir hastalık olarak adlandırılması için yetersiz görülmesidir (174). DSM-5'te önerilmesine rağmen internet bağımlılığı tanısına yer verilmemesi bu eleştirilerle ilişkilendirilebilir ancak önceden belirtildiği gibi internet oyun oynama bozukluğuna karışık bir terminolojiyle de olsa bölüm 3'te yer verildiğini de unutmamak gerekir. İnternet bağımlılığını ayrı bir bozukluk değil de altta yatan bir bozukluğun tezahürü olarak görenlere bir örnek olarak Kardefelt-Winther'in telafi edici internet kullanımı modelini (*the model of compensatory internet use*) verebiliriz (171). Bu modele göre olumsuz hayat olayları kişide internet kullanarak olumsuz duygularını hafifletme motivasyonu oluşturur. Buradaki temel sorun kişinin olumsuz hayat olaylarına verdiği tepkidedir. İnternet kullanımı bu sorunun sadece su yüzüne çıkmasına olanak sağlamıştır. Bu nedenle internet kullanımı bir hastalık olarak görülmemeli ve bu kullanım ile ilişkili bağlam, sebep ve motivasyon araştırılmalıdır.

İnternet bağımlılığı ile ilişkili ampirik araştırmalardan elde edilen bilgiler değerlendirilirken terminoloji karışıkları, hakkındaki ontolojik ve epistemolojik tartışmalar göz

ardı edilmemelidir. Tanıyla ilgili tablo o kadar çeşitlidir ki Laconi ve ark. 2014'te yaptıkları bir literatür gözden geçirmesinde internet bağımlılığını ölçen ve değerlendiren 45 tane ölçek, görüşme veya tanı kriteri saptamıştır (175) . Özellikle prevalans çalışmaları tanıya dair bu karmaşadan ve tanı araçlarının heterojenitesinden etkilenmiştir. Bu nedenle internet bağımlılığı prevalansı çalışmalarda %0,3-38 gibi geniş bir aralıkta çıkmıştır (176). Bunda kültürel faktörler de bir etkidir. 2020'de internet bağımlılığının epidemiyolojisine dair yapılan bir meta-analizde ise 113 çalışmadan 693306 kişi dahil edilmiştir. Dahil edilen çalışmaların 51'inde yaş belirtilmediği için yaş meta-analize dahil edilmemiştir. Bu çalışmada internet bağımlılığı prevalansı %7,02 bulunmuşken internet oyun oynama bozukluğu prevalansı %2,47 olarak saptanmıştır (161).

İnternet bağımlılığı hastalarında yapılan kesitsel çalışmalar internet bağımlılığının psikiyatrik bozukluklarla yüksek komorbidite gösterdiğini ortaya koymuştur (177). Bu klinik bozukluklar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, DEHB ve obsesif-kompulsif bozukluktur (173). İnternet bağımlılığının ilişkilendirildiği psikososyal faktörler ise şu şekildedir: Kişiler arası problemler yaşamak, algılanan yüksek stres, dayanıklılıkta düşüklük, bazı kişilik özellikleri (nevrotizm, psikotizm, agresiflik), psikolojik katılık, duygusal dengesizlik, yalnızlık arayışı, düşük özgüven, ebeveynlerle yaşanan sorunlar, düşük aile birlikteliği, yenilik arayışı (177, 178).

İnternet bağımlılığına dair tüm tartışmalar devam ederken şu bir gerçek ki internet ile ilişkili sıkıntılar yaşayan hastalar tedavi için kliniklere başvurmaktadır. Metodolojik sorunların tedaviye dair çalışmaları nitelik olarak kötü etkilemesinin yanında nicelik olarak da bu alandaki çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmalar da daha çok psikososyal yaklaşımlara odaklanmış durumdadır. Farmakoterapi hakkında bilinen ise çok azdır (179).

4.5. Erişkinlerde İnternet Bağımlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi

İnternet bağımlılığı çevrim içi bir hayata kaçarak hoş olmayan duygularla başa çıkmanın olası bir yolu olarak değerlendirilmiştir (180, 181). Bazı çalışmalar ise internet bağımlılığına eş zamanlı veya geçmiş psikolojik sorunları geçici olarak telafi etmeyi, günlük yaşam sorunlarıyla yüzleşmeyi ertelemeyi veya olumsuz ruh hallerini hafifletmeyi amaçlayan bir başa çıkma stratejisi olarak odaklanmıştır. Pek çok çalışmada hem adolesanlarda hem genç yetişkinlerde duygu düzenleme güçlüğü ile internet bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki gösterilmiştir (17). Hatta bir çalışmada daha spesifik bir şekilde Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeğinin (92) üç alt boyutunun- duygu düzenleme stratejilerine sınırlı ulaşım, olumsuz duygular yaşarken amaca yönelik davranışta bulunmakta zorluklar, duygusal netlik eksikliği-

genç erişkinlerde internet bağımlılığını güçlü bir şekilde yordadığı ortaya konmuştur (182). Bu ilişkinin pratikte internet bağımlılığının önlenmesinde ve/veya tedavisinde bazı sonuçları olabilir. Lindenberg ve ark.na göre adolesanlarda ve erişkinlerde duygu düzenleme becerileri geliştirilerek internet bağımlılığı önenebilir (183).

4.6. Erişkinlerde DEHB ve İnternet Bağımlılığı İlişkisi

Literatür bu ilişkiye dair çalışmalar açısından adolesan popülasyonda daha zengin görünmektedir. Erişkinlerde yapılan çalışmalarda ise genellikle kesitsel dizaynın kullanıldığını, öz bildirim dayalı ölçekler ile DEHB ve internet bağımlılığı belirtilerinin ölçüldüğünü ve üniversite öğrencilerinden oluşan örneklemelerin tercih edildiğini görmekteyiz. 2017’de Wang ve ark. tarafından yapılan sistematik gözden geçirme ve meta-analizde genç erişkinlerde internet bağımlılığının DEHB ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (18). Bu çalışmaya dahil edilen çalışmalardaki internet bağımlılığı tanısı alan grupların DEHB prevalansı %19,5-42,5 aralığındayken kontrol gruplarındaki DEHB prevalansı %4,6-15,2 aralığındadır. Ancak bu çalışmanın hem adolesanlarda hem genç yetişkinlerde yapılan çalışmaları içerdiğini ve metotlarda çeşitlilik olduğunu gözden kaçırmamak gerekir. Çin, Tayvan, Malezya, Hindistan ve Japonya’da yapılan çalışmalarda DEHB belirtileri ve internet bağımlılığı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (184-188). Bu çalışmaların tamamı üniversite öğrencilerinde yapılmış ve DEHB-internet bağımlılığı ilişkisi öz bildirim ölçeklerinden elde edilen puanlarla çalışılmıştır. 2022 yılında yayımlanmış Çin’de yapılmış bir çalışmada ise üniversite öğrencilerinden oluşan örnekleme internet bağımlılığı düzeyi öz bildirim ölçeği ile belirlenmişken DEHB tanısı durumu klinik görüşme ile ortaya konmuştur (189). Bu çalışmada tüm örnekleme internet bağımlılığı prevalansı %14,38, DEHB prevalansı ise %4,46 olarak bulunmuştur. İnternet bağımlısı grupta DEHB prevalansı %15,17 iken internet bağımlısı olmayan grupta bu oran %2,67’de kalmıştır. DEHB tanılı grupta ise internet bağımlılığı prevalansı %48,89, DEHB tanısı olmayan grupta %14,38 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de DEHB belirtilerinin internet bağımlılığını anlamlı bir şekilde yordadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada DEHB belirti kümelerinden dikkat eksikliği kümesinin internet bağımlılığı ile ilişkisi hiperaktivite/dürtüsellik kümesininkinden daha güçlü bulunmuştur. Bu bulgu başka çalışmalarda da ortaya konmuştur (185, 190).

4.7. Erişkinlerde DEHB, İnternet Bağımlılığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisine Dair Çalışmalar

Evren ve ark. 2018 yılında yayımladıkları çalışmalarında çoğu üniversite öğrencisi ve/veya amatör/profesyonel bilgisayar oyuncusu örnekleme olasılı DEHB, duygu düzenleme güçlüğü ve internet bağımlılığı ilişkisini incelemişlerdir (19). Kesitsel dizayndaki bu çalışma klinik olmayan bir örnekleme öz bildirim ölçekleri ile internet üzerinden gerçekleştirilmiştir. Olasılı DEHB Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği puanına göre belirlenmiştir. Bu çalışmada olasılı DEHB varlığı daha şiddetli internet bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir. Bu ilişkide duygu düzenlemede güçlüğü -özellikle duygusal tepkilerin reddi alt ölçeğinin-, nevrozun ve depresyonun kısmi aracılık etmiş olabileceği söylenmiştir. El Archi ve ark.nın 2022 tarihli çalışmasında ise düzenli internet kullanıcısı olan 532 kişilik bir örnekleme internet üzerinden öz bildirim ölçekleri ile DEHB belirtileri, internet bağımlılığı, dürtüsellik, duygu düzenleme, anksiyete ve depresyon değerlendirilmiştir (20). İnternet bağımlılığı olan ve olmayan iki grup ölçek sonuçlarına göre belirlenmiştir. İnternet bağımlılığı olan grupta daha yüksek DEHB belirti düzeyleri, daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri, dürtüsellik ve işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin daha çok kullanımı saptanmıştır. DEHB belirtileri ve internet bağımlılığının birlikteliğinde dürtüsellik, depresyonun ve anksiyetenin aracılık rolünü saptamışlardır ancak duygu düzenleme güçlüğü bu birlikte aracılık rolü olmadığı bulgulara yansımıştır. Bu iki çalışma dışında erişkinlerde DEHB, duygu düzenleme güçlüğü ve internet bağımlılığının birlikte incelendiği bir çalışma bulunamamıştır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Katılımcılar

Bu çalışma iki gruplu -bir hasta, bir karşılaştırma- kesitsel dizaynda planlanmış olup tek merkezde yürütülmüştür. 01.12.2024-28.02.2025 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş, 18-45 yaş aralığındaki, çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz tamamlayabilecek eğitim düzeyi ve bilişsel beceriye sahip gönüllüler hasta grubuna dahil edilmiştir. Herhangi bir nörolojik tanısı olanlar, üç dakikadan uzun süren bilinç kaybı ile giden kafa travması öyküsü olanlar, depresyon ve anksiyete bozukluğu haricinde psikiyatrik eş tanısı- otizm spektrum bozukluk, entelektüel yetersizlik, bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar, alkol-madde kullanım bozukluğu vb.- olanlar bu gruba dahil edilmemiştir. Depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları DEHB'ye sıklıkla eşlik ettiği için dışlanmamıştır. Karşılaştırma grubuna (sağlıklı) ise ilan yoluyla ulaşılmıştır. Herhangi bir psikiyatrik ve/veya nörolojik tanısı olmayan, 18-45 yaş aralığındaki, çalışmada kullanılacak form ve ölçekleri eksiksiz tamamlayabilecek eğitim düzeyi ve bilişsel beceriye sahip gönüllüler karşılaştırma grubuna alınmıştır. Bu kriterlere göre hasta grubuna 30'u erkek 30'u kadın olmak üzere 60 DEHB tanılı hasta alınmıştır. Karşılaştırma grubuna da 28'i erkek 33'ü kadın olmak üzere 61 sağlıklı birey dahil edilmiştir.

5.2. Veri Toplama Prosedürü

Tüm katılımcılar çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirilmiştir. Bilgilendirme sonrasında katılmaya gönüllü olanlar aydınlatılmış onam formlarını imzalamıştır (**Ek-1, Ek-2**). Takiben gönüllülerle klinik görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmede ilk önce sosyodemografik bilgiler ve internet aktivitesi bilgileri araştırmacılar tarafından hazırlanan forma uygun olarak alınmıştır. Devamında Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (DIVA-5) uygulanarak hasta grubunun DEHB tanısı doğrulanmış, sağlıklı grupta ise DEHB tanısının olmadığı onaylanmıştır. Sonrasında Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) uygulanmıştır. Klinik görüşme Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ve Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği öz bildirim ölçeklerinin tüm katılımcılara verilmesi ile sonlanmıştır. Tüm görüşme klinik ortamda gerçekleştirilmiştir ve yaklaşık 60 dakika sürmüştür.

5.3. Veri Toplama Araçları

5.3.1. Sosyodemografik ve İnternet Aktivitesi Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Ek-3). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma, ilişki, gelir durumları; sigara-alkol-madde kullanımları, tıbbi hastalık varlığı, internette en çok vakit geçirdikleri üç aktivite sorgulanmıştır. Katılımcılardan bu üç aktiviteyi harcadıkları süre açısından en çoktan en aza sıralamaları istenmiştir. Eşit vakit harcadıklarını düşündükleri aktiviteler söz konusu olduğunda ise daha çok keyif aldıkları aktivite yukarıya yazılmıştır. İnternet aktivitelerini içeren ve katılımcıdan içinden seçmesi istenen kapsamlı bir liste yine araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve katılımcılara sunulmuştur (Ek-4). Bu listede şunlar yer almıştır: Oyun oynamak, sosyal medya, video izlemek, haber okumak, araştırma motorları, iş-ders ile ilgili aktiviteler, çevrimiçi (*online*) alışveriş, çevrimiçi (*online*) flörtleşme, çevrimiçi (*online*) bahis/kumar, porno, bir şeyler yüklemek (*downloading*). Hasta grubunun varsa kullandıkları psikiyatrik ilaçlar da sorgulanmıştır.

5.3.2. Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (DIVA-5)

DIVA klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Bu araç ilk olarak 2010 yılında DIVA 2.0 adıyla, DSM-IV'te belirlenen yetişkinlerde DEHB tanı kriterleri temel alınarak oluşturulmuştur (191). DSM-5'in yayımlanmasından sonra ise 2019 yılında bu araç yetişkinlerde DEHB tanısı için DSM-5 kriterleri esas alınarak DIVA-5 adıyla yenilenmiştir (192) ve Türkçe dahil olmak üzere pek çok dilde güncellenmiştir (193). DIVA-5 takip eden alanları sorgulayan 3 bölümden oluşur: Çocukluktaki ve yetişkinlikteki DEHB belirtileri, DEHB başlangıç yaşı ve DEHB'ye bağlı bozulma yaşanan alanlar. DIVA-5, DSM-5'te yetişkin DEHB tanısı için belirlenen tüm kriterleri (9 dikkat eksikliği alanından, 9 hiperaktivite/dürtüsellik alanından) çeşitli örneklerle sunar. Klinisyen görüşülen kişinin ve onu yakından tanıyan kişinin cevaplarına göre değerlendirmede bulunur. Bunun sonucunda çocuklukta 12 yaşından önce dikkat eksikliği veya hiperaktivite/dürtüsellik alanlarından en az 3 kriter sağlanıyorsa; erişkinlikte dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik alanlarından en az 5 kriter sağlanıyorsa; bu belirtiler en az 6 aydır hayatta en az iki alanda kendini gösteriyor ve işlevsellikte bozulmaya neden oluyorsa yetişkin DEHB klinik tanısı için gerekenler sağlanmış demektir. Erişkinlerde DEHB tanısı için altın standart olan bu görüşme tüm katılımcılara uygulanmıştır ve DEHB tanısı durumu doğrulanmıştır.

5.3.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Max Hamilton tarafından 1950'lerin sonunda ilk jenerasyon antidepresanların etkililiğini değerlendirmek için geliştirilmiş ve yayımlanması 1960 yılında olmuş bir ölçektir (194). Ortaya çıkışından sonra hızlıca yaygınlaşmış ve depresyon şiddetinin, şiddetindeki zamanla olan değişimin ve tedavi etkililiğinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan araçlardan biri haline gelmiştir (195). Son 1 hafta boyunca yaşanan depresyon belirtilerini sorgulayan 17 soru mevcuttur. 9 soru 0-4 puan aralığında, kalan 8 soru ise 0-2 puan aralığında değerlendirilir (Ek-5). Yapılandırılmamış bir görüşme sonrası klinisyen tarafından puanlanır. 0-7 puan aralığı depresyon yok, 8-16 puan aralığı hafif depresyon, 17-23 puan aralığı orta depresyon ve 24 ile üstündeki puanlar ağır depresyon olarak değerlendirilir. Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Akdemir ve diğerleri tarafından yapılmıştır (196). Çalışmamızda bu ölçek katılımcıların depresif belirti düzeyini saptamak için kullanılmıştır.

5.3.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

Max Hamilton tarafından anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir (197). Ölçekte 14 tane belirti bulunmaktadır ve hem psikolojik anksiyeteyi hem de somatik anksiyeteyi ölçen maddeler vardır (Ek-6). Standardize soruları olmayan ölçek klinisyen tarafından uygulanır. Her maddede uygulanana 0-4 aralığında puan verilir. 0-56 aralığında puan verilebilecek bu ölçekte 0-17 puan aralığı hafif anksiyete, 18-24 puan aralığı hafif-orta anksiyete, 25-30 puan aralığı orta-ağır anksiyete olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Yazıcı ve diğerleri tarafından yapılmıştır (198). Çalışmamızda bu ölçek katılımcıların anksiyete belirtileri düzeyini saptamak için kullanılmıştır.

5.3.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü tarafından erişkin DEHB taraması amacıyla 2005 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir (199). Ölçek DSM-IV'te erişkin DEHB tanısı için gerekli A kriterlerinin son 6 aydaki sıklığını sorgulayan 18 soru içermektedir (Ek-7). Bu soruların 9'u dikkat eksikliği alt ölçeğini oluştururken kalan 9 soru hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeğini (ki kendi içinde de motor ve sözel olarak ikiye ayrılır) oluşturur (200). Her soruya 0-4(0=asla, 4=çok sık) arasında bir puan verilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve diğerleri tarafından yapılmıştır (201). Çalışmamızda bu ölçek katılımcıların DEHB belirti düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. İç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa toplam puan için ,92, DE alt ölçeği için ,89 ve HD alt ölçeği için ,85 olarak bulunmuştur.

5.3.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler  leği

Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında duygu düzenlemedeki güçlükleri ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan öz bildirim ölçeğidir (92). Ölçek 1-5 (1=hemen hemen hiç, 5=hemen hemen her zaman) arası puan verilebilen 36 maddeden oluşur (**Ek-8**). Ölçek 6 tane alt ölçek içerir: Duygusal tepkilerin reddi (kabullenememe), olumsuz duygular yaşarken amaca yönelik davranışta bulunmakta zorluklar (amaçlar), olumsuz duygular yaşarken dürtü kontrol zorlukları (dürtü), duygusal farkındalık eksikliği (farkındalık), duygu düzenleme stratejilerine sınırlı ulaşım (strateji), duygusal netlik eksikliği (açıklık). Ölçekten alınabilecek toplam puan 36-180 aralığındadır ve daha yüksek puan duygu düzenlemede daha büyük zorluğu gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (202). Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa ,93 olarak bulunmuştur.

5.3.7. Young İnternet Bağımlılığı  leği

Young tarafından 1998 yılında DSM-IV patolojik kumar oynama kriterlerinin internet bağımlılığına adapte edilmesiyle oluşturulmuş 20 soruluk bir öz bildirim  leğidir (141). İlk hali maddelerin “nadiren”den “devamlı”ya 1-5 arasında puanlandığı 5’li Likert tipi bir ölçektir. Young 2010’da  leği maddelerin “hiçbir zaman”dan “devamlı”ya 0-5 arasında puanlandığı 6’lı Likert tipi ölçek haline modifiye etmiştir (203). Ölçekten alınabilecek puan 0-100 aralığındadır (**Ek-9**). 80-100 puan aralığında alan insanlar internet bağımlısı, 50-79 puan aralığında alan insanlar problemlili internet kullanımı olan, 0-49 puan aralığında alanlar ise normal internet kullanıcısı olarak değerlendirilir. Bu  lek adolelanlara ve yetişkinlere uygulanabilir. Yetişkin popülasyonda Türkçe geçerlik ve güvenirliği iki farklı çalışmada gösterilmiştir (204, 205). Çalışmamızda bu ölçek katılımcıların internet kullanım düzeyini ölçmek için kullanılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa ,91 olarak bulunmuştur.

5.4. İstatistik

Demografik veriler ve klinik özellikler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlardan faydalanılmıştır. Normal dağılan sürekli değişkenlerde ortalama ve standart sapma, normal dağılmayan sürekli değişkenlerde medyan ve en küçük-en büyük değerler, kategorik değişkenlerde ise görülme sayısı ve yüzde kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığının tespitinde birden fazla yöntemden faydalanılmıştır. Bunlar normallik testlerinden Shapiro-Wilk uyum iyiliği testi ve grafiksel yöntemlerden Q-Q grafik yöntemidir.

İki grup karşılaştırılırken normal dağılan sürekli değişkenler için bağımsız örneklemlerde t-testi, normal dağılmayan sürekli değişkenler ve sıralı değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik veriler içinse ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Aracılık analizleri regresyon temelli bir yaklaşımla gerçekleştirilmiştir. Bunun için regresyon ön koşulları araştırılmıştır. Normal dağılım konusunda DDGÖ puanında herhangi bir sorun yokken ASRS puanında ve YİBÖ puanında bazı sapmalar görülmüştür. ASRS puanındaki sapmanın küçük olması, örneklem büyüklüğü sebebiyle merkezi limit teoreminin devreye girecek olması sebepleriyle güvenilir bir analiz gerçekleştirilebileceği ön görülmüştür. Buna ek olarak değişkenler arasında doğrusallık varlığı, bağımsız değerler arasında çoklu bağlantılılık olmaması, uç değerlerin yokluğu, tahminlere ait hataların normal dağılımı, homoskedastiklik doğrulanmıştır. İki model oluşturulmuş ve aracılık analizi yapılmıştır. Bu modellerin birinde bağımsız değişken ASRS puanı iken diğesinde DEHB tanı varlığı olmuştur. Her iki modelde de aracı değişken DDGÖ puanı, bağımlı değişken YİBÖ puanı, ortak değişken (*covariate*) ise HAM-D ve HAM-A puanları olmuştur.

Sonuçlar %95 güven aralığında $p < ,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Tüm analizler için etki büyüklüğü hesaplanmış olup bunda $r = Z / \sqrt{N}$, Phi katsayısı, Cramer's V, Cohen's *d*, Spearman korelasyon katsayısı (ρ) ve R^2 kullanılmıştır. Analizler IBM SPSS Versiyon 30 üzerinden gerçekleştirilmiştir. Aracılık analizleri ise SPSS üzerine kurulu PROCESS Makro v4.2 ile Model 4 tercih edilerek ve 5.000 Bootstrap yeniden örneklemeyle yapılmıştır (206).

6. BULGULAR

6.1. Demografik ve Klinik Özellikler

Çalışmamıza 60'ı DEHB tanılı, 61'i sağlıklı olmak üzere toplam 121 erişkin dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri **Tablo 6.1.**'de verilmiştir.

Tablo 6.1. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri

Değişken		DEHB grubu (n=60)	Sağlıklı kontrol (n=61)	İstatistiksel analiz	Etki büyüklüğü
Yaş (Medyan[En küçük-En büyük])		28 [20-38]	27 [18-39]	U=2041,00 ^a p=,272	0,1 ^c
Cinsiyet n (%)	Kadın	30 (50)	33 (45,9)	$\chi^2(1)=0,204^b$ p=,652	0,04 ^d
	Erkek	30 (50)	28 (54,1)		
Eğitim durumu n (%)	Lise	18 (30)	13 (21,3)	U=1539,00 ^a p=,084	0,16 ^c
	Üniversite	37 (61,7)	36 (59)		
	Doktora/yüksek lisans	5 (8,3)	12 (19,7)		
İlişki durumu n (%)	İlişkisi var	28 (46,7)	28 (45,9)	$\chi^2(1)=0,007^b$ p=,933	0,008 ^d
	İlişkisi yok	32 (53,3)	33 (54,1)		
Çalışma durumu n (%)	Çalışmıyor	12 (20)	2 (3,3)	$\chi^2(2)=9,801^b$ p=,007 ^{**}	0,285 ^e
	Öğrenci	11 (18,3)	20 (32,8)		
	Çalışıyor	37 (61,7)	39 (63,9)		
Gelir durumu n (%)	Yetersiz	10 (16,7)	4 (6,6)	$\chi^2(1)=3,021^b$ p=,082	0,16 ^d
	Yeterli	50 (83,3)	57 (93,4)		
Sigara kullanımı n (%)	Evet	31 (51,7)	14 (23)	$\chi^2=10,678^b$ p=,001 ^{**}	0,3 ^d
	Hayır	29 (48,3)	47 (77)		
Alkol kullanımı n (%)	Evet	37 (61,7)	33 (54,1)	$\chi^2=0,71^b$ p=,399	0,08 ^d
	Hayır	23 (38,3)	28 (45,9)		

DEHB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

^a Mann-Whitney U testi, ^b Ki-kare testi, ^c $r = Z / \sqrt{N}$, ^d Phi katsayısı, ^e Cramer's V

* p<,05; ** p<,01; *** p<,001

DEHB grubu ile sağlıklı grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve ilişki durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak eğitim durumu için p değeri (,084) sınırdadır. İki grup arasında çalışma durumu açısından ise anlamlı fark bulunmuştur. DEHB grubunda çalışmayan birey oranı (%20) sağlıklı gruba göre (%3,3) anlamlı bir şekilde yüksektir. Gelir düzeyi belirlerken kullandığımız seçeneklerle (çok yetersiz, yetersiz, yeterli, çok yeterli) istatistiksel analiz yapmaya çalışınca bazı kategorilerin az işaretlenmiş olmasından dolayı güvenilirlik düşük kalmıştır. Bu nedenle çok yetersiz ve yetersiz kategorileri birleştirilip

yetersiz olarak, yeterli ve çok yeterli kategorileri birleştirilip yeterli olarak kodlanarak analiz gerçekleştirilmiştir. Bu analizde iki grup arasında gelir durumu açısından fark saptanmamıştır ancak p değeri (,082) sınırdadır ve etki büyüklüğü (0,16) düşüktür. Sigara kullanımı açısından DEHB tanılı bireylerde istatistiksel anlamlılığa ulaşmış bir yükseklik tespit edilmiştir. Alkol kullanımı açısından ise iki grup arasında farklılık saptanmamıştır. 121 kişilik örnekleme sadece 1 kişi madde kullandığını söylemiştir. Bu kişi DEHB grubundadır. Sayının sadece 1 olmasından dolayı istatistiksel güç çok düşük olacağından madde kullanımı açısından iki grup karşılaştırılmamıştır.

DEHB grubunun klinik özellikleri **Tablo 6.2.**'de verilmiştir.

Tablo 6.2. DEHB grubunun klinik özellikleri

		DEHB (n=60)
DEHB alt tipi n (%)	Bileşik görünüm	37 (61,7)
	DE baskın görünüm	21 (35)
	HD baskın görünüm	2 (3,3)
DEHB'ye yönelik ilaç kullanımı n (%)	Hiç kullanmamış	3 (5)
	Geçmişte kullanmış	11 (18,3)
	Şimdi, sadece gereğinde	18 (30)
	Şimdi, her gün kullanıyor	28 (46,7)
Psikiyatrik eş tanı varlığı n (%)	Var	21 (35)
	Yok	39 (65)

DEHB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; DE, dikkat eksikliği; HD, hiperaktivite/dürtüsellik

DEHB grubunun çoğu bileşik ve DE baskın görünümdeki kişilerden oluşmaktadır. İlaç kullanan katılımcılar çoğunluktadır (%76,7) ve bunların çoğu günlük olarak ilaç almaktadır. Çalışmamıza dahil edilen DEHB tanılı erişkinlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları dışlanma kriteri olarak alınmamıştır. DEHB grubundaki erişkinlerin %35'inde depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu eş tanısı olduğu görülmüştür. Bu hastaların az bir kısmında bu eş tanıları sürerken çoğunda remisyon halindeydi.

Katılımcıların en çok vakit geçirdikleri üç internet aktivitesi bir internet aktiviteleri listesi verilerek sorgulanmıştır. Her iki grupta da sosyal medya en çok birinci sırada verilen cevap oldu. Tüm katılımcılara bakıldığında %50,4'ünün en çok vakit geçirdiği aktivite sosyal medya olurken 121 katılımcının 101'inde sosyal medya ilk üçte yer aldı. İkinci en popüler aktivite ise 121 kişiden 92'sinin ilk üçünde yer alan video izlemektir. Tüm katılımcıların listelerine bakıldığında ilk üçte kendisine en fazla yer bulan üçüncü aktivite 53 kişi ile iş-ders ile ilgili aktiviteler olurken dördüncü sırada 32 kişi ile oyun oynamak ve çevrimiçi alışveriş yer aldı.

Porno, çevrimiçi flörtleşme ve bir şeyler yüklemek az verilen cevaplar arasındayken çevrimiçi bahis/kumar hiçbir katılımcının listesinde yer almadı.

Katılımcıların en çok tercih ettikleri internet aktiviteleri listesi ayrıntılı olarak **Tablo 6.3.**'te verilmiştir.

Tablo 6.3. Katılımcıların en çok tercih ettikleri internet aktiviteleri

İnternet aktivitesi	DEHB grubu (n=60)			Sağlıklı kontrol (n=61)		
	1. aktivite	2. aktivite	3. aktivite	1. aktivite	2. aktivite	3. aktivite
Oyun oynamak n (%)	10 (16,7)	5 (8,3)	7 (11,7)	3 (4,9)	3 (4,9)	4 (6,6)
Sosyal medya n (%)	24 (40)	16 (26,7)	7 (11,7)	37 (60,7)	11 (18)	6 (9,8)
Video izlemek n (%)	14 (23,3)	23 (38,3)	7 (11,7)	7 (11,5)	24 (39,3)	17 (27,9)
Haber okumak n (%)	0 (0)	1 (1,7)	5 (8,3)	1 (1,6)	4 (6,6)	6 (9,8)
Araştırma motorları n (%)	5 (8,3)	3 (5)	6 (10)	2 (3,3)	3 (4,9)	9 (14,8)
İş-ders ile ilgili aktiviteler n (%)	3 (5)	7 (11,7)	12 (20)	10 (16,4)	10 (16,4)	11 (18)
Çevrimiçi alışveriş n (%)	4 (6,7)	5 (8,3)	9 (15)	1 (1,6)	6 (9,8)	7 (11,5)
Çevrimiçi flörtleşme n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Çevrimiçi bahis/kumar n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Porno n (%)	0 (0)	0 (0)	5 (8,3)	0 (0)	0 (0)	1 (1,6)
Bir şeyler yüklemek n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

6.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

DEHB belirtileri düzeyi tüm katılımcılarda ASRS ile değerlendirilmiştir. DEHB grubu ASRS ölçeğinin hem toplam puanı hem de DE ve HD alt ölçeklerinin puanı açısından sağlıklı gruptan daha yüksek almıştır. DDGÖ'den alınan puanlara göre DEHB grubunun sağlıklı gruba göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların internet kullanımlarının olası olumsuz etkisi YİBÖ ile değerlendirilmiştir. YİBÖ toplam puanlarına bakıldığında DEHB grubunun puanı sağlıklı gruptan anlamlı bir şekilde yüksektir. DEHB grubunun HAM-D ve HAM-A ölçekleri ile değerlendirilen depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Ölçek puanlarının tanımlayıcı değerleri ve istatistiksel analiz sonuçları detaylı olarak **Tablo 6.4.**'de verilmiştir.

Tablo 6.4. Ölçek puanları açısından iki grubun karşılaştırılması

Ölçek	DEHB grubu (n=60)	Sağlıklı grup (n=61)	İstatistiksel analiz	Etki büyüklüğü
ASRS- toplam	44 (9,88)	23,52 (9,31)	t(119)=11,73 ^a p<,001**	2,132 ^c
ASRS-DE	23,86 (5,67)	12,59 (5,57)	t(119)=11,002 ^a p<,001**	2,004 ^c
ASRS-HD	21 [4-31]	10 [2-26]	U=3173,5 ^b p<,001**	0,63 ^d
DDGÖ- toplam	98,78 (21,43)	78,09 (17,46)	t(119)=5,82 ^a p<,001**	1,059 ^c
YİBÖ- toplam	41 [9-69]	25 [8-68]	U=2539,5 ^b p<,001**	0,334 ^d
HAM-D	2 [0-17]	0 [0-4]	U=2929,5 ^b p<,001**	0,545 ^d
HAM-A	2 [0-18]	0 [0-3]	U=2901 ^b p<,001**	0,548 ^d

Normal dağılan değişkenlerde ortalama (standart sapma); normal dağılmayan değişkenlerde medyan [En küçük değer-en büyük değer] verilmiştir.

DEHB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; ASRS, Adult ADHD Self Report Scale; DE, dikkat eksikliği; HD, hiperaktivite/dürtüsellik; DDGÖ, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; YİBÖ, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği; HAM, Hamilton; D, depresyon; A, anksiyete

^a Bağımsız örneklemelerde t-testi, ^b Mann-Whitney U testi, ^c Cohen's *d*, ^d $r = Z / \sqrt{N}$.

* p<,05; ** p<,01; *** p<,001

6.3. Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

Tüm katılımcıların verileri kullanılarak ölçek puanları arasında yapılan Spearman korelasyon analizi sonucunda ASRS toplam puanı ile DDGÖ toplam puanı arasında güçlü pozitif bir ilişki bulunmuştur ($\rho = ,644$; $p < ,001$). ASRS toplam puanı ile YİBÖ ($\rho = ,556$; $p < ,001$), HAM-D ($\rho = ,464$; $p < ,001$) ve HAM-A ($\rho = ,421$; $p < ,001$) toplam puanları da pozitif olarak ilişkiliklen ilişki düzeyi orta olarak saptanmıştır. DDGÖ toplam puanı da benzer şekilde YİBÖ ($\rho = ,414$; $p < ,001$), HAM-D ($\rho = ,384$; $p < ,001$) ve HAM-A ($\rho = ,421$; $p < ,001$) ile orta düzey pozitif ilişki göstermiştir. HAM-D ile HAM-A arasında oldukça güçlü bir ilişki saptanmıştır ($\rho = ,815$; $p < ,001$). Son olarak HAM-D'nin YİBÖ ile ($\rho = ,189$; $p = ,038$) ve HAM-A'nın YİBÖ ile ($\rho = ,228$; $p = ,012$) olan ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber çok zayıf-zayıf düzeyde pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin Spearman korelasyon analizi sonuçları ayrıntılı bir şekilde **Tablo 6.5.**'te verilmiştir.

Tablo 6.5. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler

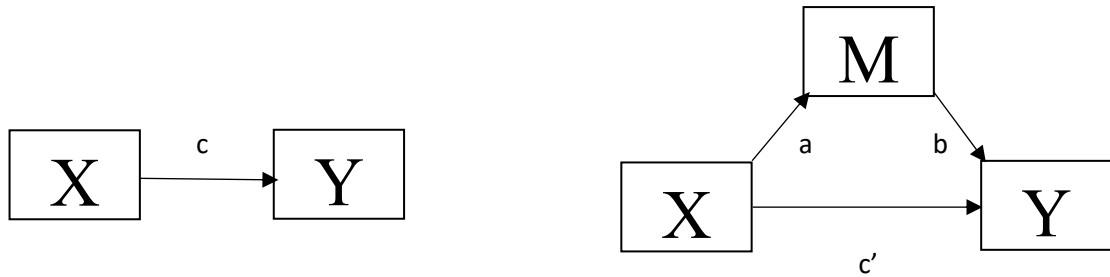
Spearman korelasyon katsayısı (ρ)					
	ASRS-toplam	DDGÖ-toplam	YİBÖ-toplam	HAM-D	HAM-A
ASRS-toplam	1				
DDGÖ-toplam	,644 p<,001**	1			
YİBÖ-toplam	,556 p<,001**	,414 p<,001**	1		
HAM-D	,464 p<,001**	,384 p<,001**	,189 p=,038*	1	
HAM-A	,461 p<,001**	,421 p<,001**	,228 p=,012*	,815 p<,001**	1

ASRS, Adult ADHD Self Report Scale; DDGÖ, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; YİBÖ, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği; HAM, Hamilton; D, depresyon; A, anksiyete
* p<,05; ** p<,01; *** p<,001

6.4. Aracılık Analizleri Sonuçları

Tüm örneklem kullanılarak iki model oluşturulmuş ve her iki modelde de aracılık analizleri gerçekleştirilmiştir. Model 1’de bağımsız değişken (X) ASRS toplam puanı, bağımlı değişken (Y) YİBÖ toplam puanı ve aracı (M) DDGÖ toplam puanı olarak belirlenmiş olup HAM-A ve HAM-D puanları ortak değişken (*covariate*) olarak modele dahil edilmiştir. Model 2’de ise tek bir değişiklik yapılmıştır. O da bağımsız değişkenin (X) DEHB tanısı varlığı/yokluğu olarak değiştirilmesidir.

Aracılık modeli kavramsal olarak **Şekil 6.1.**’de gösterilmiştir.



$$c \text{ (toplam etki)} = a \times b \text{ (dolaylı etki)} + c' \text{ (doğrudan etki)}$$

Şekil 6.1. Basit aracılı etki modeli, kavramsal gösterim

X'in ASRS toplam puanı, M'nin DDGÖ toplam puanı ve Y'nin YİBÖ toplam puanı olduğu Model 1 istatistiksel olarak anlamlıdır [F(4,116)=12,284, p<,001] ve bağımlı değişken olan YİBÖ puanındaki varyansın yaklaşık %30'unu açıklamaktadır (R²=,2975; düzeltilmiş R²=,2730). Bu modelde ASRS puanının DDGÖ puanı üzerine etkisi (a yolu) anlamlı bulunmuştur (B=,8998, SE=,1216, t=7,3943, p <,001). ASRS puanının YİBÖ puanı üzerindeki doğrudan etkisi de (c' yolu) anlamlı bulunmuştur (B=,6049, SE=,1229, t=4,9206, p<,001). Buna karşılık, DDGÖ puanının YİBÖ puanı üzerindeki etkisi (b yolu) anlamlı değildir (B=,0416, SE=,0772, t=,5389, p=,5910). Bootstrap yöntemiyle (n=5000 örneklem) elde edilen dolaylı etkinin güven aralığı da anlamlı değildir (B = ,0374, BootSE = ,0856, %95 GA [-,1309; ,2096]). Bu bulgular ASRS puanının YİBÖ puanı üzerindeki etkisinin DDGÖ puanı aracılığı ile açıklanmadığını yani aracılığın olmadığını ve bu etkinin tamamının doğrudan gerçekleştiğini göstermektedir.

Model 1'in istatistiksel analizi ayrıntılı olarak **Tablo 6.6.**'da verilmiştir.

Tablo 6.6. Model 1'in aracılık analizi

Yol	B (sh)	β	p	GA _{as} ; GA _{üs}
ASRS → DDGÖ a yolu	,89 (.12)	,57	***	,65; 1,13
DDGÖ → YİBÖ b yolu	,04 (.07)	,05	,5910	-,11; ,19
ASRS → YİBÖ doğrudan etki (c' yolu)	,60 (.12)	,51	***	,36; ,84
ASRS → YİBÖ toplam etki (c yolu)	,64 (.10)	,54	***	,44; ,84
Dolaylı etki (a×b) ^a	,03 (.08)	,03	-	-,13; ,20

Bu aracılık modelinde HAM-D ve HAM-A ortak değişken (*covariate*) olarak modelde yer almıştır.

B, standartlaşmamış katsayı; sh, standart hata; β , standartlaştırılmış katsayı; GA_{as}, güven aralığı alt sınır; GA_{üs}, güven aralığı üst sınır, ASRS, Adult ADHD Self Report Scale; DDGÖ, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; YİBÖ, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği; HAM, Hamilton; D, depresyon; A, anksiyete

^a 5000 Bootstrap örnekleme ile hesaplanmıştır.

* p<,05; ** p<,01; *** p<,001

X'in DEHB tanı durumu, M'nin DDGÖ toplam puanı ve Y'nin YİBÖ toplam puanı olduğu Model 2 istatistiksel olarak anlamlıdır [F(4,116)=6,11, p=,0002] ve bağımlı değişken olan YİBÖ puanındaki varyansın yaklaşık %17'sini açıklamaktadır (R²=,1739; düzeltilmiş R²=,1449). Bu modelde DEHB tanısının DDGÖ puanı üzerine etkisi (a yolu) anlamlı bulunmuştur (B=15,80, SE=4,02, t=3,93, p<,001). DDGÖ puanının YİBÖ puanı üzerine olan

etkisi (b yolu) da anlamlıdır (B=,2108, SE=,0735, t=2,86, p=,0049). Ancak DEHB tanısının YİBÖ üzerine olan doğrudan etkisi (c' yolu) istatistiksel olarak anlamsızdır (B=6,11, SE=3,40, t=1,79, p=,0749). Bootstrap yöntemiyle (n=5000 örneklem) elde edilen dolaylı etkinin güven aralığı da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (B=3,33; BootSE=1,46; %95 GA [0,72, 6,49]). Bu bulgular DEHB tanısının YİBÖ puanı üzerindeki toplam etkisinin tamamının dolaylı yoldan gerçekleştiğini yani DEHB tanısı ile YİBÖ puanı ilişkisinde DDGÖ puanının tam aracılık yaptığını göstermektedir.

Model 2'nin istatistiksel analizi ayrıntılı olarak **Tablo 6.7.**'da verilmiştir.

Tablo 6.7. Model 2'nin aracılık analizi

Yol	B (sh)	β	p	GA _{as} ; GA _{üs}
DEHBt → DDGÖ a yolu	15,80 (4,01)	,71	<,001***	7,84; 23,76
DDGÖ → YİBÖ b yolu	,21 (,07)	,28	0,0049**	,06; ,35
DEHBt → YİBÖ doğrudan etki (c' yolu)	6,11 (3,40)	,37	0,0749	-,62; 12,84
DEHBt → YİBÖ toplam etki (c yolu)	9,44 (3,29)	,57	0,0049**	2,92; 15,96
Dolaylı etki (a×b) ^a	3,33 (1,46)	,20	-	,72; 6,49

Bu aracılık modelinde HAM-D ve HAM-A ortak değişken (*covariate*) olarak modelde yer almıştır.

B, standartlaşmamış katsayı; sh, standart hata; β , standartlaştırılmış katsayı; GA_{as}, güven aralığı alt sınır; GA_{üs}, güven aralığı üst sınır; DEHBt, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı; DDGÖ, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği; YİBÖ, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği; HAM, Hamilton; D, depresyon; A, anksiyete

^a 5000 Bootstrap örnekleme ile hesaplanmıştır.

* p<,05; ** p<,01; *** p<,001

7. TARTIŞMA

Çalışmamızın temel amacı DEHB tanılı erişkinlerde internet bağımlılığı düzeyini sağlıklı erişkinlerle karşılaştırmak ve DEHB-internet bağımlılığı ilişkisinde duygu düzenleme güçlüğüne olası aracılık rolünü araştırmaktır. Elde ettiğimiz sonuçlara göre DEHB tanılı erişkinlerde internet bağımlılığı düzeyi sağlıklı erişkinlere göre daha yüksektir. Bunun yanı sıra DEHB tanılılar sağlıklılara göre duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşamaktadır. Bunlara ek olarak DEHB belirti düzeyi, duygu düzenleme güçlüğü düzeyi ve internet bağımlılığı düzeyi birbirleriyle ikili olarak pozitif korelasyon içindedir. Son olarak tüm örneklemede yaptığımız aracılık analizlerine göre DEHB tanısı ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü düzeyi tam aracı rolündedir. DEHB belirti düzeyi ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkide ise duygu düzenleme güçlüğü düzeyi aracılık rolü oynamamaktadır.

Çalışmamızdaki DEHB grubu ve sağlıklı grubun demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu yaş ve cinsiyet yönünden benzer iki grubu karşılaştırdığımız göstermektedir.

İki grubun eğitim düzeyi arasındaki fark sınıra yakın olsa da istatistiksel anlamlılık göstermemiştir. Her ne kadar istatistiksel fark bulunmadı ise de tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde sağlıklı grupta DEHB grubuna göre lise mezunu sayısının daha az, yüksek lisans/doktora yapan sayısının daha çok olduğu görülmüştür. Literatürde DEHB tanısı çocuklarda daha düşük not ortalaması, daha fazla sene tekrarı, artmış ceza ve okuldan atılma oranları ve sonucunda daha az mezuniyet ve eğitim devamı ile ilişkilendirilmiştir (207). Genç yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda DEHB tanılı bireylerin sağlıklılara göre lise bitirme oranlarının ve lise sonrası eğitime devam oranlarının daha düşük olduğu ve genel olarak daha kötü akademik performans sergiledikleri gösterilmiştir (54, 208, 209). Çalışmamızda iki grubun eğitim durumu açısından birbirinden istatistiksel olarak anlamlı farklı olmamasının sebebi örneklem boyutu olabilir. Grupların eğitim durumu açısından benzer oluşu bize eğitim durumunun DDGÖ ve YİBÖ üzerinde olası etkisini düşünmeden iki grubu karşılaştırma şansı vermiştir.

Romantik ilişki durumu ile ilgili olarak katılımcılara sadece partnerlerinin olup olmadığı sorulmuştur. Her iki grupta da romantik ilişkisi olmayanlar yüzde 50'nin biraz üzerinde olup iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde DEHB'nin romantik ilişki üzerine etkisine dair çalışmalar sınırlıdır ve bulgularının genelleştirilmesi zordur. Mevcut çalışmalarda DEHB yüksek boşanma oranları, düşük evlilik memnuniyeti ve yakınlık, zayıf ilişki becerileri, ilgisizlik ve sinirlilikle ilişkilendirilmiştir (210, 211).

Çalışma durumu açısından çalışmamızdaki DEHB grubu ile sağlıklı grup arasında fark bulunmuştur. Sağlıklı grupta çalışma oranı DEHB grubundan yüksektir. Bu bulgumuz literatürle uyumludur. Literatüre göre DEHB tanılı erişkinlerde işsizlik oranı sağlıklılara göre daha yüksektir (212, 213). Buna ek olarak DEHB tanılı bireyler iş yerinde hem sosyal ilişkilerde hem de iş performansında sorunlar yaşamaktadır (214). İşe dair bu sorunlarda DEHB belirtilerinin yanında eş tanılar da etken olabilmektedir (215).

Gelir durumu yönünden katılımcılar nesnel ölçütlerle sorgulanmamıştır. Yeterli ve yetersiz olarak öznel seçenekler sunulmuştur. Sağlıklı grupta çalışma oranı DEHB grubundan anlamlı bir şekilde yüksek olmasına rağmen DEHB grubu sağlıklı gruptan gelir durumu açısından farklılık göstermemiştir ancak p değeri sınıra çok yakındır. Gruplar arası fark olmamasında gelir durumu sorgulamasında öznel ölçütlerin kullanılması rol oynamış olabilir. Literatürde DEHB tanılı bireylerin ortalama gelirlerini sağlıklılarla karşılaştıran bir çalışma görülmüştür (216). Amerika’da yapılan bu çalışmada DEHB tanılı erişkinlerin ortalama geliri sağlıklılardan düşüktür. Bizim bulgumuz bu çalışma ile uyumlu değildir.

Sigara kullanımında DEHB grubu ile sağlıklı grup arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. DEHB grubunun yarısından çoğu sigara kullanmaktadır. Literatürde de bizim çalışmamız gibi DEHB tanılı bireylerin sağlıklılara göre daha yüksek oranda sigara kullandığını gösteren pek çok çalışma vardır (217, 218). DEHB’de nikotin bağımlılığının sağlıklılara göre daha fazla görülmesinde kendi kendine ilaç tedavisi (*self-medication*) en önemli etken olabilir (219). Çalışmamızda alkol ve madde kullanım bozuklukları dışlama kriterleri arasındadır. DEHB grubu ile sağlıklı grup arasında alkol kullanımında anlamlı bir fark yoktur. Her iki grupta da alkol kullanımı sosyal içicilik şeklindedir. Tüm katılımcılar arasında madde kullanan sadece bir kişi vardır. O da DEHB grubundadır. Bu katılımcı madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamamaktadır.

Klinik özellikler yönünden DEHB grubumuzun çoğu (%61,7) bileşik görünümündedir. Bunu %35 ile DE baskın görünüm takip etmiştir. HD baskın olan hasta oranı %3,3’tür. Literatüre baktığımızda oranlar değişmekle beraber erişkin DEHB tanılı klinik örneklerde alt tiplerin dağılımında çalışmamızda olduğu gibi bileşik görünümün en fazla ve HD baskın görünümün en az olduğu görülmektedir (220-222). Çalışmamızdaki DEHB grubunun %76,7’si DEHB için ilaç kullanmaktadır. Bu hastaların yarısından çoğu günlük ilaç almaktadır. Hastaların sadece %5’i hayatlarında hiç ilaç kullanmamıştır. Farmakoterapi kullanımını açısından bu yüksek oranı örnekleme erişkin bir psikiyatri kliniğinde takipli DEHB hastalarının oluşturmasına bağlayabiliriz. Çalışmamızda DEHB grubu için depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları dışlama kriterleri arasında yer almamaktadır. Bunun sebebi erişkin DEHB’nin depresyon ve anksiyete bozukluğu ile yüksek oranlarda eş tanılık göstermesidir (69,

223). DEHB grubu HAM-D ve HAM-A puanlarında sağlıklı gruptan anlamlı olarak ve büyük etki ile (>,5) yüksek almıştır. Hastaların psikiyatrik eş tanı durumları klinik görüşmede değerlendirilmiştir. Farmakoterapi ile remisyonda olan hastaların ise dosyaları incelenmiştir. Bunun sonucunda DEHB grubundaki katılımcıların %35'inde depresyon ve/veya anksiyete bozukluğu eş tanısı olduğu belirlenmiştir. DEHB grubundaki psikiyatrik eş tanısı olan hastaların çoğu psikiyatrik eş tanıları için tedavi altında olup remisyondadır. Buna rağmen depresyon ve anksiyete ölçeği puanları açısından DEHB grubunun sağlıklı gruptan yüksek aldığı görülmektedir.

Çalışmamızda ilk hipotezle uyumlu olarak DEHB tanılı grupta internet bağımlılığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. İnternet bağımlılığı düzeyi ölçümünde literatürde en fazla kullanılmış olan Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Literatüre bakıldığında erişkinlerde bu ilişkinin incelendiği çalışmaların genellikle klinik olmayan bir örnekleme öz bildirim ölçekleri ile gerçekleştirildiği görülmüştür. Bu yöntem DEHB belirti düzeyi ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkiyi gösterebilse de DEHB tanısı konmuş bireylerle sağlıklı bireyler arasında bir karşılaştırma mümkün olmamaktadır. Psikiyatrik görüşmelerle DEHB tanısının doğrulandığı iki çalışma bulunmuştur (189, 224). Bu çalışmalarda da öz bildirim ölçek sonuçlarıyla internet bağımlılığı olan ve olmayan iki grup oluşturulmuştur. Hasta grupta erişkin DEHB tanısının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamız ise DEHB tanılı erişkin klinik bir örneklemin internet bağımlılığı açısından sağlıklı bir grupla karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Bu da ilk hipotezimizin doğrulanmasını kıymetli bir bulgu haline getirmektedir. Ancak biz çalışmamızda internet bağımlılığı fenomenine kategorik bir tanı değil boyutsal bir yapı olarak yaklaştık. Bunda tanı ve terminoloji konusundaki karışıklıklar önemli rol oynamıştır. Ek olarak çoğu kaynakta YİBÖ'den 80 ve üstü puan almak internet bağımlılığı ile uyumlu görülürken çalışmamızdaki katılımcılardan hiçbiri YİBÖ'den 80 ve üstü bir puan almamıştır. Bu da YİBÖ'nün çalışmamızda sürekli bir değişken olarak kullanılmasında etken olmuştur. YİBÖ puanı internet bağımlılığı belirti düzeyi olarak yorumlanmıştır. DEHB grubu bu ölçekten orta etki büyüklüğü düzeyinde sağlıklı gruptan daha yüksek puan almıştır.

İkinci hipotez olan erişkin DEHB tanılı bireylerin sağlıklılara göre duygu düzenleme güçlüğü daha fazla yaşaması da çalışmamızda doğrulandı. Duygu düzenleme güçlüğü ölçümünde literatürde öz bildirim yöntemi olarak en sık kullanılan Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinden faydalandık. Her ne kadar duygu düzenleme, tanımı ve ölçüm yöntemleri açısından üzerinde mutabakata varılmış bir psikolojik yapı olmasa da Shaw ve ark.nın sistematik gözden geçirmesinde DEHB'li erişkinlerin bu konuda sağlıklılara göre çok daha fazla sorun yaşadıkları ortaya konmuştur (14). Bulgularımız da bu konuda literatürle uyumludur.

Üçüncü ve dördüncü hipotezler ise incelenen üç yapının -DEHB belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü düzeyi ve internet bağımlılığı düzeyi- birbirleriyle pozitif ilişki içinde olmasıdır. Bulgularımız bunları doğrulamaktadır. İlk iki hipotez için hasta ve sağlıklı gruplar arasında karşılaştırma yapılmışken üçüncü ve dördüncü hipotezleri sınamak için tüm katılımcıların ilgili ölçek sonuçları analiz edilmiştir. Literatürde erişkinlerde DEHB belirtileri ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalar genellikle üniversite öğrencilerinde yapılmış ve pozitif ilişki gösterilmiştir (184-188). Bu çalışmalar klinik olmayan örneklerde yapıldığı için genellikle çok daha büyük örneklerde gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamız daha küçük bir örnekleme sahip olmakla birlikte yaş ortalamasının daha büyük oluşu, sadece öğrencilerden oluşmaması yönleriyle bu çalışmalardan ayrılrsa da bulgularımız uyumlu bulunmuştur. İnternet bağımlılığı ile duygu düzenleme güçlüğü ilişkisinde literatür adolesanlarda yapılan çalışmalar yönünden zengindir ve bu çalışmalarda pozitif ilişki gösterilmiştir (225-227). Genç erişkinlerde yapılan çalışmalarda da aynı şekilde pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (17, 182) ve bulgularımızla uyumludur. DEHB belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğü arasında ise güçlü pozitif bir korelasyon saptadık. DEHB belirtileri-internet bağımlılığı ve duygu düzenleme güçlüğü-internet bağımlılığı ilişkileri orta düzeydeyken bu ilişkinin güçlü olmasında çalışmamızın klinik bir örnekleme yapılmış olması ve DEHB tanısı alan bireylerin duygu düzenleme güçlüğü gibi ek sorunlar yaşama olasılığının daha yüksek olması etkili olmuş olabilir.

Son iki hipotezi sınamak için iki farklı modelde aracılık analizi gerçekleştirilmiştir. İlk modelde DEHB belirti düzeyi (ASRS'den alınan toplam puan) ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü düzeyinin aracılık rolü araştırılmıştır ve hipotezin aksine burada bir aracılığın söz konusu olmadığı gösterilmiştir. Bu konuda literatür sınırlıdır. Erişkin örnekleme DEHB belirti düzeyi, internet bağımlılığı ve duygu düzenleme güçlüğüne dair iki çalışma bulunmaktadır (19, 20). Bu çalışmaların ikisi de klinik olmayan örneklerde internet üzerinden öz bildirim ölçekleriyle gerçekleştirilmiştir. Bulgularında ise şöyle bir çelişki mevcuttur: Evren ve ark. duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB belirti düzeyi ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkide kısmi aracı olduğunu ortaya koyarken El Archi ve ark.nın çalışmasında aracılık gösterilememiştir. Bizim bulgumuz da aracılık olmadığı yönündedir. İkinci modelde ise DEHB belirti düzeyi yerine DEHB tanısı kullanılarak altıncı hipotez sınanıldığında farklı bir sonuç alınmıştır. İkinci modele göre DEHB tanısı ile internet bağımlılığı düzeyi arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğü tam aracılık rolü oynamaktadır. Yani DEHB tanısı internet bağımlılığı düzeyini arttırma etkisinin tamamını duygu düzenleme güçlüğü'nü arttırarak meydana getirmektedir. DEHB tanısı almış erişkin klinik bir örnekleme bu ilişkiye dair yapılmış bir çalışma bulunamamıştır. ASRS puanı DEHB tanısı ile değiştirilince

oluşan bu fark gerçek hayata uygun görünmemekle beraber bu sonucun çeşitli açıklamaları olabilir. Örneklemin küçük olması ilk modelde bir aracılık olmamasına yol açmış olabilir. ASRS sürekli bir değişken olduğu için internet bağımlılığı üzerindeki doğrudan etkisinin güçlü ve daha açıklayıcı oluşu dolaylı etkilerin istatistiksel anlamlılığa ulaşmamasıyla sonuçlanmış olabilir. Bununla uyumlu olarak ilk model YİBÖ puanlarındaki varyansın yaklaşık %30'unu açıklarken ikinci model %17'de kalmıştır. Son ve en önemli olarak DEHB tanısı değişkeninin belirli bir klinik eşiği temsil etmesi bu durumu açıklayabilir. DEHB belirtileri toplumda sürekli olarak dağılırken DEHB tanısı konmuş olmak belirgin bir belirti profili, işlevsellikte bozulma ve artmış ek problem -duygu düzenleme güçlüğü gibi- riskini beraberinde getirmektedir. Bu bulgular psikopatolojinin belirli eşikler aşıldığında farklı işleyebileceğini ve tanıya dayalı modellerin bazı ilişkileri daha net ortaya koyabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın bulgularından önemli klinik çıkarımlar yapılabilir. Erişkin DEHB tanılı bireylerin tedavisinde internet ile ilişkili sorunlarla karşılaşıldığında bunda duygu düzenleme güçlüğüne de önemli bir rol oynayabileceği gösterilmiştir. Bu nedenle internet bağımlılığını düşündürecek şikayetlerle başvuran DEHB hastalarında duygu düzenleme güçlüğüne hedef olarak belirlemek iyi olabilir. Ne yazık ki literatür DEHB'de duygu düzenleme güçlüğü tedavisi konusunda kısıtlıdır. Yine de uyarıcıların (127), atomoksetinin (126), bilişsel davranışçı terapinin (135), bilinçli farkındalık (*mindfulness*) yönteminin (228) faydalarına dair çalışmalar mevcuttur. Literatürde anti-depresanların ve duygudurum düzenleyicilerin DEHB'de duygu düzenleme güçlüğüne kullanımına dair çalışma bulunmamıştır. Bu ilaç grupları DEHB'de genellikle komorbid duygudurum bozukluklarında kullanılmaktadır ve o durumlarda tercih edilmesi önerilmektedir (14). Çalışmamızın odak noktası olmasa da internet bağımlılığı düşündürecek şikayetleri olan hastalarda DEHB açısından bir değerlendirmede bulunmak, duygu düzenleme becerilerini değerlendirmek faydalı olabilir.

Çalışmamızın güçlü yönlerinin başında klinik bir örnekleme gerçekleştirilmesi gelmektedir. Hastalarda DEHB tanısı varlığının onaylanması ve sağlıklılarda bu tanının dışlanması klinik görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma erişkin DEHB tanılı bireylerde internet bağımlılığı düzeylerini ve buna duygu düzenleme güçlüğüne etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Tabii bunlarla birlikte bazı kısıtlılıklar da mevcuttur. Sonuçlar üzerinde DEHB alt tipinin, eş tanıların, ilaç kullanımlarının etkileri değerlendirilmemiştir. DEHB tanısı için yarı yapılandırılmış klinik bir görüşme gerçekleştirilmiştir ama internet bağımlılığı düzeyi için sadece öz bildirim ölçeği kullanılmıştır. İnternette yapılan aktiviteler sorgulanmıştır ancak tanımlayıcı istatistikler dışında herhangi bir analizde kullanılmamıştır. Bunda örneklem boyutunun küçüklüğü de önemli bir faktördür. Yine örneklem büyüklüğü sebebiyle DDGÖ ve YİBÖ için doğrulayıcı faktör analizi yapılmamıştır. Analizde bu ölçeklerin toplam puanları

kullanılmış olup alt ölçekler analize dahil edilememiştir. Son olarak bu çalışma kesitsel bir çalışmadır ve sonuçlar üzerinden bir nedensellik kurulamaz. Bu konuda kesitsel çalışmaların artırılmasının yanı sıra boylamsal çalışmalara da ihtiyaç vardır.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar DEHB tanılı erişkinlerde sağlıklı erişkinlere göre daha yüksek internet bağımlılığı düzeyi görülmesinde duygu düzenleme güçlüğü'nün önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Erişkinlerde DEHB günümüzde çok daha iyi bilinen ve tanı konulup tedavi edilen bir bozukluktur. İnternetin de modern hayatta giderek artan yeri ve yaygınlığı düşünüldüğünde her ne kadar internet bağımlılığı fenomeni tartışmalı bir konu olsa da hastalar bu alanda yaşadıkları sıkıntılarla kliniklere başvurabilmektedir. DEHB'li erişkinlerde internetle ilişkili sorun yaşama riskinin daha yüksek olduğu unutulmamalıdır. Bu hasta grubunda duygu düzenleme becerilerinin de sorgulanması önerilir. Ayrıca internetle ilişkili sorun yaşayan hastalarda DEHB ve duygu düzenleme yönünden yapılacak değerlendirmeler tedavi açısından çok önemlidir. Literatürde DEHB, duygu düzenleme güçlüğü, internet bağımlılığı ilişkisine dair çalışmalar daha çok çocuk ve adolesan popülasyonlarda gerçekleştirilmiştir. Bu konularda erişkinlerde yapılacak özellikle klinik örneklemin kullanıldığı çalışmaların artırılması gereklidir. Ek olarak özellikle internet bağımlılığı ve duygu düzenleme kavramlarının teorik temellerindeki karışıklık bu konularda yapılan çalışmalarda ciddi metodolojik çeşitliliğe yol açmaktadır. Bu nedenle tutarlı ve faydalı bilgi birikimi oluşturmak çok zor olmaktadır. Ortak dil kullanımından bu alanların göreceği fayda büyük olabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a current overview. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017, Cilt 114, 9, s. 149.
2. Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T. ve diğ. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015.
3. Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J. K., ... & Reif, A. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology*. 2018, Cilt 28, 10, s. 1059-1088.
4. Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*. 2016, Cilt 3, 6, s. 568-578.
5. Gross, J.J. Emotion Regulation. *Handbook of Emotions Third Edition*. New York : The Guilford Press, 2008.
6. Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion review*. 2011, Cilt 3, 1, s. 8-16.
7. Stifter, C., & Augustine, M. Emotion regulation. *Handbook of emotional development*. basım yeri bilinmiyor : Springer, 2019, s. 405-430.
8. Lincoln, T. M., Schulze, L., & Renneberg, B. The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology*. 2022, Cilt 1, 5, s. 272-286.
9. Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017, Cilt 57, s. 141-163.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(5th ed.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013.
11. PH, Wender. *Attention deficit hyperactivity disorder in adults*. basım yeri bilinmiyor : University Press, Oxford, 1995.
12. Barkley, R. A. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York : Guilford, 2006.
13. Soler-Gutiérrez, A. M., Pérez-González, J. C., & Mayas, J. Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *Plos one*. 2023, Cilt 18, 1, s. e0280131.

14. Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014, Cilt 171, 3, s. 276-293.
15. Pontes, H. M., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. Clinical psychology of Internet addiction: a review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience and Neuroeconomics*. 2015, s. 11-23.
16. Poon, K. T. Unpacking the mechanisms underlying the relation between ostracism and Internet addiction. *Psychiatry research*. 2018, Cilt 270, s. 724-730.
17. Gioia, F., Rega, V., & Boursier, V. Problematic internet use and emotional dysregulation among young people: A literature review. *Clinical neuropsychiatry*. 2021, Cilt 18, 1, s. 41.
18. Wang, B. Q., Yao, N. Q., Zhou, X., Liu, J., & Lv, Z. T. The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2017, Cilt 17, s. 1-12.
19. Evren, B., Evren, C., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. Relationship of internet addiction severity with probable ADHD and difficulties in emotion regulation among young adults. *Psychiatry Research*. 2018, Cilt 269, s. 494-500.
20. El Archi, S., Barrault, S., Brunault, P., Ribadier, A., & Varescon, I. Co-occurrence of adult ADHD symptoms and problematic internet use and its links with impulsivity, emotion regulation, anxiety, and depression. *Frontiers in Psychiatry*. 2022, Cilt 13, s. 792206.
21. Barkley, R. A., & Peters, H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit"(Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *Journal of attention disorders*. 2012, Cilt 16, 8, s. 623-630.
22. Martinez-Badía, J., & Martinez-Raga, J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World journal of psychiatry*. 2015, Cilt 5, 4, s. 379.
23. Still, G. F. Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*. 1902.
24. Strohl, M. P. Bradley's Benzedrine studies on children with behavioral disorders. *The Yale journal of biology and medicine*. 2011, Cilt 84, 1, s. 7.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. basım yeri bilinmiyor : American Psychiatric Association., 1980.
26. Still, G. F. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of attention disorders*. 2006, Cilt 10, 2, s. 126-136.
27. Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & Kessler, R. C. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world

health organization world mental health surveys. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 2017, Cilt 9, s. 47-65.

28. Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*. 2014, Cilt 43, 2, s. 434-442.

29. Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Nelson, P., Polanczyk, G. V., Flaxman, A. D., Vos, T., ... & Scott, J. G. Research Review: Epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013, Cilt 54, 12, s. 1263-1274.

30. Wood, D. R., Reimherr, F. W., Wender, P. H., & Johnson, G. E. Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Archives of general psychiatry*. 1976, Cilt 33, 12, s. 1453-1460.

31. Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*. 1985, Cilt 24, 2, s. 211-220.

32. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*. 2006, Cilt 36, 2, s. 159-165.

33. Lara, C., Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., ... & Sampson, N. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry*. 2009, Cilt 65, 1, s. 46-54.

34. van Lieshout, M., Luman, M., Twisk, J. W., van Ewijk, H., Groenman, A. P., Thissen, A. J., ... & Oosterlaan, J. A 6-year follow-up of a large European cohort of children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined subtype: outcomes in late adolescence and young adulthood. *European child & adolescent psychiatry*. 2016, Cilt 25, s. 1007-1017.

35. Cheung, C. H., Rijdsdijk, F., McLoughlin, G., Faraone, S. V., Asherson, P., & Kuntsi, J. Childhood predictors of adolescent and young adult outcome in ADHD. *Journal of psychiatric research*. 2015, Cilt 62, s. 92-100.

36. Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*. 2007, Cilt 164, 6, s. 942-948.

37. Willcutt, E. G. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012, Cilt 9, 3, s. 490-499.

38. Tannock, R. Rethinking ADHD and LD in DSM-5: Proposed changes in diagnostic criteria. *Journal of learning disabilities*. 2013, Cilt 46, 1, s. 5-25.
39. Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009, Cilt 194, 3, s. 204-211.
40. Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... & Jin, R. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2007, Cilt 190, 5, s. 402-409.
41. Roy, A., Hechtman, L., Arnold, L. E., Sibley, M. H., Molina, B. S., Swanson, J. M., ... & Stern, K. Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: results from the MTA. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016, Cilt 55, 11, s. 937-944.
42. Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of psychiatric research*. 2011, Cilt 45, 2, s. 150-155.
43. Dalsgaard, S., Østergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *The Lancet*. 2015, Cilt 385, 9983, s. 2190-2196.
44. Riglin, L., Collishaw, S., Thapar, A. K., Dalsgaard, S., Langley, K., Smith, G. D., ... & Thapar, A. Association of genetic risk variants with attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories in the general population. *JAMA psychiatry*. 2016, Cilt 73, 12, s. 1285-1292.
45. Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., ... & Thapar, A. Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013, Cilt 54, 10, s. 1038-1046.
46. Wolraich, M. L., Chan, E., Froehlich, T., Lynch, R. L., Bax, A., Redwine, S. T., ... & Hagan Jr, J. F. ADHD diagnosis and treatment guidelines: a historical perspective. *Pediatrics*. 2019, Cilt 144, 4, s. e20191682.
47. Shah, P. J., & Morton, M. J. Adults with attention-deficit hyperactivity disorder—diagnosis or normality?. *The British Journal of Psychiatry*. 2013, Cilt 203, 5, s. 317-319.
48. Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E. D. Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011, Cilt 52, 9, s. 954-963.

49. Francx, W., Oldehinkel, M., Oosterlaan, J., Heslenfeld, D., Hartman, C. A., Hoekstra, P. J., ... & Mennes, M. The executive control network and symptomatic improvement in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cortex*. 2015, Cilt 73, s. 62-72.
50. Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., ... & Lahey, B. B. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of abnormal psychology*. 2012, Cilt 121, 4, s. 991.
51. Kooij, J. J. S. *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment (4th ed.)*. basım yeri bilinmiyor : Springer, 2022.
52. Asherson, P., Adamou, M., Bolea, B., Muller, U., Morua, S. D., Pitts, M., ... & Young, S. Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *Bmj*. 2010, s. 340.
53. Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., ... & Asherson, P. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*. 2010, Cilt 10, s. 1-24.
54. Fredriksen, M., Dahl, A. A., Martinsen, E. W., Klungsoyr, O., Faraone, S. V., & Peleikis, D. E. Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2014, Cilt 6, s. 87-99.
55. Halmøy, A., Fasmer, O. B., Gillberg, C., & Haavik, J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *Journal of attention disorders*. 2009, Cilt 13, 2, s. 175-187.
56. Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., & Looer, K. The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003, Cilt 44, 4, s. 637-646.
57. Fuermaier, A. B., Tucha, L., Evans, B. L., Koerts, J., de Waard, D., Brookhuis, K., ... & Tucha, O. Driving and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of neural transmission*. 2017, Cilt 124, s. 55-67.
58. Wymbs, B., Molina, B., Pelham, W., Cheong, J., Gnagy, E., Belendiuk, K., ... & Waschbusch, D. Risk of intimate partner violence among young adult males with childhood ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2012, Cilt 16, 5, s. 373-383.
59. Buitelaar, N. J., Posthumus, J. A., & Buitelaar, J. K. ADHD in childhood and/or adulthood as a risk factor for domestic violence or intimate partner violence: a systematic review. *Journal of attention disorders*. 2020, Cilt 24, 9, s. 1203-1214.

60. Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., & González, R. Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2015, Cilt 45, 12, s. 2499-2510.
61. Gaïffas, A., Galéra, C., Mandon, V., & Bouvard, M. P. Attention-deficit/hyperactivity disorder in young French male prisoners. *Journal of forensic sciences*. 2014, Cilt 59, 4, s. 1016-1019.
62. Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. Long-term criminal outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2013, Cilt 23, 2, s. 86-98.
63. Scott, J. G., Pedersen, M. G., Erskine, H. E., Bikic, A., Demontis, D., McGrath, J. J., & Dalsgaard, S. Mortality in individuals with disruptive behavior disorders diagnosed by specialist services—A nationwide cohort study. *Psychiatry Research*. 2017, Cilt 251, s. 255-260.
64. Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2015, Cilt 7, s. 27-38.
65. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003, Cilt 60, 8, s. 837-844.
66. Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A., & Romanos, M. Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2010, Cilt 2, s. 267-289.
67. Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., ... & Bonati, M. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*. 2017, Cilt 26, s. 1443-1457.
68. Choi, W. S., Woo, Y. S., Wang, S. M., Lim, H. K., & Bahk, W. M. The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PloS one*. 2022, Cilt 17, 11, s. e0277175.
69. Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*. 2017, Cilt 17, s. 1-15.
70. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... & Zuddas, A. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European child & adolescent psychiatry*. 2004, Cilt 13, s. i7-i30.
71. (UK)., National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. 2009.

72. Deutsche Gesellschaft für Kinder-, Jugendpsychiatrie, and Psychotherapie. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes-und Jugendalter: mit 9 Tabellen. basım yeri bilinmiyor : Deutscher Ärzteverlag., 2007.
73. Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *ADHD attention deficit and hyperactivity disorders*. 2015, Cilt 7, s. 89-99.
74. Vidal-Estrada, R., Bosch-Munso, R., Nogueira-Morais, M., Casas-Brugue, M., & Ramos-Quiroga, J. A. Psychological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review. *Actas espanolas de psiquiatria*. Cilt 40, 3, s. 147-154.
75. Jensen, C. M., Amdisen, B. L., Jørgensen, K. J., & Arnfred, S. M. Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2016, Cilt 8, s. 3-11.
76. Morgensterns, E., Alfredsson, J., & Hirvikoski, T. Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2016, Cilt 8, s. 101-111.
77. Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M. J., & Kofman, M. D. Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry*. 2010, Cilt 167, 8, s. 958-968.
78. Prevatt, F., & Yelland, S. An empirical evaluation of ADHD coaching in college students. *Journal of attention disorders*. 2015, Cilt 19, 8, s. 666-677.
79. Den Heijer, A. E., Groen, Y., Tucha, L., Fuermaier, A. B., Koerts, J., Lange, K. W., ... & Tucha, O. Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *Journal of Neural Transmission*. 2017, Cilt 124, s. 3-26.
80. Vysniauske, R., Verburch, L., Oosterlaan, J., & Molendijk, M. L. The effects of physical exercise on functional outcomes in the treatment of ADHD: a meta-analysis. *Journal of attention disorders*. 2020, Cilt 24, 5, s. 644-654.
81. De Crescenzo, F., Cortese, S., Adamo, N., & Janiri, L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *BMJ Ment Health*. 2017, Cilt 20, 1, s. 4-11.
82. Faraone, S. V., & Glatt, S. J. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit/hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009, Cilt 71, 6, s. 3475.

83. Childress, A. C. A critical appraisal of atomoxetine in the management of ADHD. *Therapeutics and clinical risk management*. 2015, s. 27-39.
84. Geffen, J., & Forster, K. Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Therapeutic advances in psychopharmacology*. 2018, Cilt 8, 1, s. 25-32.
85. Gross, J. J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998, Cilt 2, 3, s. 271-299.
86. —. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015, Cilt 26, 1, s. 1-26.
87. Suri G., Gross, J.J. Emotion Regulation:A Valuation Perspective. *Handbook of Emotions* 4th edition. basım yeri bilinmiyor : The Guilford Press, 2016.
88. Gross, J. J. Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*. Cilt 13, 5, s. 551-573.
89. Preece, D. A., Ditzer, J., & Gross, J. J. Emotion Regulation. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. 2025.
90. Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*. 2010, Cilt 48, 10, s. 974-983.
91. —. The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*. 2012, Cilt 50, 7-8, s. 493-501.
92. Gratz, K. L., & Roemer, L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004, Cilt 26, s. 41-54.
93. Russo, M., Levine, S. Z., Demjaha, A., Di Forti, M., Bonaccorso, S., Fearon, P., ... & Reichenberg, A. Association between symptom dimensions and categorical diagnoses of psychosis: a cross-sectional and longitudinal investigation. *Schizophrenia bulletin*. 2014, Cilt 40, 1, s. 111-119.
94. Tamminga, C. A., Ivleva, E. I., Keshavan, M. S., Pearlson, G. D., Clementz, B. A., Witte, B., ... & Sweeney, J. A. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *American Journal of psychiatry*. 2013, Cilt 170, 11, s. 1263-1274.
95. Pettersson, E., Larsson, H., & Lichtenstein, P. Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. *Molecular psychiatry*. 2016, Cilt 21, 5, s. 717-721.

96. Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... & Uestuen, T. B. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*. 2011, Cilt 68, 1, s. 90-100.
97. Aldao, A. Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2012, Cilt 17, 3.
98. Aldao, A., & Dixon-Gordon, K. L. Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology. *Cognitive behaviour therapy*. 2014, Cilt 43, 1, s. 22-33.
99. Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*. Cilt 3, s. 85-90.
100. Carpenter, R. W., & Trull, T. J. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*. 2013, Cilt 15, s. 1-8.
101. Carmassi, C., Conti, L., Gravina, D., Nardi, B., & Dell'Osso, L. Emotional dysregulation as trans-nosographic psychopathological dimension in adulthood: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2022, Cilt 13, s. 900277.
102. Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*. 2015, Cilt 11, 1, s. 379-405.
103. Berking, M., & Wupperman, P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*. Cilt 25, 2, s. 128-134.
104. McDonald, J. D. Measuring personality constructs: The advantages and disadvantages of self-reports, informant reports and behavioural assessments. *Enquire*. 2008, Cilt 1, 1, s. 1-19.
105. Eng, J. Three approaches to individual differences in affect regulation: Conceptualizations, measures, and findings. *Handbook of emotion regulation*. 2014, s. 321.
106. Gross, J. J., & John, O. P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003, Cilt 85, 2, s. 348.
107. McRae, K. Emotion regulation frequency and success: Separating constructs from methods and time scale. *Personality Psychology Compass*. Cilt 7, 5, s. 289-302.
108. Koval, P., Kalokerinos, E. K., Greenaway, K. H., Medland, H., Kuppens, P., Nezlek, J. B., ... & Gross, J. J. Emotion regulation in everyday life: Mapping global self-reports to daily processes. *Emotion*. 2023, Cilt 23, 2, s. 357.
109. Visser, K. F., Esfahlani, F. Z., Sayama, H., & Strauss, G. P. An ecological momentary assessment evaluation of emotion regulation abnormalities in schizophrenia. *Psychological medicine*. 2018, Cilt 48, 14, s. 2337-2345.

110. Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*. 2014, Cilt 143, 1, s. 163.
111. Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*. 2005, Cilt 5, 2, s. 175.
112. Cohn, J. F., & Kanade, T. Use of automated facial image analysis for measurement of emotion expression. *Handbook of emotion elicitation and assessment*. 2007, s. 222-238.
113. Thiruchselvam, R., Blechert, J., Sheppes, G., Rydstrom, A., & Gross, J. J. The temporal dynamics of emotion regulation: An EEG study of distraction and reappraisal. *Biological psychology*. 2011, Cilt 87, 1, s. 84-92.
114. Saccaro, L. F., Giff, A., De Rossi, M. M., & Piguet, C. Interventions targeting emotion regulation: An umbrella systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2024.
115. Linehan, M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. basım yeri bilinmiyor : Guilford press., 1993.
116. Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*. 2006, Cilt 37, 1, s. 25-35.
117. Mennin, D. S. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004, Cilt 11, 1, s. 17-29.
118. Berking, M., & Lukas, C. A. The Affect Regulation Training (ART): a transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*. 2015, Cilt 3, s. 64-69.
119. Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*. 2020, Cilt 19, 2, s. 245.
120. Corbisiero, S., Stieglitz, R. D., Retz, W., & Rösler, M. Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults?. *ADHD Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2013, Cilt 5, s. 83-92.
121. Barkley RA, Murphy KR. Deficient emotional self-regulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD):the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHDsymptoms to adaptive impairments in major life activities. *J ADHD Relat Disord*. 2010, Cilt 4, s. 5-28.

122. Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C. A., Petty, C. R., & Faraone, S. V. Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2011, Cilt 168, 6, s. 617-623.
123. Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2020, Cilt 20, s. 1-11.
124. Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R. W. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological medicine*. 2007, Cilt 37, 1, s. 97-107.
125. Barkley, R. A., & Fischer, M. The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010, Cilt 49, 5, s. 505-513.
126. Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., ... & Soni, P. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological psychiatry*. 2005, Cilt 58, 2, s. 125-131.
127. Reimherr, F. W., Williams, E. D., Strong, R. E., Mestas, R., Soni, P., & Marchant, B. K. A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007, Cilt 68, 1, s. 93-101.
128. Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2013, Cilt 5, s. 273-281.
129. Biederman, J., DiSalvo, M., Woodworth, K. Y., Fried, R., Uchida, M., Biederman, I., ... & Faraone, S. V. Toward operationalizing deficient emotional self-regulation in newly referred adults with ADHD: A receiver operator characteristic curve analysis. *European Psychiatry*. 2020, Cilt 63, 1, s. e21.
130. Martz, E., Weiner, L., & Weibel, S. Identifying different patterns of emotion dysregulation in adult ADHD. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2023, Cilt 10, 1, s. 28.
131. Hirsch, O., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. Emotional dysregulation subgroups in patients with adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a cluster analytic approach. *Scientific Reports*. 2019, Cilt 9, 1, s. 5639.

132. Ben-Dor Cohen, M., Eldar, E., Maeir, A., & Nahum, M. Emotional dysregulation and health related quality of life in young adults with ADHD: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021, Cilt 19, s. 1-11.
133. Lenzi, F., Cortese, S., Harris, J., & Masi, G. Pharmacotherapy of emotional dysregulation in adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018, Cilt 84, s. 359-367.
134. Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... & European ADHD Guidelines Group. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American journal of psychiatry*. 2013, Cilt 170, 3, s. 275-289.
135. Mongia, M., & Hechtman, L. Cognitive behavior therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. *Current psychiatry reports*. 2012, Cilt 14, s. 561-567.
136. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>. [Çevrimiçi]
137. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2024-53492). [Çevrimiçi]
138. Shek, D. T., Sun, R. C., & Yu, L. Internet addiction. *Neuroscience in the 21st century: From basic to clinical*. basım yeri bilinmiyor : Springer, 2013.
139. Pezoa-Jares, R. E., Espinoza-Luna, I. L., & Vasquez-Medina, J. A. Internet addiction: A review. *J. Addict. Res. Ther. S*. 2012, Cilt 6, 2.
140. Young, K. S. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological reports*. 1996, Cilt 79, 3, s. 899-902.
141. —. Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction--and a winning strategy for recovery. basım yeri bilinmiyor : John Wiley & Sons., 1998.
142. Griffiths, M. Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*. 1995, Cilt 76, s. 14-19.
143. Griffiths, M. D. Internet addiction: an issue for clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*. 1996, Cilt 97, s. 32-36.
144. Young, K. S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior*. 1998, Cilt 1, 3, s. 237-244.
145. teWildt, B. T. Internet dependency: Symptoms, diagnosis and therapy. *Virtual worlds and criminality*. basım yeri bilinmiyor : Springer Berlin Heidelberg., 2011, s. 61-78.
146. Morahan-Martin, J., & Schumacher, P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in human behavior*. 2000, Cilt 16, 1, s. 13-29.

147. Davis, R. A., Flett, G. L., & Besser, A. Validation of a new scale for measuring problematic Internet use: Implications for pre-employment screening. *Cyberpsychology & behavior*. 2002, Cilt 5, 4, s. 331-345.
148. Black, D. W., Belsare, G., & Schlosser, S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *Journal of clinical psychiatry*. 1999, Cilt 60, 12, s. 839-844.
149. Greenfeld, D., & Sutker, C. *Virtual addiction: Help for Netheads, cyberfreaks, and those who love them*. basım yeri bilinmiyor : New Harbinger Publications., 1999.
150. Griffiths, M. D. Internet addiction: Internet fuels other addictions. *Student British Medical Journal*. 1999, Cilt 7, 1, s. 428-429.
151. Young, K., Pistner, M., O'mara, J., & Buchanan, J. Cyber disorders: The mental health concern for the new millennium. *Cyberpsychology & behavior*. 1999, Cilt 2, 5, s. 475-479.
152. Davis, R. A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in human behavior*. 2001, Cilt 17, 2, s. 187-195.
153. Mihajlov, M., & Vejmelka, L. Internet addiction: A review of the first twenty years. *Psychiatria Danubina*. 2017, Cilt 29, 3, s. 260-272.
154. Starcevic, V. Is Internet addiction a useful concept?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Cilt 47, 1, s. 16-19.
155. Király, O., Griffiths, M. D., Urbán, R., Farkas, J., Kökönyei, G., Elekes, Z., ... & Demetrovics, Z. Problematic internet use and problematic online gaming are not the same: findings from a large nationally representative adolescent sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2014, Cilt 17, 12, s. 749-754.
156. Cantelmi, T., Del Miglio, C., Talli, M., and D'Andrea, A. Internet Related Psychopathology: primi dati sperimentali, aspetti clinici e note critiche. *Giornale Italiano Psicopatol*. 2000, Cilt 6, s. 40-51.
157. Tonioni, F. *Psicopatologia Web-Mediata*. Milano : Springer Verlag Italia, 2013.
158. Karaiskos, D., Tzavellas, E., Balta, G., and Paparrigopoulos, T. Social network addiction: a new clinical disorder? *Eur. Psychiatry*. Cilt 25, s. 855.
159. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2022.
160. Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2014, Cilt 5, 4.
161. Pan, Y. C., Chiu, Y. C., & Lin, Y. H. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2020, Cilt 118, s. 612-622.

162. Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Hadley, S. J., Baker, B. R., & Hollander, E. An open-label trial of escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2006, Cilt 16, s. 82-83.
163. Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck Jr, P. E., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of affective disorders*. 2000, Cilt 57, 1-3, s. 267-272.
164. Fontenelle, L. F., Oostermeijer, S., Harrison, B. J., Pantelis, C., & Yücel, M. Obsessive-compulsive disorder, impulse control disorders and drug addiction: common features and potential treatments. *Drugs*. 2011, Cilt 71, s. 827-840.
165. Brewer, J. A., & Potenza, M. N. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical pharmacology*. 2008, Cilt 75, 1, s. 63-75.
166. Van Rooij, A., & Prause, N. A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future. *Journal of behavioral addictions*. 2014, Cilt 3, 4, s. 203-213.
167. Griffiths, M. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*. 2005, Cilt 10, 4, s. 191-197.
168. Widyanto, L., & McMurrin, M. The psychometric properties of the internet addiction test. *Cyberpsychology & behavior*. 2004, Cilt 7, 4, s. 443-450.
169. Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*. 2010, Cilt 105, 3, s. 556-564.
170. Jurgenson, N. When atoms meet bits: Social media, the mobile web and augmented revolution. *Future internet*. 2012, Cilt 4, 1, s. 83-91.
171. Kardefelt-Winther, D. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in human behavior*. 2014, Cilt 31, s. 351-354.
172. Shen, C., & Williams, D. Unpacking time online: Connecting internet and massively multiplayer online game use with psychosocial well-being. *Communication Research*. 2011, Cilt 38, 1, s. 123-149.
173. Musetti, A., Cattivelli, R., Giacobbi, M., Zuglian, P., Ceccarini, M., Capelli, F., ... & Castelnuovo, G. Challenges in internet addiction disorder: is a diagnosis feasible or not?. *Frontiers in psychology*. 2016, Cilt 7, s. 842.
174. Pies, R. Should DSM-V designate "Internet addiction" a mental disorder?. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009, Cilt 6, 2, s. 31.

175. Laconi, S., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in human behavior*. 2014, Cilt 41, s. 190-202.
176. Talis, G. Internet addiction. *Substance and Non-Substance Related Addictions: A Global Approach*. basım yeri bilinmiyor : Springer, 2022, s. 99-107.
177. Rosenberg, K. P. (Ed.). *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment*. basım yeri bilinmiyor : Academic Press., 2014.
178. Lozano-Blasco, R., Robres, A. Q., & Sánchez, A. S. Internet addiction in young adults: A meta-analysis and systematic review. *Computers in Human Behavior*. Cilt 130, s. 107201.
179. Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2017, Cilt 31, 8, s. 979.
180. Kim, D. J., Kim, K., Lee, H. W., Hong, J. P., Cho, M. J., Fava, M., ... & Jeon, H. J. Internet game addiction, depression, and escape from negative emotions in adulthood: a nationwide community sample of Korea. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017, Cilt 205, 7, s. 568-573.
181. Tokunaga, R. S. Perspectives on Internet addiction, problematic Internet use, and deficient self-regulation: Contributions of communication research. *Annals of the International Communication Association*. 2015, Cilt 39, 1, s. 131-161.
182. Ceyhan, E., Boysan, M., & Kadak, M. T. Associations between online addiction attachment style, emotion regulation depression and anxiety in general population testing the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Sleep and Hypnosis*. 2019, Cilt 21, 2, s. 123-139.
183. Lindenberg, K., Halasy, K., & Schoenmaekers, S. A randomized efficacy trial of a cognitive-behavioral group intervention to prevent Internet Use Disorder onset in adolescents: The PROTECT study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*. Cilt 6, s. 64-71.
184. Zhao, Y., Jiang, Z., Guo, S., Wu, P., Lu, Q., Xu, Y., ... & Shi, J. Association of symptoms of attention deficit and hyperactivity with problematic internet use among university students in Wuhan, China during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*. 2021, Cilt 286, s. 220-227.
185. Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., Tang, T. C., & Ko, C. H. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference. *Cyberpsychology & Behavior*. 2009, Cilt 12, 2, s. 187-191.

186. Zakaria, H., Hussain, I., Zulkifli, N. S. A., Ibrahim, N., Noriza, N. J., Wong, M., ... & Abd Latif, M. H. Internet addiction and its relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety and stress among university students in Malaysia. *PloS one*. 2023, Cilt 18, 7, s. e0283862.
187. Kandre, D., Patel, A., & Mehta, P. I. Analytical study of adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms and Internet addiction among medical students. *Neuropsychiatra i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and Neuropsychology*. 2020, Cilt 15, 1, s. 7-12.
188. Tateno, M., Teo, A. R., Shirasaka, T., Tayama, M., Watabe, M., & Kato, T. A. Internet addiction and self-evaluated attention-deficit hyperactivity disorder traits among Japanese college students. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2016, Cilt 70, 12, s. 567-572.
189. Zhang, W., Jiang, X., Yang, L., & Zhu, W. Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Symptoms and Internet Addiction in College Students: Prevalence and Differential Associations. *European Journal of Psychology and Educational Research*. 2022, Cilt 5, 1, s. 33-43.
190. Panagiotidi, M., & Overton, P. The relationship between internet addiction, attention deficit hyperactivity symptoms and online activities in adults. *Comprehensive psychiatry*. 2018, Cilt 87, s. 7-11.
191. Kooij JJS, Francken MH. DIVA 2.0. Diagnostisch Interview voor ADHD bij volwassenen [DIVA 2.0. Diagnostic Interview ADHD in Adults]. basım yeri bilinmiyor : DIVA Foundation, 2010.
192. Kooij JJS, Francken MH, Bron TI. Diagnostic Interview for ADHD for Adults (3rd ed.; DIVA-5). basım yeri bilinmiyor : DIVA Foundation, 2019.
193. <https://www.divacenter.eu/>. [Çevrimiçi]
194. Hamilton, M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960, Cilt 23, 1, s. 56.
195. Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., & Marinković, J. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry research*. 2011, Cilt 189, 1, s. 1-9.
196. Akdemir, A., Türkçapar, M. H., Örsel, S. D., Demirergi, N., Dag, I., & Özbay, M. H. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive psychiatry*. 2001, Cilt 42, 2, s. 161-165.
197. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*. 1959.

198. Yazıcı, M. K., Demir, B., Tanrıverdi, N., Karaağaoğlu, E., & Yolaç, P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998, Cilt 9, 2, s. 114-117.
199. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Walters, E. E. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*. 2005, Cilt 35, 2, s. 245-256.
200. Stanton, K., Forbes, M. K., & Zimmerman, M. Distinct dimensions defining the Adult ADHD Self-Report Scale: Implications for assessing inattentive and hyperactive/impulsive symptoms. *Psychological Assessment*. 2018, Cilt 30, 12, s. 1549.
201. Dogan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G., & Küçükgöncü, S. Eriskin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği/Validity and reliability of the Turkish version of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1. 1). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009, Cilt 10, 2, s. 77.
202. Rugancı, R. N., & Gençöz, T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of clinical psychology*. 2010, Cilt 66, 4, s. 442-455.
203. Young, K. S. Internet addiction test manual. Unpublished manuscript. 2010.
204. Boysan, M., Kuss, D. J., Barut, Y., Ayköse, N., Güleç, M., & Özdemir, O. Psychometric properties of the Turkish version of the Internet Addiction Test (IAT). *Addictive behaviors*. 2017, Cilt 64, s. 247-252.
205. Kaya, F., Delen, E., & Young, K. S. Psychometric properties of the internet addiction test in Turkish. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016, Cilt 5, 1, s. 130-134.
206. Hayes, A. F. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (3rd ed.). basım yeri bilinmiyor : The Guilford Press., 2022.
207. Loe, I. M., & Feldman, H. M. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*. 2007, Cilt 32, 6, s. 643-654.
208. Kuriyan, A. B., Pelham, W. E., Molina, B. S., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Sibley, M. H., ... & Kent, K. M. Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *Journal of abnormal child psychology*. 2013, Cilt 41, s. 27-41.
209. Arnold, L. E., Hodgkins, P., Kahle, J., Madhoo, M., & Kewley, G. Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *Journal of attention disorders*. 2020, Cilt 24, 1, s. 73-85.
210. Wozniak, J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Problematic Romantic Relationships in Adulthood: A Review of the Literature. *Spectrum*. 2022, Cilt 9.

211. Wymbs, B. T., Canu, W. H., Sacchetti, G. M., & Ranson, L. M. Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2021, Cilt 47, 3, s. 664-681.
212. de Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., ... & Posada-Villa, J. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and environmental medicine*. 2008, Cilt 65, 12, s. 835-842.
213. Gjervan, B., Torgersen, T., Nordahl, H. M., & Rasmussen, K. Functional impairment and occupational outcome in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2012, Cilt 16, 7, s. 544-552.
214. Fuermaier, A. B., Tucha, L., Butzbach, M., Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., & Tucha, O. ADHD at the workplace: ADHD symptoms, diagnostic status, and work-related functioning. *Journal of Neural Transmission*. 2021, Cilt 128, s. 1021-1031.
215. Anker, E., Halmøy, A., & Heir, T. Work participation in ADHD and associations with social characteristics, education, lifetime depression, and ADHD symptom severity. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2019, Cilt 11, s. 159-165.
216. Biederman, J., & Faraone, S. V. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*. 2006, Cilt 8, 3, s. 12.
217. Lambert, N. M., & Hartsough, C. S. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of learning disabilities*. 1998, Cilt 31, 6, s. 533-544.
218. Pomerleau, O. F., Downey, K. K., Stelson, F. W., & Pomerleau, C. S. Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of substance abuse*. 1995, Cilt 7, 3, s. 373-378.
219. van Amsterdam, J., van der Velde, B., Schulte, M., & van den Brink, W. Causal factors of increased smoking in ADHD: a systematic review. *Substance use & misuse*. 2018, Cilt 53, 3, s. 432-445.
220. Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1997, Cilt 2, 3, s. 159-166.
221. Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009, Cilt 70, 11, s. 15333.

222. Salvi, V., Migliarese, G., Venturi, V., Rossi, F., Torriero, S., Viganò, V., ... & Mencacci, C. ADHD in adults: clinical subtypes and associated characteristics. *Rivista di psichiatria*. 2019, Cilt 54, 2, s. 84-89.
223. Sobanski, E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2006, Cilt 256, s. i26-i31.
224. Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C., & Yen, C. F. Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: an interview study. *CNS spectrums*. 2008, Cilt 13, 2, s. 147-153.
225. Yildiz, M. A. Emotion regulation strategies as predictors of internet addiction and smartphone addiction in adolescents. *Journal of Educational Sciences and Psychology*. 2017, Cilt 7, 1.
226. Karaer, Y., & Akdemir, D. Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Comprehensive psychiatry*. 2019, Cilt 92, s. 22-27.
227. Trumello, C., Babore, A., Candelori, C., Morelli, M., & Bianchi, D. Relationship with parents, emotion regulation, and callous-unemotional traits in adolescents' internet addiction. *BioMed research international*. 2018, Cilt 2018, 1, s. 7914261.
228. Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. *Journal of attention disorders*. 2017, Cilt 21, 13, s. 1105-1120.

10. EKLER

Ek-1: Hastalar için Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlı İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Sayın gönüllü, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen ve uzmanlık tezi amacıyla planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde dikkatsizlik, motor hiperaktivite (aşırı hareketlilik) ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden ve erişkin dönemde de devam edebilen, sık görülen bir gelişimsel bozukluktur. DEHB'li hastalarda bu belirtilerin yanı sıra duygu düzenlemesinde de sorunlar görülür. Bu çalışmanın amacı ise Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran DEHB tanılı bireylerde duygu düzenleme ile problemlı internet kullanımı/internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmaya katılmanız durumunda uygulanacak ölçek ve testler arasında; Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkinlerde DEHB İçin Tanısal Görüşme-5, Erişkin DEHB Kendini Bildirim Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği bulunmaktadır. Uygulanacak ölçek ve testler yaklaşık 60 dakika sürecektir.

Araştırmamıza 60 hasta ve 60 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 120 gönüllü katılacaktır. Siz araştırmanın **hasta** grubunda yer alacaksınız. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır.

Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayımlandığında da kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Ayrıca bu çalışmaya katılma durumunuz rutin tedavinizi etkilemeyecek, sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, Sosyal Güvenlik Kurumu'na maddi külfet yüklenmeyecektir ve çalışmaya katılmanız durumunda size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlı İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Hastanın;

Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih :

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

Ek-2: Sağlıklılar için Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlı İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki

Sayın gönüllü, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilen ve uzmanlık tezi amacıyla planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk döneminde dikkatsizlik, motor hiperaktivite (aşırı hareketlilik) ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden ve erişkin dönemde de devam edebilen, sık görülen bir gelişimsel bozukluktur. DEHB'li hastalarda bu belirtilerin yanı sıra duygu düzenlemesinde de sorunlar görülür. Bu çalışmanın amacı ise Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran DEHB tanılı bireylerde duygu düzenleme ile problemlı internet kullanımı/internet bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmaya katılmanız durumunda uygulanacak ölçek ve testler arasında; Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkinlerde DEHB İçin Tanısal Görüşme-5, Erişkin DEHB Kendini Bildirim Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği bulunmaktadır. Uygulanacak ölçek ve testler yaklaşık 45 dakika sürecektir.

Araştırmamıza 60 hasta ve 61 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 121 gönüllü katılacaktır. Siz araştırmanın **sağlıklı gönüllü** grubunda yer alacaksınız. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Ayrıca bu çalışmaya katılma durumunuz rutin tedavinizi etkilemeyecek, sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, Sosyal Güvenlik Kurumu'na maddi külfet yüklenmeyecektir ve çalışmaya katılmanız durumunda size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Duygu Düzenlemesi ile Problemlı İnternet Kullanımı/İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişki" başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olduğum konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih :

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:

Ek-3: Sosyodemografik ve İnternet Aktivitesi Veri Formu

Tarih:

Ad-Soyad:

Cinsiyet:

Yaş:

İlişki durumu:

Eğitim durumu:

Çalışma durumu:

Gelir durumu:

Sigara:

Alkol:

Madde:

Tıbbi hastalık:

Kafa travması:

Psikiyatrik eş tanı:

DEHB'ye yönelik ilaç kullanımı:

Kullanılan ilaçlar:

İnternette en çok yapılan üç aktivite (eşit sürelerde yapılanlar varsa onlar alınan keyfe göre sıralanacak):

Ek-4: İnternet Aktiviteleri Listesi

Oyun oynamak

Sosyal medya

Video izlemek

Haber okumak

Araştırma motorları

İş-ders ile ilgili aktiviteler

Çevrim içi alışveriş

Çevrim içi flörtleşme

Çevrim içi bahis/kumar

Porno

Bir şeyler yüklemek



Ek-5: Hamilton Depresyon Ölçeği

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.

- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama.
Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D puanı:



Ek-6: Hamilton Anksiyete Ölçeği

- 0- Yok
1- **Hafif** (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2- **Orta** (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3- **Şiddetli** (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4- **Çok şiddetli** (kişiyi inkapasite duruma getirici)

1) Anksiyeteli mizaç (Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite)	0	1	2	3	4
2) Gerilim (gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe)	0	1	2	3	4
3) Korkular (karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan)	0	1	2	3	4
4) Uykusuzluk (uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, karabasanlar, kabuslar, gece korkuları)	0	1	2	3	4
5) Entellektüel (kognitif) (konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması)	0	1	2	3	4
6) Depresif mizaç (ilgi yitimi, hobilerden zevk almama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar)	0	1	2	3	4
7) Somatik (ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu, kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu)	0	1	2	3	4
8) Kardiyovasküler semptomlar (taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller)	0	1	2	3	4
9) Solunum semptomları (göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne)	0	1	2	3	4
10) Gastrointestinal semptomlar (yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyguları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı)	0	1	2	3	4
11) Genitoüriner semptomlar (sık işeme, amenore, menorai, firidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans)	0	1	2	3	4
12) Otonomik semptomlar (ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması)	0	1	2	3	4
13) Görüşme sırasındaki davranış (yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sızramaları, dilate pupiller, egzoftalmus)	0	1	2	3	4

Toplam HAM-A puanı:

Ek-7: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınızı konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje zerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

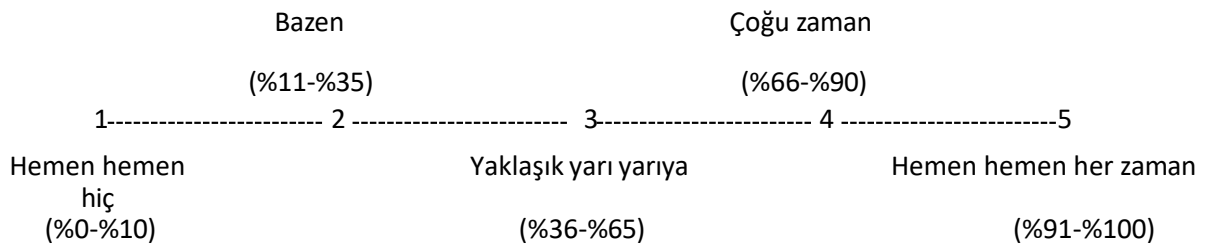
Ek-8: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin yanındaki 5'li ölçekten size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak ve yalnızca tek bir rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Bazen (%11-%35)		Çoğu zaman (%66-%90)	
1	2	3	4	5
Hemen hemen hiç (%0-%10)		Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)		Hemen hemen her zaman (%91-%100)

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5

22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılıyorum.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5



Ek-9: Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği

Aşağıdaki sorularda size en uygun düşen sıklığı (X) ile işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sıklıkla	Çok sık	Devamlı
1. Ne sıklıkla planladığınızdan daha fazla süre internette kalıyorsunuz?	0	1	2	3	4	5
2. Ne sıklıkla internette kalmak için günlük ev işlerini ihmal edersiniz?	0	1	2	3	4	5
3. Ne sıklıkla arkadaşlarınızla birlikte olmak yerine interneti tercih edersiniz?	0	1	2	3	4	5
4. Ne sıklıkla internet kullanan kişilerle yeni ilişkiler kurarsınız?	0	1	2	3	4	5
5. Ne sıklıkla bir işe başlamadan önce e-postanızı (e-mail) denetlersiniz?	0	1	2	3	4	5
6. Ne sıklıkla okula/işe devamanız internette dolaylı olumsuz etkilenir?	0	1	2	3	4	5
7. Herhangi biri internette ne yaptığınızı sorduğunda ne sıklıkla kendinizi savunur ve ne yaptığınızı gizlersiniz?	0	1	2	3	4	5
8. Çevrenizdekiler ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın fazlalığından şikayet eder?	0	1	2	3	4	5
9. Ne sıklıkla okuldaki ders notlarınız ve ödevleriniz/iş performansınız internette kalma sürenizden olumsuz yönde etkilenir?	0	1	2	3	4	5
10. Hayatınız hakkında sizi rahatsız eden düşünceleri dağıtmak için ne sıklıkla internete girersiniz?	0	1	2	3	4	5
11. Ne sıklıkla internete girmek için sabırsızlanırsınız?	0	1	2	3	4	5
12. Ne sıklıkla internetsiz hayatın, sıkıcı, boş ve eğlencesiz olacağını düşünürsünüz?	0	1	2	3	4	5
13. Biri sizi internetteyken rahatsız ettiğinde ne sıklıkla kırıncı konuşur, bağırır veya kızgın davranışlar gösterirsiniz?	0	1	2	3	4	5
14. Gece geç saatlerde internet kullanmaktan ötürü ne sıklıkla uykunuz kaçır?	0	1	2	3	4	5
15. İnternette olmadığınız zamanlarda ne sıklıkla interneti düşünür veya internete girmeyi hayal edersiniz?	0	1	2	3	4	5
16. Kendinizi ne sıklıkla internetteyken "yalnızca birkaç dakika daha" derken bulursunuz?	0	1	2	3	4	5
17. Ne sıklıkla internette harcadığınız zamanın miktarını azaltmaya çalışır ve başarısız olursunuz?	0	1	2	3	4	5
18. İnternette kaldığınız süreyi ne sıklıkla saklamaya çalışırsınız?	0	1	2	3	4	5
19. Ne sıklıkla başkalarıyla dışarı çıkmak yerine internette daha fazla zaman geçirmeyi yeğlersiniz?	0	1	2	3	4	5
20. Ne sıklıkla internette olmadığınızda kendinizi çökmüş, aksi veya sinirli hissedip internete girince rahatlarsınız?	0	1	2	3	4	5