

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE
YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Beyza ERGÜL

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

ANKARA

2022

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI
ERGENLERDE KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI VE
YAVAŞ BİLİŞSEL TEMPO BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Beyza ERGÜL

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Burcu ERSÖZ ALAN**

**ANKARA
2022**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, tez çalışmamın tüm aşamalarında bana her konuda destek veren, bilgili ve teşvik edici sözleri ile hem akademik hem özel hayatımda desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz Alan'a,

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi olarak uzmanlık eğitimim boyunca deneyimleri ve içtenlikleri ile mesleki kimliğimin oluşmasında katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsün Çuhadaroğlu, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Prof. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Prof. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Doç. Dr. Şükran Gülin Evinç, Doç. Dr. Dilek Ünal, Uzm. Dr. Kevser Nalbant ve Uzm. Dr. Cihan Aslan'a, ve sosyal hizmet uzmanımız Yaşar Çavdar'a, rotasyonumu tamamladığım ve klinik bakışıma çok şey katan Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma,

Araştırmanın her aşamasında bana destek olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım meslektaşlarım ve sevgili arkadaşlarım Ayşe Selma Yenen, Mine Aybı Turanoğlu, Ekin Günal, Yusuf Selman Çelik, Buket Kılıç, Ecem Selin Akbaş Aliyev, H. Berna Devocioğlu, Makbule Esen Öksüzoğlu, Kemal Saruhan, Hande Günal Okumuş, Nazlı Merve Korkmaz ve diğer tüm çocuk ve ergen ruh sağlığı asistan hekimleri ve psikiyatri asistan hekimlerine,

Çalışma ortamını keyifli ve sıcak hale getiren Şeniz Özusta, bölüm sekreterlerimiz Ayşe Mert, Sevim Tombaş ve Erhan Madenoğlu'na,

Çalışmaya katılan tüm gönüllü gençlere ve ailelerine,

Yaşamımın her aşamasında sevgi ve desteğini hep yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde çok büyük emeği olan canım annem ve ağabeyime ve O'nun kızı olmaktan her zaman gurur duyduğum ve yanımda olamasa da bir yerlerde benimle gurur duyduğunu bildiğim canım babam ve bu yorucu süreçte tüm sıkıntılarıma ortak olan, enerjisiyle hayatımı güzelleştiren yol arkadaşım, biricik eşim Emre Ergül'e teşekkür ve şükran borçluyum.

Dr. Beyza Ergül

ÖZET

Ergül, B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışı Ve Yavaş Bilişsel Tempo Belirtileri İle İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı ile takip edilen ergenlerde, kendine zarar verme davranışı (KZVD) ile ilişkili risk faktörlerini ve DEHB-KZVD ilişkisinde Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) belirtilerinin rolünü araştıran kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 12-18 yaş arasında, toplam 104 ergen alınmıştır. Tüm ergenlere K-SADS-PL psikiyatrik tanı görüşmesinin yanı sıra Sosyodemografik Veri Formu, KZVD Tarama Anket Formu, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (UYÖ-KF) uygulanmıştır. Ergenlerin ebeveynlerinden biri Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ) ve Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği- Kısa (YCEDÖ-K) ölçeklerini doldurmuştur. Örneklem grubumuzdaki DEHB tanılı ergenlerin %33,7'sinin KZVD gösterdiği saptanmıştır. KZVD gösteren ergenlerde daha fazla depresyon, kaygı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtisi olduğu, duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşandığı, daha düşük benlik saygısı, duygu odaklı stresle baş etme yöntemlerinin daha fazla benimsendiği, problem odaklı başa çıkma tarzlarının ise daha az kullanıldığı ve KZVD sıklığı daha fazla olan ergenlerde ise yalnızlık algısının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. YBT belirtileri daha fazla olan ergenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu ve YBT ile anksiyete belirtileri arasındaki ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildiğinde devam ettiği, duygu düzenleme becerileri daha kötü, benlik saygısı daha düşük ve stresli olaylarla baş etmede çaresiz yaklaşımın daha fazla benimsendiği gözlenmiştir. KZVD'yi yordayan faktörler YBT'nin 'hayalperest' alt boyutu, panik bozukluk/somatizasyon, depresyon belirtileri ve DEHB belirti şiddeti olmuştur. Çalışmamızdaki tüm değişkenler aynı anda değerlendirildiğinde DEHB belirti şiddeti ve depresyon belirtileri KZVD ile ilişkili kalmıştır. DEHB ve KZVD ilişkisinde, YBT belirtilerinin aracı rol oynadığı gözlenmiştir. Sonuç olarak DEHB tanılı ergenlerde, KZVD ile YBT dahil psikiyatrik belirtiler ve diğer gelişimsel etkenlerin ilişkili olduğu düşünülmektedir. Gelecekte yapılan çalışmaların YBT tanı kriterleri oluşturulduktan sonra, boylamsal desenler ile toplum örneklemelerinde tekrarlanması sonuçların genellenebilir olması açısından faydalı olacaktır.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kendine zarar verme davranışı, yavaş bilişsel tempo, ergen

ABSTRACT

Ergul, B. The Relationship Between Nonsuicidal Self-injury and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2022. This is a cross-sectional study investigating the risk factors associated with nonsuicidal self-injury (NSSI) and the role of sluggish cognitive tempo (SCT) symptoms in the relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and NSSI in adolescents followed up with the diagnosis of ADHD in the child and adolescent psychiatry outpatient clinic. In addition to the K-SADS-PL psychiatric diagnosis interview with the adolescents, Sociodemographic Data Form, NSSI Screening Questionnaire Form, Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Children Depression Inventory (CDI), Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED), Ways of Coping Inventory (WCI) and UCLA Loneliness Scale Short Form (ULS-SF) were applied. Sluggish Cognitive Tempo Scale (SCTS) and Conners's Parent Rating Scale-Revised Short form (CPRS-RS) were given to one of the parents. It was found that 33.7% of the participants showed NSSI. Adolescents with NSSI had more depression, anxiety, attention deficit and hyperactivity symptoms, more difficulty in emotion regulation, low self-esteem, and used more emotion-focused coping styles instead of problem-focused coping styles. The perception of loneliness was observed higher in adolescents who had frequent NSSI. Depression and anxiety symptoms were more in adolescents with high SCT symptoms, and the relationship between SCT and anxiety symptoms still continued even after ADHD inattention symptoms were controlled. Additionally emotion regulation skills were worse, self-esteem was lower, and the helpless approach was used more as a coping-style in adolescent with SCT. The predictive factors for NSSI were, the 'daydreamer' sub-dimension of SCT, panic disorder/somatization symptoms, depression symptoms, and ADHD symptom severity. When all the variables were entered to find the associated factors of NSSI, ADHD symptom severity and depression symptoms were correlated. It has been observed that SCT symptoms play a mediating role in the relationship between ADHD and NSSI. In conclusion, psychiatric symptoms including SCT and other developmental factors are thought to be associated with NSSI in adolescents with ADHD. It will be useful for future studies to be repeated in community samples with longitudinal designs after the SCT diagnostic criteria have been established.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, nonsuicidal self-injury, sluggish cognitive tempo, adolescent

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	4
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji.....	5
2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler	6
2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite	10
2.1.6. Prognoz ve Tedavi.....	10
2.2. Yavaş Bilişsel Tempo	12
2.2.1. Tanım ve Tarihçe.....	12
2.2.2. Epidemiyoloji	13
2.2.3. Etiyoloji.....	13
2.2.4. Nöropsikolojik Özellikler	14
2.2.5. Nörofizyolojik Özellikler	15
2.2.6. Demografik özellikler	16

2.2.7. Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi	16
2.2.8. Yavaş Bilişsel Tempo'nun Klinik Görünümü ve Tanı	17
2.2.9. Psikiyatrik Komorbiditeler	18
2.2.10. İşlevsellik Alanları	20
2.2.11. Tedavi	22
2.3. Kendine Zarar Verme Davranışı	23
2.3.1. Tanım ve Tarihçe	23
2.3.2. Epidemiyoloji	25
2.3.3. Etiyoloji	25
2.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkili Risk Faktörleri	27
2.3.5. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri	29
2.3.6. Eşlik eden psikiyatrik tanılar	29
2.3.7. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu/Yavaş Bilişsel Tempo İlişkisi	30
2.3.8. Tedavi	31
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	32
3.1. Araştırmanın Deseni	32
3.2. Araştırmanın Örneklemi	32
3.2.1. Araştırmaya Alınma ve Alınmama Ölçütleri	32
3.3. Veri Toplama Araçları	33
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	33
3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Tarama Anket Formu	33
3.3.3. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)	34
3.3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	34
3.3.5. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	34

3.3.6.	Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	34
3.3.7.	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ).....	35
3.3.8.	UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (UYÖ-KF).....	36
3.3.9.	Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ).....	36
3.3.10.	Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa (3-17 Yaş) (YCEDÖ-K)	37
3.3.11.	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version DSM-5, K-SADS-PL).....	37
3.4.	Verilerin Toplanması	38
3.5.	Verilerin Analizi	38
4.	BULGULAR	40
4.1.	Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkili Bulgular	40
4.1.1.	Katılımcıların Kendine Zarar Verme Durumunun İncelenmesi.....	40
4.1.2.	Kendine Zarar Verme Davranışı ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
4.1.3.	Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerin Psikiyatrik Tanılar Açısından İncelenmesi	42
4.1.4.	Kendine Zarar Verme Davranışı ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	44
4.1.5.	Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren ve Göstermeyen Gençlerde Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	47
4.1.6.	Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	49
4.2.	Yavaş Bilişsel Tempo ile İlişkili Bulgular	51
4.2.1.	Cinsiyete Göre Yavaş Bilişsel Tempo ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52

4.2.2. Yavaş Bilişsel Tempo ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
4.2.3. Yavaş Bilişsel Tempo ve İçselleştirme Bozuklukları Arasındaki İlişkinin DEHB-Dikkatsizlik Belirtileri Kontrol Edilerek İncelenmesi.....	57
4.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Risk Etkenleri	59
4.4. Ölçek Puanları ve Demografik Verilerin Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkisinde Hiyerarşik Lojistik Regresyon Modeli.....	60
4.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisinde Yavaş Bilişsel Tempo'nun Aracı Rolünün İncelenmesi	62
5. TARTIŞMA.....	64
5.1. Demografik Özellikler	64
5.2. Psikiyatrik Tanılar	65
5.3. Kendine Zarar Verme Davranışı.....	66
5.3.1. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Özellikler	66
5.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı ile Psikiyatrik Tanılar Arasındaki İlişki	66
5.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Duygu Düzenleme	67
5.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Benlik Saygısı	68
5.3.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Stresle Başa Çıkma	69
5.3.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Yalnızlık Algısı	69
5.4. Yavaş Bilişsel Tempo	70
5.4.1. Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ..	70
5.4.2. Yavaş Bilişsel Tempo ve İçselleştirme Belirtileri	70
5.4.3. Yavaş Bilişsel Tempo ve Duygu Düzenleme.....	72
5.4.4. Yavaş Bilişsel Tempo ve Benlik Saygısı	73
5.4.5. Yavaş Bilişsel Tempo ve Stresle Baş Etme Yöntemleri.....	73
5.4.6. Yavaş Bilişsel Tempo ve Yalnızlık Algısı	73

5.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yavaş Bilişsel Tempo Arasındaki İlişki	74
5.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Risk Etkenleri	77
5.7. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
7. KAYNAKLAR	82
8. EKLER	112
EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	112
EK-2: KZVD Tarama Anket Formu	113
EK-3: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	114
EK-4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	116
EK-5: Çocuklar için Depresyon Ölçeği	117
EK-6: Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği	121
EK-7: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	123
EK-8: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu	124
EK-9: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği	125
EK-10: Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa	126

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
BRIEF	Yürütücü İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Ölçeği (Behavioral Rating Inventory Of Executive Function)
CBCL	Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist)
ÇATÖ	Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği
ÇDÖ	Çocuklar için Depresyon Ölçeği
DAT1	Dopamine Active Transporter 1
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DDGÖ	Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DRD4	Dopamin Reseptör D4
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
HPA	Hipotalamik Hipofizer Aks
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Disease)
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version)
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranışı
MDB	Major Depresif Bozukluk
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖB	Özgül Öğrenme Bozukluğu
YBT	Yavaş Bilişsel Tempo
RBSO	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SD	Standart Deviasyon

SPSS	Statistical Program for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UYÖ-KF	UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu
YBTÖ	Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği
YCEDÖ-K	Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Kısa



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Baron ve Kenny'nin Aracı Etki Modeli	39
Şekil 4.1. Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Kendine Zarar Verme Durumuna Etkisinde, Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği Toplam Puanlarının Aracılık Rolüne İlişkin Beta Katsayıları	63



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Kendine Zarar Verme Durumu	40
Tablo 4.2. Demografik Değişkenler ile KZVD Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	41
Tablo 4.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ve Göstermeyen Ergenler Arasındaki Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması	43
Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının, Son 1 Yıl İçerisinde Kendine Zarar Verme Davranışı Gösterme Durumu Açısından İncelenmesi	46
Tablo 4.5. Ölçek Puanlarının, Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Cinsiyet Açısından İncelenmesi	48
Tablo 4.6. Ölçek Puanlarının, Son 1 Yıl İçerisinde Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı Açısından İncelenmesi.....	50
Tablo 4.7. Yavaş Bilişsel Temponun Cinsiyet Açısından İncelenmesi	51
Tablo 4.8. Cinsiyet Ayrımında Yavaş Bilişsel Temponun, Son 1 Yıl İçerisinde Kendine Zarar Verme Davranışı Gösterme Durumu Açısından İncelenmesi.....	52
Tablo 4.9. Yavaş Bilişsel Tempo ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	56
Tablo 4.10. Yavaş Bilişsel Tempo ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkinin, Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Dikkatsizlik/Bilişsel Problemler Alt Ölçek Puanları Kontrol Altına Alınarak İncelenmesi	58
Tablo 4.11. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Risk Etkenleri	59
Tablo 4.12. Ölçek Puanları ve Demografik Verilerin Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkisinde Hiyerarşik Lojistik Regresyon Modeli.....	60
Tablo 4.13. Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Kendine Zarar Verme Durumuna Etkisinde, Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği Toplam Puanlarının Aracılık Rolünün İncelenmesi	62

1. GİRİŞ

Konunun Önemi:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Mental Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı – 5. Baskı) nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında yer alan, çocuklukta başlayan, dikkat sorunları ve/veya aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile kendini gösteren çeşitli işlevsellik alanlarında bozulmalar ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (1). DEHB; dikkat eksikliği baskın görünüm, hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm ve bileşik görünüm olarak üç klinik tablo olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Henüz tanısız sınıflama sistemlerinde yer almayan *Yavaş Bilişsel Tempo* (YBT); hayallere dalıp gitme, uykulu ve şaşkın görünme, boş gözlerle uzun süre bakma, kendi düşüncelerinde kaybolma gibi zihinsel belirtiler ile uyuşukluk, yavaşlık, hareketlerde azlık gibi motor belirtilerle karakterize bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Çalışmalardan elde edilen veriler, YBT'nin DEHB'den ayrı bir bozukluk olabileceğini düşündürmektedir (3). 2016 yılında yapılan bir metaanaliz çalışması YBT'nin dışsallaştırma bozuklukları ile negatif yönde, içselleştirme bozuklukları ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ve DEHB'den farklılaştığını göstermiştir (4).

YBT belirtileri çocuk ve ergenlerde birçok işlevsellik alanında bozulmaya yol açmaktadır (4). DEHB ve YBT belirtilerinin bir arada bulunması ise daha fazla sayıda işlevsellik alanında bozulma ve daha ciddi sorunlar ile ilişkilidir (5). YBT semptomları olan çocuk ve ergenlerin sosyal alanlarda daha fazla zorluk yaşadığı, bu durumun sosyal geri çekilme ve akran izolasyonu ile sonuçlandığı gösterilmiştir (6-8). Şiddetli YBT belirtileri sosyal geri çekilmenin yanında; artan yalnızlık duygusu, duygu düzenleme güçlüğü ve düşük benlik saygısı ile ilişkili bulunmuştur (9-11). İntihar düşünceleri ile ilgili etkenlerin araştırıldığı bir çalışmada YBT'nin, depresyonu da içeren diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak intihar düşünceleriyle ilişkili olduğu, yine üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise intihar davranışları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (12, 13).

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); bireyin kendi bedenine, istemli ve amaçlı olarak yaptığı, ölme amacı olmaksızın, bedende farklı derecede hasar ile sonlanan eylemlere denir (14). KZVD önemli bir halk sağlığı sorunudur. 13 ile 15 yaşlarında başlayıp yetişkinliğe kadar devam edebilmektedir. Toplum örnekleminde ergenler arasındaki hayat boyu yaygınlığı %13-45 arasındadır (15-20). Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinin %18.9'unun yaşamında en az bir kez kendine zarar verdiği tespit edilmiştir (21). KZVD; depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, DEHB, travma sonrası stres bozukluğu, davranım bozukluğu, disosiyatif bozukluklar gibi birçok psikiyatrik bozukluk ile ilişkilidir (22). KZVD, intihar girişimi için de güçlü bir yordayıcıdır (23, 24).

KZVD sıklıkla istenmeyen olumsuz duyguları azaltan uygunsuz bir duygu düzenleme biçimi olarak ortaya çıkmaktadır (25). Zayıf sosyal ilişkiler, problem çözme becerilerinde güçlükler, sosyal reddedilme, akran mağduriyeti, düşük benlik saygısı, duygu düzenleme ve stresle baş etme becerilerinde güçlükler KZVD riskini artırmaktadır (24, 26-30).

DEHB hem intihar hem de KZVD için yüksek risk etkenidir; DEHB'de KZVD yaygındır ve KZVD gösteren kişilerde de DEHB belirtileri daha şiddetlidir (31-33). DEHB ve KZVD arasındaki ilişkiye dürtüsellik ve dışa yönelim bozukluklarının aracılık ettiği, DEHB semptom şiddeti ile KZVD ve intihar düşünce ve davranışı arasında ilişki olduğu, bu ilişkiye duygudurum ve anksiyete bozuklukları, uyuşturucu ve alkol kullanımı, istismar, duygu odaklı baş etme stilleri, duygu düzenleme güçlüğü, akran mağduriyeti, düşük benlik saygısı gibi durumların aracılık ettiği bulunmuştur (34-36).

Bilindiği kadarıyla alanyazında YBT belirtileri ile KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı; polikliniğe başvuran 12-18 yaş grubundaki DEHB tanılı ergenlerde KZVD sıklığını tespit etmek, DEHB tanılı ergenlerde KZVD ile ilişkili risk faktörlerini araştırmak, YBT belirtilerinin, DEHB-KZVD ilişkisinde aracı rolü olup olmadığını belirlemektir.

Çalışmanın hipotezleri:

- 1- DEHB tanılı KZVD gösteren ergenlerde yalnızlık algısının daha yüksek olması, duygu odaklı baş etme stillerinin kullanımının daha fazla, duygu düzenleme becerilerinin daha kötü ve benlik saygısının daha düşük olması öngörülmektedir.
- 2- YBT belirtilerinin yüksek olduğu grupta da yalnızlık algısının daha yüksek, duygu odaklı baş etme stillerinin kullanımının daha fazla, duygu düzenleme becerilerinin daha kötü ve benlik saygısının daha düşük olması öngörülmektedir.
- 3- YBT belirtilerinin DEHB'den bağımsız olarak daha şiddetli anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkili olması beklenmektedir.
- 4- DEHB'de YBT belirtilerinin yüksek olmasının tek başına KZVD ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan ve çocuğun gelişimiyle uyumsuz olarak dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize, genellikle yetişkin hayata kadar devam eden bir nörogelişimsel bir bozukluktur (37).

DEHB, ders başarısında düşüklüğe, akran ve aile ilişkilerinde sorun yaşamaya neden olmaktadır (2). DEHB, ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabı DSM-II ile karşımıza çıkmaktadır. DSM-II’de bozukluğun; dikkat kısalığı, hiperaktivite ve kolay uyarılabilir olma ile karakterize olduğu belirtilmiş ve “çocuklukta hiperkinetik sendrom” şeklinde isimlendirilmiştir (38). DSM-III’te ise “dikkat eksikliği bozukluğu” olarak değiştirilmiş ve “hiperaktivitenin eşlik ettiği” ve “hiperaktivitenin eşlik etmediği” olarak ikiye ayrılmıştır (39). Günümüzde kullanılan güncel tanı sınıflaması DSM-5’te tanı kriterleri yeniden düzenlenmiş ve “nörogelişimsel bozukluklar” başlığı altına alınmıştır (2).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB, çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından. Dünyanın çeşitli bölgelerinde DSM-III, DSM-III-R ve DSM-IV ile yürütülen 175 epidemiyoloji çalışması Thomas ve arkadaşları tarafından derlenmiş ve metaregresyon analizi sonucunda DEHB'nin prevalansı %7,2 olarak bulunmuştur (40). Türkiye’de ise DEHB sıklığının ilkokul ve ortaokul popülasyonunda %3-10, okul öncesi popülasyonda %3-6 arasında değiştiği bildirilmektedir (41). Yine ülkemizde yapılan ve 4 yıl süren prospektif izlem çalışmasında DEHB tanısının sıklığının ortalama %13 olduğu bulunmuştur (42). Toplum temelli çalışmalarda erkek/kız oranı 3/1 iken, bu oran klinik çalışmalarda 9/1’e kadar yükselebilmektedir (43).

2.1.3. Etiyoloji

Günümüze kadar DEHB'nin etiyolojisini araştıran birçok araştırmaya rağmen DEHB'nin etiyolojisi kesin olarak belirlenemese de genetik, biyolojik ve çevresel nedenlerin bir arada toplandığı multifaktöriyel bir bozukluk olduğu yönünde fikir birliğine varılmıştır.

Genetik: Aile ve ikiz çalışmalarında DEHB'nin kalıtılabilirliği %70-80 oranındadır (44). Evlat edinme çalışmalarında DEHB'li çocukları evlat edinen ailelerde çocuğun biyolojik akrabalarına göre DEHB belirtilerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (45-47). DEHB tanısı alan çocukların kardeşlerinde DEHB riskinin 3-5 kat, anne-babalarında ise 2-8 kat arttığı bulunmuştur (48).

Son yıllarda yapılan moleküler genetik çalışmalar da DEHB'nin genetik altyapısının son derece karmaşık olduğunu göstermektedir. Öne çıkan genlerden bazıları dopamin taşıyıcı gen (DAT1), dopamin beta hidroksilaz geni, dopamin 4 reseptör geni (DRD4), serotonin 1B reseptör geni, serotonin taşıyıcı gen ve sinaptozomal protein 25 genidir (44).

Nörogörüntüleme: DEHB'de yürütücü işlevler önemli oranda bozulur. Bu nedenle yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, prefrontal kortekse odaklanmaktadır. Yapılan bir çalışma, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde korteks kalınlığının en yüksek değere ulaşmasının, sağlıklı kontrollere göre ortalama 2-3 yıl geciktiğini göstermiştir. Kortikal matürasyonun gecikmesi; dikkat, planlanma, organizasyon gibi zihinsel ve motor süreçlerle ilgili sapmalarla ilişkilendirilmiştir (49).

Bir metaanalizde DEHB'li çocuklarda hipokampus, amigdala, nükleus akumbens, kaudat çekirdek ve putamen hacimlerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu belirtilmiştir (50).

Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında, bozukluğun gelişiminde nöral devrelerin rolü dikkat çekmektedir. Default mode network (varsayılan mod ağı), dorsal ve ventral dikkat ağları, frontostriatal ve mezokortikolimbik (dopaminerjik mezolimbik sistem) DEHB ile ilişkilendirilen büyük nöral devrelerdendir (51).

Nörokimyasal: Bozukluğun nörobiyolojisini anlamak için yapılan çalışmalar dopamin, noradrenalin ve serotonin nörotransmitterleri üzerinde durmaktadır. Dopamin ve noradrenalinin yürütücü işlevler, dikkati başlatma ve sürdürme, dürtüleri kontrol etme üzerinde önemli rolleri bulunmaktadır. Mezokortikal dopamin eksikliği bellek işlevlerinde ve bilgiyi işlemlemedeki zorluklar ile ilişkilendirilirken, mezolimbik ve kortikal bölgedeki dopamin eksiklikleri dikkati sürdürme ve motivasyonel problemlere neden olmaktadır (52). Noradrenalin hareket ve davranış kontrolü; serotonin ise agresyon, seçici dikkat ve dürtü kontrolü ile ilişkilendirilmiştir (53).

Nöropsikolojik Faktörler: Genel olarak DEHB’de davranışsal engelleme, planlama, organizasyon, çalışma belleği gibi yürütücü işlev eksiklikleri olduğu gösterilmiştir (54, 55). Ancak DEHB’li bireyler arasında yürütücü işlevlerdeki bozulmalar oldukça bireysel özellikler gösterebilmektedir. Bazı hastalarda hiçbir yürütücü işlev eksikliği görülmezken, bazı hastalarda yalnızca belirli bir yürütücü işlev alanında bozulma görülebilmektedir (56, 57).

Çevresel faktörler: Birçok çevresel faktör DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Ancak nedensel süreç karmaşıktır. Prematürite, düşük doğum ağırlığı, anne karnında strese maruz kalma, gebelikte alkol, madde ve sigara kullanımı, obezite perinatal ve prenatal risk faktörlerindendir (58-60).

Çocukluk döneminde duygusal ihmal, sert ebeveyn tutumları, aile içi stres, anne yaşı, ebeveynlerde psikopatoloji varlığı DEHB ile ilişkilendirilen psikososyal risk faktörlerindendir (61-63).

2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB tanılama süreci, özenli bir psikiyatrik öykü almanın yanında, ayrıntılı bir gelişimsel ve tıbbi öykü, aile ilişkileri ve kişinin bireysel özelliklerinin değerlendirilmesini gerektirir. DEHB tanısının atlanması, kişinin akademik başarısı, sosyal ilişkileri gibi birçok faktörü olumsuz etkileyebilirken, yanlış teşhis konulması kişinin gereksiz yere tedavi almasına neden olabilmektedir (37). Bu süreçte bireyi yakın gözleme fırsatı olan ebeveyn ve öğretmen gibi çoklu bilgi kaynaklarından

faydalanılmalıdır. Başka bir tanıyı düşündüren bir bulgu olmadığı sürece DEHB tanısı için herhangi bir başka tetkik gerekmez. Bazı test ve ölçeklerin kullanılması, tanı sürecine yardımcı olabilir. İyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulduktan sonra, bireyin yaşına göre dikkat, hareketlilik, davranış ve dürtü kontrolü ile ilgili özellikler detaylandırılmalıdır. DEHB çeşitli işlevsellik alanlarında bozulmalarla ilişkili olduğundan, akademik başarı düzeyi, arkadaş ilişkileri, sosyal ilişkiler detaylı olarak ele alınmalıdır.

DSM-5 tanı sınıflandırma sistemine göre tanı için dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden altışar belirtinin olması, semptomların 12 yaşından önce başlamış olması ve belirtilerin en az iki işlevsellik alanında bozulmaya yol açması gerekmektedir. Yalnızca dikkatsizlik belirti kümesinden altı belirtinin bulunması durumunda dikkat eksikliği baskın görünüm, yalnızca hiperaktivite/dürtüsellik belirti kümesinden altı belirti bulunduğu durumda hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm tanısı konur. Her iki belirti kümesinde altı ya da daha fazla belirti olması durumunda tanı bileşik görünüm olarak adlandırılır (2).

DSM-5 tanı kriterleri şöyledir:

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

1. **Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı ay sürmektedir.

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

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

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

- c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz.
- e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.
- f. Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.
- g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
- h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i. Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır

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

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

- a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
- b. Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
- d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz.
- e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “motor takılmış” gibi davranır.
- f. Çoğu kez aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h. Çoğu kez, sırasını bekleyemez.

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

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

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

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

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

Olup olmadığını belirtiniz:

Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketliliğin/dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan düzelme gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Hafif: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma “ağır olmayan” ile “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çoğu karşılanmıştır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases; Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması)’da ise ‘*hiperkinetik bozukluklar*’ olarak isimlendirilmekte ve tanı konulabilmesi için altı dikkatsizlik, üç hiperaktivite, bir dürtüsellik kriteri gerekmektedir. Belirtiler en az altı aydır devam etmeli ve yedi yaşından önce başlamalıdır. Ayrıca IQ puanının minimum elli olması şartı vardır (64).

2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, uyku bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu (OSB), entelektüel yeti yitimi gibi psikiyatrik bozukluklar ayırıcı tanı olarak değerlendirilmelidir. Özellikle küçük çocuklarda dikkat süresi ve hareketliliğin gelişimsel döneme uygun olup olmadığı değerlendirilmeli ve DEHB’den ayırt edilmelidir. Ayrıca nörofibromatozis, fenilketonüri gibi DEHB ile ilişkili olabilecek tıbbi durumlar ayırıcı tanıda önemlidir (65).

DEHB’de eş tanı oranı çok yüksektir. %50-60 oranı ile DEHB ile en sık bir arada görülen bozukluk KOKGB’dur. Daha sonra davranım bozukluğu (%30-50), depresyon (%15-75), anksiyete bozukluğunun (yaklaşık %25) eşlik ettiği bulunmuştur (66). Dikkatsizlik baskın görünüm öğrenme bozuklukları ve içe yönelim patolojileri (duygudurum ve kaygı bozuklukları) ile daha çok ilişkili iken, diğer iki görünüm dışa yönelim patolojileri ve madde kullanım bozukluğu ile daha çok ilişkili bulunmuştur (67).

2.1.6. Prognoz ve Tedavi

DEHB, %45-85 oranında hayat boyu süren bir bozukluktur (68). Çocukluk döneminde DEHB tanısı alan kişilerin ergenlik ve erişkinlik yıllarında da işlevsellikleri bozulmaktadır. Eşik altı belirtileri olan kişilerde dahi, DEHB tanısı

düşük akademik başarı ve eğitimin erken sonlanmasıyla ilişkili bulunmuştur (69). DEHB'li ergenlerde davranım sorunları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve suça karışma oranları daha fazladır (70). Uzun vadeli sonuçlar tam olarak bilinemesi de DEHB tedavisi ile suç davranışı ve kazalarla ilgili acil servis başvurularının azalabileceğine ilişkin kanıtlar mevcuttur (71, 72).

Uzun süreli bir izlem çalışmasında, çocukluk dönemindeki DEHB tanısının, yetişkinlikte ekonomik, sosyal ve mesleki alanlarda bozulma ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (73). Danimarka'da yapılan bir çalışmada DEHB tanılı bireylerde, sağlıklı kontrollere göre ölüm oranının arttığı ve bunun sıklıkla kazalarla ilişkili olduğu bulunmuştur (31).

DEHB tedavisinde farmakolojik tedaviler ve davranışsal müdahaleler, ebeveyn eğitimi, akademik destek gibi psikososyal yaklaşımlar ile birlikte ele alınarak çok boyutlu bir yaklaşım sergilenmelidir (37). Özellikle hafif belirtiler gösteren okul öncesi çocuklarda psikososyal yaklaşımların ön planda olması gerektiği savunulmaktadır (74, 75).

DEHB'nin farmakolojik tedavisi stimülan ve nonstimülan ilaçlar olmak üzere iki gruptan oluşur. Psikostimülan ilaçlar metilfenidat ve amfetamin türevi ilaçlardır. Ülkemizde yalnızca metilfenidat grubu ilaçlar reçete edilebilmektedir. Metilfenidat presinaptik dopamin ve noradrenalin taşıyıcılarını inhibe ederek katekolamin iletimini artırırken, amfetamin ise buna ek olarak presinaptik dopamin miktarını artırmaktadır (76). Yaklaşık 3 ay süren ve 10000'den fazla çocuk ve ergenin katıldığı bir çalışmada hem metilfenidat hem amfetaminin orta-büyük düzeyde bir etki büyüklüğü ile etkili olduğu gösterilmiştir (metilfenidat için SD: 0,78, amfetamin için SD: 1,02) (77). Bu ilaçların yan etki profilleri ise benzerdir (78).

Nonstimülan ilaçlar, atomoksetin, guanfasin ve klonidindir. Bu grup, stimülan ilaçlara göre daha küçük etki boyutlarına sahiptir. Bu grupta en sık kullanılan ilaç atomoksetindir. Atomoksetin presinaptik noradrenalin taşıyıcısını inhibe ederek noradrenalin geri alımını azaltmaktadır. Tedavi kılavuzları stimülanların yetersiz kaldığı ya da yan etkiler sebebiyle kullanılamadığı durumlarda uyarıcı olmayan ilaçların kullanılmasını önermektedir. Atomoksetinin klinik etkileri ile ilgili yapılan 25 çalışmanın metaanalizinde, orta düzeyde bir etki büyüklüğünün (SD: 0,64) olduğu, fakat hastaların yaklaşık %40'ında ek müdahale gerektiği belirtilmiştir (79).

2.2. Yavaş Bilişsel Tempo

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Yavaş Bilişsel Tempo (YBT), hayallere dalma, şaşkın görünüm, kendi düşünceleri içinde kaybolma, hareketlerde ve sorulara cevap vermede yavaşlık ile karakterize bir çeşit dikkat bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (4). Motor ve bilişsel özellikleri vardır. Bilişsel sorunlar, hayale dalma, uykulu ve kafası karışık/şaşkın görünüm, düşük girişimcilik gibi belirtiler iken, motor problemler hareketin azlığı ve yavaşlığı gibi belirtilerle kendisini göstermektedir (80). YBT, alan yazında DEHB bağlamında tartışılmıştır. DEHB dikkatsizlik baskın görünümü, hayal kurma, hipoaktivite, uyuşukluk, ilgisiz olma gibi semptomlarla ilişkilendirildiğinden, YBT önceleri DEHB dikkatsizlik sunumunun bir yansıması olarak görülmekteydi. Ancak, son yıllarda yapılan çalışmalarda farklı bir bozukluk olabileceği belirtilmektedir (81, 82). DEHB ile sıklıkla bir arada bulunabilmesine rağmen içsel ve dışsal geçerliliğine dair kanıtlar mevcuttur (4, 5, 83).

İlk kez Alexander Crichton 1798 yılında kitabında iki tür dikkat bozukluğu tanımlamıştır. Bunlardan biri uyarılmada eksiklik, gündüz rüyaları ve düşük enerji seviyeleri ile kendini gösterirken, diğeri dikkatin aşırı uyarılmasını yani dikkatin dış uyarılarla kolayca çelinebilmesini kapsamaktadır. Bu tanımlardan ilki YBT ile uyumlu iken, ikincisi daha çok DEHB'ye benzemektedir (84).

1980 yılında DSM-III ile YBT'yi araştıran güncel çalışmalar başlamıştır. DSM-III'te dikkat eksikliği bozukluğu, hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olmak üzere ikiye ayrılmıştır (85). 1985 yılındaki bir çalışmada hiperaktivitesiz dikkat eksikliği bozukluğu grubunda belirtilerin YBT'ye benzer olduğu ve bu grubun kaygı, akademik problemler ve çekingenlik ile ilişkili olduğundan bahsedilirken, diğeri grubun agresyon ve davranış sorunları ile daha çok ilişkili olduğu belirtilmiştir. DSM-IV'te ise, DEHB kriterlerini tam olarak karşılamayan, dikkat eksikliği ve YBT'nin hipoaktivite, yavaşlık ve hayal aleminde olma belirtilerini kapsayan DEHB-NOS tanısından bahsedilmektedir. DSM-5'te YBT'nin artık DEHB tanısı altında belirtilmemesi farklı bir bozukluk olarak değerlendirilmesinin desteklendiği şeklinde yorumlanmaktadır (86).

Büyük bir okul örnekleminde Neeper ve Lahey'in yaptığı çalışmada dikkatsizlik ve düşük hiperaktiviteyi kapsayan grubun içerisinde uyuşukluk, kendi dünyasında görünme, kayıtsızlık gibi belirtilerden oluşan “*yavaş tempo*” faktörü ortaya çıkmıştır (87). DEHB'nin klinik görünümünün incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında, yapılan küme ve faktör analizleri ile dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellikten farklı olarak “*yavaş bilişsel tempo*” isminde farklı bir faktör tanımlanmıştır (81). Son olarak 2016 yılında Becker ve arkadaşlarının yaptığı metaanalizde, YBT'nin DEHB'den farklı bir bozukluk olduğu belirtilmiştir (4). Yine YBT ile anksiyete, depresyon ve gündüz uykululuğu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma, doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda, YBT'nin tüm bu yapılardan farklı olduğunu belirtmiştir (88). Ancak günümüzde YBT bir tanı sınıflandırmasında bulunmamaktadır.

2.2.2. Epidemiyoloji

ABD'de 6-17 yaş arasındaki 1800 çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada, YBT'nin yaygınlığı %6 olarak bulunmuştur (5). Çocuk Davranış Ölçeği'nin (CBCL) YBT ile ilgili maddeleri ile İspanya'da yapılan bir çalışmada YBT prevalansı %11 olarak saptanmıştır (89). Yeterli kanıt olmasa da cinsiyet, yaş ve ırk ile YBT'nin ilişkisi olmadığı üzerinde durulmaktadır (90, 91). Bir metaanalizde ebeveyn eğitiminin ve ailenin gelir miktarının az olmasının YBT ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (4).

2.2.3. Etiyoloji

YBT etiyolojisi ile ilgili çalışmalar kısıtlı olmasına rağmen, multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir.

Genetik: Bir ikiz çalışmasında YBT ve DEHB dikkatsizlik baskın görünüm arasındaki ilişkinin, YBT ve DEHB hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünüm arasındaki ilişkinin yaklaşık iki misli olduğu, YBT'nin DEHB'den daha az oranda, orta düzeyde bir kalıtilabilirlik oranı gösterdiği bulunmuştur (92).

Nörogörüntüleme: İspanya'da 8-12 yaşları arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, DEHB belirtileri kontrol edildikten sonra dahi, YBT semptomları yüksek

olan grupta anatomik olarak frontal lobda hacim artışı olduğu bulunmuştur (93). Ülkemizde yapılan bir Diffüzyon Tensör Görüntüleme çalışmasında, YBT semptomları olan çocuklarda internal kapsül, bilateral beyin pedinkülleri ve fornikte artmış fraksiyonel anizotropi saptanmıştır (94). DEHB tanılı ergenler ile yapılan bir fonksiyonel görüntüleme çalışmasında, dikkat ve motor yanıt ile beyin aktiviteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. YBT semptomlarının dikkati kaydırma ve dikkatin yeniden yönlendirilmesindeki bozulma ile ilişki olabilecek şekilde sol süperior parietal lobda aktivite azalmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca DEHB frontoparietal dikkat ağları ile ilişkili iken, YBT’de posterior dikkat ağlarında daha fazla sorun görüldüğü belirtilmiştir (95).

Uyku: Uyuşuk ve uykulu görünme gibi belirtiler nedeniyle YBT ile uyku problemleri arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Bir çalışmada YBT belirtilerinin gün içerisindeki uykululuk ve sabah uyanmada zorlanma ile ilişkili olabileceği bildirilirken, başka bir çalışmada YBT ve DEHB’nin her ikisi de gündüz uykululuğu ile ilişkili olsa da uykulu olmanın YBT ve DEHB’den başka bir faktör olduğu bulunmuştur (96, 97).

Çevresel: Yapılan çalışmalarda gebelikte sigara ve alkol kullanımı, postnatal dönemde sigara dumanına maruz kalma YBT semptomları ile ilişkili bulunmuştur. Düşük anne eğitimi, babanın işsizliği ve erkek olmak YBT için riskli olabilecek faktörlerdendir (89, 98).

2.2.4. Nöropsikolojik Özellikler

Yapılan çalışmalar YBT’nin, DEHB’den farklı ve kendine özgü nörobilişsel bozulmalar ile ilişkili olabileceğini düşündürse de bulgular karışıktır. 2002 ve 2014 yılında yapılan iki çalışmada YBT belirtileri olan DEHB’li çocuklarda, YBT belirtileri yüksek olan kız çocuklarının daha yavaş bir motor hızının olduğu, ancak genel olarak nöropsikolojik test bataryalarında farklılık olmadığı bulunmuştur. Ancak her iki çalışma da DEHB grubunda yapılmıştır, bu nedenle YBT’ye özgü nöropsikolojik özellikleri saptama yeteneği düşüktür (99, 100). DEHB tanılı ve sağlıklı çocukları içeren ve çalışma belleği, işlem hızı, planlama, tepki süresi gibi yürütücü işlevlerin

değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB-dikkatsizlik belirtileri kontrol edildikten sonra, YBT belirtilerinin yalnızca uzamsal bellek değişkenliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (101). Buna karşılık daha büyük örneklemelerle yapılan diğer iki çalışmada, YBT'nin reaksiyon zamanı, işleyen bellek ve inhibitör kontrol ile ilişkili olmadığı ancak daha zayıf sürekli dikkat ve yavaş işlem hızı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (7, 102). Okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmada YBT belirtilerinin artması, görsel algısal beceriler, seçici ve sürekli dikkat, işleme hızı, işitsel görsel dikkat ve davranışsal engelleme becerilerinin azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (103).

6-17 yaş arasındaki ergenlerle, Yürütücü İşlevlere Yönelik Davranış Değerlendirme Ölçeği'nin (BRIEF) kullanılarak yapılan bir çalışmada, YBT belirtilerinin DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildikten sonra bile, planlama/organize etme ve çalışma belleği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (104). Aynı ölçeğin öğretmen ve ebeveyn tarafından puanlanması ile yapılan bir çalışmada, davranış sorunları DEHB hiperaktivite belirtileri ile, üstbilişsel sorunlar ise YBT belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (105). Çalışmalar, YBT'nin nörobilişsel bozulmalara daha küçük bir etki boyutuyla etki edebileceğini düşündürmektedir.

2.2.5. Nörofizyolojik Özellikler

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bir çalışmada yavaş bilişsel tempo belirtileri ile beyin dalgaları arasında ilişki bulunmamıştır (106). Başka bir çalışmada dinlenme durumunda YBT belirtileri ile düşük uyarılma ve sempatik aktivitenin ilişkili olduğu, uyarı sinyali koşulunda ise YBT semptomlarının yükselmesiyle uyarılmanın da arttığı bulunmuştur. Bu durum, YBT belirtileri olan çocukların çevresel uyaranlarla karşılaştıklarında yaşadıkları sorunları açıklayabilecek şekilde, YBT'nin uyarılmadaki azalma ve dış dünyadaki uyaranlara karşı uyanıklığın artmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (107). Güncel bir çalışmada YBT grubunda, işitsel uyarı sırasında, dinlenme durumuna göre daha yüksek teta dalga aktivasyonunun ve parasempatik aktivitenin, sürekli dikkat görevinde daha fazla hata ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. YBT belirtileri yüksek olan çocukların stres içeren uyaranlara karşı aşırı duyarlılık gösterdikleri ve bunun da dikkat güçlükleri ile bağlantılı olabileceği sonucuna varılmıştır (108).

2.2.6. Demografik özellikler

Becker ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada YBT belirtilerinin yaş arttıkça ılımlı bir şekilde arttığı saptanmıştır (4). Başka bir çalışmada DEHB ile kıyaslandığında, YBT tanısının daha geç yaşta konduğu gösterilmiştir (5). On yıllık bir izlem çalışmasında YBT tanısı sabit olmakla birlikte, belirti şiddetinin yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır (109). Bazı çalışmalarda boyutsal olarak YBT belirtileri erkek cinsiyet ile ilişkili iken, kızlarda YBT belirtilerinin daha şiddetli olduğu bulunsada (4, 89), çocuklarda ve erişkinlerde yapılan çalışmalar YBT tanısının yaş, cinsiyet ve ırkla ilişkisi olmadığını üzerinde durmaktadır. Bu bilgiler yaş arttıkça semptomların azaldığı, erkek cinsiyetin egemen olduğu ve bazı etnik gruplarla ilişkili olduğu bilinen DEHB ile ayrıldığını göstermektedir (4, 5, 90, 91). Ebeveyn eğitiminin, yıllık hane gelirinin azalması ve ebeveyn işsizlik oranının artması ise YBT belirtilerinin yükselmesi ile ilişkili bulunmuştur (5).

2.2.7. Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ilişkisi

Yapılan çalışmalar demografik özellikler, komorbidite, nörobilişsel farklılıklar gibi değişkenler ve doğrulayıcı faktör analizleri göz önünde bulundurulduğunda YBT'nin DEHB'nin bir alt tipi değil, birlikte bulunabilen ve ilişkili olabilen farklı iki bozukluk olduğu üzerinde durmaktadır (110). Bir çalışmada DEHB tanısı alan çocukların %39'unda YBT puanlarının yüksek olduğu, YBT tanısı alanların ise %59'unda DEHB tanısının da bulunduğu belirtilmiştir (5). Çalışmaların büyük bir kısmında DEHB ve YBT arasındaki ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileriyle ilgili olduğu, YBT ve dikkatsizlik belirtileri arasındaki ilişki kontrol edildiğinde, YBT ve DEHB-hiperaktivite belirtilerinin ters yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (91, 101, 111). YBT belirtileri daha çok DEHB dikkat eksikliği ile ilişkili gibi görünse de DEHB bileşik tipte de YBT belirtileri görülebilmektedir (5, 112). DEHB ve YBT ilişkisi, depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki gibi, birbirinin alt tipi değil, farklı ancak birlikte sık görülebilen, birbiriyle ilişkili iki bozukluk olmaya benzetilmektedir (5).

2.2.8. Yavaş Bilişsel Tempo'nun Klinik Görünümü ve Tanı

Herhangi bir tanı sınıflandırmasında yer almadığı için YBT'nin kesin olarak belirlenmiş tanı kriterleri yoktur. Çalışmalarda bazı ölçeklerin YBT'yi etkin bir şekilde öngördüğü gösterilse de henüz standart belirlenmemiştir (5, 90, 113). Mevcut kanıtlar, YBT yapısının DEHB dikkatsizlik baskın sunumunun, DSM-IV ve DSM-5'e göre dikkatsizliği ölçen 9 semptom ile karşılanmayan dikkat bozukluğunu belirttiğini düşündürmektedir (114, 115). Yine çalışmalarda DEHB ya da başka herhangi bir bozukluğun tanı kriterlerini karşılamayan çocuklarda da YBT'nin görülebilmesi bu durumu desteklemektedir (5, 101, 111).

Araştırmalarda YBT'nin en sık görülen ve belirleyici özellikleri tanımlanmaya çalışılmıştır (4, 5, 111). Barkley, çalışmasında daha önce en sık tanımlanan ve kullanılan semptomları şu şekilde belirtmiştir: (5).

1. Hayallere dalıp gitme
2. Uyanık kalmada ve harekete geçmede zorlanma
3. Zihni bulanık ve şaşkın görünme
4. Boş gözlerle uzun uzun bakma
5. Kafası karışık olma, aklı başka yerde gibi görünme
6. Uyuşuk olma
7. Daha az hareketli olma
8. Yavaş hareket etme, durgunluk
9. Sorulan soruları veya açıklamaları doğru veya hızlı bir şekilde anlayamama
10. Uykulu bir görünüme sahip olma
11. İlgisiz veya çekingen gibi görünme
12. Kendi düşüncelerinde kaybolma
13. Görevleri tamamlamada yavaşlık
14. Düşük girişimcilik, çaba göstermeme

Yapılan faktör analizlerinde “Görevleri tamamlamada yavaşlık” ve “Düşük girişimcilik, çaba göstereme” maddelerinin daha çok DEHB dikkatsizlik ile ilişkili olması nedeniyle çıkarılmıştır (5). Becker'in 2016 yılında yayınladığı bir meta analizde, YBT için 13 semptomun ön plana çıktığı ve tanı için oldukça faydalı olduğu belirtilmiştir (4).

Yetişkinler ve çocuklarla yapılan çalışmalarda YBT'nin, hayal kurma/dalgın görünüm ve yavaşlık/uykulu görünüm olmak üzere DEHB'den farklı iki semptom boyutunun olduğu kanısına varılmıştır (5, 91, 111). Bu boyutların farklı işlevsellik alanlarında bozulma ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (116).

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğine dikkatsizlik şikayetiyle gelen çocuk ve ergenlerde, dikkatsizliğe ek olarak aşırı hareketli olmayıp, daha çok yavaşlık, konfüze görünüm, sosyal içe çekilme belirtileri olduğunda YBT araştırılmalıdır. YBT'den şüphelenildiğinde, uyku bozuklukları (uykulu görünüm nedeniyle), nöbetler (uzun uzun boş bakma nedeniyle), öğrenme bozuklukları ve entelektüel yeti yitimi (ders başarısızlıkları nedeniyle) ayırıcı tanıda düşünülmelidir (4). Gerekli görülürse tıbbi durumlar açısından tetkik edilmeli ve yönlendirilmelidir (110). Çocuk ve ergenler DEHB açısından değerlendirilirken, YBT belirtilerinin de sorgulanması yararlı olur. Barkley'in çalışmasında, Barkley Çocuk Dikkat Anketi'nde on iki maddenin üçünün "sık sık" veya "çok sık" olarak puanlanmasının anlamlı olduğunu belirtmiştir. Psikiyatrik muayene ve ölçeklerin kullanılmasıyla, bir alanda işlevselliği bozan ve sık görülen belirtilerin olması resmi olmayan YBT tanısını düşündürmelidir (5, 117).

2.2.9. Psikiyatrik Komorbiditeler

1800 çocuk ve ergenin katıldığı ve yürütücü işlev, eş tanı ve işlevsellik alanlarının araştırıldığı bir çalışmada YBT tanısı alan çocukların %59'unun DEHB, DEHB tanısı alan çocukların da %39'unun YBT tanısı aldığı bildirilmiştir (5). Erken çocukluk dönemindeki DEHB dikkatsizlik ve YBT belirtilerinin ergenlik dönemindeki yansımalarını araştıran on yıllık bir takip çalışmasında, sadece YBT belirtilerinin sosyal içe çekilme, depresyon ve kaygıyı öngördüğü, YBT ve DEHB'nin farklı yollarla sosyal zorluklara neden olduğu bulunmuştur (118).

YBT'nin kaygı bozuklukları ve depresyon gibi içselleştirme belirtileriyle anlamlı olarak ilişkili olduğu, bu ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildikten sonra da devam ettiği, hatta bu ilişkinin DEHB-içselleştirme belirtileri arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu çalışmalarda gösterilmektedir (119). Bu ilişkinin daha çok YBT'nin 'yavaşlık' boyutundan kaynaklandığı ve YBT'de belirgin olan motivasyon eksikliği, düşük çaba ve etkinliklere ilgisizlik ile açıklanabileceği düşünülmektedir (116). İntihar düşünceleri ile ilgili risklerin, klinik örnekleme,

depresyon dahil diğer psikiyatrik bozuklukların kontrol edildiği bir çalışmada YBT'nin benzersiz bir şekilde intihar düşünceleriyle ilişkili olduğu, yine üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise intihar davranışları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (12, 13). Yakın zamanda DEHB tanılı ergenlerle yapılan bir çalışmada, yüksek YBT belirtileri ve ebeveyn-genç çatışması depresif belirtilerle ilişkili bulunmuş ve YBT belirtilerinin sorgulanması ve varsa uygun şekilde ele alınmasının, depresyonu önleme açısından önemli olduğu belirtilmiştir (120). Okuma bozukluğu olan çocuklarda YBT'nin anksiyete, depresyon ve akademik performansla ilişkisini 18 ay boyunca 3 ayda bir değerlendiren bir çalışmada, YBT belirtilerinin kaygı belirtilerindeki artış ve akademik performanstaki düşüş ile ilişkili olduğu bulunmuştur (121).

Çalışmaların bazılarında YBT'nin DEHB hiperaktivite ve dışsallaştırma patolojileri ile ilişkili olmadığı belirtilirken, bazı çalışmalarda ters yönde bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Buna karşın, YBT belirtileri kontrol edildiğinde, DEHB dikkatsizlik belirtileri hiperaktivite ve dışsallaştırma patolojileri ile ilişkilidir. (6, 111, 112, 122-127).

Barkley, DEHB'nin işitme problemleri dışında tüm bozukluklar ile ilişkili olmasına karşın YBT'nin KOKGB, bipolar bozukluk, akademik zorluklar, kaygı ve işitme problemleri ile komorbiditesinin olmadığını ve DEHB grubuna göre depresyon ile daha yüksek oranda komorbidite gösterdiğini bulmuştur. DEHB ve YBT birlikte olduğunda birbirlerinin olumsuz etkilerini arttırmaktadır (5).

Bir çalışmada YBT belirtileri yüksek olan çocukların daha fazla depresyon, kaygı ve obsesif belirtileri olduğu gösterilmiştir (128). DEHB ve YBT birlikteliğinin depresyon ve kaygı belirtileri geliştirmeye yatkınlığı daha da artırabileceği düşünülmektedir (101, 128). Ayrıca YBT belirtileri fazlaysa yıkıcı davranış belirtilerinin azaldığı, böylece DEHB belirtileri fazla olan çocuklarda KOKGB belirtilerini de azalttığı gösterilmiştir. Dolayısıyla YBT'nin DEHB'li çocuklarda KOKGB belirtilerine karşı koruyucu olabileceği düşünülmektedir. (102, 111, 115, 128-130).

2.2.10. İşlevsellik Alanları

YBT orta düzeyde etki büyüklüğü ile genel, akademik ve sosyal alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır; bu ilişki DEHB ve diğer psikopatolojilerden bağımsızdır (4). Ancak bu bozulma araştırmanın örneklemine ve metoduna göre farklılık gösterebilmektedir (131).

Genel İşlevsellik: Genel işlevsellik alanında DEHB ve YBT bir arada olduğunda daha ciddi ve daha fazla bozulmuş işlevsellikle ilişkidir (5). YBT'nin sportif alanlardaki performans, öz bakım ve ev işlerinin tamamlanması gibi birçok ek alanda bozulmaya neden olduğu belirtilmiştir (5). YBT belirtilerinin; DEHB, kaygı ve depresyon semptomları düzeltildikten sonra dahi, genel işlevsellikteki bozulma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (7). Barkley, YBT'nin erişkinlikte de, ebeveynlik, meslek hayatı, arkadaşlık, ev hayatı gibi birçok alanda işlevsel bozulma ile ilişkili olabileceğini bildirmiştir (5). Ebeveyn ve öğretmen bildirimlerini birlikte kullanan bir çalışmada, YBT belirtileri yüksek olan çocukların okuldaki işlevselliklerinin daha az bozulduğu bildirilirken, anne-babalar ev ortamında daha fazla güçlük bildirmiştir (131). DEHB tanılı çocuklarda bütün alanlarda belirgin zorluk yaşarken, YBT belirtileri yüksek olan çocuklarda toplumsal alan ve serbest zaman etkinliklerinde yaşanan güçlükler daha fazladır. DEHB kaynaklı işlev kaybının YBT'den fazla olması, YBT'nin daha iyi seyirli olabileceğini; ancak işlev kaybının farklı alanlarda olması nedeniyle YBT'nin de ele alınmasının önemli olduğunu düşündürmektedir (5, 118).

Sosyal İşlevsellik: YBT belirtileri olan çocuklarda içe dönüklük, az inisiyatif almaya meyil, az atılganlık, utangaçlık daha yaygın olup, bu davranışların sosyal etkileşimi azalttığı ve sosyal içe dönüklük ile sonuçlandığı belirtilmektedir (91, 111, 123, 129, 132-134). Mikami ve arkadaşlarının bilgisayarlı bir test ile akran etkileşimini incelediği ve YBT ile DEHB alt tipleri arasındaki farkı araştırdığı bir çalışmada, daha önceki verilerle tutarlı olarak, DEHB dikkatsizlik ve YBT belirtileri olan çocukların sosyal alanda daha fazla sorun yaşadığı, sosyal içe çekilme ihtimallerinin daha fazla ve sosyal etkileşimde kaygılı ve mutsuz oldukları bulunmuştur (112, 115, 129). Yine YBT belirtileri yüksek olan çocuklarda sosyal ipuçlarını anlama becerileri daha kötü

bulunmuştur (115). Ayrıca YBT belirtileri olan çocuklar, YBT belirtisi olmayan DEHB-dikkatsizlik grubuna göre daha az hostile davranışlar sergilemişlerdir (115, 123). YBT, çocuk ve ergenlerde sosyal katılımın azalması ve sosyal ipuçlarını anlama becerilerinin kötüleşmesi ile sosyal işlevselliği bozsa da daha az hostilite sayesinde dışa yönelim bozuklukları için koruyucu bir faktör olabilir ve kişiyi daha dayanıklı hale getirebilir (115, 123).

DEHB ve YBT'nin her ikisi de sosyal zorluklarla ilişkilidir; ancak farklı yollarla sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olurlar. DEHB daha çok hostilite, dürtüsellik, kurallara uymama gibi davranışlar nedeniyle akran reddi ile ilgili iken, YBT sosyal ortamlarda yetersiz inisiyatif, görmezden gelinme ve izolasyon ile ilişkilidir (7, 135, 136). DEHB, diğer psikopatolojiler ve psikososyal faktörler kontrol edildiğinde dahi YBT ve sosyal işlevsellik alanındaki zorluklar ilişkilidir ve bu ilişki süreklilik göstermektedir (4, 137).

Akademik İşlevsellik: YBT belirtilerinin akademik alana olumsuz etkilerinin düşük katılım ve sebat etme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ancak bu konudaki araştırmalar kısıtlıdır ve çalışmalarda, akademik performans kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır (90, 112, 138). Bir çalışmada matematik becerilerindeki azalma sadece DEHB dikkatsizlik ile ilgili değil, YBT belirtileriyle de ilişkili bulunmuştur (133). Aynı çalışmada YBT ve okuma becerileri arasında ilişki bulunmamıştır (133). Becker ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı ve erken çocukluk dönemindeki YBT ve DEHB dikkatsizlik belirtilerinin ergenlik dönemindeki sonuçlarını incelediği bir takip çalışmasında, YBT belirtileri yalnız okuma becerilerindeki başarısızlık ile ilişkili iken, DEHB dikkatsizlik belirtilerinin ise azalmış işleme hızı ve matematik performansı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (118). Akademik becerilerdeki bozulma öğretmenlerden alınan bilgiler ile ebeveyn derecelendirmeleri arasında farklılık göstermiştir (112, 133, 139).

Buna rağmen, YBT'nin DEHB dikkatsizlik belirtileri düzeltildiğinde akademik bozulma ile ilişkili olmadığını gösteren araştırmalar da vardır (8, 112). Sonuç olarak YBT ve akademik performans arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar tutarlı değildir ve daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Diğer: Çalışmalarda diğer faktörler kontrol edildiğinde hem YBT hem DEHB belirtilerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, yetişkinlerde algılanan stres düzeyini artmasına katkı sağladığı bulunmuştur (140, 141). Aynı zamanda YBT, birçok çalışmada tutarlı olarak, DEHB belirtilerinden bağımsız olarak düşük benlik saygısı, yüksek yalnızlık algısı ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkili bulunmuştur (9, 11, 12, 142-144).

2.2.11. Tedavi

YBT belirtilerine yönelik tedavi yöntemleri ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Metilfenidatın YBT belirtilerine etkisinin araştırıldığı ve DEHB-dikkatsizlik alt tipi tanısı alan 88 çocuğun katılımıyla yapılan bir çalışmada YBT belirtilerinin varlığının ilaca yanıtı etkilemediği bulunmuştur (145). Uzun etkili metilfenidat kullanılarak yapılan prospektif, randomize, çift kör, plasebo kontrollü bir çalışmada, DEHB tanılı 126 çocuk 4 hafta boyunca izlenmiştir. Çalışma sonucunda, YBT'nin "hayal kurma" boyutunun metilfenidat cevabı üzerinde etkisi saptanmazken, "uykulu/yavaş" boyutu metilfenidat tedavisine yanıtsızlık ile ilişkili bulunmuştur (146). DEHB ve YBT belirtileri olan 38 erişkin ile yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada, lisdeksamfetaminin DEHB ve YBT belirtilerine ek olarak yürütücü işlev ve işlevsellik alanlarında da düzelme sağladığı bulunmuştur (147). Ülkemizde DEHB tanılı 185 çocuk ile yapılan ve metilfenidata yanıtın araştırıldığı bir çalışmada, metilfenidatın okulda ve evde YBT belirtilerini azalttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada YBT boyutları da incelenmiştir ve tedavi öncesi daha yüksek hayal kurma ve yavaşlık puanları, DEHB belirtileri için daha düşük yanıt ile ilişkilendirilmiştir (148).

DEHB tedavisinde kullanılan atomoksetinin YBT belirtilerini azalttığı gösterilmiştir. DEHB ve/veya ÖÖB tanılı ergenler ile yapılan randomize, çift kör, plasebo kontrollü, açık etiketli bir çalışmada, atomoksetin tedavisinin plaseboya göre ÖÖB hariç bütün gruplarda YBT belirtilerini daha çok azalttığı ve bu durumun DEHB belirtileri kontrol edildikten sonra da devam ettiği bulunmuştur (149, 150)

DEHB dikkatsizlik belirtileri olan çocuklar ile yapılan bir çalışmada, ev ve okul ortamında uygulanan davranışsal müdahalelerin, YBT belirtilerini de azalttığı, okul temelli davranışsal DEHB müdahalelerinin etkisinin araştırıldığı ve DEHB tanılı

274 ergen ile yapılan başka bir çalışmada ise, ebeveynlerin bildirdiği YBT belirtilerinin ve yürütücü işlevlerdeki bozulmanın azaldığı gösterilmiştir (151, 152).

YBT belirtilerinin içselleştirme patolojileriyle ilişkisini göz önünde bulundurarak, bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaklaşımlarının kullanılmasını öneren çalışmalar da mevcuttur (82, 153).

2.3. Kendine Zarar Verme Davranışı

2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Kendine zarar verme davranışı (KZVD), kişinin, intihar amacı olmaksızın, kültürel normlara uymayan bir şekilde, kendi bedenine kasıtlı ve tekrarlayıcı olarak verdiği hasar olarak tanımlanır (154). En yaygın olarak görülen KZVD yöntemleri, cilt yüzeyini kesme, kazıma, sivri bir cisim batırma, kaşıma ve vurmadır (155). Yanlışıklıkla ya da dolaylı bir şekilde kendine zarar verme davranışları ve dövme, piercing gibi uygulamalar KZVD tanımı içerisine girmez (156).

KZVD, antik çağlarda kültürel veya dini ayinler sırasında da görülebilmektedir (157). Kendine zarar verme ile ilgili ilk bilimsel bilgiler, 1846'da Almanca yayınlanan bir makalede karşımıza çıkmaktadır (158). 1930'lu yıllarda ise psikotik hastalarda gözlenmiş ve yaşadığı suçluluk sebebiyle gözlerini oyan bir hastadan bahsedilmiştir (159, 160).

KZVD, ICD-10'da yalnızca bir bozukluğun belirtisi olarak bulunmaktadır. Ancak KZVD, eşlik eden psikopatoloji olmadan da ortaya çıkabilmektedir (161). DSM-5'te ise KZVD, kendi başına bir tanı kategorisi olarak geçmektedir. "Klinik ilgi odağı olabilecek diğer sorunlar bölümü, kişisel öykünün bulunduğu diğer durumlar" başlığı altında bulunan KZVD'nin tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Bireyin, son bir yıl içinde, beş veya daha fazla günde, sadece küçük veya orta derecede fiziksel zarara yol açacağı beklentisiyle intihar amacı olmadan vücudunun yüzeyine kanama, morarma veya ağrıya neden olabilecek türden yaralanmalarla (örn. kesme, yanma, bıçaklama, vurma, aşırı sürtünme) kasıtlı olarak hasar vermesi

Not: İntihar niyetinin yokluğu ya birey tarafından belirtilmiştir ya da bireyin bildiği ya da öğrendiği ölümle sonuçlanmayacak bir davranışa tekrar tekrar katılmasıyla sonuçlanabilir.

B. Birey, aşağıdaki beklentilerden bir veya daha fazlasıyla kendine zarar verme davranışında bulunur:

1. Olumsuz bir duygudan veya bilişsel durumdan kurtulmak.
2. Kişilerarası güçlüğü gidermek.
3. Olumlu bir duygu durumu uyandırmak.

Not: İstenilen rahatlama veya tepki, kendine zarar verme sırasında veya kısa bir süre sonrasında yaşanır ve birey tekrar tekrarlayan davranış kalıpları gösterebilir.

C. Kasıtlı kendine zarar verme aşağıdakilerden en az biriyle ilişkilidir:

1. Kendine zarar verme eyleminden hemen önceki dönemde ortaya çıkan depresyon, kaygı, gerginlik, öfke, genelleştirilmiş sıkıntı veya özeleştirme gibi kişilerarası zorluklar veya olumsuz duygular veya olumsuz düşünceler
2. Davranıştan önce kontrol edilmesi zor olan amaçlanan davranışla ilgili bir meşguliyet dönemi.
3. Davranışı yapmadığı zamanda bile sık sık kendine zarar verme hakkında düşünmek.

D. Davranış sosyal olarak (Örn. piercing, dövme, dini veya kültürel bir ritüelin bir parçası) onaylanmamıştır ve ciltte yara yolma veya tırnak ısırma ile sınırlı değildir.

E. Davranış veya sonuçları kişilerarası, akademik veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntılara veya engellemelere neden olur.

F. Davranış sadece psikotik ataklar, deliryum, madde zehirlenmesi veya madde yoksunluğu sırasında meydana gelmez. Nörogelişimsel bozukluğu olan bireylerde yineleyici, basmakalıp davranışın parçası değildir. Davranış başka bir zihinsel bozukluk veya tıbbi durum (Örn. psikotik bozukluk, OSB, entelektüel yetersizlik, Lesch-Nyhan sendromu, kendine zarar veren stereotipik hareket bozukluğu, trikotillomani, cilt yolma bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz (2).

2.3.2. Epidemiyoloji

Dünya genelinde okul çağı çocuklarını kapsayan bir meta analize göre, yaşam boyu en az bir kez KZVD görülme sıklığı %17,2'dir (162). Bir çalışmada, ergenlerin %12,25'inin birden fazla kez kendine zarar verdiği bildirilmiştir (163). Klinik örnekleme, ergenlerde KZVD görülme sıklığının %60, tekrarlayan KZVD görülme sıklığının ise %50'lere varabildiği gösterilmiştir (164). Yapılan prospektif çalışmaların sistematik bir derlemesinde KZVD yaygınlığının 15 ve 16. yaşlarda en fazla olup, 17 yaştan sonra azaldığı yani orta ergenlik döneminin KZVD için en riskli yaş dönemi olduğu belirtilmiştir (165).

Ülkemizde 2012 yılında Zeki ve Çuhadaroğlu'nun lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ergenlerin %18,9'unun hayatında en az bir kez kendine zarar verdiği saptanmıştır (21). Yine lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, KZVD sıklığı %21,4 olarak bulunmuştur (166). 2011 yılında üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise KZVD prevalansı %15,4 olarak bildirilmiştir (167).

KZVD öyküsü olan kişilerin %55 ile %85'inde özkıyım davranışı bildirilmektedir; KZVD sıklığını artması, özkıyım girişimi riskini arttırmaktadır (168).

KZVD, her zaman bir psikopatoloji zemininde meydana gelmeyip tek başına da görülebilmektedir (169-171). KZVD, geç ergenlik dönemiyle birlikte azalma gösterse de uzun vadeli olumsuz sonuçlar nedeniyle önem arz etmektedir (156).

2.3.3. Etiyoloji

KZVD birçok sebeple ilişkilidir. Etiyolojinin bir parçası olarak, spesifik risk faktörleri de tanımlanmıştır. Bir meta analizde daha önceki KZVD ve özkıyım girişimleri, B kümesi kişilik özellikleri, umutsuzluk, kendine zarar veren akranlarla ilişki ve istismar en önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir (172).

Psikodinamik Faktörler: 1913 yılında Emerson, KZVD'nin kastrasyonu engellemek amacıyla yapılan bir kastrasyon sembolü olduğunu ve sembolik olarak mastürbasyonun yerine geçtiğini belirtmiştir (173). KZVD'nin ergenlik dönemi öncesinde nadir görülüp ergenlik döneminde artması ve cinsel istismar mağduru kişilerde KZVD'nin daha yaygın olarak görülmesi nedeniyle KZVD'nin cinsel doyum ve cinsel duygularını cezalandırma işlevi gördüğü ve bu nedenle cinsel doyum ve

mastürbasyonla eşdeğer tutulduğu belirtilmiştir (174). Kişi, yaşadığı cinsel dürtüler nedeniyle kendini suçlayıp cezalandırır ve kendine zarar verme sonrası cinsel bir doyum yaşar (175). Diğer taraftan KZVD, bu cinsel dürtüleri kontrol etme denemesi olarak da görülmektedir. Kişinin bedenine zarar vermesi ölüm arzusunu yansıtır ve KZVD, kişiyi tamamen ölüm dürtüsüne kaptırmaktan korur. KZVD'nin duygu ve çatışmaları kişinin kendi benliğine yansıtma biçimi olduğu da belirtilmektedir. Kişi bu şekilde benliğinin dış dünya ile bağlantısını koparmaya çalışan olumsuz duyguyu kontrol altına almaya çalışır (174). KZVD gösteren kişiler, bu yaralara, duygusal acının fiziksel bir ispatı olarak ihtiyaç duyar (176).

Anna Freud, ergenlik döneminin en önemli özelliklerinden birinin anneden ayrılma ve bireyleşme olduğunu belirtmektedir (174). Bu önemli gelişimsel özellik olan ayrılma bireyleşme sürecinde yaşanan zorluklar, ergenlik dönemindeki gencin bağlanma nesnelerinden gelen ilgi ve sevgiyi ters bir reaksiyonla nefret olarak yansıtmasına sebep olabilir. Bu öfke ergenin egosu için taşınmaz olduğunda, aileye ya da kişinin benliğine yansıtılır ve KZVD olarak karşımıza çıkabilir (174).

KZVD'nin psikodinamik açıdan başka bir açıklaması da cilt-ego sınırıdır. Birey, kendi cildine zarar verdiğinde, bedeni ve dış dünya arasındaki ilişkiyi sağlamış ve kontrolü ele almış olur (177). Bir diğer taraftan kendi bedenine zarar vermesiyle, yaşadığı kaygı, üzüntü, kızgınlık, boşluk hissi, yalnızlık gibi olumsuz duygulardan çabucak ve etkili bir şekilde kurtulabilmektedir (178).

Başka bir açıklamaya göre kişi dissosiyasyon duygusunun yarattığı gerçek dışılık hissini sonlandırabilmek adına kendine zarar vermektedir. Kendine zarar vermesiyle akan kan, bireyin hayatta olduğunun ispatıdır. Böylece depersonalizasyon hissi sonlanmış ve kendilik tekrar kazanılmış olur (179, 180).

Nörobiyolojik Faktörler: KZVD, genellikle stresle ilişkilendirilir. Stresle baş etmede rol oynayan sistem hipotalamik hipofizer akstır (181). Kendine zarar verme davranışı gösteren 26 ergen ile yapılan bir çalışmada, KZVD gösteren grupta sabah kortizolunun daha fazla olduğu bulunmuştur (182). Başka bir çalışmada ise depresif belirtisi olan ve kendine zarar veren ergen kızlarda, HPA yanıtını araştırmak için deksametazon supresyon testi yapılmış ve KZVD'li grupta daha düşük kortizol yanıtı saptanmıştır. Bu durumun da negatif feedback ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (183).

Sosyal stres testi kullanılarak yapılan bir çalışmada, KZVD gösteren ergenlerde kortizol miktarının azaldığı ve bu durumun stres durumunda, HPA ekseninde azalmış yanıtla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (184).

KZVD nedenlerine yönelik diğer çalışmalar, serotonin, dopamin ve opiyat nörotransmitterlerine odaklanmaktadır. Saldırganlık ile ilişkisi serotonin, tekrarlayıcı yapısı dopamin, bağımlılık ve ağrı ile ilişkisi ise çalışmaları endojen opioidlere yöneltmiştir (185).

Psikososyal Faktörler: KZVD birçok psikososyal risk faktörleriyle ilişkilidir. Genç ve erişkinlerle yapılan çalışmalarda KZVD ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Erken dönem fiziksel ve duygusal istismar yaşamın ilerleyen dönemlerinde KZVD ile ilişkilendirilmiştir (186, 187).

KZVD için bireysel özellikler de büyük önem arz eder. Yetersiz sosyal problem çözme becerileri, duygu düzenlemede güçlükler, fazla olumsuz duygulanım, duygu ifade etmede yaşanan zorluk ve olumsuz kendilik algısı KZVD için kişisel risk etmenlerindendir (30, 188-192). Zeki ve Çuhadaroğlu'nun yaptığı çalışmada KZVD'nin olduğu grupta duygu düzenleme güçlüklerinin, uygun olmayan stresle baş etme yöntemlerinin daha sık kullanıldığı, durumluk kaygı düzeyinin ve benlik saygısının düşük olduğu belirtilmiştir (21). KZVD daha yoğun depresyon, kaygı belirtileri ve olumsuz mizaç özellikleri ile ilişkili bulunmuştur (193). KZVD gösteren ergenlerin duruma uygun baş etme yöntemi kullanmada güçlük yaşadığı, başkalarına daha çok bağımlı oldukları bulunmuştur (194). Bir çalışmada dürtüselliğin, olumsuz olaylarda düşünmeden karar vermenin, eylem öncesinde düşünebilmek için eylemi erteleyebilme veya heyecan aramanın KZVD'yi öngördüğü belirtilmiştir (195).

2.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkili Risk Faktörleri

Literatürde önceki çalışmalarda kız cinsiyet KZVD için risk faktörü olarak gösterilirken, yakın zamanlı çalışmalar cinsiyet açısından fark olmadığını belirtmektedir (166, 196-198). Ülkemizde 2012 yılında yapılan bir çalışmada cinsiyetler arası fark saptanmazken, 2014 yılında yapılan başka bir çalışmada KZVD kız cinsiyette daha yüksek olarak bulunmuştur (21, 24).

KZVD en sık olarak erken ve orta ergenlik döneminde başlamaktadır (199-201). Ergenlik dönemi kimlik edinim süreci ve beyin gelişim dönemlerindeki dürtüsellik ve duygusal reaktivite nedeniyle KZVD açısından savunmasız bir dönemdir (21, 24, 202).

Sosyoekonomik düzey ile ilgili kanıtlar yetersiz olsa da bazı çalışmalar düşük sosyoekonomik düzeyin KZVD için riskli olduğunu belirtmiştir (203, 204). Zeki ve Çuhadaroglu'nun 2012 yılında yaptığı çalışmada ise KZVD olan ergenlerde sosyoekonomik düzeyin farklılık göstermediği bulunmuştur (21).

KZVD ve etnik köken ile ilgili veriler tutarsız olup, beyaz ırkta daha sık görüldüğünü gösteren çalışmalarla birlikte, etnik köken açısından farklılık olmadığına dair bulgular sunan çalışmalar da mevcuttur (205, 206).

KZVD tekrarlama riski yüksek olan bir belirtidir. Bir çalışmada daha önce KZVD öyküsü olan bireylerde, KZVD sıklığının intihar riskini öngördüğü, 2014 yılında Kara ve Çuhadaroglu'nun çalışmasında KZVD'nin gelecekteki intihar girişimleri için risk faktörü olduğu saptanmıştır (24, 207).

Yaklaşık 2,5 yıl süren bir takip çalışmasında sosyal olarak işlevsiz ilişkilerin ve akran zorbalığının KZVD için önemli bir risk oluşturabileceği belirtilmiştir (208). Sosyal izolasyon KZVD gelişiminde rol oynayan etkenlerden biridir (209). Bir diğer risk etkeni sosyal bulaşma teorisidir (210). Kendine zarar veren ergenlerde bu davranış özel (popüler) bir davranış olarak kabul görmektedir. Ergenlik dönemi arkadaşlarına benzeme ya da kendine benzer kişilerle yakınlık kurma, grup oluşturma eğilimi olan bir dönemdir (211). Sosyal etkileşimler neticesinde, belli bir grupta özdeşleşmek KZVD riskini artırmaktadır (212). Son yıllarda KZVD'nin gençler arasında yaygınlaşmasında internet ve sosyal medyanın rolüne dikkat çekilmektedir. Sosyal medyada KZVD teknikleri ile ilgili içeriklerin izlenmesi KZVD riskini artırırken, ergenler sosyal medyada KZVD ile ilgili yardım çağrısında da bulunabilmektedirler (213, 214).

Kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin ailelerinde bu davranış daha sık görülmektedir. Aile üyelerinde fiziksel ve psikiyatrik bir bozukluk olması ve ailede duygu dışavurumunun yüksek olması ergenlerde KZVD ile ilişkili bulunmuştur (215-217). Aile ilişkilerinin kötü olması ve aile bireyleri arasındaki çatışmanın artması

ergenin benlik saygısı ve kimlik edinme sürecini sekteye uğratabilecek ve dolayısıyla depresyon ve umutsuzluk düşünceleri ile KZVD görülme riskini artıracaktır (218).

Evlilik ilişkisindeki ebeveyn çatışmasının da KZVD için risk oluşturabileceği belirtilmiştir (219). Aile denetiminin yetersiz olduğu, aile işlevselliği bozuk ve ergenlerin davranış kontrolü açısından başıboş kaldığı ailelerde de KZVD görülme ihtimali artmaktadır (220). Sert ebeveyn tutumları ve düşük ebeveyn desteği de bu davranışların ortaya çıkması için riskli durumlardandır (221).

2.3.5. Kendine Zarar Verme Davranışının İşlevleri

KZVD'nin işlevlerini açıklamak için dört faktörlü bir model tanımlanmıştır (222). Bu modele göre KZVD'yi pekiştiren olumlu ve olumsuz kişisel (otomatik) ve kişilerarası (sosyal) faktörler bulunur. Kişi, otomatik olumsuz pekiştireçlerle, KZVD sayesinde kızgınlık gibi olumsuz duyguları azaltırken, otomatik olumlu pekiştireçlerle 'canlı hissetmek' gibi hoş duyguları deneyimlemiş olur. Sosyal olumlu pekiştirme ile KZVD 'dikkat çekme' gibi sosyal etkileşimi güçlendirmeyi sağlarken, sosyal negatif pekiştirme ile 'tartışmayı sonlandırma, sevmediği bir etkinliğe katılmama' gibi rahatsız edici sosyal etkileşimlerden kurtulmuş olur.

Birçok çalışma ile KZVD'nin işlevleri incelenirken, otomatik olumsuz pekiştirmenin en yaygın işlev olduğu bulunmuştur (223-225). Yapılan bir sistematik derlemede fiziksel acı ile olumsuz duyguların azalması arasında ilişki saptanmıştır (226).

2.3.6. Eşlik eden psikiyatrik tanılar

KZVD yalnız başına olabileceği gibi, birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte bulunabilir (195). Klinik çalışmalarda KZVD'ye en yüksek oranda depresyon tanısının eşlik ettiği gösterilmiştir (227, 228). Toplum örneklemleri çalışmalarda ise KZVD gösteren ergenlerde kontrol grubuna göre depresif semptomların daha sık olduğu ve bu belirtilerin KZVD için risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (229). Klinik ve toplum örneklemleri çalışmalarda anksiyete bozukluklarının da KZVD'ye sıklıkla eşlik ettiği saptanmıştır (17, 230, 231). Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının duygu düzenleme güçlükleri ve olumsuz kendilik algısına yol açarak KZVD'ye zemin

hazırlayabileceği belirtilmektedir (232). Yeme bozukluklarında da KZVD sıklıkla görülmektedir (233).

Sınır kişilik bozukluğu kendine zarar verme davranışlarının çok sık görüldüğü bir bozukluktur (227, 234). Her ikisinde de duygu düzenleme güçlükleri ve olumsuz kendilik algısı temel rol oynamaktadır (232).

Disosiyatif bozukluk ve KZVD arasındaki ilişki de çalışmalarda gösterilmiştir (235). Davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, suç ilişkili davranışlar, madde kullanım bozukluğu gibi dışsallaştırma belirtileriyle giden bozukluklar da KZVD ile ilişkili bulunmuştur (227, 233, 234, 236). DEHB gruplarında kontrol gruplarına göre anlamlı derecede daha fazla KZVD görülürken, KZVD gösteren gruplarda da daha yüksek DEHB yaygınlık oranları bulunmuştur (237-240). Ayrıca, çalışmalar kendine zarar veren gruplarda daha yüksek DEHB semptom şiddeti olduğunu bulmuştur (241-243).

2.3.7. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu/Yavaş Bilişsel Tempo İlişkisi

Yapılan çalışmalarda DEHB tanılı kişilerde KZVD görülme riskinin daha fazla olduğu gösterilse de bu konuda yapılan araştırma sayısı kısıtlıdır (237-240). DEHB hem intihar hem de KZVD için yüksek risk etkenidir; DEHB’de KZVD yaygındır ve KZVD gruplarında da DEHB belirtileri daha şiddetlidir (31-33) .

DEHB ve KZVD arasındaki ilişkinin, DEHB’nin yol açtığı komorbiditeler, dürtüsellik, duygu düzenleme güçlükleri, düşük benlik saygısı ve sosyal zorluklar gibi faktörlerle hem doğrudan hem dolaylı yoldan olabileceği düşünülmektedir (244, 245). Dürtüsellik özellikle bileşik ve hiperaktivite baskın tipin özelliği olsa da, DEHB dikkat eksikliği alt tipi tanısı alan ergenlerde, normal popülasyona göre daha fazla dürtüsellik ve iç huzursuzluk bildirilmiştir (246).

Alan yazında YBT ile içselleştirme bozuklukları, intihar düşüncesi ve davranışları arasındaki ilişkilere dair kanıtlar olsa da (12, 13, 116, 117), bilindiği kadarıyla KZVD ile ilişkisini araştıran çalışma yoktur.

2.3.8. Tedavi

Ergenlik döneminde KZVD'nin tedavisi çok boyutlu bir yaklaşım gerektirir. Tedavi motivasyonu yaratma, psikoeğitim, KZVD'nin tetikleyici ve sürdürücü faktörlerinin belirlenmesi, alternatif davranışların öğretilmesi, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ve KZVD'ye eşlik eden tanıların tedavisi temel rol oynar (247, 248).

KZVD için diyalektik davranışçı terapi, mentalizasyon temelli tedavi ve BDT'nin etkinliğine dair önemli kanıtlar mevcuttur (249-251). Yine aile içi çatışmaların azaltılması ve aile bireyleri arasındaki iletişimin güçlendirilmesi bağlamında aile terapisi de yararlıdır (252). Ayrıca, kişinin ileride yardım arama motivasyonunu azaltabileceği için KZVD gösteren kişiye karşı olumsuz tepkilerden kaçınılmalıdır (253).

Farmakolojik tedavilerin etkinlikleri sınırlı ve kanıt düzeyi yetersizdir (254). Psikoterapotik müdahaleler etkili olmadığında ve bireyin işlevselliği bozulduğunda farmakolojik yöntemler tedaviye eklenmelidir (252).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Deseni

Araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir klinik çalışma olarak planlanmıştır. Bu tez çalışması Mayıs 2022-Ağustos 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma evrenini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde takip edilen ya da ilk kez başvuran 12-18 yaş aralığındaki DEHB tanılı ergenler oluşturmaktadır.

Örneklem olarak 01.05.2022 ile 31.08.2022 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran DEHB tanılı hastalar değerlendirilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 12-18 yaş aralığında 104 ergen alınmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerin tümünden ve ailelerinden ayrı ayrı aydınlatılmış onam formları ile yazılı onam alınmıştır. Klinisyen tarafından çalışmaya katılan her bir ergene ebeveynin de dahil edildiği, yarı yapılandırılmış, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe (K-SADS-PL) uygulanmış ve sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur.

3.2.1. Araştırmaya Alınma ve Alınmama Ölçütleri

Araştırmada ergenler aşağıdaki ölçütlere göre alınmışlardır:

- a. 12-18 yaş aralığında olmak
- b. DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış olmak
- c. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- d. Klinik olarak normal zihinsel gelişime sahip olmak
- e. Tıbbi açıdan stabil olmak
- f. Görüşmeye katılmaya ve anket formlarını doldurmaya engel bir durumu olmamak

Araştırmada ergenler aşağıdaki ölçütlere göre dışlanmışlardır:

- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olmak
- b. Klinik olarak zeka geriliğine sahip olmak
- c. Anket formlarını doldurmaya bir engeli olmak
- d. OSB veya şizofreni ve ilişkili psikotik bozukluklar tanılarına sahip olmak
- e. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- f. Bakımveren ebeveyn ya da ebeveynlerin, yapılacak anket görüşmelerine katılımlarını ya da ölçekleri doldurmalarını engelleyecek zihinsel problemlerinin olması

Her bir ergene Sosyodemografik Veri Formu, KZVD Tarama Anket Formu, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (UYÖ-KF) uygulanmıştır.

Ebeveynlere ise Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ) ve Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği- Kısa (YCEDÖ-K) uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında oluşturulmuştur. Hastanın yaşı, cinsiyeti, hastanın anne babasının yaşı, mesleği ve iş durumu, eğitim düzeyi, hastanın fiziksel ve psikiyatrik hastalık öyküsü, ailenin psikiyatrik bozukluk ve hastalık öyküsü gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerinin kaydedildiği veri formu aileler ve ergenlerden alınan bilgilerle doldurulmuştur (21). Ek-1'de sunulmuştur.

3.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı Tarama Anket Formu

Bu form, ergenlerin adı ve soyadı, cinsiyeti, yaşı, ev ve cep telefon numaraları, gençte ve ailesinde fiziksel ve ruhsal hastalık olup olmadığı ve kendine zarar verme davranışının varlığı, sıklığı ve türü hakkında sorular içeren Zeki ve Çuhadaroğlu tarafından 2012 yılında oluşturulmuş bir formdur (21). Ek-2'de sunulmuştur.

3.3.3. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ)

Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen, 36 maddeli likert tipi bir ölçektir (255). Her bir madde 1-5 arasında puanlanır ve amaçlar, strateji, dürtüsellik, farkındalık, netlik ve kabul etmeme şeklinde 6 adet alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek, bu altı farklı boyuttaki duygu düzenleme güçlüğüne yanı sıra duygu düzenlemede yaşanan genel güçlüğü de değerlendirir. Bu bağlamda ölçeğin tüm alt ölçeklerinden alınan puanların toplanmasından elde edilen “toplam ölçek puanı” (toplam duygu düzenlemede güçlük puanı) hesaplanır. Ülkemizde ölçeğin ergenler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (256). Ek-3’te sunulmuştur.

3.3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Kişinin benlik saygısını değerlendirmek amacıyla kullanılan RBSÖ, Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir (257). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ergen örnekleminde Çuhadaroglu tarafından yapılmıştır (258). Bu çalışmada RBSÖ’nün ilk on sorudan oluşan benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. Alınan puanın yükselmesi, benlik saygısının azalması anlamına gelir. RBSÖ’den 0-1 puan alanların yüksek benlik saygısı, 2-4 puan alanların orta benlik saygısı ve 5-6 puan alanların düşük benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Ek-4’te sunulmuştur.

3.3.5. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Ölçek, 1981 yılında Kovacs tarafından geliştirilmiş 27 maddelik likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her soru için 0-2 arasında puanlandırılmış üç yanıt seçeneğinden oluşur ve bir tanesinin işaretlenmesi istenir. Değerlendirme 27 maddeden alınan toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Alınan puan ne kadar fazlaysa depresyon semptom şiddeti o kadar ağır olarak değerlendirilir. Türkiye için geçerlik güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmış ve kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (259). Ek 5’te sunulmuştur.

3.3.6. Çocuklar İçin Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Birmaher ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçek çocuğun kaygısını değerlendiren 41 maddeden oluşmaktadır (260). Her madde, belirtinin

şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Toplam puanın 25 ve üzeri olmasının, kaygı bozuklukları için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 82 olup, alınan puan ne kadar yüksekse kaygı düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin 5 ayrı faktörü vardır. Her bir faktör ayrı bir anksiyete bozukluğuna işaret eder.

Panik Bozukluk ve somatik belirti: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34 ve 38. maddenin toplam puanı 7 ve üzeri;

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35 ve 37. maddenin toplam puanı 9 ve üzeri;

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29 ve 31. maddenin toplam puanı 5 ve üzeri;

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: 3, 10, 26, 32, 39, 40 ve 41. maddenin toplam puanı 8 ve üzeri;

Okul Fobisi: 2, 11, 17 ve 36. maddenin toplam puanı 3 ve üzeri, belirtilen faktör için anlamlı kabul edilmektedir.

ÇATÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2003 yılında Çakmakçı tarafından yapılmıştır (261). Ek.6'da sunulmuştur.

3.3.7. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Ölçek, Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (262). Türkçeye uyarlama ve kısaltma çalışması Hisli Şahin ve Durak tarafından 1995 yılında yapılmıştır (263). Toplam 30 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. 4'lü Likert tipi bir ölçektir ve "0-Hiç uygun değil, 3-Çok uygun" şeklinde yanıtlanır. Ölçekte yer alan 1. ve 9. madde ters yönde puanlanmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar bireylerin söz konusu yaklaşımı daha fazla kullandığını göstermektedir. Alt boyutları şu şekildedir:

Kendine Güvenli Yaklaşım: Kişinin stresli duruma karşı mücadele etmeye çalıştığı, kendine inandığı ve güçlü hissettiği yaklaşımdır. Bu faktörde; 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeler yer almaktadır.

İyimser Yaklaşım: Kişinin stres yaratan durumlara gerçekçi bir bakış açısıyla bakabildiği ve iyimser bir tutum içinde olduğu yaklaşımdır. Bu faktörde; 2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler yer almaktadır.

Çaresiz Yaklaşım: Kişinin stresli bir durumda süreci yönetebileceğine ilişkin inancının kaybolduğu, olumsuzlukların nedeni olarak kendisini gördüğü ve soruna yönelik çözüm üretmekte başarısız olduğu yaklaşımdır. Bu faktörde; 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeler yer almaktadır.

Boyun Eğici Yaklaşım: Kişi kaderci bir tutum ile stres kaynaklı olumsuzlukları yaşamayı kabul eder. Bu faktörde; 5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler yer almaktadır.

Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı: Kişi stres yaratan bir durumun nedenini bulmak ve baş edebilmek için başkalarından yardım alınması gerektiğini savunur. Bu faktörde; 1, 9, 29 ve 30. maddeler yer almaktadır.

Kendine güvenli, iyimser, sosyal desteğe başvurma yaklaşımları, *problem odaklı başa çıkma tarzları* şeklinde sınıflandırılırken, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımlar pasif ve etkisiz olan *duygu odaklı yöntemler* olarak nitelendirilir (263). Ek.7’de sunulmuştur.

3.3.8. UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu (UYÖ-KF)

Hays ve DiMatteo tarafından geliştirilen, Yıldız ve Duy tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçek yedi maddeden oluşmaktadır (264, 265). Yanıtlama biçimi; (1) Hiç, (2) Nadiren, (3) Bazen ve (4) Her zaman şeklinde dört dereceli bir yapıdadır. Ölçeğin 5. maddesi tersten puanlanmaktadır. Bütün maddelerin toplanmasıyla genel yalnızlık puanı elde edilmektedir. Buna göre toplam puanın yükselmesi yaşanan yalnızlık duygusunun yoğunluğunun artmasına işaret etmektedir. Ek.8’de sunulmuştur.

3.3.9. Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği (YBTÖ)

Ebeveynler tarafından doldurulan bu ölçek, Penny ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir (111). Ölçek 14 madde ve “yavaş”, “uykulu”, “hayalperest” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. 4’lü Likert tipi bir ölçektir. Her bir madde “kesinlikle katılmıyorum (0)”, “kısmen katılıyorum (1)”, “katılıyorum (2)” veya “tamamen katılıyorum (3)” şeklinde puanlanmaktadır. Tüm maddelerden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. Kesim noktası yoktur. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Gözpınar ve ark. tarafından yapılmıştır (266). Ek-9’da sunulmuştur.

3.3.10. Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Kısa (3-17 Yaş) (YCEDÖ-K)

Anne babalar tarafından dörtlü Likert skalası üzerinde cevaplanan bu ölçek, “(0) hiçbir zaman”, “(1) nadiren”, “(2) sıklıkla” ve “(3) her zaman” seçeneklerini içerir. *Dikkat eksikliği/bilişsel problemler, hiperaktivite, karşı gelme* şeklinde üç alt ölçek ve bir yardımcı ölçeğe (*DEHB İndeksi*) sahiptir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Conners tarafından 1960’larda geliştirilmeye başlanan ölçeğin Kaner ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliliği yapılmıştır (267). Ek.10’da sunulmuştur.

3.3.11. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children - Present and Lifetime Version DSM-5, K-SADS-PL)

1997 yılında Kaufman ve arkadaşları tarafından oluşturulan K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerde şimdi ve yaşam boyu meydana gelen psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılmaktadır. Klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (268). Üç bölümden oluşur. Birinci bölümde çocuğun ve ergenin demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde psikiyatrik belirtileri tarama amaçlı sorular, değerlendirme ölçütleri bulunmaktadır ve tarama görüşmesi olarak kullanılır. Tarama görüşmesinde çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendine özgü dereceleme yöntemiyle 0 ile 3 puan arasında puanlanmaktadır. Herhangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye o belirtinin ait olduğu psikopatolojiye ilişkin ek soruların olduğu üçüncü bölüm sorulmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine göre psikopatoloji olup olmadığına klinisyen karar vermektedir. K-SADS-PL ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk, dışa atım bozuklukları, DEHB, KOKGB ve davranım bozuklukları, tik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve OSB değerlendirilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamandaki işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Türkçe uyarlamasının ve DSM-5’e göre uyarlanan

versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (269, 270). Çalışmamızda DSM-5'e göre uyarlanan versiyonu kullanılmıştır (270).

3.4. Verilerin Toplanması

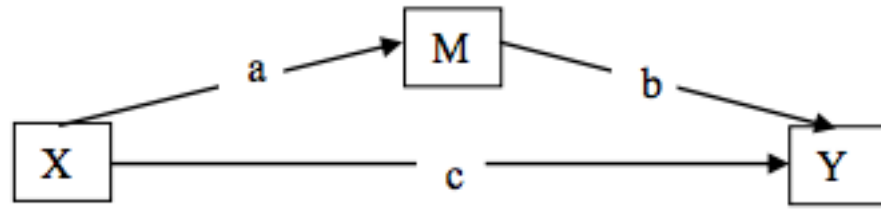
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran ve DEHB tanısı ile takip edilen ergenlerden araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma grubu için tanımlanan diğer ölçütleri karşılayan ergenler ve aileleriyle K-SADS-PL kullanılarak psikiyatrik tanı görüşmesi yapılmış ve eşlik eden psikiyatrik tanılar belirlenmiştir. Ayrıca bu hastaların ve anne ya da babalarının veri toplama araçlarında olan diğer ölçek ve formları doldurmaları istenmiştir.

Çalışmaya alınması planlanan 120 hastanın, 16'sı ölçekleri tamamlayamadığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak toplam 104 ergen değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences, SPSS) 21.0 ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) katsayıları incelenmiştir. Değişkenlerden elde edilen çarpıklık/basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olan değişkenler için normallik sağlanmış olup parametrik testler kullanılmıştır. Normalliği sağlayan değişkenlerin iki grup için bağımsız gruplar t testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları arasında ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki etki ise regresyon testi ile analiz edilmiştir.

DEHB ve KZVD ilişkisinde YBT'nin aracılık etkisi Baron ve Kenny yöntemi ile belirlenmiştir. Buna göre; aracı değişken, iki değişken arasındaki neden-sonuç ilişkisinin bir parçasıdır (271). Aracılık ilişkisi aşağıdaki şekilde gösterilen bir modelle test edilir.



Şekil 3.1. Baron ve Kenny'nin Aracı Etki Modeli

Bu şekilde X bağımsız değişkeni, Y bağımlı değişkeni ve M aracı değişkeni temsil eder. Ayrıca, c yolu bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki etkiyi, a yolu bağımsız değişken ile aracı değişken arasındaki etkiyi, b ise aracı değişken ile bağımlı değişken arasındaki etkiyi göstermektedir (272).

Aracı Etki Modelinde aracılık etkisinden söz edebilmek için bazı koşulların sağlanması gerekir. Baron ve Kenny'nin adımları olarak isimlendirilen bu koşullar şöyle sıralanmıştır (272, 273);

1. Bağımsız değişken ve bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır. (c yolu).
2. Bağımsız değişken ve aracı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır (a yolu).
3. Aracı değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişki anlamlı olmalıdır (b yolu).
4. Aracı değişken ile bağımsız değişken eş zamanlı olarak regresyon analizine girildiğinde; daha önce bağımsız değişkenle bağımlı değişken arasında var olan ilişki anlamlı olmaktan çıkarsa tam aracılık etkisinden; bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyi azalırsa kısmi aracılık etkisinden söz edilebilir.

4. BULGULAR

4.1. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkili Bulgular

4.1.1. Katılımcıların Kendine Zarar Verme Durumunun İncelenmesi

Katılımcılar arasında, son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenlerin oranı %33,7; bunu 1-5 kez denemiş olanların oranı %65,7; son 6 ay içerisinde KZVD gösterenlerin oranı %26,9; bunu 1-5 kez denemiş olanların oranı %64,3; son 1 ay içerisinde KZVD gösterenlerin oranı %14,4; bunu 1-5 kez denemiş olanların oranı %46,7'dir. Kesme davranışı %26,9 oranı ile en sık kullanılan kendine zarar verme yöntemidir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Kendine Zarar Verme Durumu

		n	%
Son 1 yıl içinde Kendine Zarar Verme Davranışı var mı?	Evet	35	33,7
	Hayır	69	66,3
Sayısı	1-5 Kez	23	65,7
	Ayda 1	4	11,4
	Haftada 1	4	11,4
	Her Gün	4	11,4
Son 6 ay içinde Kendine Zarar Verme Davranışı var mı?	Evet	28	26,9
	Hayır	76	73,1
Sayısı	1-5 Kez	18	64,3
	Ayda 1	4	14,3
	Haftada 1	4	14,3
	Her Gün	2	7,1
Son 1 ay içinde Kendine Zarar Verme Davranışı var mı?	Evet	15	14,4
	Hayır	89	85,6
Sayısı	1-5 Kez	7	46,7
	Ayda 1	2	13,3
	Haftada 1	4	26,7
	Her Gün	2	13,3
Yöntem (kesme, vurma, batırma, saç yolma, tırnaklama)	Kesme	28	26,9
	Tırnaklama	5	4,8
	Vurma	3	2,9

4.1.2. Kendine Zarar Verme Davranışı ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmaya toplam 104 ergen dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen gençlerin %60,6'sı kız (n:63), %39,4'ü erkektir (n:41).

Demografik Değişkenler ile son bir yıl içinde KZVD gösterme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Ki-kare testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Kızlarda KZVD gösterme oranı %42,9 (n:27) iken erkeklerde %19,5'tir (n:8). KZVD gösteren ve göstermeyen gençler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,014).

Diğer demografik değişkenler ile KZVD arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Demografik Değişkenler ile KZVD Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		KZVD		t	p
		Var	Yok		
		Ort±ss	Ort±ss		
Yaş		15,36±1,37	14,80±1,61	1,731	,086
		n (%)	n (%)	X ²	p
Cinsiyet	Kız	27 (42,9)	36 (57,1)	6,062 ^a	,014*
	Erkek	8 (19,5)	33 (80,5)		
Kaçınıcı Sınıfa Gittiği	6-7	3 (16,7)	15 (83,3)	8,523 ^a	,130
	8	4 (25,0)	12 (75,0)		
	9	7 (33,3)	14 (66,7)		
	10	9 (39,1)	14 (60,9)		
	11	10 (58,8)	7 (41,2)		
	12	2 (22,2)	7 (77,8)		
Babanın Yaşı	45 Yaş ve Altı	18 (36,0)	32 (64,0)	4,117 ^a	,128
	46-55 Yaş	10 (23,8)	32 (76,2)		
	55 Yaş Üstü	6 (54,5)	5 (45,5)		
Babanın Eğitimi	İlkokul	3 (23,1)	10 (76,9)	2,342 ^a	,504
	Ortaokul	7 (43,8)	9 (56,3)		
	Lise	11 (28,2)	28 (71,8)		
	Üniversite-	14 (38,9)	22 (61,1)		
	Yüksek Lisans				

Babanın Mesleği	Memur	7 (33,3)	14 (66,7)	,760 ^a	,944
	İşçi	9 (34,6)	17 (65,4)		
	Serbest Meslek	7 (35,0)	13 (65,0)		
	Emekli	3 (42,9)	4 (57,1)		
	Diğer	8 (27,6)	21 (72,4)		
Annenin Yaşı	40 Yaş Ve Altı	15 (38,5)	24 (61,5)	2,369 ^a	,306
	41-50 Yaş	14 (26,9)	38 (73,1)		
	50 Yaş Üstü	6 (46,2)	7 (53,8)		
Annenin Eğitimi	İlkokul	7 (35,0)	13 (65,0)	,362 ^a	,948
	Ortaokul	3 (27,3)	8 (72,7)		
	Lise	11 (36,7)	19 (63,3)		
	Üniversite-Yüksek Lisans	14 (32,6)	29 (67,4)		
Annenin Mesleği	Çalışmıyor	16 (28,1)	41 (71,9)	2,953 ^a	,566
	Memur	8 (40,0)	12 (60,0)		
	İşçi	4 (44,4)	5 (55,6)		
	Emekli	1 (20,0)	4 (80,0)		
	Diğer	6 (46,2)	7 (53,8)		
Kardeş Sayısı	0	4 (28,6)	10 (71,4)	,721 ^a	,868
	1	19 (34,5)	36 (65,5)		
	2	11 (36,7)	19 (63,3)		
	3'ten Fazla	1 (20,0)	4 (80,0)		
Hastanın Kaçınıcı Çocuk Olduğu	1	19 (34,5)	36 (65,5)	2,632 ^a	,268
	2	11 (27,5)	29 (72,5)		
	3-4-5	5 (55,6)	4 (44,4)		
Aile Yapısı	Çekirdek	24 (32,0)	51 (68,0)	,181 ^a	,913
	Geniş	4 (33,3)	8 (66,7)		
	Boşanmış	6 (37,5)	10 (62,5)		

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

***p<0,05, Ki-Kare Testi , T Testi**

4.1.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerin Psikiyatrik Tanılar Açısından İncelenmesi

Yapılan K-SADS-PL değerlendirmesine göre; katılımcıların %66,3'ü Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu bileşik görünümü, %31,7'si Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliği baskın görünümü tanısı almıştır. En sık eş

tanı %17,3 oranı ile Major Depresif Bozukluk iken, bunu %16,3 ile Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve %13,5 ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanıları takip etmektedir.

Son 1 yıl içerisinde KZVD gösteren ve göstermeyen ergenler arasında psikiyatrik tanılar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ve Göstermeyen Ergenler Arasındaki Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

		Kendine Zarar Verme Davranışı				P
		var		yok		
		n	%	n	%	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Dikkat Eksikliği	yok	29	40,8	42	59,2	,229
	var	6	18,2	27	81,8	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Hiperaktivite/Dürtüsellik	yok	35	34,0	68	66,0	,856
	var	0	0,0	1	100,0	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Bileşik	yok	6	17,1	29	82,9	,182
	var	29	42,0	40	58,0	
Major Depresif Bozukluk	yok	21	24,4	65	75,6	,242
	var	14	77,8	4	22,2	
Bipolar Afektif Bozukluk	yok	34	33,0	69	67,0	,144
	var	1	100,0	0	0,0	
Psikotik Bozukluk	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Panik Bozukluk	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Agorafobi	yok	35	34,0	68	66,0	0,856
	var	0	0,0	1	100,0	
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	yok	35	34,0	68	66,0	,856
	var	0	0,0	1	100,0	
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	yok	28	32,2	59	67,8	,068
	var	7	41,2	10	58,8	
Özgül Fobi	yok	33	32,4	69	67,6	,269
	var	2	100,0	0	0,0	
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	yok	32	35,6	58	64,4	,325

	var	3	21,4	11	78,6	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	yok	35	34,3	67	65,7	,731
	var	0	0,0	2	100,0	
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	yok	34	33,3	68	66,7	,731
	var	1	50,0	1	50,0	
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	yok	34	34,0	66	66,0	,531
	var	1	25,0	3	75,0	
Davranım Bozukluğu	yok	31	31,3	68	68,7	,150
	var	4	80,0	1	20,0	
Enürezis	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Enkoprezis	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Tik Bozukluğu	yok	33	33,0	67	67,0	,531
	var	2	50,0	2	50,0	
Anoreksiya Nervoza	yok	34	33,0	69	67,0	,856
	var	1	100,0	0	0,0	
Bulimiya Nervoza	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Alkol Kullanım Bozukluğu	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	
Madde Kullanım Bozukluğu	yok	35	33,7	69	66,3	
	var	0	0,0	0	0,0	

*p<0,05, Ki-kare testi

4.1.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek puanlarının, son 1 yıl içerisinde KZVD gösterme durumu açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Yavaş Bilişsel Tempo Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenlerde YBTÖ-Toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (t: 2,442, p=0,016).

Alt ölçekler ile KZVD ilişkisine bakıldığında, KZVD gösterenlerde, Yavaş (t: 2,103, p=0,038) ve Hayalperest (t: 3,216, p=0,002) alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kendine Zarar Verme Davranışı ve DEHB Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenlerde YCEDÖ-K-Toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (t: 2,954, p=0,004).

Alt ölçek sonuçları incelendiğinde son 1 yıl içinde KZVD gösterenlerde, Karşı Gelme (t: 2,521, p=0,013), Dikkatsizlik/bilişsel problemler (t: 2,288, p=0,024) ve DEHB indeks (t: 2,385, p=0,019) alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenlerde ÇDÖ toplam puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir (t: 7,409, p=0,000).

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenler gençlerde, ÇATÖ toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (t: 3,759, p=0,000).

ÇATÖ alt ölçekleri incelendiğinde KZVD gösterenlerde, panik bozukluk/somatizasyon (t: 4,996, p=0,000), yaygın anksiyete bozukluğu (t: 4,353, p=0,000) ve okul fobisi (t: 3,256, p=0,002) puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu puanları KZVD gösterenlerde daha yüksek olmasına karşın, fark anlamlı düzeyde değildir (p>0,05).

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki: DDGÖ toplam puanı ile yapılan değerlendirmede son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenlerin göstermeyenlere göre duygu düzenlemede daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur (t: 5,761, p=0,000).

Alt ölçek puanları incelendiğinde, son 1 yıl içerisinde KZVD gösterenlerin olumsuz duygular sırasında amaca yönelik işlevleri sürdürebilme (t: 3,223, p=0,002),

bu duyguları kabullenme ($t: 2,876, p=0,005$) ve uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanma ($6,169, p=0,000$), dürtülerini kontrol edebilme ($t: 6,092, p=0,000$) açısından anlamlı olarak daha fazla güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki:

RBSÖ kullanılarak yapılan değerlendirme sonucunda son 1 yıl içinde KZVD gösterenlerde benlik saygısının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t: 4,786, p=0,000$).

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Stresle Baş Etme Yöntemleri

Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içinde KZVD göstermeyen gençlerin daha fazla kendine güvenli yaklaşım ($t: -4,014, p=0,000$), iyimser yaklaşım ($t: -3,793, p=0,000$) ve çaresiz yaklaşım ($t: 4,059, p=0,000$) tarzını benimsediği, sosyal desteğe ($t: -2,449, p=0,016$) daha çok başvurduğu gözlenmiştir. KZVD gösteren gençlerde ise boyun eğici yöntemleri ($t: 2,317, p=0,023$) benimseme olasılığı daha fazla bulunmuştur.

Kendine Zarar Verme Davranışı ve Yalnızlık Algısı Arasındaki İlişki:

Kendine zarar verme davranışı gösteren gençlerde göstermeyenlere göre UYÖ-KF puanları daha yüksek olmasına rağmen, fark anlamlı düzeyde değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının, Son 1 Yıl İçerisinde Kendine Zarar Verme Davranışı Gösterme Durumu Açısından İncelenmesi

	Kendine Zarar Verme Davranışı				t	p
	var		yok			
	Ort	ss	Ort	ss		
Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği-Toplam	19,60	8,63	15,07	9,08	2,442	,016*
Yavaş	9,71	4,25	7,88	4,16	2,103	,038*
Uykulu	5,66	3,90	4,42	3,87	1,537	,127
Hayalperest	4,23	2,02	2,77	2,27	3,216	,002*
Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa-Toplam	46,11	17,02	35,91	16,45	2,954	,004*

Karşı gelme	11,06	5,03	8,41	5,09	2,521	,013*
Dikkatsizlik/Bilişsel Problemler	12,09	4,78	9,64	5,33	2,288	,024*
Hiperaktivite	5,63	4,78	4,01	4,11	1,789	,077
Dehb indeksi	22,66	7,44	18,84	7,84	2,385	,019*
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	27,49	9,46	14,39	8,01	7,409	,000*
Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği-Toplam	40,74	19,05	27,62	15,59	3,759	,000*
Panik Bozukluk/ Somatizasyon	13,91	7,34	6,74	6,02	4,996	,000*
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12,00	5,15	7,54	4,83	4,353	,000*
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	5,03	4,25	4,86	3,15	0,214	,832
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7,03	4,87	6,91	3,82	0,123	,903
Okul Fobisi	4,06	2,60	2,42	2,33	3,256	,002*
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Toplam	119,37	25,06	90,87	23,21	5,761	,000*
Farkındalık	17,60	4,11	17,30	4,70	0,316	,753
Netlik	15,74	5,22	11,86	4,37	4,013	,000*
Kabul etmeme	15,74	6,98	12,00	5,89	2,876	,005*
Stratejiler	28,26	8,11	18,55	7,31	6,169	,000*
Dürtüsellik	21,66	5,89	14,28	5,82	6,092	,000*
Amaçlar	20,37	5,48	16,88	5,08	3,223	,002*
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	2,53	1,25	1,45	0,99	4,786	,000*
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği						
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,35	0,70	1,91	0,66	-4,014	,000*
İyimser Yaklaşım	1,17	0,76	1,71	0,53	-3,793	,000*
Çaresiz Yaklaşım	1,83	0,70	1,28	0,62	4,059	,000*
Boyun Eğici Yaklaşım	1,22	0,61	0,96	0,51	2,317	,023*
Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	1,43	0,58	1,72	0,57	-2,449	,016*
Ucla Yalnızlık Ölçeği	15,26	6,38	13,55	5,17	1,370	,176

*p<0,05, T testi

4.1.5. Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren ve Göstermeyen Gençlerde Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

KZVD gösteren kızlarda erkeklere göre DDGÖ Toplam puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir (t: 2,777, p=0,009). KZVD gösteren kızlar, olumsuz duygulanım sırasında uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanma (t: 3,049,

$p=0,005$) ve netlik ($t: 2,677$, $p=0,011$) alt boyutu açısından daha fazla güçlükle yaşamaktadır.

KZVD gösteren kızlarda, erkeklere göre RBSÖ puanları ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir. ($t: 2,133$, $p=0,040$).

KZVD gösteren kızlarda, erkeklere göre ÇATÖ-yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir. ($t: 2,043$, $p=0,049$).

KZVD gösteren kızların erkeklere göre, stresle baş etme yöntemlerinden çaresiz yaklaşımı daha fazla benimsediği saptanmıştır ($t: 2,179$, $p=0,037$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Ölçek Puanlarının, Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Cinsiyet Açısından İncelenmesi

Son 1 yıl içinde Kendine Zarar Verme Davranışı (+)	Cinsiyet				t	p
	kız		erkek			
	Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği-Toplam	18,78	9,08	22,38	6,67	-1,036	,308
Yavaş	9,26	4,59	11,25	2,49	-1,169	,251
Uykulu	5,52	3,99	6,13	3,80	-0,381	,706
Hayalperest	4,00	2,08	5,00	1,69	-1,242	,223
Conners Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Toplam	43,37	16,21	55,38	17,42	-1,810	,079
Karşı Gelme	10,30	5,04	13,63	4,34	-1,688	,101
Dikkatsizlik Bilişsel Problemler	11,30	4,91	14,75	3,33	-1,859	,072
Hiperaktivite	5,74	4,95	5,25	4,43	0,252	,803
DEHB İndeks	21,59	7,41	26,25	6,80	-1,589	,122
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	28,96	9,54	22,50	7,73	1,748	,090
Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği-Toplam	44,07	17,47	29,50	21,02	1,981	,056
Panik Bozukluk Somatizasyon	15,11	6,44	9,88	9,13	1,833	,076
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12,93	4,88	8,88	5,08	2,043	,049*
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	5,48	4,42	3,50	3,38	1,165	,252
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7,59	4,94	5,13	4,36	1,271	,213
Okul Fobisi	4,33	2,62	3,13	2,47	1,160	,254
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Toplam	125,22	21,93	99,63	26,18	2,777	,009*
Farkındalık	17,81	4,35	16,88	3,31	0,562	,578
Netlik	16,93	4,85	11,75	4,62	2,677	,011*
Kabul Etmeme	16,74	7,02	12,38	6,05	1,589	,122

Stratejiler	30,30	7,35	21,38	6,97	3,049	,005*
Dürtüsellik	21,85	6,03	21,00	5,71	0,355	,725
Amaçlar	21,59	4,23	16,25	7,36	1,959	,084
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	2,76	1,26	1,74	0,90	2,133	,040*
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği						
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,28	0,75	1,61	0,49	-1,178	,247
İyimser Yaklaşım	1,13	0,81	1,30	0,58	-0,567	,575
Çaresiz Yaklaşım	1,96	0,64	1,38	0,74	2,179	,037*
Boyun Eğici Yaklaşım	1,32	0,63	0,90	0,47	1,773	,086
Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	1,38	0,56	1,59	0,64	-0,920	,364
Ucla Yalnızlık Ölçeği	15,59	6,42	14,13	6,56	0,566	,576

*p<0,05, T testi

4.1.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek puanlarının, son 1 yıl içerisinde KZVD sıklığı açısından incelenmesi için yapılan t testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Yavaş Bilişsel Tempo, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve benlik saygısı ile KZVD sıklığı arasındaki ilişki anlamlı düzeyde bulunmamıştır.

Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD sıklığı daha fazla olan gençlerin, duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığı bulunmuştur (t:-2,371, p=0,024).

Son 1 yıl içerisinde KZVD sıklığı daha fazla olan gençlerin olumsuz duygulanım sırasında uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanma (t:-3,489, p=0,001) ve amaca yönelik işlevlerini sürdürebilme (t: -2,170, p=0,037) açısından daha fazla güçlük yaşadığı saptanmıştır.

Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içinde KZVD sıklığı daha fazla olan gençlerde ÇDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (t: -4,630, p=0,024).

Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD sıklığı daha fazla olanlarda, ÇATÖ toplam puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır (t: -2,373, p=0,024).

ÇATÖ alt ölçekleri incelendiğinde KZVD sıklığı daha fazla olanların, panik bozukluk/somatizasyon (t:-2,760, p=0,009) ve okul fobisi (t: -2,051, p=0,048) alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ve Stresle Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD sıklığı daha az olan gençlerin, stresle baş etme yöntemlerinden kendine güvenli yaklaşım (t: 3,011, p=0,005) ve iyimser yaklaşımı (t: 3,179, p=0,003) daha fazla benimsediği bulunmuştur.

Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı ve Yalnızlık Algısı Arasındaki İlişki: Son 1 yıl içerisinde KZVD sıklığı fazla olan gençlerde UYÖ-KF puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir (t: -2,305, p=0,028) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Ölçek Puanlarının, Son 1 Yıl İçerisindeki Kendine Zarar Verme Davranışı Sıklığı Açısından İncelenmesi

	KZVD Sıklığı				t	p
	1-5 kez		1-5 kezden daha fazla			
	Ort	ss	Ort	ss		
Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği-Toplam	20,22	8,12	18,42	9,81	,580	,566
Yavaş	9,65	3,81	9,83	5,18	-,118	,907
Uykulu	5,87	4,10	5,25	3,62	,440	,662
Hayalperest	4,70	1,99	3,33	1,83	1,977	,056
Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa	49,48	16,04	39,67	17,64	1,661	,106
Karşı gelme	12,00	4,19	9,25	6,14	1,392	,182
Dikkatsizlik Bilişsel Problemler	12,35	4,68	11,58	5,14	,444	,660
Hiperaktivite	6,57	4,37	3,83	5,20	1,645	,109
Dehb indeks	23,61	6,82	20,83	8,53	1,049	,302
Çocuklar için Depresyon Ölçeği	23,26	8,13	35,58	5,96	-4,630	,000*
Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği-Toplam	35,57	18,82	50,67	15,78	-2,373	,024*

Panik Bozukluk-Somatizasyon	11,65	7,36	18,25	5,19	-2,760	,009*
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	10,78	5,40	14,33	3,82	-2,022	,051
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	4,83	4,06	5,42	4,74	-,386	,702
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	6,09	4,96	8,83	4,30	-1,623	,114
Okul Fobisi	3,43	2,48	5,25	2,49	-2,051	,048*
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Toplam	112,57	25,46	132,42	19,02	-2,371	,024*
Farkındalık	16,78	3,63	19,17	4,67	-1,671	,104
Netlik	15,22	5,64	16,75	4,35	-,820	,418
Kabul etmeme	15,17	7,60	16,83	5,75	-,723	,475
Stratejiler	25,26	7,44	34,00	6,15	-3,489	,001*
Dürtüsellik	20,96	6,09	23,00	5,48	-,974	,337
Amaçlar	19,17	5,98	22,67	3,52	-2,170	,037*
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	2,25	1,19	3,06	1,23	-1,891	,067
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği						
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,58	0,63	0,90	0,64	3,011	,005*
İyimser Yaklaşım	1,43	0,62	0,67	0,75	3,179	,003*
Çaresiz Yaklaşım	1,68	0,72	2,10	0,59	-1,754	,089
Boyun Eğici Yaklaşım	1,22	0,65	1,24	0,57	-,084	,933
Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	1,55	0,51	1,19	0,65	1,848	,074
Ucla Yalnızlık Ölçeği	13,57	6,22	18,50	5,57	-2,305	,028*

*p<0,05, T testi

4.2. Yavaş Bilişsel Tempo ile İlişkili Bulgular

YBT ve alt ölçek puanları ve cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yavaş Bilişsel Temponun Cinsiyet Açısından İncelenmesi

	Cinsiyet				t	p
	kız		erkek			
	Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği-Toplam	16,13	8,76	17,32	9,79	-,646	,519
Yavaş Alt Ölçeği	8,21	4,27	8,95	4,27	-,870	,386
Uykulu Alt Ölçeği	4,78	3,77	4,93	4,14	-,189	,850
Hayalperest Alt Ölçeği	3,14	2,13	3,44	2,52	-,644	,521

*p<0,05, Ttesti

4.2.1. Cinsiyete Göre Yavaş Bilişsel Tempo ve Kendine Zarar Verme Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Son 1 yıl içerisinde KZVD gösteren kızlarda YBTÖ-Toplam (t: 2,140, p=0,036) ve Hayalperest alt ölçeği puanları ortalaması (t: 2,928, p=0,005) anlamlı olarak daha yüksektir. Son 1 yıl içerisinde KZVD olan erkeklerde yalnızca Hayalperest alt ölçeği puan ortalaması (t: 2,027, p=0,050) anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Cinsiyet Ayrımında Yavaş Bilişsel Temponun, Son 1 Yıl İçerisinde Kendine Zarar Verme Davranışı Gösterme Durumu Açısından İncelenmesi

Cinsiyet		Kendine Zarar Verme Davranışı				t	p
		var		yok			
		Ortalama	ss	Ortalama	ss		
Kız	Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği-Toplam	18,78	9,08	14,14	8,07	2,140	,036*
	Yavaş Alt Ölçeği	9,26	4,59	7,42	3,89	1,722	,090
	Uykulu Alt Ölçeği	5,52	3,99	4,22	3,55	1,358	,179
	Hayalperest Alt Ölçeği	4,00	2,08	2,50	1,96	2,928	,005*
Erkek	Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği- Toplam	22,38	6,67	16,09	10,10	1,665	,104
	Yavaş Alt Ölçeği	11,25	2,49	8,39	4,44	1,742	,089
	Uykulu Alt Ölçeği	6,13	3,80	4,64	4,23	,910	,369
	Hayalperest Alt Ölçeği	5,00	1,69	3,06	2,56	2,027	,050*

*p<0,05, T testi

4.2.2. Yavaş Bilişsel Tempo ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

YBT ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Yavaş Bilişsel Tempo ve DEHB Belirtileri Arasındaki İlişki: YBTÖ-Toplam puanları ile YCEDÖ-K-Toplam puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki (r: 0,558, p=0,000), YCEDÖ-K Karşı Gelme alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki (r: 0,346, p=0,000), Dikkatsizlik/Bilişsel

Problemler alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,512$, $p=0,000$), Hiperaktivite alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,323$, $p=0,001$), DEHB indeks puanları arasında pozitif yönlü güçlü şiddette bir ilişki ($r: 0,621$, $p=0,000$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Yavaş' puanları ile YCEDÖ-K-Toplam puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,597$, $p=0,000$), YCEDÖ-K Karşı Gelme alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,276$, $p=0,005$), Dikkatsizlik/Bilişsel Problemler alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü güçlü şiddette bir ilişki ($r: 0,614$, $p=0,000$), Hiperaktivite alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,348$, $p=0,000$), DEHB indeks puanları arasında pozitif yönlü güçlü şiddette bir ilişki ($r: 0,702$, $p=0,000$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Uykulu' puanları ile YCEDÖ-K- Toplam puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,376$, $p=0,000$), YCEDÖ-K Karşı Gelme alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,304$, $p=0,002$), Dikkatsizlik/Bilişsel Problemler alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,318$, $p=0,001$), Hiperaktivite alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,193$, $p=0,049$), DEHB indeks puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,409$, $p=0,000$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Hayalperest' puanları ile YCEDÖ-K-Toplam puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,477$, $p=0,000$), YCEDÖ-K Karşı Gelme alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,352$, $p=0,000$), Dikkatsizlik/Bilişsel Problemler alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,359$, $p=0,000$), Hiperaktivite alt ölçeği arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,314$, $p=0,001$), DEHB indeks arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,475$, $p=0,000$) bulunmaktadır.

Yavaş Bilişsel Tempo ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki: YBTÖ-Toplam puanları ve ÇDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,237$, $p=0,035$), YBT'nin alt boyutlarından 'Yavaş' puanları ile ÇDÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,214$, $p=0,029$) bulunmaktadır.

Yavaş Bilişsel Tempo ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişki: YBTÖ-Toplam ve ÇATÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,251, p=0,010$); ÇATÖ alt ölçeklerinden Panik bozukluk/Somatizasyon alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,242, p=0,013$); Yaygın Anksiyete Bozukluğu puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,269, p=0,006$) bulunmaktadır.

YBT'nin alt boyutlarından 'Yavaş' puanları ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,242, p=0,013$) bulunmaktadır.

YBT'nin alt boyutlarından 'Uykulu' puanları ile ÇATÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,276, p=0,004$); Panik bozukluk/Somatizasyon alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,255, p=0,009$); Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,266, p=0,006$); Sosyal Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,241, p=0,014$) bulunmaktadır.

Yavaş Bilişsel Tempo ve Duygu Düzenleme Güçlükleri İlişkisi: YBTÖ-Toplam puanları ve DDGÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,290, p=0,003$) bulunmaktadır. DDGÖ'nün alt ölçekleri incelendiğinde, YBTÖ-Toplam ve Netlik puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,264, p=0,007$), Stratejiler puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,244, p=0,012$), Dürtüsellik puanları arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ($r: 0,329, p=0,001$), Amaçlar puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,300, p=0,002$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Yavaş' puanları ile DDGÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,229, p=0,019$); DDGÖ alt ölçeklerinden Netlik puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,203, p=0,038$), Dürtüsellik puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,303, p=0,002$), Amaçlar puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,291, p=0,002$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Uykulu' puanları ile DDGÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,290, p=0,003$); DDGÖ alt

ölçeklerinden Netlik puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,273$, $p=0,005$); Kabul Etmeme puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,195$, $p=0,047$), Stratejiler puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,242$, $p=0,013$), Dürtüsellik puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,276$, $p=0,005$), Amaçlar puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,290$, $p=0,003$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Hayalperest' puanları ile DDGÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,237$, $p=0,015$), Netlik puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,210$, $p=0,032$), Stratejiler puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,210$, $p=0,32$), Dürtüsellik puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,279$, $p=0,004$) bulunmaktadır.

Yavaş Bilişsel Tempo ve Benlik saygısı arasındaki İlişki: YBTÖ-Toplam puanlarını ile RBSÖ puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,353$, $p=0,000$), YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Yavaş' puanları ile RBSÖ puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,253$, $p=0,000$), YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Uykulu' puanları ile RSBÖ puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,358$, $p=0,000$), YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Hayalperest' puanları ile pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,329$, $p=0,001$) bulunmaktadır.

Yavaş Bilişsel Tempo ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki: YBTÖ-Toplam puanları ile stresle baş etme yöntemlerinden Çaresiz yaklaşım arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,259$, $p=0,008$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Yavaş' puanları ile Çaresiz yaklaşım arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,231$, $p=0,018$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Uykulu' puanları ile Çaresiz yaklaşım arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,226$, $p=0,021$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'Hayalperest' puanları ile Çaresiz yaklaşım arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,222$, $p=0,023$) bulunmaktadır (Tablo 4.9).

Yavaş Bilişsel Tempo ve Yalnızlık Algısı İlişkisi: Yavaş bilişsel tempo ve alt boyutları ile yalnızlık algısı arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.9. Yavaş Bilişsel Tempo ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği- Toplam	Yavaş	Uykulu	Hayalperest
Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa-Toplam	r	,558**	,597**	,376**	,477**
	p	,000	,000	,000	,000
Karşı Gelme	r	,346**	,276**	,304**	,352**
	p	,000	,005	,002	,000
Dikkatsizlik/Bilissel Problemler	r	,512**	,614**	,318**	,359**
	p	,000	,000	,001	,000
Hiperaktivite	r	,323**	,348**	,193*	,314**
	p	,001	,000	,049	,001
DEHB İndeks	r	,621**	,702**	,409**	,475**
	p	,000	,000	,000	,000
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	r	,207*	,214*	,165	,147
	p	,035	,029	,095	,137
Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği-Toplam	r	,251*	,191	,276**	,175
	p	,010	,052	,004	,075
Panik Bozukluk Somatizasyon	r	,242*	,184	,255**	,190
	p	,013	,062	,009	,053
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	r	,269**	,242*	,266**	,171
	p	,006	,013	,006	,082
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	r	,120	,065	,142	,118
	p	,224	,514	,150	,233
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	r	,147	,081	,241*	,025
	p	,138	,414	,014	,803
Okul Fobisi	r	,160	,140	,120	,174
	p	,105	,157	,224	,077
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Toplam	r	,290**	,229*	,290**	,237*
	p	,003	,019	,003	,015
Farkındalık	r	-,126	-,172	-,067	-,069
	p	,202	,080	,499	,487
Netlik	r	,264**	,203*	,273**	,210*
	p	,007	,038	,005	,032

Kabul Etmeme	r	,175	,106	,195*	,170
	p	,076	,283	,047	,085
Stratejiler	r	,244*	,190	,242*	,210*
	p	,012	,054	,013	,032
Dürtüsellik	r	,329**	,303**	,276**	,279**
	p	,001	,002	,005	,004
Amaçlar	r	,300**	,291**	,290**	,163
	p	,002	,003	,003	,098
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	r	,353**	,253**	,358**	,329**
	p	,000	,010	,000	,001
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-,065	-,085	-,057	-,006
	p	,509	,391	,564	,956
İyimser Yaklaşım	r	-,096	-,063	-,113	-,073
	p	,331	,522	,252	,463
Çaresiz Yaklaşım	r	,259**	,231*	,226*	,222*
	p	,008	,018	,021	,023
Boyun Eğici Yaklaşım	r	,185	,139	,180	,175
	p	,059	,159	,067	,075
Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	r	,033	,017	,013	,079
	p	,738	,865	,896	,426
Ucla Yalnızlık Ölçeği	r	,163	,180	,117	,117
	p	,098	,067	,237	,235

* $p < 0,05$ ve ** $p < 0,010$, Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0,299$ zayıf, $0,300 < r < 0,599$ orta, $0,600 < r < 0,799$ güçlü, $0,800 < r < 0,999$ çok güçlü. ; kısmi korelasyon

4.2.3. Yavaş Bilişsel Tempo ve İçselleştirme Bozuklukları Arasındaki İlişkinin DEHB-Dikkatsizlik Belirtileri Kontrol Edilerek İncelenmesi

YBT ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkinin YCEDÖ-K Dikkatsizlik/bilişsel problemler alt ölçek puanları kontrol altına alınarak incelenmesi için yapılan Pearson korelasyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

YBTÖ ve ÇDÖ puanları arasındaki anlamlı ilişki, YCEDÖ-K Dikkatsizlik/bilişsel problemler alt ölçek puanları kontrol altına alındığında ortadan kalkmıştır ($p > 0,005$).

YCEDÖ-K Dikkatsizlik/bilişsel problemler alt ölçek puanları kontrol altına alındığında, YBTÖ-Toplam ile ÇATÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf

şiddette bir ilişki ($r: 0,255$, $p=0,010$); YBTÖ-Toplam ile ÇATÖ alt ölçeklerinden Panik bozukluk/Somatizasyon puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,212$, $p=0,032$); Yaygın Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,242$, $p=0,014$); panik bozukluk/somatizasyon alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,198$, $p=0,045$); yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,232$, $p=0,018$); Sosyal Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,274$, $p=0,005$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün 'yavaş' alt boyutu puanları ile ÇATÖ alt ölçeklerinden Sosyal Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,237$, $p=0,016$) bulunmaktadır.

YBTÖ'nün alt boyutlarından 'uykulu' puanları ile ÇATÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,264$, $p=0,007$); ÇATÖ alt ölçeklerinden panik bozukluk/somatizasyon puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,223$, $p=0,024$); yaygın anksiyete bozukluğu puanları arasında pozitif yönlü zayıf şiddette bir ilişki ($r: 0,236$, $p=0,017$); Sosyal Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r: 0,314$, $p=0,001$) bulunmaktadır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Yavaş Bilişsel Tempo ile Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkinin, Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Dikkatsizlik/Bilişsel Problemler Alt Ölçek Puanları Kontrol Altına Alınarak İncelenmesi

Kontrol Değişkeni			YBTÖ- Toplam	yavaş	uykulu	hayalperest
YCEDÖ-K- Dikkatsizlik/Bilişsel problemler	ÇDÖ	r	,118	,110	,106	,078
		p	,235	,270	,288	,432
	ÇATÖ-Toplam	r	,242	,177	,264	,156
		p	,014	,074	,007	,116
	ÇATÖ- Panik Bozukluk	r	,198	,123	,223	,150
		p	,045	,217	,024	,130
	ÇATÖ- Yaygın Anksiyete Bozukluğu	r	,232	,200	,236	,131
		p	,018	,043	,017	,188
		r	,142	,085	,151	,128

ÇATÖ- Ayrılık Anksiyetesi	p	,152	,395	,127	,198
Bozukluğu					
ÇATÖ- Sosyal Anksiyete	r	,274	,237	,314	,092
Bozukluğu	p	,005	,016	,001	,354
ÇATÖ- Okul Fobisi	r	,064	,016	,059	,109
	p	,520	,871	,556	,272

YCEDÖ-K: Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa, YBTÖ: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇATÖ-Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği

* $p < 0,05$, Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0,299$ zayıf, $0,300 < r < 0,599$ orta, $0,600 < r < 0,799$ güçlü, $0,800 < r < 0,999$ çok güçlü. ; kısmi korelasyon

4.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Risk Etkenleri

KZVD gösteren ve göstermeyen ergenler arasında istatistiksel olarak farklı olduğu belirlenen değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiş, bu değişkenlerin risk etkeni olup olmadığı araştırılmıştır.

Etki sonuçları incelendiğinde yavaş bilişsel tempo alt boyutlarından 'Hayalperest' puanlarındaki bir birim artış KZVD riskini 4,77 kat ($p=0,023$; $OR=4,777$; %95 GA = 1,237 – 18,45), YCEDÖ-K-Toplam puanlarındaki bir birim artış KZVD riskini 1,47 kat ($p=0,030$; $OR=1,474$; %95 GA = 1,038 – 2,091), ÇDÖ puanlarındaki bir birim artış KZVD riskini 1,57 kat ($p=0,045$; $OR=1,57$; %95 GA = 1,011 – 2,438), ÇATÖ alt ölçeklerinden panik bozukluk/somatizasyon puanlarındaki bir birim artış KZVD riskini 1,79 kat artırmaktadır ($p=0,032$; $OR=1,791$; %95 GA = 1,050 – 3,053) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Risk Etkenleri

	p	OR	95% C.I. for EXP(B)	
			Alt	Üst
YBTÖ-Hayalperest	,023*	4,777	1,237	18,450
YCEDÖ-K-Toplam	,030*	1,474	1,038	2,091
ÇDÖ	,045*	1,570	1,011	2,438
ÇATÖ-Panik Bozukluk/Somatizasyon	,032*	1,791	1,050	3,053

YBTÖ: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği, YCEDÖ-K: Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
CI: Güven Aralığı, OR: Göreceli Olasılıklar Oranı (Odds ratio)

***p<0,05, Lojistik Regresyon Testi**

4.4. Ölçek Puanları ve Demografik Verilerin Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkisinde Hiyerarşik Lojistik Regresyon Modeli

Ölçek Puanları ile cinsiyet ve yaşın; KZVD gösterme durumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan hiyerarşik lojistik regresyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

İlk model incelendiğinde yaş ve YCEDÖ-K-Toplam puanları, KVZD gösterme durumunu pozitif etkilemekte iken erkek olmak negatif etkilemektedir ($p<0,05$). Değişimin %27,4'ü bu değişkenler tarafından açıklanmaktadır.

İkinci modele, ÇDÖ ve ÇATÖ-Toplam puanları eklendiğinde, yaş ile KZVD arasındaki ilişki ortadan kalkmıştır ($p>0,05$). ÇDÖ ve YCEDÖ-K-Toplam puanları, KVZD gösterme durumunu pozitif etkilemekte iken erkek olma durumu negatif etkilemektedir ($p<0,05$). Değişimin %56,0'sı bu değişkenler tarafından açıklanmaktadır.

Üçüncü modele DDGÖ-Toplam, RBSO ve SBÇTÖ alt ölçek puanları eklendiğinde, ÇDÖ ve YCEDÖ-K-Toplam puanları, KVZD gösterme durumunu pozitif etkilemektedir ($p<0,05$). Değişimin %58,5'i bu değişkenler tarafından açıklanmaktadır.

Dördüncü modele, YBTÖ-Toplam puanları eklendiğinde ÇDÖ ve YCEDÖ-K-Toplam puanları, KVZD gösterme durumunu pozitif etkilemektedir ($p<0,05$). KZVD değişimin %58,5'i bu değişkenler tarafından açıklanmaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Ölçek Puanları ve Demografik Verilerin Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlişkisinde Hiyerarşik Lojistik Regresyon Modeli

Model	p	OR	95% C.I. for EXP(B)		R ²
			Alt	Üst	
Yaş	,023*	1,031	1,004	1,059	
Model 1 Cinsiyet (Erkek)	,005*	,218	,076	,628	,274
YCEDÖ-K-Toplam	,001*	1,055	1,023	1,088	

Model 2	Yaş	,062	1,031	,999	1,065	
	Cinsiyet (Erkek)	,041*	,240	,061	,942	
	YCEDÖ-K-Toplam	,014*	1,047	1,009	1,087	,560
	ÇDÖ	,000*	1,224	1,108	1,352	
	ÇATÖ-Toplam	,093	,958	,912	1,007	
Model 3	Yaş	,131	1,029	,992	1,067	
	Cinsiyet (Erkek)	,066	,237	,051	1,098	
	YCEDÖ-K-Toplam	,017*	1,055	1,010	1,102	
	ÇDÖ	,010*	1,204	1,046	1,385	
	ÇATÖ-Toplam	,111	,955	,903	1,011	
	DDGÖ-Toplam	,153	1,034	,988	1,082	
	RBSO	,837	1,083	,505	2,323	,585
	SBÇTÖ- Kendine Güvenli Yaklaşım	,546	1,455	,431	4,911	
	SBÇTÖ- İyimser Yaklaşım	,617	,724	,204	2,568	
	SBÇTÖ- Çaresiz Yaklaşım	,376	,450	,077	2,630	
	SBÇTÖ- Boyun Eğici Yaklaşım	,648	,733	,193	2,786	
	SBÇTÖ- Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	,916	,932	,252	3,444	
	Yaş	,135	1,029	,991	1,067	
Model 4	Cinsiyet (Erkek)	,068	,232	,048	1,114	
	YCEDÖ-K-Toplam	,039*	1,053	1,003	1,106	
	ÇDÖ	,011*	1,206	1,044	1,394	
	ÇATÖ-Toplam	,110	,955	,902	1,011	
	DDGÖ-Toplam	,159	1,033	,987	1,082	
	RBSO	,863	1,071	,489	2,346	,585
	SBÇTÖ- Kendine Güvenli Yaklaşım	,555	1,446	,426	4,909	
	SBÇTÖ- İyimser yaklaşım	,647	,738	,201	2,711	
	SBÇTÖ- Çaresiz yaklaşım	,374	,449	,077	2,628	
	SBÇTÖ- Boyun eğici yaklaşım	,640	,725	,188	2,791	
	SBÇTÖ- Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı	,925	,939	,253	3,482	
	YBTÖ-Toplam	,904	1,005	,927	1,090	

YCEDÖ-K: Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa, ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, YBTÖ: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği

***p<0,05, Hiyerarşik Lojistik Regresyon Testi**

4.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Kendine Zarar Verme Davranışı İlişkisinde Yavaş Bilişsel Tempo'nun Aracı Rolünün İncelenmesi

DEHB belirtilerinin, KZVD gösterip göstermeme durumuna etkisinde, YBT belirtilerinin aracılık rolünün incelenmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları aşağıda verilmiştir. DEHB belirtileri, YCEDÖ-K-Toplam, YBT belirtileri YBTÖ-toplam ile değerlendirilmiştir.

Bağımsız değişken olan YCEDÖ-K-Toplam puanları, bağımlı değişken olan KZVD durumunu etkilemektedir (β : 0,037, $p=0,006$).

Bağımsız değişken olan YCEDÖ-K-Toplam puanları, aracı değişken olan YBTÖ-Toplam puanlarını etkilemektedir (β : 0,558, $p=0,000$).

Aracı değişken olan YBTÖ-Toplam puanları, bağımlı değişken olan KZVD durumunu etkilemektedir (β : 0,055, $p=0,020$).

İlk modelde incelenen bağımsız değişken olan YCEDÖ-K-Toplam puanlarının, bağımlı değişken olan KZVD durumunu etkileme durumuna 4.modelde aracı değişken olan YBTÖ-Toplam puanları eklenmiş ve YCEDÖ-K-Toplam puanlarının KZVD durumuna etkisi ortadan kalkmıştır (β : 0,029, $p>0,05$). Buna göre YCEDÖ-K-Toplam puanlarının KZVD durumuna etkisinde, YBTÖ-Toplam puanlarının tam aracılık rolü bulunmaktadır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Toplam

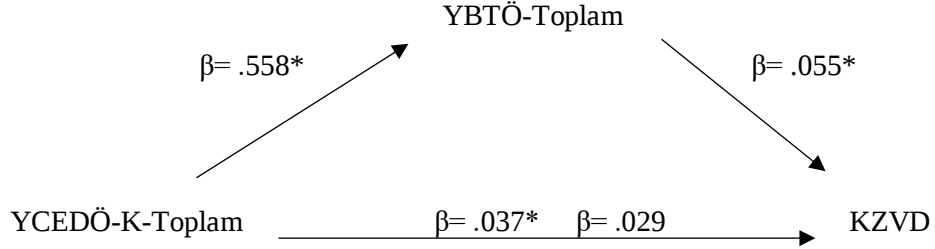
Puanlarının Kendine Zarar Verme Durumuna Etkisinde, Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği Toplam Puanlarının Aracılık Rolünün İncelenmesi

Etkileyen	Etkilenen	Beta	t	p	R2
1. YCEDÖ-K-Toplam	KZVD durumu	,037	7,630	,006*	,108
2. YCEDÖ-K-Toplam	YBTÖ-Toplam	,558	6,787	,000*	,311
3. YBTÖ-Toplam	KZVD durumu	,055	5,432	,020*	,074
4. YCEDÖ-K-Toplam	KZVD durumu	,029	3,520	,061	,120
YBTÖ-Toplam		,027	0,922	,337	

YCEDÖ-K: Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa, YBTÖ: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği, KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

*** $p<0,05$, Regresyon Testi. (Baron ve Kenny Yöntemi)**

Bağımsız ve aracı değişkenin bağımlı değişkenle olan ilişkisi ve ilgili beta katsayıları Şekil 4.1’de verilmiştir.



YCEDÖ-K: Yenilenmiş Conner’s Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa, YBTÖ: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği, KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

* $p < 0,05$

Şekil 4.1. Yenilenmiş Conner’s Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarının Kendine Zarar Verme Durumuna Etkisinde, Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği Toplam Puanlarının Aracılık Rolüne İlişkin Beta Katsayıları

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 12-18 yaşlarındaki DEHB tanısı olan ergenlerde KZVD ile ilişkili risk faktörlerini, eşlik eden psikiyatrik tanıları ve YBT belirtilerinin, DEHB-KZVD ilişkisinde aracı rolü olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya katılan ergenler KZVD gösterme durumu ile DEHB belirtileri, YBT belirtileri, depresif belirtiler, kaygı belirtileri, benlik saygısı, duygu düzenleme becerileri, stresle başa çıkma yöntemleri ve yalnızlık algıları açısından değerlendirilmiştir. KZVD gösteren ve göstermeyen ergenlerin, cinsiyetlerine ve KZVD sıklığına göre DEHB belirtileri, YBT belirtileri, depresif belirtiler, kaygı belirtileri, benlik saygısı, duygu düzenleme becerileri, stresle başa çıkma yöntemleri ve yalnızlık algıları karşılaştırılmıştır. Ayrıca YBT belirtileri ile bu değişkenler arasındaki ilişki de araştırılmıştır.

5.1. Demografik Özellikler

Çalışmaya alınan katılımcılardan KZVD gösteren ergenlerin yaş ortalaması 15,36 yıl iken, KZVD göstermeyen ergenlerin yaş ortalaması 14,80 yıl olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan 104 ergenin %60,6'sı kız, %39,4'ü erkektir. Kızlarda KZVD gösterme oranı %42,9 iken erkeklerde %19,5'tir. Literatürde kızlarda KZVD görülme oranının daha fazla olduğunu gösteren çalışmaların yanında, cinsiyet açısından fark olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (21, 24, 166, 196-198).

Birkaç çalışmada boyutsal olarak YBT belirtileri erkek cinsiyet ile ilişkilendirilmiş ve kızlarda YBT belirtilerinin daha şiddetli olduğu bulunmuştur (4, 89); ancak çocuklarda ve erişkinlerde yapılan çalışmaların çoğu YBT tanısının cinsiyet ile ilişkisi olmadığını düşündürmektedir (4, 5, 90, 91). Çalışmamızda da bu bilgiler ile uyumlu olarak YBT ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Öte yandan KZVD olan kızlarda YBT belirtileri daha yüksek bulunmuştur. KZVD gösteren ergenler YBT alt boyutlarından olan 'hayalperest' ölçeğinden anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır.

5.2. Psikiyatrik Tanılar

Katılımcıların psikiyatrik tanı durumu yarı yapılandırılmış bir görüşme olan K-SADS-PL değerlendirmesi ile belirlenmiştir. Örneklem grubumuzun %66,3'ü DEHB bileşik görünüm, %31,7'si DEHB dikkat eksikliği görünümünden oluşmaktadır. Literatürde okul öncesi dönemde hiperaktivite/dürtüsellik baskın tipin, çocuk ve ergenlik döneminde ise dikkat eksikliği baskın tipin en yaygın olarak görüldüğü ve bunu sırasıyla bileşik tip ve hiperaktivite/dürtüsellik baskın tipin takip ettiği belirtilmektedir (274). 2012 yılında yapılan meta-analiz çalışmasında ise kliniğe başvuran olgularda bileşik tip daha sık görülürken, toplum temelli çalışmalarda dikkat eksikliği baskın görünümün daha sık olduğu belirtilmiştir (275). Erkeklerde her üç tipin kızlara oranla daha sık olduğu, kızlarda ise DEHB dikkatsizlik baskın görünüm tanısının daha fazla konulduğu bildirilmiştir (275). Çalışmamızın örneklem grubu takibe devam eden hastalardan oluşmaktadır. Örneklem grubumuzda en sık DEHB bileşik tipin görülmesi, bu belirtilerin daha çok işlevsellik alanını etkilemesi, DEHB bileşik tip grubundaki hastaların takip ve tedavi motivasyonunun daha fazla olması dolayısıyla hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin öğretmen ve ebeveynler tarafından daha çok fark edilip yönlendirilmesi ilişkili olabilir.

Araştırmamızda DEHB'ye en sık eşlik eden tanı grubu majör depresif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğudur. Yazında DEHB'ye en sık eşlik eden tanıların KOKGB ve davranım bozukluğu olup, bunları depresyon ve anksiyete bozukluklarının takip ettiği belirtilmektedir (66). Bizim çalışmamızda KOKGB ve DB gibi dışsallaştırma bozukluklarının daha az görülmesi, bu tanıları karşılayan ergenlerin çalışmaya katılma ve istenen ölçekleri doldurma motivasyonunun az olması ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmamızda kız ergenlerin sayısının daha fazla olması, içselleştirme bozukluklarının daha fazla olmasına neden olmuş olabilir.

5.3. Kendine Zarar Verme Davranışı

5.3.1. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Özellikler

Çalışmaya katılan ergenler arasında son bir yıl içinde KZVD gösterenlerin oranı %33,7, KZVD göstermeyenlerin oranı %66,3'tür. Toplum örneklemleriyle yapılan çalışmalarda KZVD sıklığının %15 ile %21 arasında değiştiği gösterilmiştir (21, 162, 166, 167). Klinik örneklemelerde ise ergenlerde KZVD görülme sıklığı %60'lara varabilmektedir (164). Yazında DEHB gruplarında kontrol gruplarına göre anlamlı derecede daha fazla KZVD görüldüğü belirtilmiştir (237-240). Çalışmamızın örneklem grubunun DEHB tanılı ergenlerden oluşması nedeniyle KZVD sıklığı, toplum örneklemlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda KZVD gösteren ergenler arasında en sık KZVD yöntemi kendini kesmedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda en sık KZVD yöntemi 'vurma' olarak belirtilse de (21, 236), son yıllarda ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda en sık kullanılan yöntemin kendini kesme davranışı olduğu saptanmıştır (24, 276, 277). Çalışmamız literatür bilgileriyle tutarlıdır.

5.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı ile Psikiyatrik Tanılar Arasındaki İlişki

Katılımcıların psikiyatrik tanı durumu yarı yapılandırılmış bir görüşme olan K-SADS-PL değerlendirmesi ile belirlenmiştir. Örneklem grubumuzun %66,3'ü DEHB bileşik görünüm, %31,7'si DEHB dikkat eksikliği görünümünden oluşmaktadır. Araştırmamızda DEHB'ye en sık eşlik eden tanı grubu majör depresif bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğudur.

Klinik ve toplum örneklemli çalışmalarda KZVD gösteren kişilerde en sık depresyon ve anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği belirtilmektedir (17, 227, 228, 230, 231). Sosyal kaygılar, bu ortamlarda kendini ifade edememe, grubun dışında kalma ile sonuçlanacağından, ortaya çıkan gerginliğin KZVD'ye neden olabileceği belirtilmektedir (278). Çalışmamızda KZVD gösteren ergenlerde en sık görülen tanılar majör depresif bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu olmasına rağmen, KZVD gösteren ve göstermeyen ergenlerde psikiyatrik tanılar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bazı çalışmalarda klinik olarak tanı almasa dahi KZVD

gösteren kişilerde daha fazla kaygı ve depresif belirti görüldüğü belirtilmiştir (279). Çalışmamızda K-SADS-PL tanıları açısından anlamlı farklılık olmasa bile KZVD gösteren ergenlerin ÇDÖ, ÇATÖ-toplam ve ÇATÖ-Sosyal anksiyete alt ölçek puanlarının daha yüksek olması bu bilgilerle uyushmaktadır. Ayrıca, ÇDÖ ve ÇATÖ-Toplam puanlarının, daha sık KZVD gösteren ergenlerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu ile KZVD ilişkisi sıklıkla gösterilmektedir. Her ikisinde de olumsuz duygu ve düşüncelerin bedene yöneltilerek düzenlenmesi etkin rol oynamaktadır (233, 280). TSSB ve disosiyatif bozukluk ile KZVD arasında da güçlü bir ilişki mevcuttur. Yine alkol ve madde kullanım bozuklukları ile KZVD arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu çalışmalar ile gösterilmiştir (280). Çalışmamızda yeme bozukluğu ve TSSB tanısı alan 1'er kişi olması ve alkol/madde kullanım bozukluğu alan ergen olmaması nedeniyle bu ilişki değerlendirilememiştir.

5.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme, kişinin duygularının farkında olmasını, yaşanan duyguların kabulünü, olumsuz duygusal durumlar sırasında davranışsal kontrolü ve duygu düzenleme stratejilerinin esnek kullanımını içeren psikolojik bir süreç veya kapasitedir (255). Yapılan çalışmalarda KZVD'nin uygunsuz bir duygu düzenleme yöntemi olduğu üzerinde durulmaktadır (207, 281). Ayrıca duygu düzenleme güçlüklerinin KZVD'nin tekrarlaması ve KZVD sıklığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (255, 282). Çalışmamızda bu bilgilerle uyumlu olarak, KZVD gösteren ergenlerin duygu düzenleme becerilerinin daha kötü olduğu, nasıl hissettiğini anlama, duygularını kabul etme, olumsuz duygular karşısında davranışlarını kontrol edebilme, amaca yönelik davranış geliştirme ve uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanmada belirgin olarak güçlük yaşadığı görülmektedir. Yine KZVD sıklığı daha fazla olan ergenlerin duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığı saptanmıştır.

Bir çalışmada psikiyatri servisine yatırılan ergenler arasında duygusal tepkileri kabul etme ve duygu düzenlemede uygun stratejilere erişimde güçlük yaşayanlarda intihar davranışı riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (283). KZVD'nin intihar davranışında önemli bir yordayıcı faktör olması göz önünde bulundurulduğunda,

KZVD gösteren ergenlerin değerlendirme ve tedavisinde duygu düzenleme becerilerinin alt boyutlarını da değerlendirmenin ve özellikle duygusal tepkilerinin kabulünün kolaylaştırılması, daha uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin öğretilmesi ve bu stratejilere erişiminin desteklenmesi önemlidir. Yakın zamanlı bir metaanalizin bulgularına göre duygu düzenleme güçlükleri ile KZVD ilişkisinin cinsiyet farkından bağımsız olduğu belirtilmiştir (284). Bizim çalışmamızda KZVD gösteren kız ergenlerin, erkek ergenlere göre duygu düzenleme güçlüklerini daha yoğun olarak yaşadığı saptanmıştır. Çalışmamızda her ne kadar K-SADS-PL tanıları için KZVD gösteren ve göstermeyen ergenler arasında anlamlı fark bulunmamış olsa da tüm örnekleme Major Depresif Bozukluk (MDB) ile sosyal ve yaygın anksiyete bozuklukları en sık saptanan bozukluklardır; ölçek puanları açısından ise depresyon ve anksiyete puanları KZVD gösteren ergenlerde anlamlı olarak yüksektir. Hem depresyon ve hem de anksiyete bozuklukları kızlarda daha sıktır ve duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkiler. Örnekleminizde kız ergenler ve içselleştirme bozuklukları daha fazladır; duygu düzenleme güçlüğüne kız ergenlerde daha fazla olmasının bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı, KZVD riskini artıran önemli faktörlerdendir (24, 285-287). Ayrıca düşük benlik saygısının, KZVD gösteren kişilerde intihar riski ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir (288). Çalışmamızda KZVD gösteren ergenlerde benlik saygısı belirgin olarak daha düşük bulunmuştur. Bu açıdan çalışmamız, literatür ile örtüşmektedir. Ayrıca, DEHB belirtileri günlük hayatta birçok olumsuz sonuca neden olur. Örneğin ergen, okulda veya evde ödevlerine dikkatini veremez, hiperaktivite ve dürtüsellik nedeniyle ebeveynleri, öğretmenleri ve akranları ile sıklıkla çatışma yaşar ve sonuçta sürekli uyarı ve eleştiri alır. Tüm bunlar düşük benlik saygısına neden olabilir. Örnekleme grubumuzun DEHB tanılı ergenlerden oluşması nedeniyle, bu gruptaki düşük benlik saygısının, DEHB-KZVD ilişkisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir.

5.3.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Stresle Başa Çıkma

Yakın tarihli çalışmalar duygu odaklı başa çıkma stillerinin, problem odaklı başa çıkma stillerine göre daha fazla benimsenmesinin KZVD risk artışı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (289, 290). Özellikle kız ergenlerde duygu odaklı başa çıkma stillerinin daha fazla kullanılmasının KZVD varlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (290, 291). Bunun nedeninin, kızların kendine zarar verme davranışına girişmesinde, erkeklere göre farklı motivasyonlara sahip olmaları olabileceği düşünülebilir. Kızlar daha çok duygu düzenleme amacıyla kendilerini zarar verdiklerini bildirirken, erkekler dikkat çekme gibi sosyal motivasyonlarını belirtmiştir (292). Çalışmamızda KZVD gösteren ergenlerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım gibi duygu odaklı yöntemleri daha çok benimsedikleri gözlenirken, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı gibi problem odaklı yaklaşımları anlamlı olarak daha az kullandıkları saptanmıştır. Ayrıca problem odaklı yaklaşımların daha az kullanılması KZVD'nin sıklığının daha az olmasıyla ilişkili bulunmuştur. KZVD gösteren kız ergenlerin, erkek ergenlere göre daha fazla duygu odaklı yaklaşımları benimsedikleri görülmektedir. Bulgularımız literatürdeki bilgilerle uyumaktadır ve özellikle kız ergenlerde problem odaklı başa çıkma stillerini artırıp, duygu odaklı başa çıkma stillerini azaltmayı hedefleyen müdahalelerin, KZVD'nin ortaya çıkmasını engellemek açısından koruyucu olabileceği düşünülebilir.

5.3.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Yalnızlık Algısı

Yalnızlık, diğer insanlarla temas eksikliğinin öznel algısıdır ve duygusal destek ile ilgili bir kavramdır (293). Kişilerarası İntihar Kuramı'nın bir yönü, duygusal desteğin yokluğuyla birlikte artan yalnızlık algısının, kendine zarar verici davranışlara neden olabileceğini ileri sürmektedir (288). KZVD'nin işlevsel modellerinden olan kişilerarası model, KZVD aracılığıyla yalnızlık ve arkadaş ilişkileri arasındaki pozitif bağlantıların sağlandığından bahsetmektedir. Buna göre, sosyal ilişkideki zorluk, kişinin KZVD göstermesine neden olabilir, çünkü KZVD, destek alma veya başkalarıyla yakınlığı artırma, yalnızlığı azaltma gibi olumlu bir sosyal işleve sahiptir (30). Yalnızlık algısı, sosyal olarak izole olan ergenler arasında yaygındır ve çalışmalarda yüksek yalnızlık algısı, KZVD ile ilişkilendirilmiş olsa da (294-296), bu

ilişki nispeten az çalışılmış bir konudur. Çalışmamıza katılan ergenler arasında da yüksek yalnızlık algısının, KZVD sıklığının artması ile ilişkili olduğu gözlenmektedir.

5.4. Yavaş Bilişsel Tempo

5.4.1. Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Günümüze kadar YBT ile ilgili çalışmalar genellikle DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılmıştır. Çalışmaların büyük bir kısmında DEHB ve YBT arasındaki ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileriyle ilgili olduğu, YBT ve DEHB-hiperaktivite belirtilerinin ters yönde ilişkili olduğu ve DEHB bileşik tipte de YBT belirtileri görülebildiği belirtilmiştir (5, 91, 101, 111, 112). Çalışmamızda bu bilgilerle uyumlu olarak toplam DEHB ve DEHB dikkatsizlik belirtileri ile YBT belirtileri pozitif yönlü ilişkili bulunmuştur. YBT ve DEHB hiperaktivite belirtileri de pozitif yönde ilişkili olsa da bu ilişki daha zayıftır. Ayrıca literatürle tutarlı olarak YBT alt boyutlarının hepsinin DEHB dikkatsizlik belirtileri ile ilişkisi DEHB hiperaktivite belirtilerine göre daha güçlü olarak bulunmuştur. Çalışmalarda ayrıca yüksek YBT belirtilerinin daha düşük yıkıcı davranış ile ilişkili olduğu ve DEHB belirtileri fazla olan çocuklarda karşıt olma karşı gelme belirtilerini azalttığı gösterilmiş ve YBT'nin DEHB'li çocuklarda KOKGB belirtilerine karşı koruyucu olabileceği belirtilmiştir (102, 111, 115, 128-130). Bizim çalışmamızda en sık konulan K-SADS-PL tanısı MDB ve anksiyete bozukluklarıdır; literatürün aksine KOKGB daha azdır. Bu durum örneklemimizde daha fazla kız ergen bulunmasına ve YBT'nin koruyucu etkisine bağlı olabilir.

5.4.2. Yavaş Bilişsel Tempo ve İçselleştirme Belirtileri

Yapılan çalışmalar YBT'nin kaygı bozuklukları ve depresyon gibi içselleştirme belirtileriyle anlamlı olarak ilişkili olduğunu, bu ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildikten sonra da devam ettiğini, hatta bu ilişkinin DEHB ile içselleştirme belirtileri arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğunu göstermektedir (119). Bu ilişkinin daha çok YBT'nin 'yavaşlık' boyutundan kaynaklandığı ve YBT'de belirgin olan motivasyon eksikliği, düşük çaba ve

etkinliklere ilgisizlik ile açıklanabileceği düşünülmektedir (116). Bir çalışmada, yüksek YBT belirtileri depresif belirtilerle ilişkili bulunmuş ve YBT belirtilerinin sorgulanması ve varsa uygun şekilde yönetilmesinin, depresyonu önleme çalışmaları açısından önemli olduğu belirtilmiştir (120). Çalışmamızda depresyon belirtileri ÇDÖ, kaygı belirtileri ÇATÖ ile değerlendirilmiştir. Literatürdeki bu bilgiler ile uyumlu olarak YBT belirtileri ile depresyon belirtileri anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. YBT'nin depresif belirtiler ile ilişkisi, literatürde gösterildiği gibi 'yavaş' alt boyutundan kaynaklanmaktadır. Bir çalışmada, özbildirim ölçeği ile belirlenen YBT belirtileri kaygı ve depresif belirtilerle ilişkili olmasına rağmen, ebeveynin bildirdiği YBT belirtilerinin depresyon belirtileri ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (116). Çalışmamızda DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildiğinde YBT ile depresyon belirtileri arasındaki ilişki ortadan kalkmaktadır. Bu durumun YBT belirtilerinin, ebeveyn bildirimi ile belirlenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Bir çalışmada panik bozukluk ve yaygın kaygı belirtilerinin toplam YBT puanları için yordayıcı olduğu belirtilmiştir (297). Başka bir çalışmada ise YBT belirtilerinin yükselmesinin yaygın kaygı ve sosyal fobi belirtilerini artırdığı gösterilmiştir (128). Çalışmamızda YBT belirtileri ile genel kaygı, panik bozukluk ve yaygın anksiyete belirtileri anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Kaygı belirtileri ile 'Uykulu' alt boyutu arasındaki ilişki en güçlüdür. YBT alt boyutlarından 'uykulu' ÇATÖ alt ölçeklerinden sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde YBT belirtileri yüksek olan çocukların yavaş ve uykulu görünimleri nedeniyle akranları ile etkileşime girmekten geri durduğu, sosyal etkileşimlerde daha endişeli ve mutsuz olduklarına dair çalışmalar mevcuttur (112, 129). Yavaş ve uykulu görünimler sosyal içe çekilme, sosyal ipuçlarını fark etmede zorluk ve düşük katılım nedeniyle sosyal kaygıların artmasına neden olabilir. Çalışmamız ile bu bulgular desteklenmektedir. YBT toplam puanları, yavaş ve uykulu alt boyutları yaygın anksiyete bozukluğu alt ölçek puanları ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Tüm bunlar YBT belirtilerinin genel olarak anksiyete bozukluklarına eğilimi artırabileceğine işaret etmektedir. YBT'nin çeşitli kaygı alanları ile ilişkisini araştıran çalışma azdır. Çalışmamızda YBT ile farklı kaygı alanlarının ilişkisini incelemenin yanında, bunların YBT alt boyutları ile incelenmesi çalışmamızın güçlü yönlerinden biri olarak düşünülebilir. Özellikle sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri ile YBT

belirtileri arasındaki ilişkinin anlamlı hale gelmesi, YBT'nin sosyal kaygılar, iç çekilme ve sosyal etkileşimlerde yaşanan güçlüğü DEHB'den bağımsız olduğunu desteklemektedir.

5.4.3. Yavaş Bilişsel Tempo ve Duygu Düzenleme

Yapılan çalışmalarda YBT ve duygu düzenlemedeki güçlükler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (142). Bu ilişki DEHB belirtileri kontrol edildikten sonra bile devam etmektedir (298). Bu ilişkinin YBT'deki sosyal işlevsellik alanlarındaki zorluklar ve içselleştirme belirtileriyle ilişkisinde rol oynadığı düşünülmektedir. İçselleştirme belirtilerinde olumsuz duyguların bilişsel ve davranışsal düzenlenmesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir (299).

YBT'li bireylerin, sosyal etkileşimlerde başarılı olmak için gereken hızlı bilgi akışını işlemlemede zorlanabileceği ve bu durumun sosyal durumlardan kaçınmaya neden olacağı ve bunun da sosyal izolasyon ile sonuçlanacağı düşünülmektedir (7). Sonuçta YBT belirtilerinin bir bağlamdaki hızlı karmaşık duygusal bilgi akışından bunalmış olmaları nedeniyle sosyal sorunlar arasındaki ilişkinin kısmen duygu düzenlemede güçlüklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (7, 143). Duygu düzenlemenin farklı yönlerini inceleyen bir çalışmada YBT belirtilerinin duygusal engelleme, uygunsuz duygu ifadesi ve olumsuz duygularla baş etme ile benzersiz bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (9).

Çalışmamızda YBT belirtileri ve tüm alt boyutları duygu düzenleme güçlükleri ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. YBT belirtileri ve netlik arasındaki ilişki, kişinin duyguları anlamlandırma, nasıl hissettiğini belirlemede güçlük ile ilişkili olabileceğini düşündürülebilir. Bu da YBT'nin “kafa karışıklığı/sis içinde olma” ile karakterize doğası ile uyumlu bir bulgudur ve bu karışıklığın duygusal süreçlerde de işlev bozucu olabileceğini düşündürülebilir. Dürtüsellik kavramı, duygu düzenleme güçlüğünde ve DEHB'de benzerlikler gösterse de çok boyutludur. İçselleştirme bozukluklarında olumsuz duyguların sona ermesi için kendisine yönelik olarak devreye sokulan davranışlar dürtüseldir (300), çalışmamızdaki YBT ile DDGÖ'nün dürtüsellik alt boyutu arasındaki ilişki buna benzer olabilir.

5.4.4. Yavaş Bilişsel Tempo ve Benlik Saygısı

Kişi kendinden nefret ettiğinde başkalarına karşı kendini bir yük olarak algılar (288). Benlik saygısının düşük olması da algılanan yükün bir yönüdür (288). Yapılan çalışmalarda YBT belirtileri düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmiştir (9, 301). Bu bilgilerle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da YBT toplam ve tüm alt boyut puanları ile düşük benlik saygısı anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. YBT'nin sosyal izolasyon, yalnızlık ve düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmesi, KZVD risk artışı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.4.5. Yavaş Bilişsel Tempo ve Stresle Baş Etme Yöntemleri

Çalışmamızda “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” kullanılarak ergenlerin stres yaratan durumlar karşısında gösterdiği yaklaşımlar araştırılmıştır. Bilindiği kadarıyla yazında YBT ve stresle baş etme yöntemleri arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma mevcut değildir. Çalışmamızda YBT toplam puanı ve tüm alt boyutları ‘çaresiz yaklaşım’ ile ilişkili bulunmuştur. Çaresiz yaklaşım pasif, işe yaramayan duygu odaklı stresle baş etme yöntemlerden biridir (263). Kişinin stresli bir durumda süreci yönetebileceğine ilişkin inancının kaybolmasını, yaşanan olumsuzlukların nedeni olarak kendisini görmesini ve soruna yönelik çözüm üretmekte başarısız olmasını ifade eder. YBT'nin doğası gereği kişide düşük girişimcilik/inisiyatif özellikleri göstermesi ve bu nedenle çözüm arayışına girememesi, düşük benlik saygısının da eklenmesiyle olayları kendisine atfetmesine ve kendisinde stresli durumu yönetebilecek gücü görmekte zorlanmasına neden olabileceği düşünülebilir.

5.4.6. Yavaş Bilişsel Tempo ve Yalnızlık Algısı

Birçok çalışmada YBT belirtileri olan kişilerde yalnızlık algısının yüksek olduğu ve bunun da yaşanan sosyal izolasyon ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (9, 12, 301). Sosyal izolasyon, KZVD riski ile ilişkilendirilen önemli bir faktördür (209). YBT'nin, sosyal izolasyonla ilişkisi sıklıkla gösterilse de bunun altında yatan mekanizmalar henüz bilinmemektedir. Duygu düzenleme becerilerinde yaşanan güçlükler, akran etkileşimindeki zorlukların daha fazla yalnızlık algısına ve bunun sonucu olarak da izolasyona neden olduğu düşünülmektedir. Öte yandan akranları

tarafından görmezden gelinme ve yalnızlığın, YBT'li çocuklarda utangaçlık veya yalnızlık tercihi nedeniyle yeterli ve olumlu akran ilişkisi deneyimi edinmesini güçleştirerek ortaya çıkabileceğini düşünen araştırmacılar mevcuttur (302). Çalışmamızda YBT belirtileri ile yalnızlık algısı pozitif yönlü ilişkili olsa da aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde kız ergenlerin daha sosyal olup daha fazla arkadaşla sahip olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (303). Ayrıca literatürde yalnızlık kavramının çok boyutlu olduğu ve tek bir genel boyut üzerinden değerlendirilmesinin sonucu yanıltıcı yapabileceği üzerinde de durulmaktadır (304). Bizim örneklemimizde de kız ergenlerin sayıca fazla olması ve yalnızlık algısının tek bir ölçekle değerlendirilmiş olması, YBT ve yalnızlık algısı arasındaki ilişkinin anlamlı bulunmamasına neden olmuş olabilir.

5.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Yavaş Bilişsel Tempo Arasındaki İlişki

Alan yazında DEHB ve KZVD ilişkisine yönelik çalışmaların sayısı azdır. Yapılan çalışmalarda DEHB gruplarında kontrol gruplarına göre anlamlı derecede daha fazla KZVD görülürken, KZVD gösteren gruplarda da DEHB yaygınlık oranları daha yüksektir (237-240). Ayrıca, çalışmalar kendine zarar veren gruplarda daha yüksek DEHB semptom şiddeti olduğunu göstermiştir (241-243). Çalışmamızda bu bilgilerle uyumlu KZVD gösteren ergenlerde, KZVD göstermeyen ergenlere göre YCEDÖK-Toplam ve alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

DEHB semptomları ile KZVD prevalansı arasında doğrudan bir ilişki olup olmadığı araştırılmaktadır. İki fenomenin ortak özelliklerinden biri, dürtüselliktir (36, 239). DEHB ve KZVD arasındaki ilişkiye dürtüsellik ve dışa yönelim bozukluklarının aracılık ettiği, DEHB semptom şiddeti ile KZVD ve intihar düşünce ve davranışı arasında ilişki olduğu, bu ilişkiye; duygudurum ve anksiyete bozuklukları, uyuşturucu ve alkol kullanımı, istismar, duygu odaklı baş etme stilleri, duygu düzenleme güçlüğü, akran mağduriyeti, düşük benlik saygısı gibi durumların aracılık ettiği bulunmuştur (34-36). Çalışmamızda DEHB ile KZVD arasındaki ilişkide, YBT belirtilerinin aracı rol oynadığı saptanmıştır. Bulgularımız, literatürdeki DEHB-KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıdaki çalışmaya katkı sağlamaktadır. YBT belirtilerinin dışsallaştırma bozukluklarına karşı koruyucu olabileceği belirtilirken içe atım bozuklukları açısından

risk oluşturduğu düşünülmektedir. Giderek artan sayıda araştırma, çocuklarda YBT belirtilerini; anksiyete, depresyon, duygu düzenleme güçlükleri, sosyal izolasyon, akran reddi, yalnızlık ve düşük benlik saygısı dahil olmak üzere KZVD ile ilişkili birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirmiştir (123, 305-310). Ancak bugüne kadar hiçbir çalışma YBT'nin KZVD riski ile ilişkili olup olmadığını incelememiştir. Bu nedenle, mevcut çalışma çocuklarda KZVD riski ve özellikle YBT ile ilgili gelişen literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Çalışmamızda YBT ile duygu düzenlemede güçlük arasında ilişki saptanmıştır; ayrıca YBT depresyon ve anksiyete belirtileri ile de ilişkili bulunmuştur. YBT belirtilerinin DEHB'ye göre daha geç bir yaşta saptandığı göz önüne alındığında (5), ergenlik döneminin bu açıdan riskli olduğu düşünülebilir. Duyguların yoğun olarak yaşandığı, depresyon ve anksiyete riskinin arttığı ergenlik döneminde duygu düzenlemeyi zorlaştıran ve depresyon ile anksiyeteyi kolaylaştıran YBT'nin, aynı zorlukları yaşayan ancak YBT belirtileri göstermeyen ergenlere göre olumsuz duygularla baş etmek için KZVD'ye başvurabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda KZVD gösteren ergenlerin, KZVD göstermeyen ergenlere göre YBT-toplam, 'yavaş' ve 'hayalperest' alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları ve hayalperest alt boyutu puanlarındaki bir birim artışın KZVD riskini 4,77 kat artırdığı görülmektedir. Aşırı hayal kurma YBT'nin önemli bir özelliğidir. Spekülatif olsa da KZVD ile YBT alt boyutlarından "hayalperest" arasındaki ilişkinin bu ergenlerin kendine zarar vermeyle ilgili çokça düşünmesi, zihinsel pratik yapması ve bununla ilişkili korkuya alışması bağlamında açıklanabileceği düşünülmektedir. Bu durum YBT belirtileri olan tüm bireylerin şiddet veya kendine zarar verme hakkında derin düşüncelere daldığını veya hayaller kurduğunu iddia etmese de hem kendine zarar verme riski hem de YBT belirtileri olan kişilerin olabileceğini düşündürebilir. Depresif semptomları olan, sosyal yönden izole, duygu düzenleme becerileri kötü, benlik saygısı düşük olup hali hazırda KZVD için risk altında olan ergenlerin aynı zamanda YBT belirtileri göstermesinin de KZVD riskini artırabileceği düşünülmelidir. Öte yandan gelecekteki çalışmalarda YBT belirtileri olan kişilerde "hayal kurma/düşüncelerde kaybolma" boyutu ile ilgili olarak hayallerin içerikleri de araştırılmalıdır. Ayrıca YBT'nin "bireyin düşüncelerinde kaybolması" boyutunun ruminasyonla bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Ruminasyon da KZVD ile

ilişkili diğer faktörlerdendir (311). YBT'nin hayal kurma boyutunun ruminasyonla olan bağlantısı KZVD'yi artırabilir.

Öte yandan dürtüsellik KZVD için bir risk faktörüdür (195); ancak YBT dürtüsellik ile ilişkili değildir veya negatif olarak ilişkilidir (312, 313). Bu nedenle, YBT'nin bazı yönleri KZVD risk artışı ile ilişkili olsa da dürtüsellik daha az olması, eyleme girişimde zorlanma gibi bazı yönleri kendine zarar vermeye girişme riskini azaltabilir. Diğer yandan çalışmamızda duygu düzenlemede dürtüsellik ile YBT ilişkili bulunmuştur; bu konuda dürtüsellik çok boyutlu doğası da değerlendirilmelidir (300).

Çalışmanın bulguları incelendiğinde, YBT dahil birçok değişken KZVD ile ikili olarak ilişkili olmasına rağmen, hiyerarşik lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre varsayımımızın aksine YBT belirtilerinin diğer değişkenlerin ötesinde ve yalnız başına KZVD ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Gelişimsel etkenler ve psikopatoloji belirtileri aynı anda düşünüldüğünde yalnızca DEHB ve depresyon belirtileri KZVD ile önemli ölçüde ilişkili kalmıştır. Depresyon ile KZVD arasındaki ilişki iyi bilinmektedir; ancak içselleştirme belirtileri ve diğer etkenler aynı anda dikkate alındığında DEHB belirtilerinin KZVD ile ilişkili kalması önemli bir bulgudur. Ayrıca DEHB tanılı ergenlerde, YBT belirtileri tek başına KZVD ile ilişkili olmasa bile, DEHB ile KZVD arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır. Buradan yola çıkarak YBT belirtilerinin KZVD ile DEHB arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği söylenebilir. Diğer bir deyişle KZVD riskinin artışında DEHB belirtilerinin yüksek olmasının yanı sıra YBT belirtilerindeki artışının da önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmaktadır. DEHB'nin KZVD riskinin yordayıcısı olmasıyla birlikte, YBT belirtilerinin yönetiminin bireyi KZVD'den koruyabileceği ve DEHB'nin etkilerini azaltabileceği sonucu çıkarılabilir. YBT belirtilerinin anksiyete-depresyon gibi komorbid durumları ve benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü, maladaptif baş etme stratejilerini artırarak, KZVD riskini artırabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız ergenlerde KZVD'yi incelerken birçok psikopatolojiyi ve gelişimsel etkeni aynı anda dikkate almanın önemini göstermektedir.

5.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ile İlgili Risk Etkenleri

Çalışmamızda tüm değişkenler arasında YBT'nin 'hayalperest' alt boyutu, DEHB ve depresyon belirti şiddeti ve panik bozukluk/somatizasyon belirtilerinin yüksek olması KZVD'yi yordayan risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda KZVD gösteren gruplarda DEHB semptom şiddeti daha yüksek bulunmuştur (241-243). Çalışmamızda DEHB belirti şiddetindeki (YCEDÖ-K Toplam puanlarındaki) bir birim artışın KZVD riskini 1,47 kat artırdığı saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki bilgilere katkı sağlamaktadır.

Literatüre bakıldığında KZVD'ye en sık eşlik eden tanının depresyon olduğu ve klinik olarak tanı almasa dahi KZVD gösteren kişilerde daha fazla kaygı ve depresif belirti görüldüğü belirtilmiştir (279). Çalışmamızda ÇDÖ puanlarındaki bir birim artış ile KZVD riskinin 1,57 kat artmış olması bu bulguyu destekler niteliktedir. KZVD ile başvuran ergenlerin depresyon tanısı alacak düzeyde olmasa bile depresif belirti düzeylerinin ayrıntılı değerlendirilmesi ve tedavinin planlanmasının yanında depresyon tanısı alan ergenlerin de KZVD açısından dikkatli bir şekilde sorgulanması önemlidir.

Çalışmamızda anksiyete belirtilerinden panik bozukluk/somatizasyon puanlarındaki bir birim artışın KZVD riskini 1,79 kat artırdığı gözlenmiştir. Yazında Klinik ve toplum örneklemleri çalışmalarda anksiyete bozukluklarının da KZVD'ye sıklıkla eşlik ettiği saptanmıştır (17, 230, 231). KZVD'nin sıklıkla duygu düzenlemek ve kaygı, korku, üzüntü gibi olumsuz duyguları azaltmak ve bunlardan kaçmak gibi bir amaca hizmet ettiği düşünüldüğünde (191, 222), panik belirtiler sırasında hissedilen şiddetli korkunun ve ölüm kaygısının KZVD ile sonuçlanabileceği öngörülebilir. Ayrıca KZVD, anksiyete bozukluklarının sürmesine neden olan, kısa vadede rahatlama sağlayan ancak uzun vadede kaygının sıklığını ve şiddetini artırabilen kaçınma davranışı işlevini gösterebilir.

Çalışmamızda KZVD riskini en çok artıran değişkenin YBT'nin alt boyutlarından 'hayalperest' olduğu görülmektedir. Hayalperest alt boyutu puanlarındaki bir birim artışın KZVD riskini 4,77 kat artırdığı saptanmıştır. Bilindiği kadarıyla yazında YBT ile KZVD ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Daha önce tartışıldığı gibi bu ergenlerin KZVD hakkında düşünmesi, mental pratik yapması, bu davranışı göstermeye ve kendine zarar vermekle ilgili korkuya duyarsızlaşma gibi

etkenlerin KZVD'ye zemin hazırladığı, duygu düzenlemedeki güçlük nedeniyle KZVD'nin bir duygu düzenleme aracı olarak görüldüğü düşünülebilir. Ayrıca bu bulgu YBT ele alınırken tüm alt boyutlarıyla birlikte değerlendirmenin önemini göstermektedir.

5.7. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamız YBT ve KZVD ilişkisini araştıran literatürdeki ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. YBT'nin yeni bir araştırma alanı olması nedeniyle, farklı kültürlerde çalışmaların önemli olacağı ve ülkemizde yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca DEHB tanılı ergenlerde KZVD risklerini inceleyen çalışmalara katkı sağlamaktadır. DEHB-KZVD ilişkisinde aracı rol oynayan faktörlerin araştırılması çalışmanın diğer güçlü yanıdır. Özbildirim ölçekleri yanı sıra, tüm katılımcıların K-SADS-PL gibi uluslararası yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeği ile değerlendirilmesi diğer bir güçlü yandır.

Çalışmamızın bulguları, DEHB tanılı ergenleri değerlendirirken, KZVD riskinin normal popülasyondan yüksek olduğu göz ardı edilmeden, eştanıların gözden geçirilmesinin yanında duygu düzenleme becerileri, benlik saygısı, stresle baş etme yöntemleri ve yalnız algısı gibi özelliklerin değerlendirilmesi, yeni bir klinik görünüm olan YBT belirtilerinin ve tüm alt boyutlarının da bu değerlendirmeye katılması gerektiğini göstermektedir. Tüm bunlar KZVD'nin önlenmesi, bu ergenlerin takibinde hangi durumlara dikkat edilmesi ve hangi alanlarda desteklenmesi gerektiği konusunda ruh sağlığı çalışanlarına ışık tutacaktır.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın kesitsel deseni ve örneklem sayısının kısıtlılığı, bulgularımız arasındaki nedensellik ilişkisinin dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir. Aracı faktörlerin DEHB belirtilerinden sonra ve KZVD'den önce geldiğini garanti edemeyiz ve aracı faktörler çalışma süresinde değişkenlik gösterebilir. Ancak DEHB ve YBT'nin çocukluk ve ergenlik süresince sabit kalması (4, 314) ve dürtüsellik, zeka gibi değişkenlerin çalışma süresi boyunca değişmeyeceği göz önünde bulundurulursa, DEHB-KZVD ilişkisinde YBT'nin aracı rolünü incelemek için kesitsel bir tasarımın uygun olabileceği düşünülmektedir. İlerideki çalışmalar bu ilişkileri uzunlamasına desenler aracılığıyla araştırmalıdır. Çalışmamızda YBT belirtileri, DEHB tanısı olan ergenlerde incelenmiştir. Analizler

aracılığıyla DEHB belirtileri kontrol edilmeye çalışılsa da bulgularımızın DEHB belirtilerinden etkilenmiş olabileceği unutulmamalıdır. Güncel bilgiler YBT'nin ebeveyn bildirimi yanı sıra, öğretmen ve öz bildirim ölçekleriyle değerlendirilmesinin öneminden bahsetmektedir. Çalışmamızın önemli bir kısıtlılığı ise YBT'nin yalnızca ebeveyn bildirim ölçeği ile değerlendirilmesidir. Ancak mevcut çalışmaların birçoğunda ebeveyn bildirim ölçeğinin geçerli bir veri olarak kullanıldığı bilinmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada KZVD durumu, KZVD Tarama Ölçeği ile değerlendirilmiştir. KZVD'nin daha detaylı ölçeklerle, KZVD başlangıç yaşı, işlevleri gibi faktörler ile değerlendirilmesi faydalı olacaktır. Çalışmamızda cinsiyetler arası dağılım homojen olmadığından, cinsiyetler arasındaki farklılıklar dikkatli yorumlanmalıdır. Son olarak diğer bir kısıtlılık ise, örneklemimiz, klinik popülasyondan oluşmakta ve bir kontrol grubu içermemektedir. Bu durum bulgularımızın topluma genellenmesini güçleştirmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın başlangıcındaki hipotezler ve elde edilen bulgular incelendiğinde,

1- KZVD gösteren ergenlerde daha düşük benlik saygısı ve duygu düzenleme becerilerinde belirgin güçlük olduğu, duygu odaklı başa çıkma tarzlarının daha fazla ve problem odaklı başa çıkma tarzlarının ise daha az kullanıldığı ve ayrıca KZVD sıklığı daha fazla olan ergenlerin kendilerini daha yalnız algıladıkları saptanmıştır.

2- KZVD gösteren ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, depresyon, kaygı ve yavaş bilişsel tempo belirtilerinin daha şiddetli olduğu gözlenmiştir.

3- Çalışmamızda KZVD riskini artıran faktörler incelenmiştir. Riski en çok artıran etkenin yavaş bilişsel temponun alt boyutlarından ‘hayalperest’ olduğu saptanmıştır. Bunu panik bozukluk/somatizasyon, depresyon ve DEHB belirti şiddeti takip etmektedir.

4- Örneklem içerisinde kız ergenlerde KZVD oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

5- KZVD gösteren kız ergenlerde, KZVD gösteren erkek ergenlere göre benlik saygısının daha düşük, duygu düzenleme becerilerinin daha kötü, yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinin daha fazla olduğu ve stresli olaylarla baş etmede çaresiz yaklaşım olan duygu odaklı başa çıkma yönteminin daha fazla benimsendiği gözlenmiştir.

6- Yavaş bilişsel tempo belirtileri daha fazla olan ergenlerde duygu düzenleme becerileri daha kötü, benlik saygısı daha düşük ve stresli olaylarla baş etmede çaresiz yaklaşım olan duygu odaklı başa çıkma yönteminin daha fazla benimsendiği gözlenmiştir.

7- Yavaş bilişsel tempo belirtileri daha fazla olan ergenlerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu ve YBT ile anksiyete belirtileri

arasındaki ilişkinin DEHB dikkatsizlik belirtileri kontrol edildiğinde de devam ettiği saptanmıştır.

8- DEHB ile KZVD ilişkisinde YBT belirtilerinin aracı rolü olduğu saptanmıştır.

Gelecek çalışmaların, örneklem sayısının genişletilerek, yavaş bilişsel tempoyu klinik olarak tanımlayabilecek tanı kriterleri oluşturulduktan sonra ve toplum örneklemini kullanılarak tekrarlanması sonuçların genellenebilmesi açısından faydalı olacaktır. DEHB tanılı ergenlerde, KZVD ve YBT ile benlik saygısı, yalnızlık algısı, duygu düzenleme becerileri ve stresle baş etme tarzları gibi birçok gelişimsel etken arasında ilişki saptanmıştır. KZVD transdiagnostik olarak gelişimi etkileyen her durumda karşımıza çıkabilmektedir. KZVD gösteren ergenler ile çalışırken eştanıların göz önünde bulundurulmasının gerekliliği aşikardır; ancak çalışma sonuçlarımız YBT'nin de eştanı olarak değerlendirilip varsa tedavi planlamasına katılması gerektiğinin önemini ortaya koymaktadır. KZVD gösteren ergenlerde, YBT belirtilerinin olması, hali hazırda KZVD riskini artırdığı bilinen duygu düzenleme, benlik saygısı, yalnızlık algısı, maladaptif stresle başa çıkma tarzları, sosyal izolasyon gibi etkenleri kötüleştirip, depresyon ve kaygı belirtilerini şiddetlendirebileceğinden, tedavi sırasında YBT'nin ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca KZVD'nin bir kez başladıktan sonra tekrar etmeye eğilimli ve tedavisinin zor olması nedeniyle, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde, DEHB, eştanı ve duygu düzenleme, benlik saygısı, aile-akran ilişkisi, sosyal beceriler gibi gelişimsel etkenlerin değerlendirilip tedavi planına dahil edilmesi, KZVD'yi önleyici müdahaleler açısından önemli olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Benzing V, Schmidt M. The effect of exergaming on executive functions in children with ADHD: A randomized clinical trial. *Scand J Med Sci Sports*. 2019;29(8):1243-53.
2. American Psychiatric Association(APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Washington, DC2013.
3. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). In: *Attention-deficit hyperactivity disorder*. 2015. p. 81-115. .
4. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(3):163-78.
5. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(2):161-73.
6. Burns GL, Servera M, Bernad Mdel M, Carrillo JM, Cardo E. Distinctions between sluggish cognitive tempo, ADHD-IN, and depression symptom dimensions in Spanish first-grade children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(6):796-808.
7. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, et al. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):21-35.
8. Becker SP, Langberg JM. Sluggish cognitive tempo among young adolescents with ADHD: relations to mental health, academic, and social functioning. *J Atten Disord*. 2013;17(8):681-9.
9. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychol Assess*. 2015;27(3):1037-52.
10. Becker SP, Burns GL, Smith ZR, Langberg JM. Sluggish Cognitive Tempo in Adolescents with and without ADHD: Differentiation from Adolescent-Reported ADHD Inattention and Unique Associations with Internalizing Domains. *J Abnorm Child Psychol*. 2020;48(3):391-406.

11. Jarrett MA, Rapport HF, Rondon AT, Becker SP. ADHD Dimensions and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms in Relation to Self-Report and Laboratory Measures of Neuropsychological Functioning in College Students. *J Atten Disord*. 2017;21(8):673-83.
12. Becker SP, Withrow AR, Stoppelbein L, Luebbe AM, Fite PJ, Greening L. Sluggish cognitive tempo is associated with suicide risk in psychiatrically hospitalized children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(12):1390-9.
13. Becker SP, Holdaway AS, Luebbe AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. *J Adolesc Health*. 2018;63(2):181-8.
14. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153760.
15. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007;37(8):1183-92.
16. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007;11(2):129-47.
17. Ross S, Heath NL. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002;31:67-77.
18. Zeki A ve Çuhadaroğlu-Çetin F . Non suicidal self injurious behavior among adolescents in Turkey and in Turkish Republic of Northern Cyprus. AACAP & CACAP Joint Annual Meeting'de Poster Sunumu, 2011; Toronto, Kanada
19. Zeki A, Çuhadaroğlu Çetin F. Non suicidal self injurious behavior in adolescence in Northern Cyprus. International Conference From Adolescence to Adulthood - Normality and Psychopathology'de Sözlü Sunum, Larnaka, 2010; Güney Kıbrıs.
20. Plener PL, Muehlenkamp J. Correspondence: Letter to the editor. *Psychological Medicine*, 37, 1.

21. Zeki A, Çetin Çuhadaroğlu F. Ergenlerde kendine zarar verme davranışının gelişimsel ve psikopatolojik değerlendirmesi, Uzmanlık tezi. 2012.
22. Kuposov R, Stickley A, Ruchkin V. Non-Suicidal Self-Injury Among Incarcerated Adolescents: Prevalence, Personality, and Psychiatric Comorbidity. *Front Psychiatry*. 2021;12:652004.
23. Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*. 2010;48:83-7.
24. Kara M, Çetin Çuhadaroğlu F. İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel Ve Psikiyatrik Özellikler, Uzmanlık Tezi. 2014.
25. de Kloet L, Starling J, Hainsworth C, Berntsen E, Chapman L, Hancock K. Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(9):749-55.
26. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):63-71.
27. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(2):166-80.
28. Heilbron N, Prinstein MJ. Adolescent Peer Victimization, Peer Status, Suicidal Ideation, and Nonsuicidal Self-Injury: Examining Concurrent and Longitudinal Associations. *Merrill Palmer Q (Wayne State Univ Press)*. 2010;56(3):388-419.
29. Abela JR, Hankin BL. Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: a multiwave longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 2011;120(2):259-71.
30. Nock MK, Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):28-38.

31. Dalsgaard S, Ostergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*. 2015;385(9983):2190-6.
32. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:72-88.
33. Meszaros G, Horvath LO, Balazs J. Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):160.
34. Swanson EN, Owens EB, Hinshaw SP. Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: a longitudinal examination of mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(5):505-15.
35. Taylor MR, Boden JM, Rucklidge JJ. The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2014;6(4):303-12.
36. Meza JI, Owens EB, Hinshaw SP. Response Inhibition, Peer Preference and Victimization, and Self-Harm: Longitudinal Associations in Young Adult Women with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(2):323-34.
37. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240-50.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II. American Psychiatric Association, 1968.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. American Psychiatric Association, 1980.
40. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):e994-1001.
41. Aktepe E, editor *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanisi Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler*. Yeni Symposium; 2011.
42. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):30.

43. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):386-92.
44. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
45. Cantwell DP. Genetics of hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1975;16(3):261-4.
46. Willerman L. Activity Level and Hyperactivity in Twins. *Child Development*. 1973;44(2):288-93.
47. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.
48. Faraone SV, Biederman J. Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*. 2000;20(4):568-81.
49. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007;104(49):19649-54.
50. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, Mennes M, Zwiers MP, Schweren LSJ, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310-9.
51. Gallo EF, Posner J. Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):555-67.
52. Weiss, M. and Weiss, G. (2002) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: Lewis, M., Ed., *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, 3rd Edition, Lippincott, Williams, & Wilkins, Philadelphia, 645-670.
53. Berridge CW, Spencer RC. Differential cognitive actions of norepinephrine α_2 and α_1 receptor signaling in the prefrontal cortex. *Brain Res*. 2016;1641(Pt B):189-96.
54. Posner J, Rauh V, Gruber A, Gat I, Wang Z, Peterson BS. Dissociable attentional and affective circuits in medication-naïve children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*. 2013;213(1):24-30.

55. Brown TE. ADD/ADHD and Impaired Executive Function in Clinical Practice. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(5):407-11.
56. Nigg JT, Willcutt EG, Doyle AE, Sonuga-Barke EJ. Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry.* 2005;57(11):1224-30.
57. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJ, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci.* 2006;10(3):117-23.
58. Nigg JT, Kottnerus GM, Martel MM, Nikolas M, Cavanagh K, Karmaus W, et al. Low blood lead levels associated with clinically diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder and mediated by weak cognitive control. *Biol Psychiatry.* 2008;63(3):325-31.
59. Nigg JT, Breslau N. Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(3):362-9.
60. Class QA, Rickert ME, Larsson H, Lichtenstein P, D'Onofrio BM. Fetal growth and psychiatric and socioeconomic problems: population-based sibling comparison. *Br J Psychiatry.* 2014;205(5):355-61.
61. Kennedy M, Kreppner J, Knights N, Kumsta R, Maughan B, Golm D, et al. Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(10):1113-25.
62. Mukaddes NM. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
63. Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock, B. J(Ed.) p. 2305-6.
64. World Health O. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
65. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Differential Diagnosis and Comorbid Disorders. In: Canadian ADHD Practice Guidelines. Third Edition. CADDRA. Toronto; 2011.

66. Ben Amor L, Sikirica V, Cloutier M, Lachaine J, Guerin A, Carter V, et al. Combination and switching of stimulants in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder in quebec. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(3):157-66.
67. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1215-20.
68. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Wilens TE, Mick E, Blier HK. Further validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: findings from a sample of siblings of boys with and without ADHD. *J Clin Child Psychol*. 1999;28(3):349-54.
69. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(6):643-54.
70. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, van den Bree M, Harold G, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):235-40.
71. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjolander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*. 2012;367(21):2006-14.
72. Man KK, Chan EW, Coghill D, Douglas I, Ip P, Leung LP, et al. Methylphenidate and the risk of trauma. *Pediatrics*. 2015;135(1):40-8.
73. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(12):1295-303.
74. Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, et al. The Texas Children's Medication Algorithm Project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(6):642-57.
75. Pliszka S, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.

76. Posner J, Greenhill LL. Attention-deficit/hyperactivity disorder In: McVoy M, Findling RL, eds. *Clinical manual of child and adolescent psychopharmacology*, 2nd edn. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
77. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):727-38.
78. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020;395(10222):450-62.
79. Schwartz S, Correll CU. Efficacy and safety of atomoxetine in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a comprehensive meta-analysis and metaregression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(2):174-87.
80. Barkley R. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). *Attention-deficit Hyperact Disord A Handb diagnosis Treat* (4th ed) 2015.
81. Milich R, Balentine AC, Lynam DR. ADHD Combined Type and ADHD Predominantly Inattentive Type Are Distinct and Unrelated Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001;8(4):463-88.
82. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): current status, future directions, and a plea to change the name. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):117-25.
83. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol*. 2018;127(8):818-29.
84. Crichton A. *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects*. London: T. Cadell, junior and W. Davies, 1798.
85. American Psychiatric Association(APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. USA, Washington DC; 1980. .

86. Becker SP, Marshall SA, McBurnett K. Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: an historical overview and introduction to the special section. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):1-6.
87. Neeper R, Lahey BB. The Children's Behavior Rating Scale: A factor analytic developmental study. *School Psychology Review*. 1986;15:277-88.
88. Smith ZR, Eadeh HM, Breaux RP, Langberg JM. Sleepy, sluggish, worried, or down? The distinction between self-reported sluggish cognitive tempo, daytime sleepiness, and internalizing symptoms in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Assess*. 2019;31(3):365-75.
89. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fito N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J, et al. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord*. 2017;21(8):632-41.
90. Jacobson LA, Murphy-Bowman SC, Pritchard AE, Tart-Zelvin A, Zabel TA, Mahone EM. Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(8):1327-37.
91. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgins B. Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(8):1097-107.
92. Moruzzi S, Rijdsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):63-75.
93. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martinez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S, et al. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(2):256-66.
94. Unsel-Bolat G, Baytunca MB, Kardas B, Ipci M, Inci Izmir SB, Ozyurt O, et al. Diffusion tensor imaging findings in children with sluggish cognitive tempo comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nord J Psychiatry*. 2020;74(8):620-6.

95. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *Neuroimage Clin.* 2015;8:390-7.
96. Langberg JM, Becker SP, Dvorsky MR, Luebbe AM. Are sluggish cognitive tempo and daytime sleepiness distinct constructs? *Psychol Assess.* 2014;26(2):586-97.
97. Koriakin TA, Mahone EM, Jacobson LA. Sleep Difficulties are Associated with Parent Report of Sluggish Cognitive Tempo. *J Dev Behav Pediatr.* 2015;36(9):717-23.
98. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA, et al. Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37 Suppl 1:E338-46.
99. Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallares J, Navarro-Pastor JB, Garcia-Nonell K, Rigau-Ratera E, Obiols JE. ADHD predominantly inattentive subtype with high sluggish cognitive tempo: a new clinical entity? *J Atten Disord.* 2014;18(7):607-16.
100. Hinshaw SP, Carte ET, Sami N, Treuting JJ, Zupan BA. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(5):1099-111.
101. Skirbekk B, Hansen BH, Oerbeck B, Kristensen H. The relationship between sluggish cognitive tempo, subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder, and anxiety disorders. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(4):513-25.
102. Wahlstedt C, Bohlin G. DSM-IV-defined inattention and sluggish cognitive tempo: independent and interactive relations to neuropsychological factors and comorbidity. *Child Neuropsychol.* 2010;16(4):350-65.
103. Tamm L, Brenner SB, Bamberger ME, Becker SP. Are sluggish cognitive tempo symptoms associated with executive functioning in preschoolers? *Child Neuropsychol.* 2018;24(1):82-105.
104. Araujo Jimenez EA, Jane Ballabriga MC, Bonillo Martin A, Arrufat FJ, Serra Giacobbo R. Executive functioning in children and adolescents with symptoms of sluggish cognitive tempo and ADHD. *J Atten Disord.* 2015;19(6):507-14.

105. Becker SP, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo dimensions in relation to executive functioning in adolescents with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2014;45(1):1-11.
106. Jarrett MA, Gable PA, Rondon AT, Neal LB, Price HF, Hilton DC. An EEG Study of Children With and Without ADHD Symptoms: Between-Group Differences and Associations With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Atten Disord.* 2020;24(7):1002-10.
107. Yung TWK, Lai CYY, Chan JYC, Ng SSM, Chan CCH. Neuro-physiological correlates of sluggish cognitive tempo (SCT) symptoms in school-aged children. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(3):315-26.
108. Yung TWK, Lai CYY, Chan CCH. Abnormal physiological responses toward sensory stimulus are related to the attention deficits in children with sluggish cognitive tempo. *Front Neurosci.* 2022;16:875064.
109. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL, Becker SP, Olson RK, Willcutt EG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(9):1066-74.
110. Saxbe C, Barkley RA. The second attention disorder? Sluggish cognitive tempo vs. attention-deficit/hyperactivity disorder: update for clinicians. *J Psychiatr Pract.* 2014;20(1):38-49.
111. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess.* 2009;21(3):380-9.
112. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42(1):77-90.
113. Solanto MV, Gilbert SN, Raj A, Zhu J, Pope-Boyd S, Stepak B, et al. Neurocognitive functioning in AD/HD, predominantly inattentive and combined subtypes. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35(5):729-44.
114. McBurnett K, Pfiffner LJ, Frick PJ. Symptom properties as a function of ADHD type: an argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol.* 2001;29(3):207-13.

115. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pfiffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol*. 2007;35(4):509-21.
116. Smith ZR, Langberg JM. Predicting academic impairment and internalizing psychopathology using a multidimensional framework of Sluggish Cognitive Tempo with parent- and adolescent reports. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(9):1141-50.
117. Barkley RAa. *Barkley sluggish cognitive tempo scale : children and adolescents (BSCTS-CA)*: New York, NY : The Guilford Press, [2018]; 2018.
118. Becker SP, Burns GL, Leopold DR, Olson RK, Willcutt EG. Differential impact of trait sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in early childhood on adolescent functioning. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(10):1094-104.
119. Lee S, Burns GL, Becker SP. Can Sluggish Cognitive Tempo Be Distinguished From ADHD Inattention in Very Young Children? Evidence From a Sample of Korean Preschool Children. *J Atten Disord*. 2017;21(8):623-31.
120. Ward AR, Sibley MH, Musser ED, Campey M, Bubnik-Harrison MG, Meinzer MC, et al. Relational impairments, sluggish cognitive tempo, and severe inattention are associated with elevated self-rated depressive symptoms in adolescents with ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2019;11(3):289-98.
121. Hossain B, Bent S, Parenteau C, Widjaja F, Davis M, Hendren RL. The Associations Between Sluggish Cognitive Tempo, Internalizing Symptoms, and Academic Performance in Children With Reading Disorder: A Longitudinal Cohort Study. *J Atten Disord*. 2022;26(12):1576-90.
122. McBurnett K, Villodas M, Burns GL, Hinshaw SP, Beaulieu A, Pfiffner LJ. Structure and validity of sluggish cognitive tempo using an expanded item pool in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):37-48.
123. Becker SP, Luebke AM, Fite PJ, Stoppelbein L, Greening L. Sluggish cognitive tempo in psychiatrically hospitalized children: factor structure and relations to internalizing symptoms, social problems, and observed behavioral dysregulation. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):49-62.

124. Fenollar Cortes J, Servera M, Becker SP, Burns GL. External Validity of ADHD Inattention and Sluggish Cognitive Tempo Dimensions in Spanish Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2017;21(8):655-66.
125. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):7-19.
126. Leopold DR, Bryan AD, Pennington BF, Willcutt EG. Evaluating the construct validity of adult ADHD and SCT among college students: a multitrait-multimethod analysis of convergent and discriminant validity. *J Atten Disord*. 2015;19(3):200-10.
127. Servera M, Bernad MD, Carrillo JM, Collado S, Burns GL. Longitudinal Correlates of Sluggish Cognitive Tempo and ADHD-Inattention Symptom Dimensions with Spanish Children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016;45(5):632-41.
128. Harrington KM, Waldman ID. Evaluating the utility of sluggish cognitive tempo in discriminating among DSM-IV ADHD subtypes. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(2):173-84.
129. Carlson CL, Mann M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2002;31(1):123-9.
130. Barkley RA. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. New York, NY, US: Guilford Publications; 2006. p. 91-152.
131. Watabe Y, Owens JS, Evans SW, Brandt NE. The relationship between sluggish cognitive tempo and impairment in children with and without ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):105-15.
132. Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord*. 2006;10(2):141-9.
133. Bauermeister JJ, Barkley RA, Bauermeister JA, Martinez JV, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: neuropsychological and psychosocial correlates. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(5):683-97.

134. Bauermeister JJ, Matos M, Reina G, Salas CC, Martinez JV, Cumba E, et al. Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(2):166-79.
135. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *Ambul Pediatr*. 2007;7(1 Suppl):101-6.
136. Becker SP, Garner AA, Tamm L, Antonini TN, Epstein JN. Honing in on the Social Difficulties Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Children: Withdrawal, Peer Ignoring, and Low Engagement. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019;48(2):228-37.
137. Becker SP, Burns GL, Schmitt AP, Epstein JN, Tamm L. Toward Establishing a Standard Symptom Set for Assessing Sluggish Cognitive Tempo in Children: Evidence From Teacher Ratings in a Community Sample. *Assessment*. 2019;26(6):1128-41.
138. Langberg JM, Becker SP, Dvorsky MR. The association between sluggish cognitive tempo and academic functioning in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(1):91-103.
139. McConaughy SH, Ivanova MY, Antshel K, Eiraldi RB, Dumenci L. Standardized Observational Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Combined and Predominantly Inattentive Subtypes. II. Classroom Observations. *School Psych Rev*. 2009;38(3):362-81.
140. Combs MA, Canu WH, Fulks JJB, Nieman DC. Impact of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on adults' quality of life. *Applied Research in Quality of Life*. 2014;9:981-95.
141. Combs MA, Canu WH, Broman-Fulks JJ, Rocheleau CA, Nieman DC. Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *J Atten Disord*. 2015;19(5):425-34.
142. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Abnorm Psychol*. 2012;121(4):978-90.
143. Flannery AJ, Becker SP, Luebke AM. Does Emotion Dysregulation Mediate the Association Between Sluggish Cognitive Tempo and College Students' Social Impairment? *J Atten Disord*. 2016;20(9):802-12.

144. Wood WLM, Lewandowski LJ, Lovett BJ, Antshel KM. Executive Dysfunction and Functional Impairment Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Emerging Adulthood. *J Atten Disord*. 2017;21(8):691-700.
145. Ludwig HT, Matte B, Katz B, Rohde LA. Do sluggish cognitive tempo symptoms predict response to methylphenidate in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder-inattentive type? *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(4):461-5.
146. Froehlich TE, Becker SP, Nick TG, Brinkman WB, Stein MA, Peugh J, et al. Sluggish Cognitive Tempo as a Possible Predictor of Methylphenidate Response in Children With ADHD: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(2).
147. Adler LA, Leon TL, Sardoff TM, Krone B, Faraone SV, Silverstein MJ, et al. A Placebo-Controlled Trial of Lisdexamfetamine in the Treatment of Comorbid Sluggish Cognitive Tempo and Adult ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(4).
148. Fırat S, Gul H, Aysev A. An Open-Label Trial of Methylphenidate Treating Sluggish Cognitive Tempo, Inattention, and Hyperactivity/Impulsivity Symptoms Among 6- to 12-Year-Old ADHD Children: What Are the Predictors of Treatment Response at Home and School? *J Atten Disord*. 2021;25(9):1321-30.
149. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, Shaywitz B, Hooper SR, Wigal SB, et al. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013;23(9):605-13.
150. McBurnett K, Clemow D, Williams D, Villodas M, Wietecha L, Barkley R. Atomoxetine-Related Change in Sluggish Cognitive Tempo Is Partially Independent of Change in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Inattentive Symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017;27(1):38-42.
151. Smith ZR, Langberg JM. Do sluggish cognitive tempo symptoms improve with school-based ADHD interventions? Outcomes and predictors of change. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(5):575-83.
152. Pfiffner LJ, Yee Mikami A, Huang-Pollock C, Easterlin B, Zalecki C, McBurnett K. A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8):1041-50.

153. Becker SP, Ciesielski HA, Rood JE, Froehlich TE, Garner AA, Tamm L, et al. Uncovering a clinical portrait of sluggish cognitive tempo within an evaluation for attention-deficit/hyperactivity disorder: A case study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2016;21(1):81-94.
154. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-63.
155. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015;9(1):31.
156. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3):20.
157. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):259-68.
158. Bergmann G. Ein Fall von religiöser Monomanie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1846;3:365-80.
159. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(3):283-9.
160. Favazza AR, DeRosear L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide Life Threat Behav*. 1989;19(4):352-61.
161. Stanford S, Jones MP. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(7):807-15.
162. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(3):273-303.
163. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(4):337-48.
164. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res*. 2013;206(2-3):265-72.

165. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015;2:2.
166. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(1):119-26.
167. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* 2011;187(1-2):140-4.
168. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry.* 2014;59(11):576-85.
169. Andover MS. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Res.* 2014;219(2):305-10.
170. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry J.* 2013;2013:159208.
171. Nitkowski D, Petermann F. [Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2011;79(1):9-20.
172. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev.* 2015;42:156-67.
173. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2003;4(4):226-36.
174. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(5):531-54.
175. Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Int J Psychoanal.* 1972;53(2):179-83.
176. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special Feature the Inner Experience of the Borderline Self-Mutilator. *Journal of Personality Disorders.* 1987;1:317-24.
177. Favazza, A. *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Society* (3rd edn). The British Journal of Psychiatry (1996).

178. Çelik FGH, Hocaoglu Ç. Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2017;9(2):209-26.
179. Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(1):162-78.
180. Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry*. 1972;128(11):1363-8.
181. Nater UM, Bohus M, Abbruzzese E, Ditzen B, Gaab J, Kleindienst N, et al. Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psychosocial stress in female patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1565-72.
182. Reichl C, Heyer A, Brunner R, Parzer P, Völker JM, Resch F, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;74:203-11.
183. Beauchaine TP, Crowell SE, Hsiao RC. Post-dexamethasone cortisol, self-inflicted injury, and suicidal ideation among depressed adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2015;43(4):619-32.
184. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(1):157-61.
185. van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*. 1991;148(12):1665-71.
186. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2009;66(6):477-93.
187. Ballard E, Bosk A, Pao M. Invited Commentary: Understanding Brain Mechanisms of Pain Processing in Adolescents' Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010;39(4):327-34.
188. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depress Anxiety*. 2013;30(7):654-61.

189. Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadeson A, Crosby RD, Wonderlich SA, Simonich H, et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behav Res Ther.* 2009;47(1):83-7.
190. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr Psychiatry.* 1996;37(1):12-6.
191. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(2):226-39.
192. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009;166(2-3):260-8.
193. Skegg K. Self-harm. *Lancet.* 2005;366(9495):1471-83.
194. Orbach I, Bar-Joseph H, Dror N. Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide Life Threat Behav.* 1990;20(1):56-64.
195. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001;178(1):48-54.
196. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015;38:55-64.
197. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):12-23.
198. Shapiro S. Addressing self-injury in the school setting. *J Sch Nurs.* 2008;24(3):124-30.
199. Favazza AR. Repetitive Self-Mutilation. *Psychiatric Annals.* 1992;22(2):60-3.
200. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44(2):134-40.
201. Luyckx K, Gandhi A, Bijttebier P, Claes L. Non-suicidal self-injury in high school students: Associations with identity processes and statuses. *J Adolesc.* 2015;41:76-85.
202. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1124:111-26.
203. AKSOY A, ÖGEL K. Sokakta ya ayan çocuklarda kendine zarar verme davran ve madde kullan m. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005;6:163-9.

204. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012;6(1):10.
205. Glenn CR, Klonsky ED. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*. 2009;46:25-9.
206. Canetto SS. Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide Life Threat Behav*. 1997;27(4):339-51.
207. Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18(2):78-83.
208. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2011;186(1):65-70.
209. Walsh BW. Treating self-injury: A practical guide: Guilford Press; 2012.
210. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2013;17(1):1-19.
211. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, et al. Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(5):669-82.
212. Young R, Sproeber N, Groschwitz RC, Preiss M, Plener PL. Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*. 2014;14:137.
213. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011;127(3):e552-7.
214. Lewis SP, Mahdy JC, Michal NJ, Arbuthnott AE. Googling Self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatr*. 2014;168(5):443-9.
215. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(1):35-74.
216. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(4):258-63.

217. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(9):1171-8.
218. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs*. 2002;38(3):235-44.
219. Rissanen M-L, Kylmä J, Laukkanen E. Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *International Journal of Nursing Practice*. 2011;17.
220. Mc LJ, Miller P, Warwick H. Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *J Adolesc*. 1996;19(6):523-32.
221. Hornor G. Nonsuicidal Self-Injury. *J Pediatr Health Care*. 2016;30(3):261-7.
222. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(5):885-90.
223. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UM, Brunner R, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2015;228(3):454-61.
224. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury: Key Directions for Future Research. *Clinical Psychological Science*. 2014;2(5):638-56.
225. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(5):759-73.
226. Hamza CA, Willoughby T. Nonsuicidal self-injury and affect regulation: recent findings from experimental and ecological momentary assessment studies and future directions. *J Clin Psychol*. 2015;71(6):561-74.
227. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(2):363-75.
228. Ross S, Heath N. A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2002;31:67-77.

229. Bjärehed J, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cogn Behav Ther.* 2008;37(1):26-37.
230. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
231. Hintikka J, Tolmunen T, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;44(5):464-7.
232. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007;63(11):1045-56.
233. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(2):240-59.
234. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc.* 2011;34(2):337-47.
235. D'Onofrio AA. Adolescent self-injury: A comprehensive guide for counselors and health care professionals: Springer Publishing Company; 2007.
236. Lüleci S. Kendini yaralama davranışı olan ergenlerin psikiyatrik ve sosyokültürel özellikleri (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2007.
237. Chou IC, Lin CC, Sung FC, Kao CH. Attention-deficit hyperactivity disorder increases the risk of deliberate self-poisoning: A population-based cohort. *Eur Psychiatry.* 2014;29(8):523-7.
238. Bácskai E, Czobor P, Gerevich J. Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD symptoms. *Psychiatry research.* 2012;200(2-3):719-23.
239. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E, et al. Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2012;80(6):1041.

240. Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, Nordström T, Ebeling H. Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder—A study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nordic journal of psychiatry*. 2012;66(5):320-8.
241. Evren C, Dalbudak E, Evren B, Can Y, Umut G. The severity of attention deficit hyperactivity symptoms and its relationship with lifetime substance use and psychological variables among 10th grade students in Istanbul. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(7):1665-70.
242. Semiz UB, Basoglu C, Oner O, Munir KM, Ates A, Algul A, et al. Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2008;42(5):405-13.
243. Taylor MR, Boden JM, Rucklidge JJ. The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2014;6(4):303-12.
244. Caro-Cañizares I, Serrano-Drozdowskyj E, Pfang B, Baca-García E, Carballo JJ. SDQ dysregulation profile and its relation to the severity of psychopathology and psychosocial functioning in a sample of children and adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2020;24(11):1557-64.
245. Ryckaert, C., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2018). *Emotional dysregulation and ADHD (Vol. 1)*. Oxford, UK: Oxford University Press.
246. Miller DJ, Derefinko KJ, Lynam DR, Milich R, Fillmore MT. Impulsivity and attention deficit-hyperactivity disorder: subtype classification using the UPPS impulsive behavior scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2010;32(3):323-32.
247. Plener PL, Fegert JM, Kaess M, Kapusta ND, Brunner R, Groschwitz RC, et al. [Nonsuicidal self-injury in adolescence: a clinical guideline for diagnostics and therapy]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2017;45(6):463-74.
248. Brunner P. *Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes-und Jugendalter Koordination*. 2015.
249. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-

analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;54(2):97-107. e2.

250. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(4):295-300.

251. Fischer G, Brunner R, Parzer P, Resch F, Kaess M. Short-term psychotherapeutic treatment in adolescents engaging in non-suicidal self-injury: a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(1):1-7.

252. Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention. Nixon MK, Heath NL, editors. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2009. xxvi, 339-xxvi, p.

253. Fortune S, Sinclair J, Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*. 2008;8:369.

254. Plener PL, Schulze UM. Pharmacological treatment of non-suicidal self-injury and eating disorders. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment*. New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing/Springer Nature; 2014. p. 197-214.

255. Gratz KL, 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;26(1):41-54.

256. Sarıtaş D, Gençöz T, editors. Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. 12th European Congress of Psychology, İstanbul, Turkey; 2011.

257. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*: Princeton university press; 2015.

258. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda benlik saygısı*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.

259. Oy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2(2):132-6.
260. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(4):545-53.
261. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli. 2004.
262. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 1980:219-39.
263. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;10.
264. Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *J Pers Assess*. 1987;51(1):69-81.
265. Yıldız MA, Duy B. Adaptation of the short-form of the UCLA loneliness scale (ULS-8) to Turkish for the adolescents. 2014.
266. Gozpınar N, Cakiroglu S, Gormez V. Psychometric Properties of the Sluggish Cognitive Tempo Scale in a Turkish Sample of Children and Adolescents. *J Atten Disord*. 2022;26(1):25-33.
267. Kaner S, Buyukozturk S, Iseri E. Conners parent rating scale-revised short: Turkish standardization study/Conners anababa dereceleme ölçeği-yenilenmiş kısa: Türkiye standardizasyon çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*. 2013;50:100+.
268. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
269. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. [Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age

Children--Present and Lifetime Version--Turkish Version (K-SADS-PL-T).]. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2004;11:109-16.

270. Unal F, Öktem F, Cuhadaroglu F, Kultur E, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği 2. 2019.

271. MacKinnon DP, Fairchild AJ, Fritz MS. Mediation analysis. Annu Rev Psychol. 2007;58:593-614.

272. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology. 1986;51 6:1173-82.

273. Gürbüz S, Bekmezci M. İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarının bilgi işçilerinin işten ayrılma niyetine etkisinde duygusal bağlılığın aracılık ve düzenleyicilik rolü. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2012;41(2):189-213.

274. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. The Journal of clinical psychiatry. 2009;70(11):15333.

275. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012;9(3):490-9.

276. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. Am J Orthopsychiatry. 1998;68(4):609-20.

277. Yazgılı Kahveci NG, Çetin Çuhadaroglu F. Kendine Zarar Verme Davranışı Olan ve Olmayan Ergenlerin Kimlik Gelişimi ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık tezi. 2020

278. Cloutier P, Martin J, Kennedy A, Nixon MK, Muehlenkamp JJ. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. J Youth Adolesc. 2010;39(3):259-69.

279. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. Suicide Life Threat Behav. 2005;35(5):581-91.

280. Ögel K., Aksoy A. Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın no:18, İstanbul 2006
281. Andover MS, Morris BW. Expanding and clarifying the role of emotion regulation in nonsuicidal self-injury. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(11):569-75.
282. Jenkins AL, Schmitz MF. The roles of affect dysregulation and positive affect in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*. 2012;16(3):212-25.
283. Wolff JC, Davis S, Liu RT, Cha CB, Cheek SM, Nestor BA, et al. Trajectories of suicidal ideation among adolescents following psychiatric hospitalization. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2018;46(2):355-63.
284. Wolff JC, Thompson E, Thomas SA, Nesi J, Bettis AH, Ransford B, et al. Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;59:25-36.
285. Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2015;9(1):1-11.
286. Poudel A, Lamichhane A, Magar KR, Khanal GP. Non suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):96.
287. Kara M, Cuhadaroglu F, Kala S, Unal D, Çakır M. PB42-İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel ve Psikiyatrik Özellikler 2015.
288. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*. 2010;117(2):575.
289. Castro K, Kirchner T. Coping and psychopathological profile in nonsuicidal self-injurious Chilean adolescents. *Journal of clinical psychology*. 2018;74(1):147-60.
290. Zhou J, Zhang J, Huang Y, Zhao J, Xiao Y, Zhang S, et al. Associations between coping styles, gender, their interaction and non-suicidal self-injury among middle school students in rural west China: A multicentre cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2022;13:861917.

291. Breton J-J, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2015;60(2 Suppl 1):S5.
292. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*. 2007;42(4):611-21.
293. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010;40(2):218-27.
294. Giletta M, Scholte RH, Engels RC, Ciairano S, Prinstein MJ. Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry research*. 2012;197(1-2):66-72.
295. Tang J, Li G, Chen B, Huang Z, Zhang Y, Chang H, et al. Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: results from a nationwide survey in China. *Journal of Affective Disorders*. 2018;226:188-95.
296. Wang Q, Wang H, Liu X. Loneliness, non-suicidal self-injury, and friendship quality among Chinese left-behind adolescents: The role of parent-child cohesion. *Journal of Affective Disorders*. 2020;271:193-200.
297. Ekinci O, İpek Baş SA, Ekinci N, Doğan Ö I, Yaşöz C, Adak İ. Sluggish cognitive tempo is associated with autistic traits and anxiety disorder symptoms in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(2):153-9.
298. Araujo Jiménez EA, Jané Ballabriga MC, Bonillo Martin A, Arrufat FJ, Serra Giacobbo R. Executive functioning in children and adolescents with symptoms of sluggish cognitive tempo and ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2015;19(6):507-14.
299. Erk S, Mikschl A, Stier S, Ciaramidaro A, Gapp V, Weber B, et al. Acute and sustained effects of cognitive emotion regulation in major depression. *Journal of Neuroscience*. 2010;30(47):15726-34.
300. Steinberg EA, Drabick DA. A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry & Human Development*. 2015;46(6):951-66.

301. Becker SP, Burns GL, Garner AA, Jarrett MA, Luebbe AM, Epstein JN, et al. Sluggish cognitive tempo in adults: Psychometric validation of the Adult Concentration Inventory. *Psychol Assess*. 2018;30(3):296-310.
302. Sáez B, Servera M, Burns GL, Becker SP. Advancing the Multi-Informant Assessment of Sluggish Cognitive Tempo: Child Self-Report in Relation to Parent and Teacher Ratings of SCT and Impairment. *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(1):35-46.
303. Houghton S, Hattie J, Wood L, Carroll A, Martin K, Tan C. Conceptualising loneliness in adolescents: Development and validation of a self-report instrument. *Child Psychiatry & Human Development*. 2014;45(5):604-16.
304. Houghton S, Lawrence D, Hunter SC, Zadow C, Kyron M, Paterson R, et al. Loneliness accounts for the association between diagnosed Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and symptoms of depression among adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2020;42(2):237-47.
305. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychological assessment*. 2015;27(3):1037.
306. Jacobson LA, Murphy-Bowman SC, Pritchard AE, Tart-Zelvin A, Zabel TA, Mahone EM. Factor structure of a sluggish cognitive tempo scale in clinically-referred children. *Journal of abnormal child psychology*. 2012;40(8):1327-37.
307. Lee S, Burns GL, Beauchaine TP, Becker SP. Bifactor latent structure of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)/oppositional defiant disorder (ODD) symptoms and first-order latent structure of sluggish cognitive tempo symptoms. *Psychological Assessment*. 2016;28(8):917.
308. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(1):77-90.
309. McBurnett K, Villodas M, Burns GL, Hinshaw SP, Beaulieu A, Pfiffner LJ. Structure and validity of sluggish cognitive tempo using an expanded item pool in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(1):37-48.

310. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, et al. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM–IV ADHD. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(1):21-35.
311. Nagy LM, Shanahan ML, Seaford SP. Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*.n/a(n/a).
312. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: Sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *Journal of abnormal child psychology*. 2014;42(1):7-19.
313. del Mar Bernad M, Servera M, Becker SP, Burns GL. Sluggish cognitive tempo and ADHD inattention as predictors of externalizing, internalizing, and impairment domains: A 2-year longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*. 2016;44(4):771-85.
314. Larsson H, Anckarsater H, Råstam M, Chang Z, Lichtenstein P. Childhood attention-deficit hyperactivity disorder as an extreme of a continuous trait: A quantitative genetic study of 8,500 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(1):73-80.

8. EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

Cinsiyet: a) Kız b) Erkek

Yaş:

Okul:

Sınıf:

BABANIN

Yaşı:

Eğitimi: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Yüksek Lisans

Mesleği:

Sağlık Durumu:

ANNENİN

Yaşı:

Eğitimi: a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Yüksek Lisans

Mesleği:

Sağlık Durumu:

KARDEŞ/LER a) Var (Kaç kardeşin var? _____) b) Yok

Kaçıncı çocuksun? _____

Kardeş/lerin sağlık durumları:

Aile yapısı: a) Çekirdek b) Geniş

Anne Baba: a) Ayrı b) Boşanmış c) Ölüm (_____) d) Üvey A/B

EK-2: KZVD Tarama Anket Formu

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ANKET FORMU

Katılımcı no:

Yaş:

Cinsiyet:K/E

Sana ulaşabileceğimiz telefon numaraları:

Ev:

Cep1:

Cep2:

Cep3:

1) Halen tedavi görmekte olduğun herhangi bir rahatsızlığın var mı?

Evet ise ☐ Fiziksel hastalık(belirtin)

☐Ruhsal hastalık (belirtin)

2) Ailede fiziksel() ve /veya ruhsal hastalığı() olan kimse var mı?

3) Son 1 yıl içinde kendine zarar verici davranışta bulundun mu?____evet____hayır

Evet ise 1-5 kez () ayda1 () haftada bir () her gün ()

4) Son 6 ay içinde böyle bir davranışta bulundun mu?____evet ____hayır

Evet ise 1-5 kez () ayda1 () haftada bir () her gün ()

5) Son 1 ay içinde böyle bir davranışta bulundun mu?____evet ____hayır

Evet ise 1-5 kez () ayda1 () haftada bir () her gün ()

6) Son 1 yıl içinde intihar girişiminde bulundun mu?____Evet____Hayır

‘Evet’ diye yanıtladıysan ne şekilde olduğunu belirtin.

.....
‘Evet’ diye yanıtladıysan ne zaman olduğunu belirtin.

EK-3: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

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

1	2	3	4	5
Hemen hemen her zaman (%0 - %10)	Bazen (%11 - %35)	Yaklaşık yarı yarıya (%36 - %65)	Çoğu zaman (%66 - %90)	Hemen hemen (%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 hissettiğime 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 hissetmenin 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 kapılırım.	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-4: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

EK-5: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Katılım Numarası:

Tarih:

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Bir çok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey hergün beni sıkar.
2- Herşey sık sık beni sıkar.
3- Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel, yakışıklı sayılırım.
2- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.

- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını hissederdim.
3- Hiç arkadaşım yok.

- U) 1- Okul başarıml iyi.
2- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-6: Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2

21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissedirim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissedirim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissedirim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2

EK-7: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek; bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genel olarak neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir Sıkıntı Olduğunda...	% 0	% 30	% 70	% 100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
8. Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim				
11. Olayları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bu yolda uğraşırım				
15. Problemin çözümü için adak adarım				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21. Mücadeleden vazgeçerim				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakımı savunabileceğine inanırım				
24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim				
25. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürdüm				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim				
27. "Benim suçum ne" diye düşünürüm				
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK-8: UCLA Yalnızlık Ölçeği Kısa Formu

Aşağıdaki ölçekte kendinize ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerde yer alan durumu ne sıklıkta hissettiğinizi ve yaşadığınızı gösteren cevaplardan hangisi size daha çok uyuyorsa o durumun yanında yer alan kutucuğun içine bir çarpı (X) işareti koyunuz.

		Hiç	Nadiren	Bazen	Her zaman
1	Arkadaşım yok.				
2	Başvurabileceği hiç kimse yok.				
3	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.				
4	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
5	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim. *				
6	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.				
7	Çevremde insanlar var ama benimle değil.				

EK-9: Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği

Çocuğun Adı: _____

Çocuğun Yaşı: _____

Çocuğun Sınıfı: _____

Çocuğun Cinsiyeti (birini işaretleyiniz): Erkek Kız

Formu dolduran kişi: _____

Formun doldurulduğu tarih: _____

Çocuk ile yakınlık durumu (birini işaretleyiniz): Anne Baba Diğer _____

AÇIKLAMA: Çocuğunuzu en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Bilmediğiniz veya yanıtlamak istemediğiniz soruları boş bırakabilirsiniz.

	<i>Kesinlikle katılmıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>
1. İlgisizdir; etkinliklere veya işlere çok az ilgi gösterir.				
2. Yavaştır veya görevlerini tamamlamakta gecikir.				
3. Motive olmakta zorlanır/isteksizdir.				
4. Durgun/uyuşuk görünür.				
5. Uykulu görünür.				
6. Hayallere dalıp gider.				
7. Yorgun görünür; halsizdir.				
8. Kendi düşüncelerinde kaybolur.				
9. İşlerini bitirmek için girişimde bulunmaz.				
10. Kendi dünyasındaymış gibi görünür.				
11. Bir iş yaparken çabası hızla kaybolur.				
12. Esneyen, gerinen, uykulu bir görünümü vardır.				
13. İşler/görevler için ek süreye ihtiyaç duyar.				
14. Aktif değildir, yavaş hareket eder ya da enerjik değildir.				

EK-10: Yenilenmiş Conner's Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği-Kısa

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıt yuvarlak içine alınız.

Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0’ı işaretleyiniz.

Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz.

Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3

9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3
18	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur .	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağınık	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder .	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3