



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

“KOMORBİDİTESİ OLMAYAN DEHB” TANISI ALAN VE
“DEHB+SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU” OLAN İKİ GRUBUN
NÖROPSİKOLOJİK PROFİLLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BERÇİN KILIÇOĞLU

DOÇ. DR. BARIŞ METİN

İstanbul, 2017

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

“KOMORBİDİTESİ OLMAYAN DEHB” TANILI VE
“DEHB+SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU” OLAN İKİ GRUBUN
NÖROPSİKOLOJİK PROFİLLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Berçin Kılıçoğlu

154102015

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ. DR. BARIŞ METİN

İstanbul - 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102015
Öğrenci Adı Soyadı	: Berçin Kılıçoğlu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Barış METİN
Tezin Başlığı	: Komorbiditesi Olmayan DEHB Tanısı Alan ve DEHB+Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan İki Grubun Nöropsikolojik Profillerinin Karşılaştırılması

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 31.10.2017	Saati	: 11:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : **GELDI**

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI **OY ÇOKLUGU**

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : **Değişmedi.** **Değişti.**

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : **GELMEDİ**

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	DOÇ. DR. BARIŞ METİN	
Üye	DOÇ. DR. CUMHUR TAŞ	
Üye	YRD. DOÇ. DR. ALP GİRAY KAYA	

ÖZET

(KILIÇOĞLU, Berçin, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017)

Komorbiditesi Olmayan DEHB ve DEHB+SAB Tanılı İki Grubun Nöropsikolojik Bulgularının Karşılaştırılması

Araştırmanın temel amacı, Komorbiditesi olmayan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanılı ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu + Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanılı iki grubun nöropsikolojik bulgularının karşılaştırılmasıdır. 8-15 yaş aralığında DEHB ve DEHB+SAB tanısı alan iki grup çocuğa uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini NP İstanbul Beyin Hastanesi Çocuk Polikliniği'nde tedavi alan DEHB ve DEHB+SAB tanılı çocuklar oluşturmaktadır. Çalışmaya Katılan 25 DEHB ve 25 DEHB+SAB tanılı 50 çocuk bulunmaktadır. Araştırmaya istenilen tanı grubundaki çocukların ebeveynlerinin doldurdukları ölçeklerden alınan bilgiler ile desteklenmiştir. Ebeveynlerden Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği, Conner's Aile Değerlendirme Formu, Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranım Ölçeği ve Sosyodemografik Form uygulanmıştır. Çocuklara ise Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği ve 3 adet bilgisayara uyarlanmış nöropsikolojik test Dürtü Kontrolü Testinde Doğru Sayısı (Stroop Test), Çalışma Belleği Testinde Kaçma Sayısı (Trailmaking Test) ,Sürekli Dikkat Testinde Kaçma Sayısı (CPT) uygulanmıştır. Çalışmamızda verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.24 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. Komorbiditesi olmayan DEHB ve DEHB+SAB tanılı iki grubun çalışma belleği testinin doğru sayıları karşılaştırıldığında DEHB+SAB tanılı grubun DEHB li gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile Conner's Kaygı alt ölçek puanları arasında ise anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanarak, Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin puanı yüksek olanlarda Conner's Aile Değerlendirme Formundaki kaygı alt ölçeğinin puanında yükseldiği görülmüştür. DEHB+SAB tanılı grubun Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinden aldığı toplam puanlar ile Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeğinin aşırı koruyuculuk anne tutumu alt testi karşılaştırıldığında anlamlı pozitif yönlü ilişki görülürken aşırı koruyucu anne tutumu yükseldiğinde Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete toplam puanında yüksek çıktığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Nöropsikolojik Bulgu

ABSTRACT

(KILIÇOĞLU, Berçin, Graduate thesis , İstanbul, 2017)

Comparison of neuropsychological findings of two groups with ADHD and ADHD + SAB without comorbidities.

The main purpose of the study was to compare the neuropsychological findings of the two groups diagnosed with Attention Deficit and Hyperactivity without Comorbidities and Attention Deficit and Hyperactivity Disorder + Social Anxiety Disorder. Two groups of children were diagnosed with ADHD and ADHD + SAB in the age range of 8-15 years. The sample of the study consisted of children with ADHD and ADHD + SAB who were treated at NP Istanbul Brain Hospital Children's Polyclinic. There are 25 children with ADHD and 25 ADHD + SAB participating in the study. It was supported by information from the scales that the parents of the children in the diagnostic group requested to investigate fill in. Family Life and Child Raising Attitudes Scale, Conner's Family Assessment Form, Turgay DSM-IV Disruptive Behavior Scale and Sociodemographic Form were applied from the parents. For the children, the Social Anxiety Scale for Children and the 3 neuropsychological tests adapted to the computer were used. The Stroop Test, the Trailmaking Test, and the Continuous Attention Test (CPT) were applied in the Impulse Control Test. Statistical analysis of the data in our study was performed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.24. When the correct numbers of the test scores of the two groups with no comorbid ADHD and ADHD + SAB were compared, it was found that the group with ADHD + SAB was significantly higher than the group with ADHD. A significant positive correlation was found between the Social Anxiety Scale for Children scale and Conner's anxiety subscale scores and it was found that the score of the Social Anxiety Scale for Children was higher in the score of the anxiety subscale in Conner's Family Assessment Form. There was a significant positive correlation between the total scores of the Social Anxiety Scale for Children of the ADHD + SAB group and the Child Safety and Mental Retardation subscale of the Family Life and Child Raising Scale, whereas when the protective parental attitude was elevated, the Social Anxiety Scale for Children showed a high score.

Key Words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Social Anxiety Disorder, Neuropsychological Findings

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Korbiditesi Olmayan DEHB Tanısı Alan ve DEHB+Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan İki Grubun Nöropsikolojik Profillerinin Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih / /

Adı SOYADI

İmza

TEŞEKKÜR

En baŐta her zaman yanımnda olan SEVGİLİ AİLEME, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Barış Metin'e, tez sürecinde veri toplamama destek veren değerli hocalarım Yrd.Doç. Dr. Emel Sarı GÖKTEN, Yrd.Doç. Dr. BaŐak Ayık'a ve bu çalıŐmamnda bana desteklerini, yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarıma sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
YEMİN METNİ	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar	viii
KISALTMALAR	xi
GİRİŞ	1-3
1. LİTERATÜR	3-31
1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	3-19
1.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanımı	3-5
1.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi	5-7
1.1.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tanı Kriterleri	7-11
1.1.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi	11-14
1.1.4.1. Genetik Etkenler	12-13
1.1.4.2. Psikososyal ve Çevresel Etkenler	13-14
1.1.4.3. Beyinde Yapısal Değişiklikler	14
1.1.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi	14-15
1.1.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar	15-17
1.1.6.1. Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB)	16
1.1.6.2. Davranım Bozukluğu (DB)	16
1.1.6.3. Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB)	16-17
1.1.6.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)	17

1.1.7. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Tedavisi	17-19
2.1.7.1.Davranış Terapisi	18
2.1.7.2.Farmakolojik (İlaç) Tedavisi	18-19
2.1.7.3.Psikososyal Eğitimler	19
1.2 SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU	19-31
1.2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanımı	19-21
1.2.2 Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tarihçesi	21-22
1.2.3.Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanı Kriterleri	22-23
1.2.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi	23-25
1.2.4.1.Genetik Faktörler	23-24
1.2.4.2.Ailesel Faktörler	24
1.2.4.3.Nörobiyolojik Faktörler	24-25
1.2.5.Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi	25-26
1.2.6.Sosyal Anksiyete Bozukluğu İle İlgili Kuramsal Modeller	26-28
1.2.6.1.Psikodinamik Model	26-27
1.2.6.2.Bilişsel Model	27
1.2.6.3.Bilişsel Davranışçı Model	28
1.2.7.Sosyal Anksiyete Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar	28-30
1.2.7.1.Panik Bozukluk	28-29
1.2.7.2.Depresyon	29
1.2.7.3.Çekingen Kişilik Bozukluğu	29-30
1.2.7.4.Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	30
1.2.8.Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nda Tedavi	30-31
1.2.8.1.Bilişsel Davranışçı Terapi	31
1.2.8.2.Farmakolojik Tedavi	31
1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI	32
1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	32-33

1.5. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	33
1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	33
2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	34-38
2.1. Araştırmanın Modeli	34
2.2. Evren ve Örneklem	34-35
2.3. Veri Toplama Araçları	35-38
2.3.1. Sosyodemografik Form	35
2.3.2. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	35
2.3.3. Conner's Aile Değerlendirme Formu	35-36
2.3.4. Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği	36
2.3.5. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI)	36-37
2.3.6. Trailmaking (İz Sürme Testi)	37
2.3.7. Continuous Performance Test	37-38
2.3.8. Stroop Test	38
2.4. İşlem	38
2.5. Veri Analizi	39
3. BULGULAR	40-53
4. TARTIŞMA	54-58
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	58-59
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	60-64
5.1. Öneriler	63-64
KAYNAKÇA	65-75
EKLER	76
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri (AMERİCAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 2013).....	7-11
Tablo 2. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-V Tanı Ölçütleri (AMERİCAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 2013).....	22-23
Tablo 3. Testlere Ait Betimsel İstatistikler.....	40
Tablo 4. Testlerin Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem T-Testi Sonuçları.....	41
Tablo 5. Annebaba Tutumun Ait Betimsel İstatistikler	42
Tablo 6. Annebaba Tutumunun Her İki Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem T Testi Sonuçları.....	43
Tablo 7. Annebaba Tutumu İle Nöropsikolojik Testler Arasında Korelasyon Analizi.....	44
Tablo 8. Komorbiditesi Olmayan DEHB Tanısı Alan Grupta Anne-Baba Tutumu İle Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi.....	46
Tablo 9. DEHB+SAB Tanısı Alan Grupta Anne-Baba Tutumu İle Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon.....	49
Tablo 10. Dikkat Eksikliği Semptomları İle Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi.....	50
Tablo 11. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği İle Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi.....	51
Tablo 12. Sosyal Anksiyete İle Dikkat Eksikliği Semptomları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	51
Tablo 13. Anne-Baba Tutumu İle Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi.....	52
Tablo 14. Sosyal Anksiyete Tanısı Almayan Grupta Anne-Baba Tutumu İle Sosyal Anksiyete Arasındaki Korelasyon.....	52
Tablo 15. Sosyal Anksiyete Tanısı Alan Grupta Anne-Baba Tutumu İle Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi.....	53

KISALTMALAR

- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- SAB:** Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- SPSS:** Statistical Package for Social Sciences
- ICD-9:** International Classification of Diseases
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DB:** Davranım Bozukluğu
- YDB:** Yıkıcı Davranış Bozuklukları
- KOKGB:** Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
- SNAP-25:** Sinaptosomal Protein 25
- COMT:** Katekol-O-Metiltransferaz
- MAO-A:** Monoamino Oksidaz –A
- D2:** Dopamin Reseptörü 2
- D3:** Dopamin Reseptörü 3
- D4:** Dopamin Reseptörü 4
- D5:** Dopamin Reseptörü 5
- APA:** American Psychiatric Association
- GABA:** Gamma Aminobütirik Asit
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- SSRI:** Selective Serotonin Reuptake Inhibitors.
- SNRI:** Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors
- İST:** İz Sürme Testi
- CPT:** Continuous Performance Test
- CADÖ-48:** Conner's Aile Değerlendirme Formu

GİRİŞ

Günümüzde Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik kişinin belirli bir derecede işlevselliğini ve gelişimini bozan ve sürekli devam eden dikkat eksikliği (dikkatsizlik), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik durumunun olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkatsizlik sorunu, gelişim düzeyine ve yaşına uygun olmayan ve toplumsal, sosyal açıdan iş ve okul ile etkinlikleri yaparken işlevselliğini görünür şekilde bozar ve bu belirtiler en az altı ay boyunca sürmelidir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ise dikkatsizlik gibi gelişim düzeyine uygun olmayan, toplumda ve okul/iş yaşamında işlevselliği belirgin düzeyde bozup en az 6 ay sürmesi gerekmektedir (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Doğaroğlu, 2013 göre; Genel olarak DEHB aşırı hareketlilik, yerinde duramama, yaş grubuna uymayan dikkat, dürtüsel davranışlara engel olamama hali olarak tanımlanabilir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu doktorlar ve toplum tarafından artarak tanınan ve araştırılan bir konudur (Öner, P. Öner, Ö.Aysev, A.2003). DEHB semptomları olan çocuk yaptığı bir etkinliğe kendini uzun süre veremez ve hareketlerine hakim olamaz. Ama her dikkat eksikliği tanısı alan çocukta da hiperaktivite olmayabilir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu son yıllarda sıkça karşılaştığımız beyin işlevli bir bozukluktur. Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun tanısının sıklığı %2-20 arasında değişim gösterdiği saptanmıştır (Gökçe, Ayaz, Arman, Kayan, 2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi olan kişilerde dikkatsizlik; yaptığı işteki ayrıntılara kendini veremez, dikkatini sürdürmekte zorlanabilir, zihinsel çaba gerektiren eylemlerden sıkılabilir, sahip olduğu nesnelere kaybeder, untkandırılar (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Okul dönemindeki çocuklarda %3-5 oranında olabildiğince fazla görülür ve erkek çocuklarda daha fazladır. Klinik araştırmalarda erkek/kız oranı; 9/1 iken, toplum araştırmalarında bu oran 4/1'e kadar yaklaşmaktadır (Öner,P.Öner,Ö.Aysev,A.2003).

DEHB tanılı olan okul çağındaki çocuklarda bu bozukluğa eşlik eden bazı bozukluklarda ortaya çıkabilmektedir. DEHB tanısı konulan çocuklarda en sık görülen karşı olma-karşıt gelme bozukluğu ve kaygı bozuklukları olduğu görülmüştür (Gökçe, Ayaz,Arman,Kayan,2015). DEHB ile davranım bozukluklarının, Karşı olma-karşıt gelme bozukluğunun, yıkıcı davranış bozukluklarının birlikteliği çok fazla görülmüş fakat son yıllarda DEHB ve sosyal

anksiyete bozukluğunda birlikteliği çok fazla görülmeye başlanmış olup bu konu ilgi çekmeye başlamıştır (Bilgiç, 2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu hakkında bazı bilgiler aşağıda anlatılacaktır.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) kişinin toplumsal, işle, okulla ya da kişinin yaşamını devam ettirdiği işlevsellik gerektiren bir çok alanda sıkıntıya düşmesine sebep olan kaygı bozukluğudur (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanımlanan insanlar kalabalık ortamlarda, performans gerektirecek ortamlarda yüksek düzeyde korku, kaygı hissederler ve bu korku onlara çarpıntı, terleme, titreme, kızarma gibi fiziksel semptomlar meydana getirir (Dilbaz,2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-V'te başarı gerektiren durumlarda derin korku ve anksiyete yaşamının yerini, kişilerin sosyal ortamlardaki verdikleri reaksiyonlar almıştır (Eldoğan, 2017). Sosyal Kaygısı olan kişiler kaygısının gereksiz ve anlamsız olduğunu bilir fakat buna engel olamadığı gibi özkıyım, depresyon, maddenin kötüye kullanımı gibi davranışlar sergileyebilmektedir (Binbay, Koyuncu, 2012). Sosyal Anksiyete Bozukluğu diğer bir ad olarak sosyal fobi tanımıyla tanınır. Tıp literatüründe sık görülür ve başka psikiyatrik hastalıklarında eşlik ettiği durumlar söz konusu olabilir (Kocabaşoğlu, 2008). Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan kişiler eleştirilmeye, başkalarından gelecek olumsuz fikirlere ve düşüncelere çok duyarlıdır. Bu yüzden buldukları ortamda fazlaca performans kaygısı yaşamaktadırlar (Türkay, Demir, Türksoy, Özmen, Uysal, 2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanımlanan kişiler toplum önünde küçük düşmekten, dışlanmaktan, eleştirilmekten çok fazla korku duyar ve kaygı belirtileri göstermeye başlarlar (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Sosyal Fobi Amerikan Ulusal Eşitlik çalışmasında kadınlarda erkeklere göre 1,5 kat daha yaygın gözlemlendiği ve yaşam süreci boyunca kadın ve erkeklerde düzenli; %15,5 ve %11,1'dir. Bunun ile beraber erkeklerin kadınlara göre daha çok tedavi isteği gözlemlenmiştir (Bal, 2010). Sosyal Anksiyete Bozukluğu çocuklarda da çok önemlidir ve yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğunun ilkökul yıllarında başladığı ve ergenlik döneminde de sürdüğü görülmüştür (Türkay, Demir, Türksoy, Özmen, Uysal, 2000). Bu bozukluğu ilkökul dönemi gibi erken yaşlarda görülmeye başlamasına rağmen birey bu durumu çok geç farkedip tedavi arayışına girdiği görülmüştür çünkü çocukluk yaşında ortaya çıktığından dolayı

sosyal çevre genellikle çekingen, utangaç olarak adlandırdığından dolayı bu durum fark edilmez (Kaval, Sütçü, 2016). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun erken teşhisi çocuğun ileriki eğitim, iş ve sosyal yaşamı için önemlidir. Eğer görmezden gelinir ve tedavi edilmezse bireyin ileriki yaşamında sosyal beceri eksikliği de bu duruma eklenebilir. Kişi evlilik, arkadaşlık kurma, iş yaşamında kendini ifade etme, sunum yapma konusunda büyük sıkıntılar yaşayabilmektedir (Bayramkaya, Toros, Özge, 2005).

1.LİTERATÜR

Bu bölümde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite'nin tanımı, tarihçesi, etiyojisi, epidemiyolojisi, tedavi yaklaşımlarını, tanı kriterlerini ve Sosyal Anksiyetenin tanımı, tarihçesi, etiyojisi, epidemiyolojisi, tedavi yaklaşımlarını, tanı kriterlerini ve bu bozukluklarının yönetici işlev bozukluklarına etkisinden bahsedilmiştir.

1.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

1.1.1.DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU'NUN TANIMI

Günümüzde Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik kişinin belirli bir derecede işlevselliğini ve gelişimini bozan ve sürekli devam eden dikkat eksikliği (dikkatsizlik), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik durumunun olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu günümüzde tartışılan ve dikkat çeken en kapsamlı çocuklukta başlayan zihinsel bir bozukluktur (Wolraich, 2006). Dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bir araya gelen davranış özellikleri arasında gelişimsel olarak yetersiz dikkat, dürtüsellik ve hiperaktivite düzeyleri bulunan, kompleks, kronik ve heterojen bir nörogelişimsel bozukluktur ve ayrıca hiperaktivite sözlü ve fiziksel olarak çeşitli ortamlarda aşırı derecede motor hareketini kapsar (Sarver, Rapport, Kofler, Raiker, Friedman, 2015). Dikkatsizlik sorunu, gelişim düzeyine ve yaşına uygun olmayan ve toplumsal, sosyal açıdan iş ve okul ile etkinlikleri yaparken işlevselliğini görünür şekilde bozar ve bu belirtiler en az altı ay boyunca sürmelidir. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ise dikkatsizlik gibi gelişim düzeyine uygun olmayan, toplumda ve okul/iş yaşamında işlevselliği belirgin düzeyde

bozup en az 6 ay sürmesi gerekmektedir (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun çocukluk döneminde % 3-10 arasında görüldüğü yapılan araştırmalar tarafından bildirilmektedir. Fakat DEHB zamanında fark edilip tedavi edilmezse çocuğun ergenlik ve yetişkinlik döneminde akademik, sosyal, iş hayatında problemlere neden olabildiği görülmektedir (Kaner, Büyükoztürk, İşeri, 2013). Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun dünya genelinde ise %8 ile %12 arasında değişim gösterdiği yapılan çalışmalarca ortaya konulmuş ve DEHB 'nin tedavi edilmezse akran ilişkilerini, ebeveynleriyle olan ilişkilerini, derslerdeki başarı seviyesini olumsuz yönde etkilediği kanısına varılmıştır (Özyurt, Akay, Öztürk, 2015). Bazı yapılan çalışmalarda ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun %5-10 oranında çocuklukta %4 oranında ise yetişkinlikte olduğu gözlemlenmiştir (Ercan, Çetin, Mukaddes, Yazgan, 2009). DEHB ile ilgili yapılan bazı araştırmalar ise dehb'nun genetik bir bozukluk olduğunu savunmaktadır ve dehb semptomlarının ailesel genetik faktörlerden daha çok arttığını söylemektedir (Aydın, Diler, Yurdağül, Uğuz, Şeydaoğlu, 2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi olan kişiler dikkatini dağılmasına kolay eğilimli olurlar, kuralsız ve dağınık çalışırlar, unutkanlırlar (Diamond, 2005). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu beyni etkileyen karmaşık bir sendromdur ve çocuklar, ergenler ve yetişkinler için iyi bir ilaç tedavisiyle tedavi edilebilir. DEHB eğer tedavi edilmezse okulda sorunlara, kilo kaybına, okuldan kaçma, iş ve aile sorunlarına sebep olmaktadır (Hanna, 2009). DEHB tedavisinde önerilen bir psikiyatri uzmanı tarafından aileden, okuldan, uzmanın kendi gözlemleri ve yapılan bazı ölçekler ile tanı konulması ve daha sonra uygun bir tedavi başlanmasıdır (Ercan, Amado, Somer, Çıkoğlu, 2001). Dehb teşhisi koyarken çok küçük çocuklar, özel ilgi gerektiren çocuklar ve yoksul aile çocukları daha büyük risk altında olduğu gözlemlenmiştir (Fewell, Deutscher, 2002). Dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi olan çocuklarda gençlik ve erişkinlik dönemlerinde arkadaş edinirken, kimlik karmaşalarını çözümlenmekte, ailesel ve iş hayatındaki sıkıntılarla baş ederken diğer sağlıklı bireylere göre daha fazla zorlanırlar. Ayrıca bu bozukluk tedavi edilmeden erişkinlik döneminde de devam ederse daha kompleks işlevsellik göstermesinden dolayı ve teşhis koyma açısından önemlidir(Şengül, Şengül, Telci, Dilbaz, 2004). DEHB tanılı çocuklarda yapılan araştırmalar sonucunda eşlik eden bazı psikolojik rahatsızlıklar olduğunu

söylenmektedir. Eşlik eden bozuklukları olan çocuklar ve ergenler sık sık daha şiddetli DEHB semptomlarıyla kendini gösterir ve erişkinlikte sorun yaşama riski daha yüksektir (Laslie, 2005). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı alan kişilere bakıldığında %50-80 çocukluk döneminde %30-50 ise yetişkinlik dönemlerine aldığı ve son zamanlarda yetişkin psikiyatrisinde de dehb ilgi gören bir konu haline gelmiştir (Akgün, Tufan, Yurteri, Erdoğan, 2011). Bazı yapılan çalışmalarda dehb'na eşlik eden komorbid hastalıklardan en sık görülen %40-60 civarında anksiyete bozuklukları olduğu saptanmıştır (Taneri, Akış, Sarandöl, 2016). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi olan çocuklarda sosyal ortamlarda yetersizlik korkusu, kendini yanlış ifade etme korkusu meydana geldiği görülmüştür (Ayaz ve ark. 2016). Çocukların bu olumsuz davranışlarından ailelerinde çok fazla etkilendiği gözlemlenmiştir (Durukan ve ark. 2008). Dehb görülen çocukların ebeveynlerinde çaresizler gözlemlenmiş ve nu ailelerde işlevselliğin bozulduğu görülmüştür (Özyurt ve ark.2015).

1.1.2. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TARİHÇESİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite konusunda çok uzun bir geçmişe dayalı araştırmalar yapılmıştır. DEHB hakkındaki ilk çalışmalar ve ilk bulgular 1846 yılında ilk akıl hastanesini kuran Heinrich Hoffman tarafından çıkartılan bir çocuk kitabında ortaya çıkmıştır (Tuğlu, Şahin, 2010). 1902 yılında ise George Still'in İngiltere'de bir konferansta yaptığı bir konuşma sırasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu tanımlarken konsantre olmakta güçlük çeken, aşırı hareketli-yerinde duramayan, öğrenme zorluğu yaşayan, davranım bozuklukları gösteren çocuklar için "ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği" olarak bahsetmiştir (Kayaalp, 2008). 1917 yılında Amerikan Birleşik Devletleri'nde ensefalit salgını ortaya çıkmıştır ve bu salgının semptomları dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna çok benzetilip, bu durum dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna olan ilgiyi arttırmıştır. Çünkü bu salgına yakalanan hastaların dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomlarında olan bazı hareketlere çok benzetilmiştir ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun beyindeki bozulmalardan kaynaklanabileceği üzerinde düşünülmüştür (Celiloğlu, 2011). George Still ayrıca DEHB'nin bilişsel bir eksiklikten ya da tek başına nörolojik bir sebepten de kaynaklanabileceğini vurgulamıştır (Kiriş, 2009). 1947 yıllarda

dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundaki beyin hasarı ve davranışsal sorunlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Daha sonra dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun organik sebeplerden kaynaklanabileceği düşünülerek bu hastalığa minimal beyin hasarı sendromu , minimal beyin disfonksiyonu gibi terimler ile tanımlanmışlardır (Özek, 2012). minimal beyin hasarı sendromu ilk olarak 1965'te "Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9"da (International Classification of Diseases, ICD-9) "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu"olarak daha sonra 1968'de "Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı-II" de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-II) "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" adı ile değiştirilmiştirildiği görülmüştür (Raif, 2012). 1959 yılında Knobloch ve Pasamanick'in yaptığı çalışmada minimal beyin hasarı olan çocuklarda çıkan belirtiler öğrenme bozuklukları, hiperaktivite, hafif bir şekilde seyreden mental retardasyon ve serebral palsi gibi ciddi anormalliklerinde karşılaşıldığını göstermişlerdir (Tuğlu, Öztürk, 2010). 1968'de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı"nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) ismiyle çıkarılan 2. düzenlenmesinde (DSM-II) yaptığı değişiklikte hastalığı "Çocuklardaki Hiperkinetik Sendrom" şeklinde tanımlayarak hastalığın tanısı için geçerli ve güvenilir bir sınıflandırma oluşturulmuştur (Gürsoy, 2010). DEHB üzerine yapılan çalışmalar ve araştırmalar sonucunda ilk önce hiperaktivite, dürtüsellik, öfke, dikkat dağınıklığı, umursamazlık ve kısa dikkat süresi olmak üzere 6 semptom içeren davranış tanımlanmış ve daha sonra bu semptomlar hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkatsizlik başlıkları altında toplanmış ve ilk kez 1980 yılında DSM-III'te dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak değişmiştir (Yüksel, 2013). DSM-III' teki bu tanı DSM-III-R'de "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu " şeklinde belirlenerek mevcut 14 tanı sıralanmış ve bunlardan en az 8 belirti bulun koşulu aranmıştır. Ayrıca bu bozukluk ICD-10 ve DSM-IV aynı şekilde tanımlanmaktadır (Özek, 2012). 1994 yılında DSM-IV tanı ölçütleri el kitabında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için 3 alt tip ve 18 belirti sıralanmıştır. Bunlardan her tanı için her belirti kümesindeki 9 belirtiden en az 6 belirtinin olma şartı aranmıştır. DSM-IV hastalığın adı değişmemiştir fakat "Yıkıcı Davranış Bozuklukları, YDB" başlığı altında, "Davranış bozukluğu, DB" ve "Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu,

KOKGB” na da yer verilmiş ama bu durumlar yüksek birlikteliklerine karşın farklı klinik durumlar olarak bildirilmiştir ve bu başlıkların altındaki semptomların en 6 aydır devam etmesinin ve yaşa göre anlamlı bulgular olmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır (Raif, 2012). Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu DSM-V te ise isim olarak Dikkat Eksikliği/ Aşırı Hareketlilik bozukluğu olarak ve aynı zamanda beyin gelişimi ile ilgili bir bozukluk olduğu düşünülerek “nörogelişimsel bozukluklar” sınıfa dahil olmuştur (Aslan, 2013).

1.1.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN TANIKRİTERLERİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulabilmesi için uzmanlar tarafından bazı tanı ölçütleri kullanılmaktadır. DEHB tanısı konulurken son yıllarda uzmanlar tarafından kullanılan DSM-V tanı ölçütleri kitabı kullanılmaktadır. DSM-V tanı ölçütleri kitabında Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun ismi Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu olarak değişim gösterdiği görülmüştür. DSM-V te bu bozukluğun işlevselliği ve gelişimi bozan, sürekli olarak bir dikkatsizlik, aşırı hareketli olma ve dürtüsellik örüntüsü olduğunu söylemektedir (American Psychiatric Association , 2013). DSM-V tanı ölçütleri kitabı uzmanlar tarafından dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu tanısını koyabilmek için semptomların en az 6 ay boyunca devam etmesi işlevselliği bozması gerektiğini söylemektedir (Tarver, Daley, Sayal, 2014).

TABLO 1. DİKKAT EKSİKLİĞİ/AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU DSM-V TANI ÖLÇÜTLERİ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 2013)

- A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik –dürtüsellik örüntüsü:
1. **Dikkatsizlik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan 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, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden kaçıır ya da atlar, yaptığı iş yanlışır).
- b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
- c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).
- d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da iş yeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
- e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).
- f) Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
- g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).
- h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
- i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır (örn. sıradan günlük işleri yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta)

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

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl 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 ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
 - b) Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
 - c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (**Not:** Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).
 - d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
 - e) Çoğu kez, “ her an hareket halinde” dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarının, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görürler).
 - f) Çoğu kez aşırı konuşur.
 - g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasını bekleyemez).
 - h) Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).
 - i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).
- 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 (örn. ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla ; diğer etkinlikler sırasında).
- D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (ör. Duygudurum bozukluğu, kaygı bozuklukla, çözülme bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu).

Olup olmadığını belirtiniz:

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

314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/ dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) 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 yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

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

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

Tanımlanmış Diğer Bir Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da nörogelişimsel bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu kategorisi, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da herhangi özgül bir nörogelişimsel bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır.

Yazarken, “ tanımlanmış diğer bir dikkat eksikliği/ aşırı hareketlilik bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “ yeterli olmayan, dikkatsizlik belirtileri ile giden”).

Tanımlanmamış Diğer Bir Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu ya da nörogelişimsel bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış diğer dikkat eksikliği/aşırı hareketlilik bozukluğu kategorisi, dikkat eksikliği/ aşırı hareketlilik bozukluğu ya da herhangi özgül bir nörogelişimsel bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır.

1.1.4.DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ETİYOLOJİSİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun etiyojisi detaylı ve tam olarak bilinmemektedir. Ama bazı araştırmalar bozukluğun ortaya çıkmasında psikososyal, genetik, çevresel sebeplerinde rol oynadığını söylemektedir (Kayaalp, 2008).

1.1.4.1.Genetik Etkenler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu üstündeki genetik araştırmalarda bu bozukluğa sahip çocuklarda birinci dereceden kan bağı olan aile üyelerinde de bu bozukluğun sık olduğunu görülmüştür. DEHB araştırmalarında monozigot ikizlerde dizigotlara göre daha fazla hastalanma oranı görülmüş olup dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi olan çocukların kardeşlerinde de DEHB olma olasılığı iki kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Faraone, Biederman, 1998 akt. Öncü, Şcnol, 2002). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi olan anne-babaların çocuklarında DEHB görülme oranının 2-8 kat fazla olduğu araştırmalar tarafından saptanmıştır ve ayrıca evlat edinilen çocukların ailelerine ve biyolojik anne- baba (öz anne-baba) ile yaşayan çocuklara bakıldığında biyolojik ailede DEHB öyküsünün daha yüksek olduğu görülmüştür (Celiloğlu, 2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda beyindeki nörokimyasal ajanlardan katekolaminlerin önemli olduğu ve bu katekolaminlerin, dopamin, epinefrin, norepinefrin olduğu bilinmektedir. DEHB nin oluşumunda dopamin eksikliğinin büyük rol oynadığı ortaya atılan hipotezlerden biridir (Gürsoy, 2010). Bazı araştırmalar DEHB'nun dopamin eksikliğine bağılı olarak ortaya çıktığını ve dopamin agaonisti olan metilfenidatin bu bozukluğa sağladığı faydaları ortaya atmıştır (Spencer ve ark. 2005 akt. Tarver, Daley, Sayal, 2014). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için yapılan bazı moleküler genetik çalışmalarında D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri, dopamin taşıyıcıları (DAT), dopaminin yıkımında rol oynayan enzimler (COMT: Katekol-O-Metiltransferaz, MAO-A: Monoamino Oksidaz A) gibi dopamin sistemiyle ilişkili bazı aday genlerinden bahsedilmiştir. Bu bahsedilenlerden en fazla üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler DRD4 ve DAT1 genleridir. Ayrıca noradrenalin, serotonin, glutamat ve asetilkolin sistemlerinin düzenlenmesini sağlayan genlerin, sinaptosomal ilişkili protein 25 (SNAP 25) ve tiroid β reseptör genlerinin etkilendiğini gösteren

kanıtlar da yapılan araştırmalarda mevcuttur (Doğangün ve ark. 2011). Bazı yapılan ikiz çalışmalarda ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun genetik olarak geçiş oranının 0.80 olduğu yani 1.0 dan düşük olduğu için dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun çevresel faktörler gibi genetik faktörler dışında da ortaya çıkabileceği düşünölmüştür (Faraone ve Biederman 1998 akt. Levent, 2011).

1.1.4.2. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun etiolojisinde çevresel etkenlerden bazıları pre- ve perinatal sorunlar, toksinler (kurşun ve çeşitli besin katkı maddeleri), çeker zehirlenmesi gibi pek çok çevresel faktör üzerinde araştırmalar yapılmıştır (Cantwell, 1996 akt. Levent, 2011). Ayrıca bunun yanında gıda maddelerindeki katkı maddeleri, koruyucular, boya maddeleri de DEHB'ye etki ettiği düşünölmektedir (Boris, Mandel, 1994). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun etiolojisinde etkili olduğu düşünölen diğer çevresel etkenlerden bazıları ise düşük doğum ağırlığı ve yaşamın erken döneminde meydana gelen travmatik beyin hasarıdır (Merrel ve Tymms 2001 akt. Levent, 2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ortaya çıkmasında annenin gebe iken sigara-alkol tüketimi, 32 haftadan önce olan erken doğum, doğum komplikasyonları, çocuğun kafa travması ile frontal korteksin zarar görmesi çocuğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için risk etmenleri arasındadır (Tuğlu, Öztürk, 2010). Psikososyal yaklaşımın bakış açısına göre bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarının işlevselliği sadece psikolojik değil çevresel faktörlerden de etkilenir (Börekçi, 2017). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite olumsuz sosyal koşullarda, kalabalık- geniş aile ortamlarında olumsuz etkilenir (Rutter ve ark. 1970 akt. Deniz, Öztop, Mıştık, 2009). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun oluşumunda anne ile olan bağda çok önemlidir ve cvlilik sorunları, anne ve babanın arasındaki ilişki, istenmeyen çocuk olmanın da DEHB oluşumunda büyük etkisi vardır (Jacobvitch ve Stoufe 1987 akt. Deniz, Öztop, Mıştık, 2009). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanılı kişilerde ailelerinde problemler yaşayan, parçalanmış aileleri olan, ailenin üyelerinden birinin psikiyatrik bir geçmişinin olması DEHB riskini arttırıyor (Doğangün ve ark. 2011). DEHB 'nun psikososyal etmenlerine bakılarak yetiştirme yurtlarında yetişen çocukların dikkat sürelerinin yaşıtlarına göre daha

az olduğu görülmüş fakat bu çocukların aileler tarafından evlat edinilip duygusal yoksunlukları azalınca dikkat sürelerinin daha uzadığı gözlenmiştir (Taylor, 1995 akt. Börekçi, 2017).

1.1.4.3. Beyinde Yapısal Değişiklikler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ortaya çıktığından bugüne kadar çocukların perinatal dönemlerinde minimal derecede santral sistemi hasarı olduğu söylenmiştir. Çünkü bunu bu şekilde düşündüren bu çocukların EEG bozuklukları, öğrenme bozuklukları, nörolojik bazı belirtiler santral sinir sistemindeki hasarı doğrular şekilde olduğunu göstermiştir (Yüksel, 2013).

Yapılan bir araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan kişilerde frontal bölgede glukoz kullanımının düşük olduğu ve bilgisayarlı tomografi incelemelerinde frontal bölgede kanlanmanın az olduğu gözlemlenmiştir (Ercan, ve Turgay, 1999 akt. Çekiç, 2012).

1.1.5. DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 2003-2007 yılları arasında toplumdaki sıklığı %7.8'den %9.5'e arttığı belirlenen çocukluk çağıının en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluklarından biridir (Öyekçin, Şahin, 2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu okul çağı çocuklarına bakıldığında genel toplumdaki ortalaması %3-5 arasında olduğu düşünülmektedir (Greenhill, 1998 akt. Güçlü, Kamberyan, Kutlar, Yaman, 2002). Yapılan araştırmalarda ülkemizde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı alanların oranı %5-8.1 olarak söylenmiştir ve ayrıca hem klinik ortamlardaki gözlemlerde hem de toplumdaki gözlemlerde bu bozukluğun erkeklerde daha sık görüldüğünü söylemektedir (Raif, 2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun araştırmalara göre tüm dünyadaki ortalama prevalansının %5,29 ve %5,9-7,1 olduğu söylenmiş olup bu iki meta analiz çalışması sonucunda yazarlar, önceden çok sayıda yapılmış olan çalışmalarda elde edilen birbirinden oldukça farklı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu prevalanslarının coğrafi ve irksal farklılıklardan olmadığı, temel olarak metodolojik özelliklerden kaynaklandığını belirtmişlerdir (Özaslan, Bilaç, 2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun çocuklarda görülme oranı %4 olarak düşünülürken bu sayının yirmili yaşlara gelindiğinde

%0.8 olduğu, ve 40 yaşlarında da %0.05 oranına ulaştığı gözlemlenmiştir (Hill ve Schoner, 1996 akt. İlhan, 2015). Ülkemizde dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı alan çocuk ve ergenlerin en az %5 olduğunu düşünüp, 6- 18 yaş arası öğrenci nüfusun yaklaşık 15 milyon olduğu düşünülür ise ve bunların %1'inin tedavi alması gerektiği düşünülürse dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavi ihtiyacının 150.000 olduğu gözlemlenmektedir ancak Şubat 2004 verilerine göre 4000 kişi ilaç tedavisi altında olduğu söylenmektedir (Tuğlu, Şahin, 2010).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar çocuklarda gerekli tedavi aşamaları ve zihinsel sağlık hizmetleri sunmak açısından büyük önem taşıdığı düşünülmüştür (Alizadeh, H.et al. 2015).

1.1.6. DİKKAT EKSİKLİĞİ ve HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR

Çocukluk döneminde en fazla görülen psikiyatrik bozukluklardan biri dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu uzmanlar tarafından bildirilmektedir (Tufan, Yaluğ, 2009). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklar ile birlikteliği sık sık ortaya çıkan bir durum olduğu görülmektedir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu benzerliği ya da taklit eden benzerlikler göstermesi nedeniyle uzmanlar tarafından bazı tanısal zorluklar yaşanabildiği yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocukların %50-80'inin başka eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan en az birinin tanı ölçütlerini karşıladıkları görülmüştür (Raif, 2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu genellikle Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKGB), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), Davranım Bozukluğu (DB),Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB), vs. ile birlikte görülebilecekleri gibi benzer semptomlara sahip olmaları nedeni ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile karıştırılabilmektedir.

Bundan dolayı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanısı konular iken uzmanlar tarafından başlangıç yaşı, sürekliliği vb durumlar üstünde durulduğu

gözlemlenmektedir (Doğaroğlu, 2013). Aşağıda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden bozukluklardan bahsedilecektir.

1.1.6.1. Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB)

Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu en az 6 ay süren sürekli öfkeli, kızan bir duygu durumunda olma, tartışmacı ve karşı gelen davranışlar sergileme, kin besleme durumlarını kardeşi olmayan kişiler ile ilişkisinde de gösterdiği bir bozukluktur (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Biederman ve ark. 1998 göre, dikkat eksikliği tanısı konan çocuklarda eş hastalanım olarak %46 oranında, ergenlerde ise %33 oranında karşıt olma karşı gelme bozukluğu olduğu gözlemlenmiştir (Kılıç, Şener, 2005). Bu bozukluğa sahip bir çocuk başkalarının haklarına, olumsuz bir şekilde düşmanca ve karşı gelme tarzında davranış sergiler. Bu konu ile ilgili çalışma yapan bazı araştırmacılar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile birlikteliğinin sık olması sebebinden dolayı bunun ayrı bir bozukluk olmadığını dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundan farklı bir görünümü olduğunu, bazı araştırmacılar ise davranım bozukluğunun daha hafif bir durumu olduğunu , bazı araştırmacılar ise bunun normal karşı gelme davranışlarından ayırt etmenin zorlandırıcı olduğu söylemektedirler (Türkbay, Erman, Cöngöloğlu, Söhmen, 2003).

1.1.6.2. Davranım Bozukluğu (DB)

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Davranım Bozukluğunun birlikteliği yapılan klinik gözlemlerde %30-50 oranında olduğu belirtilmiştir (Yüksel, 2013). Davranım bozukluğu, toplumdaki diğer insanların haklarını hiçe saymak, kurallara uyum göstermemek ve bunu sürekli, yineleyici şekilde devam ettirdiği durumdur (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Genellikle çocuk arkadaşları ile oyun halinde iken sık sık kabadayılık eder, kavga başlatılır ve acımasız davranışlar sergileyebilir. Hayvanlara ve eşyalara da ağır zararlar gösterdiği bir bozukluktur (Amerikan Psychiatric Association , 2013).

1.1.6.3. Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB)

Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun birlikte görüldüğü çok sık karşılaşılmıştır (Asfuroğlu, Fidan, 2016). Germona ve ark. 2010 göre Özgül Öğrenme Bozukluğu ve Dikkat

Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliğini %30-50 olarak söylemiştir (Asfuroğlu, Fidan, 2016). Özgöl Öğrenme Bozukluğu en az altı ay devam eden yazma, okuma, okuduğunu anlama, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlüğüdür (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Sözcükleri okurken, yavaş, yanlış okuması, okuduğunu anlama sıkıntısı çekmesi, yazılı anlatım güçlüğü çekmesi, sayısal algılamada ve akıl yürütmede güçlükler çeker (Amerikan Psychiatric Association , 2013).

1.1.6.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB)

Yapılan bir çalışmada sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu birlikteliği %30 oranında olduğundan bahsedilmiştir (Irmak, 2014). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda kişi toplum içinde, bir konuşmada, yemek yerken, bir eylemi gerçekleştirirken belirgin derecede korku duyar. Bu durum çocuklarda ise anne-babanın yanından ayrılmama, ağlama, huzursuzluk, bağırma, konuşmama, yaşlıları veya diğer yetişkinlerle iletişim kurmaktan korkma şeklinde ortaya çıkar (Amerikan Psychiatric Association , 2013).

1.1.7. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TEDAVİSİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda dikkatini verememe, odaklanma sorunu ve aşırı hareketlilik durumundan dolayı günlük yaşam kalitesini olumsuz yönden etkileyen bir durumdur (Şimşek, Gökçen, Fettahoğlu, 2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu çocuğun günlük yaşamdaki kalitesini düşürür ve bu yüzden tedavi şekli düzeni ve kapsamı çok önemlidir (Celiloğlu, 2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite konusunda çocuğun ailesine hastalık hakkında yeterli bilgi verilmeli, yanlış bilgiler düzeltilmeli, hastalığın seyri ve tedavisi konusunda aydınlatıcı bir şekilde bahsedilmelidir. DEHB tedavisinde çocuğun ailesinin, öğretmenlerinin desteği çok önemlidir (Öner, P. Öner, Ö. Aysev, A. 2003). Bozukluk eğer düzgün bir şekilde tedavi edilmezse ve eksik kalırsa çocuğun akademik ve sosyal yaşamında sıkıntılar yaşamasına, ileri yaşlarda da bunun sıkıntısını çekmeye neden olabilir (Gökçen, Güleç, 2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisi yaşa göre farklılıklar gösterebilmektedir. Aileye verilen psikososyal eğitimler, çocuk ile yapılan

davranış terapisi ve farmakolojik (ilaç) tedavisi Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda kullanılan tedavi şekilleridir (Marangoz, 2016).

1.1.7.1. Davranış Terapisi

Davranış tedavisi çocuğa ve aileye yönelik yapılan bir tedavi şekli olup 10-20 seans arasında sürebilmektedir (Celiloğlu, 2011). Çocuk ile çalışırken çocuğun öfke ile baş etme yolları, sosyal beceri eğitimi, kendi başına görevlerini yerine getirebilme becerileri kazandırılmaya çalışılır ve çocuğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda görülen semptomlar ile baş etme becerisi geliştirilir (Işıldar, 2014).

1.1.7.2. Farmakolojik (İlaç) Tedavisi

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun ilaç tedavisinde psikostimülanlar, non-stimülanlar, alfa-2a adrenerjik reseptör agonistleri ve antidepresantlar kullanılmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde ilk olarak kullanılan stimülanlar dopamin ve noradrenalinin snaptik konsantrasyonunu artırır (Raif, 2012). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde günümüzde kullanılan psikostimülanlar hakkında çok araştırma yapılmıştır ve en etkili ilaç tedavisi olduğu anlaşılmıştır (Celiloğlu, 2011). Hunt ve ark. 1995' göre psikostimülanlar dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda çok kullanılan ilaçtır fakat yan etkileri de çok fazladır. Bu yan etkilerden biri epilepsi sıklığını arttırmaktadır, hipertiroidi ve hipertansiyonda ise uzmanlar tarafından hastaya kullanılmamaktadır (Diler, Avcı, 1996).

DEHB tedavisinde psikostimülan kullanıma bağlı olarak ortaya çıkan duygudurum değişikliği ve ciddi tik bozukluklarında atomoksetininde kullanılanabileceği uzmanlar tarafından belirtilmiştir (Büber, 2014). DEHB tedavisinde tüm dünyada stimülanlar kullanılması tercih edilmektedir ve yapılan birçok araştırmada stimülanların tedaviye yararı gösterilmektedir. Buna örnek olarak 161 çalışma yapılmıştır, bunlardan beşi okul öncesi dönemdeki çocukları, 140 ı okul çağı dönemi çocukları, yedisi ergenler ve beşi erişkinler üzerinde gerçekleştirilmiştir ve çalışmaların sonucunda stimülanlardan birinin tedaviye etkisi %70, diğer tüm stimülanların tedaviye etkisi %90 oranında olduğu gözlemlenmiştir (Öner, P. Öner, Ö. Aysev, A. 2003). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun tedavisinde kullanılan Atomoksetin güçlü bir

noradrenalin geri alım inhibitörüdür (Büber, 2014). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda kullanılan bir diğer ilaç Atomoksetin Food and Drug Administration tarafından onaylanan ilk stimulan ilaç grubu dışında olan bir ilaçtır ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite biliminde noradrenalin mekanizması önemi daha iyi anlaşıldığı için tedavide yararı olabileceği görülmüştür (Ercan ve ark. 2009). Spencer ve arkadaşları 1998’ göre yaptıkları bir araştırmada Atomoksetin’in DEHB teavisinde etili olduğunu belirtmişlerdir (Ercan ve ark. 2009). Spencer ve arkadaşları 2016 ‘göre Atomoksetin ‘ in cesaret verici, başlangıç verileri kapsamlı ve güven verici olduğundan dolayı çocuklardaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde de geliştirilmesi konusunda desteklemişlerdir (Ercan ve ark. 2009).

1.1.7.3.Psikososyal Eğitimler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde aile, okul ve çocuk odaklı yapılan psikososyal eğitim tedavi sürecinde çok büyük önem taşımaktadır ve DEHB’nun semptomları, çocukta çıkan belirtiler hakkında aileye, okuldaki eğitimcilere düşen sorumluluklar “Davranış Değiştirme” hakkında bilgi verilen bir tedavi yöntemidir (Aslan, 2013). DEHB tedavisinde uzmanlar tarafından önerilen davranış düzenleme becerisi, risk yöntemleri, sosyal beceri eğitimi, bilişsel-davranışçı terapiler çocuk ile yapılan bireysel psikososyal eğitimlerdir (Işıldar, 2014). DEHB ‘da verilen psikososyal eğitimler ailenin ilaç tedavisini okul etmediğinde, ev içersinde çocukla ve ebeveynler arasında kurulan yanlış iletişimlerini düzeltmek adına yapılan bir eğitimdir (Yüksel, 2013).

1.2. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU (SOSYAL FOBİ)

1.2.1.SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU’NUN TANIMI

Kaygı tanımı olarak kişinin fiziksel, ruhsal ve davranış yönünden kendini sıkıntıda hissettiği bir durumdur (Demir, 2017). Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB) kişinin başkaları tarafından normal değerlendirilebilecek toplumsal bir durumda veya olayda kişiyi bir eylemi gerçekleştirirken belirgin şekilde sıkıntıya sokan korku durumudur (American Psychiatric Association , 2013). Sosyal Anksiyete Bozukluğunu açıklarken kişinin başkaları tarafından kötü değerlendirilme, yetersiz hissetme, aşağılanacağı, küçük görüleceği ya da rezil olacağı şeklinde düşünerek yoğun bir şekilde korku hissetme durumudur (Dilbaz,

2000). Bu bozukluğa sahip olan kişiler başkalarının kendileri hakkındaki düşüncelerini çok fazla önemserler ve başkalarının düşüncelerine karşı aşırı duyarlıdırlar ve bu durum sosyal anksiyetesi olan kişilerin toplam içinden çekilmesine, kaçınmasına, yaşına uygun olan aktivitelerden uzak kalmasına yol açabilmektedir (Demir, T. Demir, D. Türksoy, N. Özmen, E. Uysal, Ö. 2000). Sosyal Anksiyete toplumda hafiften şiddetliye doğru artan korku şeklidir ve bu durum kişinin hayatında, yaşam kalitesinde, gün içinde yaptığı işlere olumsuz yönde sebep olacak kadar şiddetli ve yoğunsa uzmanlar tarafından sosyal anksiyete tanısı konulamaktadır (Evren, 2010). Korku insanın temel duygularından biridir ve bebeklikten yetişkinliğe kadar gelişimin bir parçası olup korkular genellikle yeni tanışılan-öğrenilen durumlarda, bu durumla çıkan durumla baş etme konusunda henüz yetersiz olunması sebebiyle ortaya çıkabilmektedir (Hatice Aksu ve ark. 2015). Sosyal Anksiyete Bozukluğu genellikle 20 yaş öncesinde başlar ve tedavi edilmediği zaman depresyona, eğitim hayatındaki sıkıntılara, sosyal geri çekilmeye ve bunlara bağlı olarak madde kullanımına sebep olabilmektedir (Üneri ve ark. 2016). Sosyal Anksiyete Bozukluğuna sahip kişilerde eleştirilmek, karşı fikir söylenmesi, olumsuz değerlendirilmeye karşı çok büyük hassasiyet vardır ve bunları yaşadığında kişi aşağılık duygusu içine girer (Karaaslan , 2017). Kişi bu durumlarda yani kendini için korku ve kaygı uyandıran ortamlardan uzaklaştırdığı sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde gözlemlenmiştir (Demir, 2009). Sosyal Fobinin başlangıç yaşı hakkında bir çok bulgu ve araştırma olması ile birlikte Tilman ve ark. (2003) yaptıkları bir araştırmada bu bozukluğunun başlangıç yaşının genellikle 7 olduğunu söylemektedirler (Demir, 2009). Birçok yapılan araştırmalarda ise sosyal kaygının genellikle ergenlik döneminde başladığını göstermekte, çünkü ergenlik dönemi kişinin kendisini bir grup ortamında kabul görmesi, benlik saygısının bu dönemde başlamasından dolayı sosyal kaygı bu dönemde kendini göstermektedir (Sübaşı, 2007).

Çocuklarda ve ergenlerde sosyal kaygı bozukluğu genellikle davranışsal olarak daha fazla ortaya çıkmaktadır, ama duygusal ve fiziksel semptomlara da sıkça rastlanılmaktadır. Bu fiziksel semptomlar terleme, baş dönmesi, çarpıntı, bağırsak düzensizlikleri, idrar kaçırma, duygusal semptomlar olarak huzursuzluk, panik, üzüntü, endişe durumları olarak ortaya çıkar ve çocuğun akademik eğitiminde,

arkadaşlarıyla olan iletişimde, aile içi iletişimde büyük problemler yaşamasına sebep olabilmektedir (Karakaya, Öztop, 2013). Bazı çalışmalarda çocuk ve ergenlerde sosyal kaygının gelişiminin bebeklikte ona bakım veren kişi ile bağlanma şekline göre değişim gösterdiğini söylemektedir (Tezcan, 2015). Yapılan çalışmalar sosyal kaygının genetik veya ailesel faktörlerden kaynaklandığını söylemektedir (Bal, 2010). Sosyal Kaygısı olan çocuklarda çocuklar genellikle anne babaya yapışma, tırnaklarını yeme ve yerinde duramama durumları mevcuttur (Demir, T. Demir, D. Özmen, E. Uysal, Ö. 1999).

1.2.2. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TARİHÇESİ

Sosyal Kaygı ve fobilerin geçmişine bakıldığında antik dönemlere kadar uzanmaktadır ve Sosyal Fobi terimi 1879'da Beard tarafından açıklanmıştır (Tuncer, 2017). Demir' göre (1997); 1903'te ilk defa Pierre Janet tarafından "Sosyal Fobi" terimi kullanılmaya başlanmıştır ve klinik bir bozukluk olduğu ise 1970'de Marks tarafından tanımlanmaya başlanmıştır (Noyan, Berk, 2007). DSM-I' de fobi kavramı fobik reaksiyon adı ile yer almıştır (Tuncer, 2017). DSM-II' de ise bütün fobik bozukluklar fobik nörozlar adı ile açıklanmıştır (Dilbaz, 1997). Daha sonra Sosyal Anksiyete Bozukluğu "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM III)'te Sosyal Fobi adı ile "fobik bozukluklar" başlığı altında yer verilip açıklanmıştır ve ayrıca sosyal kaygı ile benzer özellikler taşıyan çocuk ve ergenlik dönemi kaçınma bozukluğu tanımı ile "çocukluk ve ergenlik dönemi kaçınma bozuklukları" bölümünde DSM III'te yer almıştır (Hatice Aksu ve ark. 2015). DSM-III-R 'de sosyal fobi kavramı "yaygın sosyal fobi" alt başlığına yer verilmiştir ve sosyal fobi başkalarının normal şekilde algıladığı kişi tarafından sürekli bir şekilde gerçeğe uygun olmayan aşırı korku duyma ve kaçınma durumu olarak tanımlanmıştır ve daha sonra Sosyal Fobi DSM-IV' te Sosyal Anksiyete Bozukluğu" adı ile tanımlanmıştır (Tuncer, 2017). Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-IV' te genelleşmiş ve genelleşmiş olmayan tip olarak iki gruba ayrılmıştır (Türkçapar, 1999). Ayrıca DSM-IV'te Sosyal Anksiyete Bozukluğunun tanısı çocuklarda konulabilmesi için yeni maddeler eklenmiştir (Gültekin , 2008). 2013 Yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-V'te Sosyal Anksiyete Bozukluğu "kaygı bozuklukları" kısmında yer almıştır ve DSM-IV 'te olan küçük düşürülme ve utandırılma ifadeleri yerine negatif

değerlendirilme ifadeleri yer almıştır (Hatice AKSU ve ark. 2015). Aşağıda DSM-V Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) tanı kriterleri verilecektir.

1.2.3. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TANI KRİTERLERİ

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı konulabilmesi için uzmanlar tarafından bazı tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-V'teki adı Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) olarak değişmiştir ve şuanda uzmanlar tarafından DSM-V tanı kriterleri göz önünde tutularak tanı konulmaktadır. DSM-5 te tanım olarak kişinin başkalarının kendini değerlendirebilecek toplumsal ve sosyal ortamlarda belirgin, gözlemlenebilen şekilde korku duyması olarak belirtilmektedir (APA, 2013).

TABLO 2. TOPLUMSAL KAYGI BOZUKLUĞU (SOSYAL FOBİ) DSM-V TANI ÖLÇÜTLERİ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 2013)

A. Kişinin, başkalarıyla değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme(örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşlılarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarıyla dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

- E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
- G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
- H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa Belirtiniz:

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.

1.2.4. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Sosyal Anksiyete Bozukluğu hakkında yapılan çalışmalarda bozukluğun oluşmasında genetik faktörler, ailesel faktörler, nörobiyolojik, düşük sosyo-ekonomik durum, işsizlik, eğitim düzeyinin düşük olması gibi faktörlerin rol oynadığını göstermektedir (Gültekin, 2008).

1.2.4.1. Genetik Faktörler

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun oluşmasında yapılan çalışmalara göre yakın akrabalarının birinde bu bozukluğa sahip biri var ise bu bozukluğun ortaya çıkma riski de yüksek olmaktadır (Hatice AKSU ve ark. 2015). Warren, Schmitz ve Emde'ye göre 1999; yaptıkları bir çalışmada 7 yaşlarında tek ve çift yumurta

ikizlerine çalışma yapmış ve ikizlerin sosyal kaygı ölçümlerindeki korelasyona bakıldığında çift yumurta ikizlerinin daha fazla çıktığını görmüşlerdir (Demir, 2009). Fyer ve ark. (1990)' a göre yapılan bir başka çalışmada 707 monozigot ve 491 dizigot ikiz üzerinde bir çalışma yapılmış ve ikizlerden birinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu var ise diğerinde de olma riskinin yüksek olduğu ve bu oranında %36'sının genetik %59'nun çevresel faktörlerden ortaya çıktığı açıklanmıştır (Tuncer, 2017). Sosyal Kaygı Bozukluğu olanlarda sosyal beceriler üstünde bir çalışma yapıldığında monozigotların dizigotlara göre daha fazla sosyal beceriye sahip olduğu ve başka bir sosyal korku üzerine yapılan çalışmada yine monozigotların daha çok benzerlik gösterdiği açıklanmıştır (Kılıç, 1999).

1.2.4.2. Ailesel Faktörler

Yapılan çalışmalarda, Sosyal Kaygısı olan bir babanın çocuklarında da bu bozukluğun çıkma olasılığı çok yüksektir, çünkü baba bulunduğu ortamda sosyal kaygı semptomları sergilerken çocuklarda bu durumu gözlemlediklerinde negatif bir etki yaratabilmektedir ve ayrıca aşırı koruyucu anne-babaların çocuklarında da sosyal kaygı bozukluğu çıkma olasılığı çok fazla olabildiği yapılan çalışmalarda gözlemlenmiştir (Hatice AKSU ve ark. 2015).Çocuklarda Sosyal Kaygı Bozukluğunun oluşma sebeplerinde ailenin çocuğu yetiştirme tarzı, kısıtlı sosyal durumlar risk faktörleri olduğu yapılan araştırmalarda görülmüştür (Canoya, 2010). Araştırmalarda utangaç olan çocukların annelerine bakıldığında sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olma oranı daha fazla, utangaç olmayan çocukların annelerine bakıldığında ise sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olma oranı daha düşük olduğu görülmüştür (Yağız, 2014). Bir çalışmada anne-baba ve çocuk arasında sosyal anksiyete bozukluğunun nasıl geçtiği üstünde bir araştırma yapılmak istenmiş, daha kontrolcü ve çekingen kişiliğe sahip anne ve babaların çocuklarında sosyal anksiyete bozukluğu çıkma riskinin yüksek olduğu anlaşılmıştır (Kılıç, 1999).

1.2.4.3. Nörobiyolojik Faktörler

Sosyal Anksiyete Bozukluğundaki belirtilere sahip kişilerde genetik faktörlerden başka birde beyin yapılarına, nörotransmitterlere, nöral yollara ve psikofizyolojik süreçlere bakılması gerektiği araştırmacılar tarafından söylenmektedir (Eldoğan,2017).Sosyal Anksiyete Bozukluğunun nörobiyolojisine

bakıldığında en önemli ve üstünde durulan nörotransmitterler noradrenalin, serotonin, GABA ve dopamin olduğu yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında gözlemlenmiştir (Sayın, 2007). Yapılan bir çalışmada sosyal fobisi ve panik bozukluğu olan iki ayrı hasta grubuna standart laktat infüzyonu testi uygulanmıştır ve sosyal fobisi olan hastaların %6.7, panik bozukluğu olan hastaların ise %48 panik atağı geçirdiği gözlemlenerek kafeine bağlı laktat düzeylerinin sosyal fobik hastalarda çok fazla artmadığı görülmüştür (Dilbaz, 1997). Fox ve Kalin'e göre 2014; Sosyal Anksiyete Bozukluğu teşhisi koyulan kişilerde belirtiler incelendiğinde ve bu belirtilerle alakalı beyin ve nöral yollara bakıldığında araştırmacıların amigdala ve prefrontal korteksin üstünde durdukları gözlemlenmiştir (Eldoğan, 2017). Tillfors 'e göre 2014; Sosyal Anksiyete Bozukluğunun nörobiyolojik yönünü araştıran araştırmacılar amigdaloid-hipokampul bölgenin prefrontal bölgeyi etkileyen bir alarm sistemi olduğunu ve bu bölgede oluşan durumlara karşı sosyal olayları algılarken tehdit edici unsur alabilmektedir (Demir, 2009).

1.2.5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Sosyal Anksiyete Bozukluğu çocukluk döneminde başlar, ergenlik dönemi ve yetişkinliğe kadar devam edebilmektedir ve en sık çocukluk ve ergenlik döneminde rastlanır fakat buna rağmen Sosyal Anksiyete Bozukluğu üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalara çok fazla rastalanamadığı gözlemlenmektedir (Gültekin, 2008). The National Comorbidity Survey-Replication (Ulusal Eştanılama Araştırma ve Çoğaltma Ekibi) DSM-IV tanı kriterlerine bakarak yaşam boyunca boyunca Sosyal Anksiyete Bozukluğunu %7,1 -%12.1 değerinde olduğu ve kadınlarda daha fazla ortaya çıkma oranı olduğunu söylemektedir (Stein, M.B. Stein, D.J. 2008). Sosyal Anksiyete Bozukluğuna sahip kadın ve erkek bireylere bakıldığında erkeklerin bozukluğa karşı tedavi arayışının daha fazla olduğu görülmektedir (Bal, 2010). Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerce göre daha fazla anksiyete semptomları sergiledikleri gözlemlenmiş ve toplu bir ortamda konuşma yapmak, otoriteye karşısında, bir işte performans sergilerken daha çok kaygı belirtileri sergiledikleri görülmüştür (Bal, Çakmak, Uğuz, 2013). Bir çalışmada Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan ve olmayan kadın ve erkekleri gözlemlediklerinde erkeklerin kadınlarda daha fazla sıklıktan olduklarını saptamış, yine bir başka çalışmada ise 41 kişi incelenmiş sosyal

anksiyete semptomları her iki cinstede aynı olduğu fakat kadınların erkeklere göre daha fazla korku duyduğu gözlemlenmiştir (Dilbaz, Güz, 2002). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada Sosyal Anksiyete Bozukluğunun yaygınlığını %2.4-16.0 olarak vermiştir ve Türkiye'de bir üniversitenin öğrencilerine yapılan çalışmada ise Sosyal Anksiyete Bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığını %21.7 olarak vermektedir (Kolat ve ark.2015). Sosyal Anksiyete Bozukluğu üzerine araştırma yapılırken bozukluğun 11-13 yaş dönemlerinde daha sıklıkla başladığı ve yetişkinlik dönemine geldiğinde ise kendiliğindedir düzelebileceği savunulmuştur (Hatice AKSU ve ark. 2015). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda Sosyal Anksiyete Bozukluğunun alt tiplerine ve Bozukluğun tanı kriterlerine göre farklılık gösterdiği görülmüştür ve bu sebeple bu bozuklukla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda alt tiplerine göre de araştırma yapılması gerektiği anlaşılmıştır (Eldoğan, 2017).

1.2.6. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE İLGİLİ KURAMSAL MODELLER

1.2.6.1. Psikodinamik Model

İnsanların doğuştan itibaren sağlıkları gelişimleri tamamlanırken doyum sağlayıcı bağlanma istekleri mevcuttur ve bu durum doğum sağlayan kişi tarafından yeni doğana vermeye başlar yaşamın belli evrelerinde doğum sağlayan kişi sağlıklı bir şekilde bebeğe yaşamını sürdürebilmesi için bu yetilerin öğretmeyi sağlamaktadır, çünkü bu doyum sürecindeki eksiklikler nesne ilişkileri konusunda bozukluklar- kopukluklar yaşamaya ve ileride anksiyeteye karşı yatkınlığını arttırmaya sebep olmaktadır (Dilbaz, 1997). Sosyal Anksiyete Bozukluğunu Freud “fobik nevroz” ve “anksiyete histerisi” olarak tanımlandırmaktadır ve çözümlenmeyen ödipal çatışmaların sonucunda ortaya çıktığını ödipal dönemdeki ensest ilişkilerdeki cinsel dürtülülerin sonucunda oluşan kısırlaşma korkusundan doğan bir kaygıyı harekete geçirdiğini savunmaktadır (Sungur, 1997). Sosyal Anksiyete Bozukluğu için Psikodinamik modelin açıklaması cezalandırma tehditi olan durumlarda yasaklanmış cinsel dürtülerin bilince gelecek tehditi olduğunda anksiyete doğurmaktadır ve bu

durum yansıtma-kaçınma savunma mekanizmalarını meydana getirerek kaygı oluşmaktadır (Gabbard ,1994). Psikodinamik model için Sosyal Anksiyetenin oluşmasında üç durum vardır ve bunlar utanç duygusu, suçluluk duyguları, ayrılık anksiyetesidir (Türkçapar ,1999). Utanç duygusunda, sosyal anksiyetesi olan kişiler onaylanma ihtiyacı içindedirler ve bu durumun doğabileceği ortamlardan kaçınırlar, suçluluk duygusunda ise sosyal anksiyetesi olan kişiler etrafındakilerden onay alabilmek için sert bir tutum sergileyip sonra utanç içinde birbirine karışan bir durum haline gelirler, ayrılık anksiyetesi ise yine sosyal anksiyetesi olan kişiler ailelerinden ayrılıp bağımsız bir birey olarak yaşamayı ve farklı insanlarla tanışmayı ailesinin sevgisini-ilgisini kaybetme anlamına gelmesinden çok büyük korku duyarlar (Türkçapar , 1999).

1.2.6.2.Bilişsel Model

Bilişsel modelde göre sosyal anksiyete iki bölüme ayrılmaktadır, ilk bölümde sosyal anksiyete korku duyulan ortama girdiğinde neler yaşayacağını düşünmesi, ikinci bölüm ise bu ortama girmeden önce ne olur ve girdikten sonra neler olur düşüncesiyle ilgilidir (Clark, 2005). Bilişsel Modelde göre kişi içinde bulunduğu ortamda başkaları üzerinde kusursuz bir görüntü vermeye çalışır, bunu yaparken yetersiz kaldığını düşünmektedir ve bu durum ona insanlar tarafından reddedileceği korkusu, statü kaybı yaşayacağı korkusu yaşatmaktadır (Clark, Wells, 1995).

Kişinin bu tür varsayımları sosyal ortamları tehlikeli olarak değerlendirip, insan karşısında yeterli performans sergileyemeyeceklerini (ör; aptal gibi görüneceğim, benimle alay edecekler, vb) şekillerde değerlendirmeleridir (Clark, 2005). Bilişsel Model ile ilgili Ellis'in dile getirdiği durum sosyal fobik hastaların mantıksız düşünceye ve inanca sahip olması anksiyeteye sebep olduğunu savunmaktadır (Sungur, 1997). Sosyal Anksiyete dereceli bir kavram olmak ile birlikte sosyal anksiyetesi olan farklı kişilerin karşılaştıkları uyaranları farklı şekillerde değerlendirdiği ve tehdit olarak algıladıkları gözlemlenmektedir (Rapee and Heimberg, 1997). Bu durum kişilerin genetik faktörleri, yetiştirilme durumları, çevresel etkenler, anne-baba ilişkisi ve birçok sebepten dolayı farklılık gösterebileceği savunulmaktadır (Rapee and Heimberg, 1997).

1.2.6.3.Bilişsel Davranışçı Model

Kişi sosyal bir ortama girerken olumsuz düşünceler ve beklentiler oluşturur (yine her şeyi mahfedeceğim, benim hasta olduğumu düşünecekler vb.) ve bu düşüncelere bağlı anksiyetede artış olmaktadır, kişi bu ortamlara girerken çok fazla kontrolcü ve tedbirli olmaya çalışsada bu aşırı kontrolcülük bireyi olumsuz etkileyebilmektedir (Dilbaz, 2000). Beck, Emery, Greenberg' e göre 1985; sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel çarpıtmalar ikiye ayrılır, bunlardan biri sosyal durumlar ile baş etmede yeteneklerin küçümsenmesi diğeri ise kişi performansına rağmen korkulan sosyal durumların çıkmasını abartmasıdır (Aydın, 2006). Bilişsel Davranışçı Modele göre Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan kişiler tehdit içeren sosyal olaylara ve durumlara karşı içsel, bedensel, bilişsel, duygusal olarak kendilerince bazı çarpıtılmış düşünceler üretebilmektedir (Eldoğan, 2017). Bireylerin bilişsel şemalarının etraftaki insanlara karşı algılarının sosyal anksiyete oluşumunda büyük bir etkisi vardır (Demir, 2009).

1.2.7. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNA EŞLİK EDEN BOZUKLUKLAR

Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde birden fazla eş tanının da ortaya çıkabildiği görülmektedir (Kessler ve ark. 2005). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda komorbite olan çekingen kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanım bozukluğu, panik bozukluk, depresyon vb bozukluklardır (Hatice AKSU ve ark. 2015).

1.2.7.1.Panik Bozukluk

Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan hastaların panik bozukluk eş tanısı alma olasılığı %17-50 arasında olduğu görülmektedir ve ayrıca bu iki rahatsızlığın ayrımının uzmanlar tarafından iyi yapılması gerekmektedir (Dilbaz, 1997). Panik Bozukluk en az bir ay boyunca devam eden ataklar sonrasında yaşanan sonuçlar ile ilgili kişinin kaygı yaşamasıdır (Bal, 2010). Panik Bozukluğu tanımlarken birdenbire ortaya çıkan, yoğun bir iç sıkıntısı ile gelen fiziksel ve bilişsel semptomlarla ortaya çıkan bir rahatsızlık olup kişi kalp krizi korkusu, nefes alamama, çarpıntı durumu ile başvurumaktadırlar (Altıntaş, 2006). Panik Bozukluk anksiyete bozuklukları içinde en sık görülen eş tanılı bozukluktur ve ailesel, akademik, sosyal alanlarda yeti kaybına sebep olan bir bozukluktur

(Konkan, Yalçınkaya, Erkan, Erkmen, 2003). Panik Bozukluk yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve kişi atak sırasında çarpıntı, kalp krizi geçirme korkusu, terleme, nefes darlığı çekmektedir (Yetkin, ve ark. 2014).

1.2.7.2. Depresyon

Sosyal Anksiyete Bozukluğu çok sık görülen eş tanıli hastalıklardan biride depresyondur ve bu durum hastalığın seyrini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Karamustafahoğlu, Yumrukçal, 2011). Depresyon duygusal olarak üzüntü, kederli psikolojik ruh halini anlatmaktadır (Türkçapar, 2004). Depresyon mutsuzluk, umutsuzluk, zevk alamama, karamsarlık, uyku problemleri, kendine güvende azalma, intihar düşünceleri gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır (Aslan, Sarı, Kuruoğlu, 2012). Depresif Bozukluk kadınlarda daha fazla görülmektedir ve depresif bozukluğun yaşam boyu görülme oranı kadınlarda %10-25 arasında erkeklerde ise %5-12 yapılan araştırmalarda görülmüştür (Pınar, Tel, 2012). Depresyon gençlerde ve çocuklarda genellikle psikososyal, akademik hayatta ciddi bozulmalara sebep olabilmektedir ve depresyon genellikle 20 li yaşlarda başlamasına rağmen son yıllarda yaş sınırlaması düştüğü yapılan araştırmalarda gözlemlenmiştir (Elmas, 2012). Son yıllarda yapılan çalışmalarda depresyonun çocuklarda ve ergenlerde de çok sıklıkla gözüktüğü ve erişkinlere benzer özellikler taşıdığı, sıklığı ise çocuklarda %10-13 ergenlerde ise %21- 27 arasında görüldüğü söylenmektedir (Aysev, Ulukol, Ceyhun, 2000). Çocuklarda depresyon içe kapanma , hırçınlık, aşırı hareketlilik, kendine zarar verme gibi davranışlar ile ortaya çıkabilmektedir (Uzun, 2013). Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve eş tanıli depresyon hastası olan kişilerin intihar etme olasılığı % 15.7 'ye kadar artmaktadır (Schneier ve ark. 1992).

1.2.7.3. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde çekingen kişilik bozukluğu olma olasılığı %60-100 arasında olduğu görülmüştür ve bunu açıklarken sosyal fobisi olan bireylerde korku ve kaygı yoğun bir şekilde yaşanır buda kaçınma davranışlarına yol açıldığı gözlemlenmiştir (Sevinçok, 2000). Çekingen Kişilik Bozukluğunun kadın erkek oranına bakıldığında hastalanma oranı eşit olarak görülmekte olduğu ve kliniklerde yatan hasta oranı %0.5 -1 arasında ayaktan tedavi alan hasta oranı ise %10 olduğu yapılan araştırmalarda

saptanmıştır (Şenyuva , 2007). Çekingen Kişilik Bozukluğu erken ergenlikte başlar ve toplum içinde çekinme, yetersiz hissetme ve olumsuz karşıt düşünceye karşı çok fazla duyarlılık ile başlayan bir bozukluktur (Amerikan Psychiatric Association , 2013). Çekingen Kişilik Bozukluğu ve Sosyal Fobi arasındaki benzerliklerde toplum içinde konuşma, yabancı kişilerle aynı ortamda bulunmak iki bozukluk içinde benzer özelliklerdir (Sevinçok, 2000).

1.2.7.4. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Son elli seneye kadar alkol ve madde kullanım bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğu ayrı ayrı olarak incelenen psikiyatrik hastalıklar olmakla birlikte son yıllarda yapılan araştırmalar bu iki bozukluğun birlikteliğinin sıklığını göstermektedir (Samancı, Sefa, Solmaz, Erkmen, Uçarer, 1995). Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı almış kişilerde alkol ve madde kullanımı %8 ile %56 arasında olmakta ve sosyal anksiyeteli bireyler kaygılarını ilaç yerine alkol ve madde ile ortadan kaldırmaya çalışmakta oldukları yapılan araştırmalarda gözlemlenmiştir (Dilbaz, 2000). Alkol ve Madde Bağımlılığının ilk dönemlerinde kişi sosyal, aile, iş, okul ve çevre ilişkilerinde çok fazla etkilenmese de bu bağımlılığın ileri dönemlerinde tüm ilişkilerinin neredeyse hepsinin bozulduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir (Yıldırım, Engin, Yıldırım, 2011). Son yıllarda Birleşmiş Milletler Madde Kontrol Programı'nın yaptığı çalışmada dünyada 200 milyon kişinin madde kullandığını söylemektedir (Asan, Tıkır, Okay, Göka, 2015). Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı alan kişilerin %20 sinin alkol kullanımında da tedavi gördüğü ve %15'ininde her iki bozukluğa da sahip olduğu söylenmektedir (Memiş ve Şen, 2015).

1.2.8. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA TEDAVİ

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tedavisi önemli olan bir bozukluktur ve erken tedavi edilmez ise yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür ve ayrıca bireyde işlev kaybına yol açmakta olduğu yapılan araştırmalar göstermektedir (Akkaya, 2011).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun tedavisinde çok fazla ilerlemeler kaydedilmiştir ve bilişsel-davranışsal tedaviye (BDT) çok önem verilip tedavinin etkili bir bileşeni olduğu düşünülmüştür (Rowa and Antony, 2005). Çalışmalar Sosyal Anksiyete Bozukluğunun tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi ile başarıyla sonuç verdiğini göstermiştir (Fresco and Heimberg, 2001).

1.2.8.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kişilerin yaşam kalitesini yükseltip, yaptıkları işe adapte olabilmeleri için bilişsel ve davranışsal yetkinlikleri öğreten psikoterapi yöntemidir (Heimberg, 2002). Çocuklarda tedavi sürecinde terapistin rolü çok önemlidir ve çok aktif olması gerekmektedir, çocuğa terapide model olur ve tedavinin planını çocuğa anlatarak ilerler (Öngider, 2014). Bilişsel Davranışçı Terapide bilişsel yeni yapılandırma yapılarak davranış deneyimleri edindirmek amaçlanmıştır ve aynı zamanda kişilere korkulan durumla baş başa kalabilmek bununla baş etmeyi öğrenmesi adına maruz kalma yöntemi kullanılmaktadır (Rowa and Antony , 2005). Bilişsel Davranışçı Terapi yönteminde bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi, sosyal beceri eğitimi şeklinde tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Heimberg, 2002).

1.2.8.2. Farmakolojik Tedavi

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı alan kişilerde günlük işlevler bozulmuş durumda ise benzodiazepinler kullanıldığı uzmanlar tarafından belirtilmiş ve benzediazepinler kaygıdan fazla somatik belirtiler üzerinde olduğu yapılan araştırmalarda gözlemlenmiştir (Ersoy, Edirne, Oğuz, 2003). Sosyal Anksiyete Bozukluğu tedavisinde en çok sonuç alınan ilaçlardan Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ve Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri olduğu görülmüş olup SSRI' lara örnek olarak paroksetin, sertralin, fluvoksomin, essitalapram ve SNRI' lara örnek venlafoksin verilebilmektedir (Sayın, 2007). Grenblatt ve Shader' göre 1985; Benzodiazepinler oral yolla alınan yağda çözünme özelliklerine sahip olup etkileri daha hızlı görülmektedir (Uzbay, Yüksel, 2002).

1.3.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan DEHB tanısı alan çocukların grubunda sosyal anksiyetesi olmayan DEHB tanısı alan çocuklara göre yürütücü işlev performansını karşılaştırmak amaçlanmıştır. DEHB ve sosyal anksiyete bozukluğu son zamanlarda birlikteliği çok görülen eş tanıli hastalıklar olmasına rağmen çok fazla araştırılmamıştır, çünkü dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun bir çocukluk çağı hastalığı olduğu düşünülmüştür (Koyuncu, Binbay, 2014). Yapılan çalışmalarda çıkan sonuçlarda ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun sosyal anksiyete bozukluğu ile tutarlı bir birlikteliği olduğu anlaşılmıştır ve dehb de sosyal anksiyete görülme oranının, sosyal kaygıda dikkat eksikliği ve hiperaktivite görülme oranının toplumdaki araştırmaya göre arttığını ve bu iki bozukluk arasında da anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir (Gökçe, Ayaz, Arman, Kayan, 2015). Bu çalışmada ise DEHB ve Sosyal Anksiyete tanısı almış çocuklarda yönetici işlev bozuklarına ve sadece DEHB tanısı almış kişilerde yönetici işlev bozukluklarına bakmak amaçlanmıştır.

1.4.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda eş tanı görülme oranı araştırmalarda %60 ve %100 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Son yıllarda DEHB ve Sosyal Anksiyete bozukluğunun da birlikteliği çok sık görülmeye başlanmış olup çok dikkat çeken, araştırılan bir konu haline gelmeye başlamıştır ve yapılan araştırmalar DEHB li çocukların üçte birinde sosyal anksiyete bozukluğu olduğunu göstermiştir (Bilgiç, 2012). Bu araştırmada Komorbiditesi olmayan DEHB tanısı almış çocuklar ve DEHB +Sosyal Anksiyete tanısı almış çocuklar arasındaki nöropsikolojik bulgular karşılaştırmalıdır. Bu sayede çocuğun DEHB ye eşlik eden sosyal anksiyete tanısı alan durumlarda sadece DEHB tanısı alan çocuğa göre her iki tanıyı almış çocuğun bu durumdan nöropsikolojik olarak nasıl etkilendiği görülmüş olacaktır. Dikkat Eksikliği ve hiperaktivite tanısı alan çocuklarda duygusal, davranışsal, sosyal gibi bazı yürütücü işlev bozuklukları meydana gelmektedir. Çünkü beynin yönetici işlev bozuklukları frontal lob ile ilişkili olup bu sistem bozulduğunda dikkati toplama, strateji yapma, problem çözme, planlama, izleme, konsantrasyon, duygu kontrolü yapmak

zorlaşmaktadır (Hesapçıoğlu, Çelik, Özmen, Yiğit, 2016). Bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış çocuklar ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu+Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı almış çocukların yönetici işlev bozukluklarını karşılaştırmak açısından ve karşılaştırıldığında çıkan sonuca bakılması durumunda bir yol gösterici öneme sahip olacaktır.

1.5. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Bu çalışmada, örneklem grubunun verilen sorulara gerçekçi yanıtlar verdiği ve evreni örnekleği varsayılmıştır. Veri toplama araçlarının araştırma sorularını test edebilecek bir biçimde hazırlandığı varsayılmıştır

1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu+ Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı alan grubun nöropsikolojik bulguları komorbiditesi olmayan Dikkat Eksikliği tanılı grubuna göre daha fazla olacağı düşünülmektedir.

2.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde yapılan araştırma ile ilgili araştırmanın modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, verileri elde ederken kullanılan ölçme araçları, verilen işlem ve analizi ile ilgili bilgi verilmek amaçlanmıştır.

2.1.Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, NP İstanbul Beyin Hastanesi çocuk polikliniğine başvurmuş 8-15 yaş aralığında olup Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan 30 çocuk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu+Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı alan 30 çocuk toplam 60 çocuğu oluşturan iki ayrı örneklem grubunun nöropsikolojik bulgular açısından karşılaştırmaları yapılacaktır. Bu karşılaştırmaların yapılabilmesi için katılımcıların Sosyodemografik Veri Formu, Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği, Conner' Aile Değerlendirme Formu, Turgay DSM-4 Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI), bilgisayara uyarlanmış Trainmaking (İz Sürme Testi), Continuous Performance Test(CPT), Working Memory testlerinden aldıkları puanları arasındaki ilişkiyi saptamak ve bazı değişkenler kapsamında incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın modelini ise betimsel ve karşılaştırmalı araştırma modeli oluşturmaktadır. Betimsel yöntem, çalışılan konunun mevcut durumuna yönelik hipotezler test etmek için veya sorulara yanıt bulmak için genellikle gözlem, anket, görüşme veya test gibi bilgi toplama yöntemleri ile veri toplamayı sağlamaktadır. Karşılaştırmalı araştırma modeli ise; ortaya çıkmış/var olan bir durumun ya da olayın nedenlerini etkileyen değişkenleri ya da bir etkinin sonuçlarını belirlemeye yönelik araştırma türüdür.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örnekleminde NP İstanbul Beyin Hastanesi çocuk polikliniğe başvuran 8-15 yaş aralığında 22 kız (%44) 28 erkek (%56) toplam 50 çocuk ve bunların Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanısı almış %50 kişi Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu+ Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı almış %50 kişi toplam 25 kişi oluşturmaktadır. Sadece Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 14 erkek (%56) 11 kız (%44) 25 çocuk ve Dikkat

Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu +Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı almış 11 kız (%44) 14 erkek (%56) 25 çocuk toplam 50 kişi oluşturmuştur.

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formunun kullanım amacı yapılan araştırmaya katkı sağlayan çocuk ve ailesi hakkında bilgi edinmektir. Katılım sağlayan çocuklar 18 yaşından küçük oldukları için sosyodemografik veri formu ebeveynlerin cevaplayacağı şekilde hazırlanmıştır. Çocuğun yaşı, cinsiyeti, çocuğun bakımını kim sağladı, anne-babanın eğitim durumu , çocuğun kardeşi var mı, yaşadığı yerleşim yeri ile ilgili bilgilere ulaşmak amacıyla çocuğun ailesine doldurması için verilmiştir.

2.3.2. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği

Bu ölçek La Greca ve ark. Tarafından 1988 yılında oluşturulmuş ve çocuğun kendi ile ilgili bildirimlerine dayanmakta olup 10 sorudan oluşturulmuştur (Demir, T. Demir, D. Türksoy, N. Özmen, E. Uysal, Ö. 2000). La Greca ve Stone tarafından 1993'te ölçek 10 sorudan 18 soruya yükseltilmiş ve beş dereceli likert tipi bir ölçek haline gelmiş olup ölçekte puanlama 18-90 arasındadır (Karakaya, E. Öztop, D.B. 2013). Bu ölçeğin Türkiye'de geçerlilik-güvenilirlik çalışması Demir ve ark. Tarfindan yapılmış, istatistiksel işlemler SPSS for Windows 8.0 paket programını kullanarak gerçekleştirilmiştir ve ölçekteki puanların karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testinden yararlanılmıştır (Demir, T. Demir, D. Türksoy, N. Özmen, E. Uysal, Ö. 1999).

2.3.3. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ-48)

Bu ölçek Conner's tarafından CADÖ-48 olarak adından da belli olduğu gibi 48 maddeden ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler davranım sorunları, öğrenme sorunları, hiperaktivite,kaygı gibi belirtiler oluşturmaktadır. Bu ölçeğin dilimize uyarlanmasını Şener ve ark.1998'de yapmıştır (Kaner, Büyüköztürk, İşeri, Ak, Özaydın, 2011).

Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ-48)'in geçerliliğini gözlemlemeyi amaçlayan çalışmanın verileri 1998'de 9. Ulusal Psikoloji Kongresi'nde gösterilmiştir (Dereboy, Şenol, Şener, Dereboy, 2007). 1960'dan itibaren Conner's Derecelendirme Ölçeğinin anne-baba, öğretmen, ergen olarak 3 ayrı kombine ölçekleride bulunmaktadır ve yeni sürümü ile ilgili çalışmalar ABD ve Kanada'da yapılmış olmakla birlikte Türkiye'de 48 maddelik Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği ve 28 maddelik Conner's Öğretmen Değerlendirme Ölçeği Dereboy ve ark. tarafından yapılmıştır (Kaner ve ark. 2013). Conner's Aile Değerlendirme Ölçeğinin alt ölçeklerinin katsayıları 0,67 ile 0,92 arasında değişim göstermekte ve madde-toplam korelasyonu ise 0,35-0,81 arasında olmaktadır (Kaner ve ark. 2013). Bu çalışmada Coner's Aile Değerlendirme Ölçeği kullanılmış olup aileden toplanacak verilerin çocuğun verileri ile uyumuna bakılacaktır.

2.3.4. Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranım Ölçeği (T-DSM-IV-S)

Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranım Ölçeği (T-DSM-IV-S) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite (DEHB) tanısı konulan çocukların aileleri tarafından doldurulması gereken bir ölçektir (Ayaz ve ark. 2016). Bu ölçek DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilmiştir. Dikkat eksikliğini sorgulayan 9 soru, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik sorgulayan 9 soru, karşıt olma bozukluğunu sorgulayan 8 soru, davranım bozukluğunu sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek DSM-4'teki ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline dönüştürülmüştür. DEHB düşünülen çocukların anne ve babalarına uygulanacaktır ve her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır (Ercan ve ark.2011). Bu ölçek Turgay (1995) tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenerek çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranım bozukluklarını ölçmeyi amaçlanarak geliştirilmiş ve 2001 yılında Ercan ve ark tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Erdem ve Pak, 2012).

2.3.5. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARI)

Bu ölçek Schafer ve Bell tarafından 1958 yılında geliştirilmiş, ayrıca Le Compte ve Özer tarafından ise Türkçe'ye göre uyarlanmıştır (Derman ve Başal, 2013). Ayrıca bu ölçek 60 soru ve 5 alt ölçekten oluşmakta olup bunlar aşırı annelik alt ölçeği, demokratik tutum ve eşitlik alt ölçeği, ev kadınlığını reddetme

alt ölçeği, eşlerin geçimsizliği alt ölçeği, baskı ve disiplin alt ölçeği biçiminde alt ölçekleri bulunmaktadır (Derman ve Başal, 2013).

2.3.6. Trailmaking (İz Sürme Testi)

İlk kez Amerika Birleşik Devletlerinin Ordusu'ndaki psikologlar tarafından geliştirilmiştir. Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan nöropsikolojik testlerden birisidir. Bu test çalışma belleği, karmaşık dikkat, planlama ve set değiştirme gibi yönetici işlevleri ölçen ve görsel-mekansal işleme ve motor yetenekleri gerektiren bir testtir (Türkeş, Can, Kurt, Dikeç, 2015). Trail Making Testi iki bölümden oluşmaktadır. Testin A bölümünde görsel tarama yeteneğe dayalı işleme hızını, B bölümünde ise uyarıcı setleri arasında kurulumu değiştirebilme ve ardışıklığı takip edebilmeyi değerlendirmektedir. Testin B bölümünde ise tamamlama süresi, A bölümüne göre daha uzun olup karmaşık yapısı sebebiyle daha çok görsel-mekansal güçlük düzeyi A bölümüne göre daha çok motor hız, çeviklik, dikkat gerektirmesi nedeniyle daha fazladır (Türkeş, Can, Kurt, Dikeç, 2014). A Bölümü'nde uyarıcı madde olarak rakamlar bulunmakta olup, katılımcının görevi rakamların bulunduğu daireleri doğru sırada ve birbirini izler şekilde (1-2-3-4-5...) birleştirmektir. B Bölümü daireler içerisine yerleştirilmiş olan harf ve rakamlardan oluşmakta olup, katılımcının görevi, harf ve rakamları birbirini izler ve doğru dizilimde (1-A-2-B-3-C-4-D...) olacak şekilde, düz çizgiler çizerek birleştirmektir.

A4 büyüklüğünde dört sayfadan oluşan İST uygulama materyalinde, A ve B bölümünün her biri için alıştırma ve test sayfaları mevcuttur (Türkeş, Can, Kurt, Dikeç, 2015, s.3).

2.3.7. Continuous Performance Test(CPT)

CPT sürekli dikkat, seçici dikkat, baskılamayı ölçmeye yarayan Zaimoğlu ve ark (1995) tarafından bilgisayara uyarlanmış bir test olup testi yapacak kişilerden bilgisayarda Z harfinden sonra gelen A harfini gördüklerinde gösterilen tuşa basmaları söylenir (Kılınçaslan, Mukaddes, Küçükyazıcı, Gürvit, 2010). Bu test dikkatin devamlı bir şekilde sürdürebilme durumunu ölçen, test devam ederken kişinin test sırasında karşısına gelen uyaranlardaki değişiklikleri izleyebilme yetisine bakılmaktadır ve bu testin amacı hedefteki uyarana cevap verilmesi,

hedefte olmayan uyarandan kaçmaktır (Baykal ve ark. 2014). Ayrıca bu bilgisayarlı testte uyarılar ekrana verildiğinde kaçırılan hedefler dikkat eksikliğinin ve basılmayacak yerde tuşa basmak ise dürtüsellik göstergesi kabul edilmektedir (Baykal ve ark. 2014).

2.3.8. Stroop Test

Bu test frontal bölge işlevselliğini gösteren nöropsikolojik bir testtir (Ulusoy ve ark. 1999). Glaser ve Glaser'e göre 1989; Stroop testi seçici dikkat, okuma ve renk söylemeden oluşan üç temel süreci yansıtmaktadır (Kılıç ve ark. 2002). Bu testin 6-11 yaş için uyarlaması Stroop Test TBAG olarak belirlenmiş ve norm değerleri saptanarak t-test yöntemiyle güvenilirliği belirtilmiştir (Kılıç ve ark. 2002). Çok boyutlu uyarının (şekil, renk, sözcük) olduğu dikkat kontrolünü ölçen ve çocuklarda özellikle DEHB, Davranım Bozukluğu, Karşı Gelme-Karşıt Olma tanı gruplarının yönetici işlevlerini bakmaya yarayan bir nöropsikolojik testtir. Karakaş ve ark.'na göre 1999; Bu testin ketlemlik (bozucu etki) ve dikkati ölçen iki ayrı özelliği de var olduğunu belirtmektedir (Kılıç ve ark. 2002).

2.4. İşlem

Araştırmanın ölçek ve bilgisayar testleri NP İstanbul Beyin Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği'nde DEHB tanısı alan ve DEHB+Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı alan 8-15 yaş arası çocuklara uygulanmıştır. Katılımcılara ulaşırken poliklinikte görev yapan çocuk psikiyatristlerinden destek alınmıştır ve çocuk psikiyatristlerin aracılığı ile ailelerden çalışmaya katılmaları için onay alınarak çocuklara ve ailelere gerekli olan ölçekler uygulanmıştır. İlk olarak test yapılacak çocukların ailelerine bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatılmış ve ardından sosyodemografik veri formu, Conner's Aile Değerlendirme Formu, Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranım Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği uygulanıp, daha sonra çocuğa Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği ve bilgisayara uyarlanmış Trailmaking (İz Sürme Testi), Continuous Performance Test (CPT), Stroop Test uygulanmıştır. Toplam 50 çocuk ve ailesinden veri elde edilmiştir ve bu veriler ile çalışılmıştır.

2.5. Veri Analizi

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v.24 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. İki grubu karşılaştırmak için Pearson korelasyon ve istatistiksel (stepwise) regresyon analizlerine yer verilmiştir.

3.BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan alt amaçların sınanması için toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3. Testlere Ait Betimsel İstatistikler

Test	Tanı	N	\bar{X}	SS	SH
Sürekli Dikkat Bilgisayar Testinin Seviyesi	DEHB	25	1,00	0,00	0,00
	DEHB+SAB	25	1,00	0,00	0,00
Sürekli Dikkat Testindeki Doğru Sayısı	DEHB	25	17,84	2,75	0,55
	DEHB+SAB	25	17,96	1,90	0,38
Sürekli Dikkat Testinde Yanlış Sayısı	DEHB	25	6,16	15,77	3,16
	DEHB+SAB	25	3,00	4,48	0,90
Sürekli Dikkat Testinde Kaçma Sayısı	DEHB	25	2,56	2,63	0,53
	DEHB+SAB	25	2,32	1,75	0,35
Çalışma Belleği Bilgisayar Testinin Seviyesi	DEHB	25	3,00	0,00	0,00
	DEHB+SAB	25	3,00	0,00	0,00
Çalışma Belleği Testinde Doğru Sayısı	DEHB	25	4,00	2,08	0,42
	DEHB+SAB	25	5,56	1,83	0,37
Çalışma Belleği Testinde Yanlış Sayısı	DEHB	25	11,76	11,23	2,25
	DEHB+SAB	25	15,40	10,56	2,11
Çalışma Belleği Testinde Kaçma Sayısı	DEHB	25	5,52	2,38	0,48
	DEHB+SAB	25	4,92	5,28	1,06
Dürtü Kontrolü Bilgisayar Testinin Seviyesi	DEHB	25	3,00	0,00	0,00
	DEHB+SAB	25	3,00	0,00	0,00
Dürtü Kontrolü Testinde Doğru Sayısı	DEHB	25	61,92	33,35	6,67
	DEHB+SAB	25	74,84	33,07	6,61
Dürtü Kontrolü Testinde Yanlış Sayısı	DEHB	25	9,72	8,42	1,69
	DEHB+SAB	25	12,96	11,33	2,27
Dürtü Kontrolü Testinde Kaçma Sayısı	DEHB	25	28,48	12,05	2,41
	DEHB+SAB	25	29,00	12,17	2,43

Sürekli dikkat, çalışma belleği ve dürtü kontrolü nöropsikolojik testlerinde DEHB ve DEHB+SAB tanılı iki grubun doğru, yanlış ve kaçma sayılarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4. Testlerin Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem T Testi Sonuçları

Test	Tanı	N	\bar{X}	SS	t	p
Sürekli Dikkat Testindeki Doğru Sayısı	DEHB	25	17,84	2,75	-0,18	0,858
	DEHB+SAB	25	17,96	1,90		
Sürekli Dikkat Testinde Yanlış Sayısı	DEHB	25	6,16	15,77	-0,96	0,340
	DEHB+SAB	25	3,00	4,48		
Sürekli Dikkat Testinde Kaçma Sayısı	DEHB	25	2,56	2,63	0,38	0,706
	DEHB+SAB	25	2,32	1,75		
Çalışma Belleği Testinde Doğru Sayısı	DEHB	25	4,00	2,08	-2,82	0,007
	DEHB+SAB	25	5,56	1,83		
Çalışma Belleği Testinde Yanlış Sayısı	DEHB	25	11,76	11,23	-1,18	0,244
	DEHB+SAB	25	15,40	10,56		
Çalışma Belleği Testinde Kaçma Sayısı	DEHB	25	5,52	2,38	0,52	0,607
	DEHB+SAB	25	4,92	5,28		
Dürtü Kontrolü Testinde Doğru Sayısı	DEHB	25	61,92	33,35	-1,38	0,175
	DEHB+SAB	25	74,84	33,07		
Dürtü Kontrolü Testinde Yanlış Sayısı	DEHB	25	9,72	8,42	-1,15	0,257
	DEHB+SAB	25	12,96	11,33		
Dürtü Kontrolü Testinde Kaçma Sayısı	DEHB	25	28,48	12,05	0,15	0,880
	DEHB+SAB	25	29,00	12,17		

Sürekli dikkat testi doğru, yanlış ve kaçma sayılarının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Çalışma belleği testi doğru sayısının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=-2,82$; $p<0,05$). DEHB+SAB tanı grubundaki katılımcıların çalışma belleği testi doğru sayısı ($5,56\pm 1,83$), DEHB tanı grubundaki katılımcıların doğru sayısından ($4,00\pm 2,08$) anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalışma belleği testi yanlış ve kaçma sayılarının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Dürtü kontrolü testi doğru, yanlış ve kaçma sayılarının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 5. Anne-Baba Tutumuna Ait Betimsel İstatistikler

Alt Ölçekler	Tanı	N	\bar{X}	SS	SH
Pari Aşırı Koruyucu Annelik	DEHB	25	37,36	9,94	1,99
	DEHB+SAB	25	40,40	7,31	1,46
Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma	DEHB	25	23,20	4,58	0,92
	DEHB+SAB	25	24,80	2,89	0,58
Pari Ev Kadınlığını Reddetme	DEHB	25	29,40	7,79	1,56
	DEHB+SAB	25	32,16	4,89	0,98
Pari Karı-Koca Geçimsizliği	DEHB	25	13,80	3,81	0,76
	DEHB+SAB	25	15,68	4,09	0,82
Pari Baskı ve Disiplin	DEHB	25	35,20	9,50	1,90
	DEHB+SAB	25	35,16	4,89	0,98

Pari Aşırı Koruyucu Annelik alt ölçek puanı DEHB tanısı olan grupta $37,36\pm 9,94$; DEHB+SAB tanısı olan grupta $40,40\pm 7,31$ olarak tespit edildi.

Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma alt ölçek puanı DEHB tanısı olan grupta $23,20\pm 4,58$; DEHB+SAB tanısı olan grupta $24,80\pm 2,89$ olarak tespit edildi.

Pari Ev Kadınlığını Reddetme alt ölçek puanı DEHB tanısı olan grupta $29,40\pm 7,79$; DEHB+SAB tanısı olan grupta $32,16\pm 4,89$ olarak tespit edildi.

Pari Karı-Koca Geçimsizliği alt ölçek puanı DEHB tanısı olan grupta $13,80\pm 3,81$; DEHB+SAB tanısı olan grupta $15,68\pm 4,09$ olarak tespit edildi.

Pari Baskı ve Disiplin alt ölçek puanı DEHB tanısı olan grupta $35,20\pm 9,50$; DEHB+SAB tanısı olan grupta $35,16\pm 4,89$ olarak tespit edildi.

Tablo 6. Anne-Baba Tutumunun Heri İki Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Tanı	N	\bar{X}	SS	t	p
Pari Aşırı Koruyucu Annelik	DEHB	25	37,36	9,94	-1,23	0,224
	DEHB+SAB	25	40,40	7,31		
Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma	DEHB	25	23,20	4,58	-1,48	0,146
	DEHB+SAB	25	24,80	2,89		
Pari Ev Kadınlığını Reddetme	DEHB	25	29,40	7,79	-1,50	0,140
	DEHB+SAB	25	32,16	4,89		
Pari Karı-Koca Geçimsizliği	DEHB	25	13,80	3,81	-1,68	0,099
	DEHB+SAB	25	15,68	4,09		
Pari Baskı ve Disiplin	DEHB	25	35,20	9,50	0,02	0,985
	DEHB+SAB	25	35,16	4,89		

Anne-baba tutum puanlarının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 7. Anne-Baba Tutumu ile Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korrelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Pari Aşırı Koruyucu Annelik	0,44**	0,56* *	0,51**	0,81* *	-0,07	0,11	-0,02	-0,01	0,35*	0,04	-	-	0,31*
2-Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma	1	0,47* *	0,37**	0,46* *	-0,07	0,11	0,01	0,13	0,43* *	-	-	0,13	0,19
3-Pari Ev Kadınlığını Reddetme		1	0,57**	0,55* *	-0,13	0,27	0,03	0,01 1	0,34* *	-	-	0,13	0,39**
4-Pari Karı-Koca Geçimsizliği			1	0,48* *	-0,24	0,18	0,15	0,04	0,21	0,03	-	0,06	0,35**
5-Pari Baskı ve Disiplin				1	-0,10	0,24	0,00	-0,04	0,35*	0,00	-	0,07	0,33*
6- Sürekli Dikkat Testindeki Doğru Sayısı					1	-	-	0,08	-0,05	-	0,31	-	-0,25
						0,34*	0,97**			0,21	+	0,31	*
7- Sürekli Dikkat Testinde Yanlış Sayısı						1	0,34*	-0,11	0,19	0,19	-	0,23	-0,02
											0,18		
8- Sürekli Dikkat Testinde Kaçma Sayısı							1	-0,09	0,05	0,22	-	0,34	0,20
											0,35	*	
9- Çalışma Belleği Testinde Doğru Sayısı								1	0,29*	-	-	0,25	0,14
										0,30	0,13		
10- Çalışma Belleği Testinde Yanlış Sayısı									1	-	-	0,34	0,33*
										0,34	0,36	*	
11- Çalışma Belleği Testinde Kaçma Sayısı										1	-	0,10	-0,21
											0,10		
12- Dürtü Kontrolü Testinde Doğru Sayısı											1	-	-
												0,14	0,65**
13- Dürtü Kontrolü Testinde Yanlış Sayısı												1	0,12
14- Dürtü Kontrolü Testinde Kaçma Sayısı													1

* p<0,05

**p<0,01

Aşırı koruyucu annelik tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,35$; $p<0,05$). Aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Aşırı koruyucu annelik tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,31$; $p<0,05$). Aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

Demokratik davranma ve çeşitlik tanıma tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,43$; $p<0,05$). Demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır.

Ev kadınlığını reddetme tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,34$; $p<0,05$). Ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Ev kadınlığını reddetme tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,39$; $p<0,05$). Ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

Karı-koca geçimsizliği ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,35$; $p<0,05$). Karı-koca geçimsizliği yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

Baskı ve disiplin tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,35$; $p<0,05$). Baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Baskı ve disiplin tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,33$; $p<0,05$). Baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

Tablo 8. Komorbiditesi Olmayan DEHB Tamsı Olan Grupta Anne-Baba Tutumu ile Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Pari Aşırı Koruyucu Annelik	0,53**	0,59**	0,60**	0,92**	-0,01	0,17	-0,10	-	0,47*	-	-	-	0,45*
								0,03		0,09	0,14	0,06	
2-Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma	1	0,58**	0,56**	0,53**	-0,12	0,24	0,05	0,17	0,61*	-	-	0,10	0,50*
									*	0,31	0,46*		
3-Pari Ev Kadınlığını Reddetme		1	0,68**	0,62**	-0,12	0,39	0,02	-	0,51*	-	-	0,14	0,48*
								0,07		0,07	0,23		*
4-Pari Karı-Koca Geçimsizliği			1	0,52**	-0,15	0,28	0,06	0,04	0,28	-	-	-	0,62*
										0,05	0,34	0,17	*
5-Pari Baskı ve Disiplin				1	-0,03	0,29	-0,07	-	0,52*	-	-	0,08	0,42*
								0,05		0,15	0,23		
6- Sürekli Dikkat Testindeki Doğru Sayısı					1	-	-	0,12	-0,21	0,11	0,35	-	-0,41*
						0,31*	0,97**				*	0,42*	
7- Sürekli Dikkat Testinde Yanlış Sayısı						1	0,30*	-	0,35	-	-	0,33	-0,06
								0,12		0,06	0,18		
8- Sürekli Dikkat Testinde Kaçma Sayısı							1	-	0,13	-	-	0,40	0,29
								0,14		0,10	0,36*	*	
9- Çalışma Belleği Testinde Doğru Sayısı								1	0,15	-	-	-	0,32
										0,76*	0,31	0,02	
10- Çalışma Belleği Testinde Yanlış Sayısı									1	-	-	0,26	0,42*
										0,38*	0,56*	*	
11- Çalışma Belleği Testinde Kaçma Sayısı										1	0,34	0-	-0,29
												,21	
12- Dürtü Kontrolü Testinde Doğru Sayısı											1	-	-
												0,02	0,58*
													*
13- Dürtü Kontrolü Testinde Yanlış Sayısı												1	0,25
14- Dürtü Kontrolü Testinde Kaçma Sayısı													1

* p<0,05

**p<0,01

DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,47$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,45$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,61$; $p<0,01$). DEHB tanısı olan grupta aşırı demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testi doğru sayıları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r= -0,46$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi doğru sayısı azalmaktadır. DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,50$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,51$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,48$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

DEHB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,62$; $p<0,01$). DEHB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,52$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,42$; $p<0,05$). DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

Tablo 9. DEHB+SAB Tanısı Olan Grupta Anne-Baba Tutumu ile Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Pari Aşırı Koruyucu Annelik	0,18	0,44*	0,38	0,63**	-0,20	0,03	0,18	-	0,14	0,15	-0,06	-	0,13
		*		**				0,16				0,0	2
2-Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma	1	0,09	0,03	0,28	0,01	-0,34	-0,04	-	0,09	-0,33	0,49*	0,1	-0,28
								0,14			*	2	
3-Pari Ev Kadınlığını Reddetme		1	0,40*	0,39	-0,16	-0,06	0,08	-	0,02	0,05	-0,15	0,0	0,29
								0,10				6	
4-Pari Karı-Koca Geçimsizliği			1	0,53**	-0,41*	0,14	0,33	-	0,07	0,10	-0,20	0,1	0,10
				**				0,15				5	
5-Pari Baskı ve Disiplin				1	-0,29	-0,05	0,20	-	0,06	0,13	-0,19	0,0	0,20
								0,01				8	
6- Sürekli Dikkat Testindeki Doğru Sayısı					1	-	-	-	0,17	-	0,26	-	-0,04
						0,62*	0,97*	0,01		0,48*		0,2	6
						*	*						
7- Sürekli Dikkat Testinde Yanlış Sayısı						1	0,64*	0,16	-0,13	0,84*	-0,21	0,3	-0,31
							*			*		0	
8- Sürekli Dikkat Testinde Kaçma Sayısı							1	0,03	-0,05	0,49*	-0,35	0,3	0,08
												5	
9- Çalışma Belleği Testinde Doğru Sayısı								1	0,38	-0,10	-0,14	0,4	-0,07
												0*	
10- Çalışma Belleği Testinde Yanlış Sayısı									1	-0,36	-0,24	0,3	0,23
												8	
11- Çalışma Belleği Testinde Kaçma Sayısı										1	-0,29	0,2	-0,19
												3	
12- Dürtü Kontrolü Testinde Doğru Sayısı											1	-	-
												0,3	0,76*
												0	*
13- Dürtü Kontrolü Testinde Yanlış Sayısı												1	0,02
14- Dürtü Kontrolü Testinde Kaçma Sayısı													1

* p<0,05

**p<0,01

DEHB+SAB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile nöropsikolojik test puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

DEHB+SAB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testi doğru sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,49$; $p<0,01$). DEHB+SAB tanısı olan grupta aşırı demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi doğru sayısı artmaktadır.

DEHB+SAB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu ile nöropsikolojik test puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

DEHB+SAB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği ile sürekli dikkat testi doğru sayıları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=-0,41$; $p<0,01$). DEHB+SAB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği yüksek olduğunda sürekli dikkat testi doğru sayısı azalmaktadır.

DEHB+SAB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu ile nöropsikolojik test puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 10. Dikkat Eksikliği Semptomları ile Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6
1-Coner's Davranım Sorunu Alt Ölçeği	0,45**	0,27	0,14	-0,04	0,00
2-Coner's Ataklık/Hiperaktivite Alt Ölçeği	1	0,41**	-0,08	0,21	-0,00
3-Coner's Öğrenme Sorunu Alt Ölçeği		1	0,25	-0,00	-0,05
4-Çalışma Belleği Testi Doğru Sayısı			1	-0,13	0,08*
5-Dürtü Kontrolü Testi Doğru Sayısı				1	0,31*
6-Sürekli Dikkat Testi Doğru Sayısı					1

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Coner's Davranım Sorunu alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Coner's Ataklık/Hiperaktivite alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$). Coner's Öğrenme Sorunu alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 11. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği ile Nöropsikolojik Testler Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4
1-Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	0,24	-0,08	-0,20
2-Çalışma Belleği Testi Doğru Sayısı	1	-0,13	0,08
3-Dürtü Kontrolü Testi Doğru Sayısı		1	0,31*
4-Sürekli Dikkat Testi Doğru Sayısı			1

* p<0,05 **p<0,01

Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 12. Sosyal Anksiyete ile Dikkat Eksikliği Semptomları Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6
1-Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	0,19	-0,11	0,13	0,13	0,40**
2-Coner's Aile Değerlendirme Formu Toplam	1	0,77**	0,70**	0,63**	0,76**
3-Coner's Davranım Sorunu Alt Ölçeği		1	0,45**	0,27	0,39**
4-Coner's Ataklık/Hiperaktivite Alt Ölçeği			1	0,41**	0,35**
5-Coner's Öğrenme Sorunu Alt Ölçeği				1	0,30*
6-Coner's Kaygı Alt Ölçeği					1

* p<0,05 **p<0,01

Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile Coner's Aile Değerlendirme Formu toplam puanı, davranım sorunu, ataklık/hiperaktivite, öğrenme sorunu alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile Coner's Kaygı alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,40$; $p<0,01$).

Sosyal anksiyete puanı yüksek olanlarda kaygı puanı da yüksektir.

Tablo 13. Anne-Baba Tutumu ile Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6
1-Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	0,23	0,21	0,14	0,08	0,08
2-Pari Aşırı Koruyucu Annelik	1	0,44**	0,56**	0,51**	0,81**
3-Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma		1	0,47**	0,37**	0,46**
4-Pari Ev Kadınlığını Reddetme			1	0,57**	0,55**
5-Pari Karı-Koca Geçimsizliği				1	0,48**
6-Pari Baskı ve Disiplin					1

* p<0,05 **p<0,01

Sosyal anksiyete düzeyi ile anne-baba tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 14. Sosyal Anksiyete Tanısı Almayan Grupta Anne-Baba Tutumu ile Sosyal Anksiyete Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6
1-Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	0,04	0,26	-0,06	-0,18	0,07
2-Pari Aşırı Koruyucu Annelik	1	0,53**	0,59**	0,60**	0,92**
3-Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma		1	0,58**	0,566*	0,53**
4-Pari Ev Kadınlığını Reddetme			1	0,68**	0,62**
5-Pari Karı-Koca Geçimsizliği				1	0,52**
6-Pari Baskı ve Disiplin					1

* p<0,05 **p<0,01

Sosyal anksiyetesi olmayan grupta sosyal anksiyete düzeyi ile anne-baba tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 15. Sosyal Anksiyete Tanısı Alan Grupta Anne-Baba Tutumu ile Sosyal Anksiyete Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	2	3	4	5	6
1-Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği	0,40**	-0,08	0,28	0,17	0,11
2-Pari Aşırı Koruyucu Annelik	1	0,18	0,44*	0,37	0,63**
3-Pari Demokratik Davranma ve Eşitlik Tanıma		1	0,08	0,03	0,28
4-Pari Ev Kadınlığını Reddetme			1	0,40*	0,39
5-Pari Karı-Koca Geçimsizliği				1	0,53**
6-Pari Baskı ve Disiplin					1

* p<0,05

**p<0,01

Sosyal anksiyetesi olan grupta Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile aşırı koruyucu annelik tutum puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi ($r=0,40$; $p<0,01$). Aşırı koruyucu annelik tutumu ile karşılaşan sosyal anksiyete tanılı çocuklarda sosyal anksiyete puanı da yüksektir.

Sosyal anksiyetesi olan grupta Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile demokratik davranma ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin anne-baba tutum puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

4.TARTIŞMA

Bizim çalışmamızda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu+Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı almış olan iki grubun nöropsikolojik profillerinin karşılaştırılması yapılmıştır. DEHB tanısı almış olan çocuklarda Sosyal Anksiyete Bozukluğunun görülme olasılığı yüksek olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Bilgiç, 2012). Yapılan diğer araştırmalarda nöropsikolojik testlerin beyin ve davranış ilişkisi ile alakalı olarak hipotez geliştirmede önemli bir etkisi olan ölçütler olduğu görülmüş ve ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğundaki bilgi işleme süreçleri ile ilgili bozukluklar görülebilmekte olduğu görülmüştür (Kılıç, 2005). Yapılan bir araştırmada aşırı koruyuculuk anne tutumu, demokratik davranma, baskıcı anne-baba tutumu, annenin ev kadınlığını reddetme tutumunun çocuğun akademik başarısı üzerinde bir etkisi olmadığını söylemektedir (Gök, 2010). Bizim çalışmamızda ise DEHB tanılı grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile çalışma belleği testi (nöropsikolojik test) yanlış sayısı arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,47$; $p<0,05$). Ayrıca yaptığımız çalışmada, DEHB+SAB lı grupta aşırı koruyuculuk tutumu ve nöropsikolojik testler arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı ($p>0,05$). Türe'ye göre 2010; Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve aile tutumları incelendiğinde aşırı koruyucu anne tutumu, ev kadınlığını reddetme, karı- koca geçimsizliği alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Doğaroğlu, 2013). Bizim çalışmamızda çıkan verilere göre ise DEHB ve aşırı koruyucu annelik alt ölçeği, demokratik ve eşitlik tanıma alt ölçeğinde, ev kadınlığını reddetme alt ölçeği ile, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki görülememiştir. Dornbusch ve arkadaşları'na göre 1987; demokratik davranma ve eşitlik tanıma anne-baba tutum ile çocuğun akademik başarısı arasında pozitif bir korelasyon olduğunu yaptığı çalışmada göstermiştir (Gök, 2010). Bizim çalışmamızda ise demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu alt ölçeği ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında anlamlı pozitif ilişki tespit edilmiştir ($r=0,31$; $p<0,05$). Fakat çalışmamızda diğer aile tutumları olan ev kadınlığını reddetme tutumu ile çalışma belleği nöropsikolojik testi arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürdeki bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanısı alan çocuklarda dürtüsellik ile ilgili yönetici işlevlerde belirgin güçlükler yol açtığı

söylenmektedir (Tuğlu, Şahin, 2010). Bizim çalışmamızda ise dürtü kontrolünü ölçen nöropsikolojik testte doğru, yanlış ve kaçma sayılarına bakıldığında DEHB ve DEHB+SAB tanı gruplarına göre anlamlı bir farklılık çıkmadığı görülmüştür. Literatürlere bakıldığında; otoriter, aşırı koruyucu annelik tutumu ile sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu görülmektedir (Erkan, 2002). Bizim çalışmamızda da aşırı koruyucu anne tutumunun sosyal anksiyete bozukluğu puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki görülmüştür ($r=0,40$; $p<0,01$). Adams ve ark. göre 2009; bilgisayarda uygulanan sürekli dikkat testinde (CPT) dikkat dağıtıcı sistemlerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış ve almamış çocuklarda etkisi araştırılmış olup, dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış çocuklarda bu testin görsel, işitsel ve ikisinin birleşimi olarak bakıldığında tanı almamış çocuklara göre olumsuz sonuçlar ortaya çıktığını söylemektedir (Kırnaz, 2017). Bizim çalışmamızda ise sürekli dikkat testinde doğru sayısı DEHB tanısı almış çocuklarda ve DEHB+SAB tanısı almış çocuklarda aynı çıkmış fakat yanlış sayısı sadece DEHB tanısı almış çocuklarda ($6,16\pm 15,77$) daha yüksek olup DEHB+SAB ($3,00\pm 4,48$) tanıları birleştğinde daha yüksek performans göstermekte olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi olan DEHB li çocuklarda nöropsikolojik Stroop Testi (dürtü kontrol) ile yapılan çalışmalarda bu testteki performanslarının kötü olduğunu söylemektedir (Uytun, 2015). Bizim çalışmamızda dürtü kontrolünü ölçen bu testte doğru sayısında performansı yüksek olan iki grup çocuk karşılaştırılmış olup, DEHB+SAB ($74,84\pm 33,07$) tanısı alan grubun komorbiditesi olmayan DEHB grubundan ($61,92\pm 33,35$) daha yüksek performans sergilediği görülmüştür. Yine literatür incelendiğinde Conner's Aile Formunun davranım sorunu alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerden çıkan verilerin karşılaştırılması ile ilgili bir çalışma bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda yaptığımız Conner's Aile Değerlendirme Formunda ataklık/ hiperaktivite bulguları ile yapılan nöropsikolojik testler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde de bu ölçek ve alt ölçekleri ile ilgili yapılan bir çalışma görülmemiştir. Conner' s Aile Değerlendirme Formunun "öğrenme sorunu" alt ölçeği ile çalışmamda yapılan nöropsikolojik testler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup literatürdede bununla ilgili bir çalışma görülmemiştir. Yapılan literatür taramalarında Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan kişilerde bilişsel yanlılık, çalışma belleği, dikkat süreçleri ile ilgili bulgulara bakıldığında Sosyal Anksiyete Bozukluğu semptom

düzeyleri yüksek kişilerde, Sosyal Anksiyete Bozukluğu düzeyi düşük olan kişilere göre daha fazla hatalı cevaplar verildiği görülmüş olmak ile birlikte çoğunlukla çalışma belleği ve korku içeren denemelerde SAB semptomları yüksek olan kişiler daha fazla hata yaptığı görülmüştür (Eldoğan, 2017). Bizim çalışmamızda ise Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeğinden alınan puanlar ile nöropsikolojik testlerden çıkan doğru sayıları arasında anlamlı bir ilişki olmasa da, çalışma belleği bilgisayar testinden çıkan doğru sayılarının ve dürtü kontrolü nöropsikolojik testinden çıkan doğru sayılarının komorbiditesi olmayan DEHB tanılı çocuklara göre DEHB+SAB tanılı çocuklarda daha fazla çıktığı görülmektedir. Literatürdeki çalışmada Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanılı grupta belirtilere bakıldığında, bu tanıyı alan çocukların anne ve babalarının daha ilgisiz, daha az sevecen ve ayrıca daha çok reddedici bir tutum sergiledikleri ve bununda DEHB semptomlarının artmasına sebep olduğu görülmüştür (Çöp, Kültür, Dinç, 2017). Bizim çalışmamızda ise Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (PARİ) ölçeğinin demokratik davranma ve eşitlik tanıma anne-baba tutumu alt ölçeğinin puanı yüksek olduğunda dürtü kontrolü nöropsikolojik bilgisayar testindeki doğru sayısı oranı düşmekte olup DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma anne-baba tutumu olan çocuklar ile dürtü kontrolü testi doğru sayıları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmektedir ($r=-0,45$; $p<0,01$). Ertuğrul ve Toros'a göre 2010; yazılı kaynaklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanısı alan çocuklarda anne babaların daha çok izin verici ve umursamaz olarak düşünüldüğü, hiperaktivite alt tipinde ise Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite tanılı çocukların anne ve babalarının daha fazla otoriter olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir (Çöp, Kültür, Dinç, 2017). Bizim çalışmamızda ise DEHB tanılı grupta baskı ve disiplin tutumu yüksek olanlarda çalışma belleği yanlış sayıları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki tespit edilmiştir ($r=0,52$; $p<0,05$). Bizim çalışmamızda DEHB+SAB tanılı gruptaki çocukların aşırı koruyuculuk annelik tutumu ile yetişen çocukların sürekli dikkat testi ve çalışma belleği testi doğru sayıları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ve literatürde anne-baba tutumları ile nöropsikolojik testler arasında yapılan çalışmada tespit edilememiştir. Ayrıca yine literatürde yapılan çalışmalara bakılan ve bununla ilgili bir çalışmaya rastlanamayan ama bizim çalışmamızda yapılan DEHB+SAB tanılı gruptaki çocuklarda Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğindeki (PARİ)

demokratik davranma ve eşitlik tanıma anne-baba tutumu sergileyen ebeveynlerin çocuklarında dürtü kontrolü nöropsikolojik testindeki doğru sayıları ve demokratik davranma ve eşitlik tanıma puanı ile anlamlı pozitif yönlü ilişki tespit edilirken DEHB+SAB lı grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yükselirken, dürtü kontrol testindeki doğru sayısı da yükselmektedir ($r=0,49$; $p<0,01$).

DEHB li grupta da demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testindeki doğru sayıları karşılaştırıldığında anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilirken, DEHB li olan grupta demokratik tutum yükselirse dürtü kontrol testindeki doğru sayısı azalmaktadır. Literatürde yapılan bir çalışmaya rastalanamayan ama bizim çalışmamızda tespit edilen bir diğer bulguda DEHB li grupta ev kadınlığını reddetme boyutu yüksek olanlar ile çalışma belleği testindeki yanlış sayıları arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki tespit edilirken ($r=0,51$; $p<0,05$), DEHB+SAB tanılı grupta ise ev kadınlığını reddetme boyutu ile nöropsikolojik testler arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. DEHB+SAB tanısı almış Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğinin (PARI) karı-koca geçimsizliği alt ölçeği ile sürekli dikkat testi doğru sayıları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,41$; $p<0,01$). Karı-koca geçimsizliği alt ölçeği yüksek olan ebeveynlerin çocuklarında sürekli dikkat testindeki doğru sayısı azalmakta olduğu görülmüştür. Ayrıca karı-koca geçimsizliği alt ölçeği yüksek çıkan ebeveynlerin çocuklarına yapılan Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ve çıkan bu sonuçlara ilişkin literatürde destekleyen ya da desteklemeyen çalışma bulunamamıştır. Çalışmamda Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği'nden alınan toplam puan ve Conner's Aile Değerlendirme Formundaki kaygı alt ölçeğinin puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,40$; $p<0,01$). Bu da Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinden alınan toplam puanın Conner's Aile Değerlendirme Formundaki kaygı alt ölçeği ile doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir. Gander ve Gardiner'e göre 2010; annelerin baskıcı ve reddedici olma durumlarında çocuklarda başkaları tarafından reddedilme korkusu, başka kişilere güvensiz yaklaşma ve utangaç kişilik yapıları geliştirdiklerini savunmaktadır (Tezcan, 2015). Bizim çalışmamızda komorbiditesi olmayan DEHB tanılı çocukların Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeğindeki (PARI) aşırı koruyucu

annelik, demokratik davranma ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin boyutu alt ölçeklerinden aldığı puanlar ile çocuklar için sosyal anksiyete ölçeğinden aldığı puanlar arasında anlamlı bir sonuç saptanamamıştır. Literatürde olan bu çalışmada sosyal anksiyetesi yüksek olan çocukların ailelerinde demokratik tutumların daha az olduğu, aşırı koruyucu annelik tutumunun ise fazla olduğu görülmekte olduğu ve bu araştırmanın yurt dışındaki yapılan çalışmaları destekler nitelikte olduğu söylenmektedir (Erkan, 2002). Bizim çalışmamızda ise DEHB+SAB tanımlı olan gruptaki çocuklardan aşırı koruyuculuk sergileyen annelerin çocuklarında sosyal anksiyete ölçeğinden aldığı puanlarında yüksek çıktığı Sosyal anksiyetesi olan grupta Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile aşırı koruyucu annelik tutum puanı arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki tespit edildi ($r=0,40$; $p<0,01$). Aşırı koruyucu annelik tutumu ile karşılaşan sosyal anksiyete tanımlı çocuklarda sosyal anksiyete puanı da yüksek olmakla birlikte literatürdeki yapılan araştırmalarda çıkan sonuçlar ile çalışmamızda yapılan sonuçlar birbirini desteklemektedir.

Çalışmamızda her iki tanımlı grubun Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeğinin alt testleri Çocuklar için Sosyal Anksiyete testi puanı arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır.

4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma grubu NP İstanbul Beyin Hastanesi çocuk psikiyatri polikliniğinde DEHB ve DEHB+Sosyal Anksiyete tanısı almış 8-15 yaş arasındaki çocuklar ile sınırlıdır.

Çocukların sosyal anksiyete düzeylerine ilişkin veriler, Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği puanları ile sınırlıdır.

Ailelerin çocuklara karşı tutum ve çocuk yetiştirme durumları hakkındaki veriler, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği ile sınırlıdır.

Ebeveynlerin çocukları hakkındaki davranışları ile verdikleri veriler, Conner's Aile Değerlendirme Formu ile sınırlıdır.

Çocukların dikkat eksikliğini, aşırı hareketliliğini, dürtüselliğini, karşı olma karşıt gelme bozukluğunu ve davranım bozuklukları hakkındaki veriler,

Turgay DSM-4 Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği ile sınırlıdır.

Çocukların görsel-mekansal güçlük düzeyini motor hız, çeviklik ve dikkati hakkındaki veriler, Trailmaking (İz Sürme Testi) bilgisayara uyarlanmış halinde çıkan sonuçlar ile sınırlıdır.

Çocukların dikkat, seçici dikkat ve baskılamasını ölçen veriler, Continuous Performance Test (CPT) bilgisayara uyarlanmış halinde çıkan sonuçlar ile sınırlıdır.

Çocukların akıl yürütme becerisi, çalışma belleği, kontrol yeteneğini, dikkati hakkındaki veriler, Working Memory bilgisayara uyarlanmış halinde çıkan sonuçlar ile sınırlıdır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu son kısım araştırmadan çıkarılan sonuçlar ve diğer araştırmacılara yapılacak nerileri içermektedir.

- Tablo 3'e bakıldığında Sürekli dikkat, çalışma belleği ve dürtü kontrolü nöropsikolojik testlerinde DEHB ve DEHB+SAB tanılı iki grubun doğru, yanlış ve kaçma sayılarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.
- Tablo 4' te ise çalışma belleği testi doğru sayısının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. DEHB+SAB tanı grubundaki katılımcıların çalışma belleği testi doğru sayısı, DEHB tanı grubundaki katılımcıların doğru sayısından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çalışma belleği testi yanlış ve kaçma sayılarının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Dürtü kontrolü testi doğru, yanlış ve kaçma sayılarının tanı gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.
- Tablo 7'ye bakıldığında Aşırı koruyucu annelik tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Aşırı koruyucu annelik tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. Demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi .Demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Ev kadınlığını reddetme tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Ev kadınlığını reddetme tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. Karı-koca geçimsizliği ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Karı-koca geçimsizliği yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. Baskı ve

disiplin tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. Baskı ve disiplin tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

- Tablo 8' e bakıldığında ise DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta aşırı demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testi doğru sayıları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi doğru sayısı azalmaktadır. DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi . DEHB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi . DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi.

DEHB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu ile çalışma belleği testi yanlış sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda çalışma belleği testi yanlış sayısı artmaktadır. DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu ile dürtü kontrolü testi kaçma sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi kaçma sayısı artmaktadır.

- Tablo 9 da çıkan sonuçlara bakıldığında DEHB+SAB tanısı olan grupta aşırı koruyucu annelik tutumu ile nöropsikolojik test puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. DEHB+SAB tanısı olan grupta demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu ile dürtü kontrolü testi doğru sayıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB+SAB tanısı olan grupta aşırı demokratik davranma ve eşitlik tanıma tutumu yüksek olduğunda dürtü kontrolü testi doğru sayısı artmaktadır. DEHB+SAB tanısı olan grupta ev kadınlığını reddetme tutumu ile nöropsikolojik test puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. DEHB+SAB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği ile sürekli dikkat testi doğru sayıları arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. DEHB+SAB tanısı olan grupta karı-koca geçimsizliği yüksek olduğunda sürekli dikkat testi doğru sayısı azalmaktadır. DEHB+SAB tanısı olan grupta baskı ve disiplin tutumu ile nöropsikolojik test puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.
- Tablo 10'a baktığımızda ise Coner's Davranım Sorunu alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Coner's Ataklık/Hiperaktivite alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Coner's Öğrenme Sorunu alt ölçeği ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

- Tablo 11' bakıldığında Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile nöropsikolojik testlerdeki doğru sayıları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.
- Tablo 12 de ise Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile Coner's Aile Değerlendirme Formu toplam puanı, davranım sorunu, ataklık/hiperaktivite, öğrenme sorunu alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile Coner's Kaygı alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Sosyal anksiyete puanı yüksek olanlarda kaygı puanı da yüksektir.
- Tablo 13 te ise Sosyal anksiyete düzeyi ile anne-baba tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.
- Tablo 14'e bakıldığında Sosyal anksiyetesi olmayan grupta sosyal anksiyete düzeyi ile anne-baba tutumları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.
- Tablo 15' e bakıldığında ise Sosyal anksiyetesi olan grupta Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile aşırı koruyucu annelik tutum puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edildi. Aşırı koruyucu annelik tutumu ile karşılaşan sosyal anksiyete tanılı çocuklarda sosyal anksiyete puanı da yüksektir. Sosyal anksiyetesi olan grupta Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete ölçeği toplam puanı ile demokratik davranma ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin anne-baba tutum puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi.

5.1.Öneriler

- Yapılan bu çalışma diğer araştırmacılar tarafından daha geniş bir örneklem alınarak yapılabilir.
- Komorbiditesi olmayan DEHB tanısı almış ve DEHB+SAB tanısı almış iki grubun nöropsikolojik bulguları 8-15 yaş grubuna uygulanmış olup yine bu çalışmanın yetişkinlere uygulanabileceği tavsiye edilebilir.
- DEHB+SAB tanılı grupta çalışma belleği daha fazla çalışıldığı görülmüş, bunun sebepleri hakkında bir çalışma yapılabilir.
- DEHB+SAB tanılı çocukların bazılarında anne-baba tutumlarının kaygıya sebep olduğu görülmüştür ve bununla ilgili uzmanlar tarafından aile bilgilendirmeleri, seminerleri düzenlenebilir.

- DEHB+SAB tanılı çocuk grubunda demokratik tutum ve eşitlik tanıma anne-baba tutumu yüksek olduğunda bu grubun çocuklarında nöropsikolojik testlerden dürtü kontrolünde artış gördük. Yani bu durumda sosyal anksiyete tanısı almış çocukların ebeveynlerinin bu tutumlarından vazgeçmemeleri ve çocuğu bu konuda motive etmeleri önerilir. Çünkü bu tanıdaki çocukların nöropsikolojik açıdan demokratik ve eşitlik tutumuna ihtiyacı olduğu görülmüştür.
- Komorbiditesi olmayan DEHB grubundaki ailelerin sonuçlarına bakıldığında ise demokratik davranma ve eşitlik tanıma boyutu yüksek olanların çocuklarında dürtü kontrolü nöropsikolojik testinde düşüklük görülmüştür. Bu durumda ailelerin çocuğa karşı sınırlarını çizerek ve daha kurallara yönelik bir tutum sergilemeleri önerilir. Çünkü çocuğun nöropsikolojik açıdan ilerlemesini ve daha iyi performans sergileyebileceği düşünülmektedir.
- Çalışmamızda DEHB tanılı grupta aşırı koruyucu annelik tutumuna sahip olanların çalışma belleği nöropsikolojik testindeki
- Bizim çalışmamızda aşırı koruyucu annelik tutumuna sahip DEHB li çocuklarda ise bu tutum yükseldikçe çalışma belleği nöropsikolojik testindeki yanlış sayıları da artmaktadır. Yani DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarını biraz daha rahat bırakmaları ve biraz daha esnek davranmaları önerilir. Çünkü çocukların nöropsikolojik gelişimleri açısından bunun önemli bir konu olduğu çalışmamızda çıkan sonuçlara bakıldığında anlaşılmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akgün, G. M ., Tufan, E., Yurteri, N., Erdoğan, A., 2011, “Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1).
- Akkaya, D ., 2011, “Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi ve Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar” , Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun.
- Aksu, H ., Özgür, B. G., 2015 , “Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Kliniği, Tanı ve Ayırıcı Tanısı”, *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(3): 46-51.
- Alizadeh, H ., Armion, E., Coolidge, F. L., Flores, Z. D., Sutton, C. E. 2015, “The Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Primary School Students in an Iranian Rural Region”, *Psychology*, 6(03): 263.
- Altıntaş,E., 2006, “Panik Bozuklukta Yaşam Kalitesi: 3 Aylık İzlem Çalışması”, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, (çev., E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Asan, Ö., Tıkr, B., Okay, İ. T., Göka, E., 2015, “ Bir Amatem Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri”, *Bağımlılık Dergisi*, 16: 1-8.
- Asfuroğlu , B. Ö ., Fidan, S. T., 2016, “Özgül Öğrenme Güçlüğü/Spesific Learning Disorders”, *Osmangazi Journal Of Medicine*, 38.
- Aslan, A. A., Sarı, B. A., Kuruoğlu, A., 2012, “ Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum” , *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1).
- Aydın, H., Diler, R. S., Yurdagül, E., Uğuz, Ş., Şeydaoğlu, G., 2006, “DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 70-74.
- Aysev, A ., Ulukol, B., Ceyhun, G., 2000, “ Çalışan ve Okuyan Çocukların Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği İle Değerlendirilmesi” , *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(01).
- Ayaz , A.B ., Güler, E. E., Yıldırım, B., Akgül, G. Y., Büyükdeniz, A., Taş, Z.Ç., ” Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konulan Çocuklarda Saldırgan Davranışları Yordayan Etkenler” , *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(3):231-239.

Bal, D. U., Uğuz, D.D.Ş., 2010, "Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları", Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adana.

Bal, U., Çakmak, S., Uğuz, Ş., 2013, "Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları". *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4):441-459.

Baykal, S., Karabekiroğlu, K., Şenses, A., Karakurt, M. N., Çalık, T., & Yüce, M., 2014, "Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Klinik ve Nöropsikolojik Özelliklerin İncelenmesi", *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 51(4).

Bayramkaya, E., Toros, F., Özge, C., 2005, "Ergenlerde Sosyal Fobi ile Depresyon, Öz kavram, Sigara Alishkanlığı Arasındaki İlişki", *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15(4).

Bilgiç, A. 2012, " Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bir Grup Çocukta Anksiyete Bozukluklarının Görülme Sıklığı" , *Selçuk Tıp Dergisi* 2012;28(1):39-41.

Boris, M., Mandel, F. S., 1994, "Foods and Additives Are Common Causes Of The Attention Deficit Hyperactive Disorder In Children", *Annals Of Allergy*, 72(5): 462-467.

Börekçi, B., 2017, "Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler, Aile İşlevselliği ve ebeveyn tutumları İle İlişkilerinin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Büber, A., 2014, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda İdrar 6-Hidroksi Melatonin Sülfat Düzeyleri ve Etyopatogenezdeki Yeri" Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.

Canoya, S., 2010, "Üniversite Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Boyutları İle Sosyal Anksiyete Durumları Arasındaki İlişki", Yüksek Lisans Tezi, Yakındoğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.

Celiloğlu, Ö., 2011, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Çölyak Hastalığı Sıklığı" Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.

Clark, D. M ., 2005, "A Cognitive Perspective On Social Phobia", *The essential handbook of social anxiety for clinicians*, 193-218.

Clark, D. M., Wells, A., A Cognitive Model Of Social Phobia, Chapter 18, In R.G. The Handbook of Social Anxiety For Clinicians, 1995.

Çekiç, M., 2012, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Odyolojik Bulgular", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Demir, T., Demir, E.D., Özmen, E., Uysal, Ö., 1999, "Çapa Çocuk ve Ergenler için Sosyal Fobi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği", *Düşünen adam*, 12(4): 23-30.

Demir, G. Ö. 2009, "Sosyal fobinin etiyolojisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmalara genel bir bakış", *Akademik İncelemeler Dergisi*, 4(1).

Demir, T. Demir, E.D. Türksöy, N., Özmen, E., Uysal, Ö. 2000, "Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği" *Düşünen Adam*, 13(1): 42-48.

Demir, V., 2017, "Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerine Etkisi", *Uluslar arası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(12):100-118.

Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., Dereboy, F., 2007, "Connors Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18: 48-58.

Derman, M. T., Başal, H. A. 2013, "Okulöncesi Çocuklarında Gözlenen Davranış Problemleri İle Ailelerinin Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki", *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1): 115-144.

Diamond, A. 2005, "Attention-Deficit Disorder (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Without Hyperactivity): A Neurobiologically and Behaviorally Distinct Disorder From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (With Hyperactivity)", *Development and psychopathology*, 17(3): 807-825.

Dilbaz, N., 1997, "Sosyal Fobi", *Psikiyatri Dünyası*, 1(1): 18-24.

Dilbaz, N., 2000, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3): 21.

Dilbaz, N., Güz, H. 2002, "Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39(3.4): 79-86.

Diler, R., Avcı, A., 1996, "A New Approach the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Guanfacine", *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health* 3(3): 150-154.

Doğangün, B., Yavuz, M., 2011, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", *Türk Pediatri Arşivi*, 46(11).

Doğaroğlu, T. K., 2013, "Türkiye'de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İle İlgili Çalışmaların Yürütüldüğu Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi", *Journal of Computer and Education Research (ISSN: 2148-2896)*, 1(2), 90-112.

Doğaroğlu, T. K. 2013, "Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Aile Değerlendirme Ölçeği Türkçe Uyarlama Çalışması", *University of Gaziantep Journal of Social Sciences*, 12(3).

Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö., Türkbay, T., 2008, "DEHB Olan Çocukların Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri İle Kullanılan Başa Çıkma Yöntemleri: Bir Ön Çalışma", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 217-223.

Eldoğan, D. 2017, " Sosyal Anksiyete Bozukluğu Belirti Düzeyi Yüksek ve Düşük Olan Bireylerin Çeşitli Psikolojik Değerışkenler ve Bilişsel Yanlılıklar Açısından Karşılaştırılması: Bir Bilgece Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programı Önerisi", Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Elmas, Ü., 2012, "5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon Tükenmiřlik Düzeyi", Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Edirne.

Ercan, E. S., Amado, S., Somer, O., Çıkoğlu, S. 2001, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3), 132-144.

Ercan, E. S., Çetin, F. Ç., Mukaddes, N. M., Yazgan, Y., 2009, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Atomoksetin", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16, 113-118.

Erde, G., Pak, M. D., 2012, "Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Sosyo-Demografik Olarak İncelenmesi Üzerine Bir Çalışma: Ardahan Örneği", *Journal of Society & Social Work*, 23(2).

Erkan, Z., 2002, "Sosyal Kaygı Düzeyi Yüksek ve Düşük Ergenlerin Ana Baba Tutumlarına İlişkin Nitel Bir Çalışma", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(10).

Ersoy, F., Edirne, T., Oğuz, T. F., 2003, "Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları", *Sted*, 12(9): 326-327.

Esra, Çöp., Kùltür, Seç., Din, G.ř. 2017, "Anababalık Tutumları ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişki", *Türk Psikiyatri Dergisi*; 28(1):25-32.

Evren, C., 2010, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Alkol Kullanım Bozuklukları", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4).

Fenichel, O., 1946, "The Psychoanalytic Theory of Neurosis. London: Kegan Paul.

Fewell, R. R., Deutscher, B., 2002, "Attention Deficit Hyperactivity Disorder In Very Young Children: Early Signs and Interventions", *Infants & Young Children*, 14(3): 24-32.

Fresco, D. M., Heimberg, R. G., 2001, "Empirically Supported Psychological Treatments For Social Phobia", *Psychiatric Annals*, 31(8): 489-496.

Gabbard, G.O., "Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice", Washington, DC, American Psychiatric Publishing, London, England, 1994.

Gökçe, S., Ayaz, A. B., Arman, A. R., Kayan, E., 2015, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İle Kaygı Belirtileri İlişkisi", *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28:103-111.

Gök, D., 2010, "Anne Tutumlarının Öğrenci Başarıları ve Yetenekleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi , İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Güçlü, O., Kambaryan, K., Kutlar, T., Yaman, M., 2002, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Anne Babalarında İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu" *Düşünen Adam Dergisi*, 15(3): 164-172.

Gültekin, B. K. 2008, "Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri", Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Malatya.

Gürsoy, T., 2010, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Katekol-o-Metiltransferaz Gen Polimorfizminin Araştırılması", Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Hambrick, J. P., Weeks, J. W., Harb, G. C., Heimberg, R. G., 2003, "Cognitive-Behavioral Therapy For Social Anxiety Disorder: Supporting Evidence and Future Directions", *CNS spectrums*, 8(5): 373-381.

Hanna, N., 2009, "Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD): Is It A Product Of Our Modern Lifestyles", *American Journal of Clinical Medicine*, 6(4):22-28.

Heimberg, R. G., 2002, "Cognitive-Behavioral Therapy For Social Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions", *Biological psychiatry*, 51(1): 101-108.

İrmak, M.Y., 2014, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerde Sadece Anne Sütü Alım Sürelerinin Yürütücü İşlevlere ve Bilişsel Düzeye Etkisinin Değerlendirilmesi" Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

Işıldar, Y., 2014, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda Serum Adrenomedullin ve Nitrik Oksit Düzeyleri ve Etyopatogenezdeki Yeri" Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.

İlhan, O., 2015, "Üniversite Öğrencilerinde, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Düzeyleri İle Sosyal Uyumluluğu ve Atılganlık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniveristesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E., 2013, "Connors Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50:100-109.

Kaner, S., Büyüköztürk, Ş., İşeri, E., Ak, A., Özeydin, L., 2011, "Connors Ana baba Derecelendirme Ölçeği Yenilenen Uzun Formu: Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18(1).

Karasan, Ö., 2017, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Beden Algısı ve Cinsel İşlev Bozukluklarının Değerlendirilmesi", *Bozok Tıp Dergisi*, 7(2):45-50.

Karakaş, S., Erdoğan, E., Sak, L., Soysal, A. Ş., Ulusoy, T., Ulusoy, İ. Y., Alkan, S., 1999, "Stroop Testi TBAG Formu: Türk Kültürüne Standardizasyon Çalışmaları, Güvenirlik ve Geçerlik", *Klinik Psikiyatri*, 2(2): 75-88.

Karakaya, E., Öztop, D.B., 2013, "Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi", *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2:10-24.

Karamustafahoğlu, O., Yumrukçal, H., 2011, "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları", *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.

Kaval, N. O., Sütcü, S. T., 2016, "Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):3-22.

Kayaalp, L., 2008, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62:147-152.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E., 2005, "Lifetime Prevalence and Age-Of-Onset Distributions Of DSM-IV Disorders In The National Comorbidity Survey Replication", *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.

Kılıç, B. G., Şener, Ş., 2005, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu/Davranış Bozukluğu Eş Hastalanımında Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karşılaştırılması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1): 21-28.

Kılıç, B. G., Kockar, A. I., Irak, M., Şener, Ş., Karakaş, S., 2002, "The Standardization Study Of The Stroop Test TBAG Form In Children Between 6-11 Years Of Age", *Turkish journal of child and adolescent mental health*, 9(2): 86-99.

Kılıç, E. Ö., 1999, "Sosyal Fobi Etiyolojisine Yönelik Gelişimsel Bir Model", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(01).

Kılınçaslan, A., Mukaddes, N. M., Küçükyazıcı, G. S., Gürvit, H., 2010, "Asperger Bozukluğu Olgularında Yürütücü İşlevler ve Dikkat Değerlendirilmesi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4):289-99.

Kiriş, N., 2009, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi Olan 6-8 ve 10-12 Yaşlarındaki Çocuklarda Metilfenidat Tedavisinin Uyku Yapısı Üzerine Etkisi: Polisomnografik Araştırma" Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Kocabaşoğlu, N., 2008, "Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış", *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, 62:175-184.

Kolat, U., Kolat, E., Çelik E. S., Uzun, U. E., Akçakaya, Ö.R., Sevindik, C. S., 2015, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri" *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2).

Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkiran, M., Erkmén, H., 2003, "Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar" *Düşünen Adam Dergisi*, 6: 219-22.

Koyuncu, A., Binbay, Z., 2014, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği" *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1).

Koyuncu, A., Binbay, Z., Özyıldırım, İ., Ertekin, E., Grubu, B. B. H., Hekim, S., 2012, "Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Başlangıç Yaşının Klinik Gidiş Üzerine Etkisi", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(2).

Laslie, K. A., 2005, "Comorbidity Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Among Low Income Urban Youth", Master Thesis, Colgate University, Hamilton.

Levent, F., 2011, "Elektromanyetik Alanın Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi ve Seyri Üzerine Etkileri", *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, 49(3): 165-172.

Makale, Ö., 2014, "Panik Bozukluğu Hastalarında Uykuda Kalp Hızı Değişkenliği" *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1: 28-32.

Marangoz, Y., 2016, "Karaciğer Nakli Olan Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu", Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

- Noyan, H., Sertel, B.Ö., 2007, "Ergenlerde Sosyal Fobi, İç ve Dışa Dönük Kişilik Özellikleri ve Okul Başarı Durumu", *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 27: 31-50.
- Öncü, B., Şenol, S., 2002, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım", *Klinik psikiyatri*, 5:111-119.
- Öyekçin, U. D. D. G., Şahin, E. M., 2011, "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşım", *Turkish Family Phycsian*, 2(4): 1-8.
- Özaslan, T. U., Bilaç, Ö., 2015, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi", *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1): 1-5.
- Özek, H., 2012, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Plazma Dopamin ve Noradrenalin Düzeylerinin Araştırılması" Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Öztop, D. B., Deniz, E., Mıstık, S., 2009, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 12(4): 207-212.
- Özyurt, G., Akay, A. P., Öztürk, Y., 2015, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Tanısı Olan Olgularda Aile İşlevselliği ve Anne Anksiyetesinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması", *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3: 162-172.
- Pınar, Ş. E., Tel, H., 2012, "Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı" *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 3(2): 593-602.
- Raif, S., 2012, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitesi Olan Çocuklarda Elektroensefalografi Bulguları", Yandal Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.
- Rapee, R. M., Heimberg, R. G., 1997, "A Cognitive-Behavioral Model Of Anxiety In Social Phobia", *Behaviour Research and Therapy*, 35(8):741-756.
- Rowa, K., Antony, M. M., 2005, "Psychological Treatments For Social Phobia", *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6): 308-316.
- Samancı, A.Y., Sefa, A., Solmaz, M., Erkmen, H., Uçarer, N., 1995, "Alkol ve Anksiyete Bozuklukları ilişkisi", *Düşünen Adam Dergisi*, 8(3): 44-49
- Sarver, D. E., Rapport, M. D., Kofler, M. J., Raiker, J. S., Friedman, L. M., 2015, "Hyperactivity In Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Impairing Deficit Or Compensatory Behavior?" *Journal of abnormal child psychology*, 43(7): 1219-1232.
- Sayın, A., 2007, "Paroksetinin Sosyal Anksiyete Bozukluğu Tedavisinde Kullanımı", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(2):11-15.

- Sayın, A., 2007, "Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi", *Klinik Psikiyatri Dergisi* 10(2):3-10.
- Schneier FR, Johnson J, Hornig C.D. ve ark. 1992, "Social Phobia: Comorbidity and Morbidity In Epidemiologic Sample", *Arch Gen Psychiatry*, 49:282-288.
- Sevinçok, L., 2000, "Sosyal Fobi ve Çekingen Kişilik Bozukluğu Arasındaki Tanısal Güçlükler", *Psikiyatri Dünyası* 4: 3-6.
- Stein, M. B., Stein, D. J., 2008, "Social Anxiety Disorder", *The Lancet*, 371(9618): 1115-1125.
- Sungur, M. Z.,1997, "Fobik Bozukluklar", *Psikiyatri Dünyası*, 1(1):5-11
- Sübaşı, G., 2010, "Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Kaygıyı Yordayıcı Bazı Değişkenler", *Eğitim ve Bilim*, 32(144): 3-15.
- Sümer, A. S. 2008, "Farklı Öz-Anlayış (Self-Compassion) Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi", Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Şengül, C. B., Şengül, C., Telci, Ş., Dilbaz, N., 2004, "Erken Erişkinlikte Tam Konan İki Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olgusu" *Klinik Psikiyatri*, 7,:51-56.
- Şenyuva, H. Ş., 2007, "Aydın İlinde Alınan Normal Bir Örneklemde Kişilik Bozukluklarının Yaygınlık Çalışması", Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Şimşek, Ş. Gökçen, C. Fettahoğlu, Ç.E. 2012, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocukların Ebeveynlerinde DEHB ve Diğer Psikiyatrik Belirtiler", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 25:230-237
- Taneri, P. E., Akış, N., Sarandöl, A., 2016, "Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42(1):23-27.
- Tarver, J., Daley, D.,n Sayal, K., 2014, "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An Updated Review Of The Essential Facts" , *Child: Care, Health and Development*, 40(6):762-774.
- Tezcan, G., 2015, "Çocukluk Döneminde Sosyal kaygının Gelişiminde Ebeveyn Kabul-Red Algısı: Otomatik Düşüncelerin Aracı Rolü" , Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Tufan, A. E., Yaluğ, İ., 2009, "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tıbbi Eş Tanılar", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*, 1:187-200.
- Tuğlu, C., Şahin, Ö.Ö., 2010, "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1).
- Tuncer, N., 2017, "Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Belirlenen Sosyal Anksiyete Düzeylerine Göre Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Türkbay, T., Erman, H., Cöngöloğlu, A., Söhmen, T., Sağlığı, İ. R., 2003, "Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu ve Binişik Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenlerin Anne-Babaların Psikiyatrik Özelliklerinin Karşılaştırılması", *Gülhane Tıp Dergisi* 45(1):4-9.
- Türkçapar, H., 2004, "Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri", *Klinik Psikiyatri Dergisi* 4:12-16.
- Türkçapar, M.H ., 1999, "Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı" *Klinik Psikiyatri*, 2: 247-253.
- Türkeş, P.N ., Can, P.H ., Kurt, P.M., Dikeç, P.B.E., 2015, "İz Sürme Testi'nin 20-49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme Çalışması" *Türk Psikiyatri Dergisi* 26: 189-196.
- Uytun, M., 2015, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Olan Erkek ve Ergenlerde Nöropsikolojik Test ve Dinlenme Hali Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (rs-fMRG) Profili ", Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.
- Uzun, Ç., 2013, "Anne-Babası Boşanmış ve Boşanmamış Çocuklarda Depresyon ve Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Üneri, Ö.Ş ., Yıldırım, E.A ., Tanıdır, C., Aytemiz, T., 2016, "Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Ergenlerde Psikodramanın Kullanımı", *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 17(5):347-353.
- Wolraich, M. L., 2006, "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years?" *Infants & Young Children*, 19(2): 86-93.
- Yağız, A., 2014, "Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu Yaygınlığı, Bu Bozuklukta Öfke İfade Tarzı, Beden Self İlişkisi ve Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi", Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sivas.

Yılmaz, S., Kılıç, E.Z., 2014, "Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25.

Yildirim, B., Engin, E., Yıldırım, S., 2011, "Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler", *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1): 25-30.

Yüksel, T., 2013, "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Kalp Hızı Değişkenliği ve Bu değişkenliğin Klinik Parametrelerle İlişkisi", Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

EKLER

EK 1 : Araştırma İzni

EK 2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 3: Sosyodemografik Form

EK 4: Çocuklar İçin Anksiyete Ölçeği

EK 5: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği (PARİ)

EK 6: Conner's Aile Değerlendirme Formu

EK 7: Turgay DSM-IV Kökenli Yıkıcı Davranım Ölçeği

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı-Soyadı: Berçin Kılıçoğlu

Doğum yeri: Kocaeli

Doğum Tarihi: 09.10.1992

Eğitim Durumu:

2015-2017:Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tez döneminde bulunmaktayım)

2010-2015:Girne Amerikan Üniversitesini Beşeri Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü

2006-2010:İzmit Gazi Lisesi

Yabancı Dil:

İngilizce (Orta)

Bilgisayar Bilgileri:

Microsoft Office Programları (word, excel, powerpoint)

İş Deneyimi:

2015-2016: Özel Tuncay Emir Eğitim Kurumları (Psikolog)

2017-halen: Ümmü Kumru Rehabilitasyon Merkezi (Psikolog)

Alınan Eğitimler/Testler:

WISC-R Zeka Testi, MMPI, Çocuklarla Psikolojik Görüşme Teknikleri Eğitimi, Cinsel Terapi Eğitimi, Temel Hipnoz Eğitimi, Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI:

Dikkat eksikliğinde görülen sosyal kaygıya etki eden faktörlerin incelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı vererseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Günümüzde birçok çocuğa dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) teşhisi konmaktadır. Bazı çocuklarda DEHB'ye ek olarak belirgin sosyal kaygı görülmektedir. Bu çocuklar özellikle sosyal durumlarda kaçınan ve içe kapanık olabilmekte, kendilerini yeterince ifade edememektedir. Bu çalışmada amaç sıkça görülen bu sosyal kaygıya etki eden faktörleri belirlemek ve mümkünse hangi çocukların sosyal kaygı geliştirme açısından risk taşıdığını ön görebilmektir. Bu yolla rahatsızlığın tedavisinin daha etkin yapılması ve planlanabilmesi hedeflenmektedir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken 3 adet form verilecek, 3 adet bilgisayarlı test uygulanacaktır. İlk formda çocuğunuzun yaşı, kardeş sayısı gibi bazı ailevi bilgiler sorulacaktır. Diğer formlar Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği, Conner's Aile Değerlendirme Formu, Turgay DSM-4 Kökenli Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirti Tarama Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Ölçeği'dir.. Bu ölçeklerin sosyal kaygı ve dikkat eksikliği belirtilerini güvenilir olarak ölçtüğü daha önceki bilimsel çalışmalarda gösterilmiştir. Bilgisayarlı testler de standardize edilmiş nöropsikolojik testtir. Bu testler belleği, odaklanma becerisini ve esnek karar verme becerisini ölçmektedir. Tüm ölçekleri ve testlerin eksiksiz yapılması beklenmektedir

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisi ile ilgili önemli bilgilere ulaşılmasına katkıda bulunacaksınız. Bu testin sonuçları size rapor halinde teslim edilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz araştırma ekibi dışında bir kişiyle paylaşılmayacaktır.



SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Berçin KILIÇĞLU
bercin_kilicoglu@hotmail.com
2. DOÇ.DR.BARIŞ METİN
drbarismetin@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon ve Mail Adresi:		

Vasi (var ise) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon ve Mail Adresi:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Bu anket formu Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü bitirme tezimin bir parçası olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya çocuğunuzun katılmasını isteyip-istememe gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çocuğunuzun araştırmaya katılımını reddetme veya çocuğunuzun rahatsız hissettiğinizde soruları yanıtlamama hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız dahi istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Ankette isim ya da isim yerine geçebilecek herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı yürütülmesi için soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtladığınız önemlidir.

TEŞEKKÜRLER

Psikolog Berçin KILIÇOĞLU

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Çocuğunuzun Yaşı:
 - a)8-10
 - b)11-13
 - c)14
 - d)15
2. Çocuğunuzun Cinsiyeti:
 - a) Kız
 - b) Erkek
3. Yaşadığınız Yerleşim Yeri:
 - a)Köy-Kasaba
 - b)İl
 - c)İlçe
 - d)Büyükşehir
4. Annenin Eğitim Durumu:
 - a)İlkokul
 - b)Ortaokul
 - c)Lise
 - d)Üniversit

5. Babanın Eğitim Durumu:

- a)İlkokul
- b)Ortaokul
- c)Lise
- d)Üniversite

6.Çocuğunuzun Kardeşi Var Mı?

- a)Evet
- b)Hayır

7)Çocuğunuz Siz Kaç Yaşınızdayken Dünyaya Geldi?

- a)20 altı
- b)20-25
- c)25-30
- d)30 üstü

8)Çocuğunuzu Kim Büyüttü?

- a)Kendim
- b)Büyükanne (Anneanne-Babaanne)
- c)Dadı
- d)Kreş-Anaokulu



ÖZEL
NPİSTANBUL
Nöropsikiyatri Hastanesi

CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU



Çocuğun Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

Formun Doldurulduğu Tarih:

Protokol No:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz.

		Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
1.	Çildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar. (Ör: Tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler.)				
2.	Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3.	Arkadaş edinmekle veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4.	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5.	Faaliyetlerde hep başı çekmek ister				
6.	Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7.	Sık sık veya kolayca ağlar.				
8.	Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9.	Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10.	Öğrenme gücünden çeker.				
11.	Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12.	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13.	Yerinde durmaz, her an hareket halindedir.				
14.	Zarar vericidir. (Eşyalara)				
15.	Gerçekle ilgili olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				
16.	Utangaçtır.				
17.	Yaşlarına göre konuşması farklıdır. (Ör: Bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç olan konuşma)				
18.	Yaşlarına göre başı daha çok derde girer.				
19.	Hatalarını inkâr eder veya başkalarını suçlar.				
20.	Kavgacıdır.				
21.	Somurtur, surat asar veya küser.				
22.	Çalma huyu vardır.				
23.	Kurallara uymaz veya uyarırken gönülsüzdür.				



Management
System
100% Quality



Quality System
Oskudar University

"Lütfen arka sayfaya geçiniz" → 1 / 2

		Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
24.	Diğer çocuklara göre daha endişelidir. (Yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili)				
25.	İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26.	Çabuk kırılır veya gücenir.				
27.	Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28.	Tekrarlayıcı bir hareket/faaliyeli durdurmakta güçlük çeker.				
29.	Merhametsizdir.				
30.	Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz. (sürekli yardım ister, eleğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir.)				
31.	Dikkatini belirli süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32.	Baş ağrıları vardır.				
33.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34.	Kuralları veya sınırlamaları sevmez, onlara uymaz.				
35.	Sürekli kavga eder.				
36.	Kardeşi, abı veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38.	Diğer çocukları rahatsız eder.				
39.	Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40.	Uyku sorunları vardır. (Uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya geço yansı uyanır.)				
41.	Mide ağrıları vardır.				
42.	Yeme sorunları vardır. (İştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır.)				
43.	Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44.	Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45.	Alfede hakkının yandığı hissine kapılır.				
46.	Övünür yüksekten atar.				
47.	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48.	Bağırsakları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				

Conner's Anne Baba Değerlendirme Ölçeği

	Anne Top. Puan	Baba Top. Puan	Kesme Puanı
Davranım Sorunu			19
Ataklık /Hiperaktivite			7
Öğrenme Sorunu			6
Kaygı			8

UYGULAYAN (İmza / kaşe):

Referans: Senar Ç. Önerboy Ç, Darıboylu İF ve ark. (1998) Conner's anababa değerlendirme ölçeği uyarılama çalışması. X. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara.

İSTANBUL HASTANESİ: Saray Mah. Sıhryolu Cd. No: 27 34758 Ümraniye - İST. (TEM Yolu Ümraniye Kavşağı) Tel: 0216 633 0 633 Faks: 0216 634 12 50
FENERYOLU POLİKLİNİĞİ: Bağdat Caddesi No: 109/A 34724 Feneriyolu - İST. Tel: 0216 418 15 00 (Pbx) Faks: 0216 418 15 30
ETİLER POLİKLİNİĞİ: Hispetiye Cad. No: 18 34330 Levent / Beşiktaş - İSTANBUL Tel: 0212 270 12 92 (Pbx) - 633 06 35 Faks: 0212 270 17 19

ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı : Tarih: .../.../20...

Protokol No : Cinsiyeti: Yaşı:

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlenin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1 = Hiç Bir Zaman 2 = Çok Az 3 = Bazen 4 = Çoğu Zaman 5 = Daima

Rakamların altındaki uygun kutucuğa X koyun.	1	2	3	4	5
1. Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum.					
2. Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3. Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4. Diğer çocuklar arkamdan konuşuyor diye düşünürüm.					
5. Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6. Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7. Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8. İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9. Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecek diye endişelenirim.					
10. Yeni tanıdığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11. Diğer çocuklar benden hoşlanmıyor diye üzülürüm.					
12. Bir grup çocukta birlikteyken sessiz kalırım					
13. Diğer çocuklar benimle alay ediyor diye düşünürüm.					
14. Başka bir çocukla tanışsam onun benden hoşlamayacağından korkarım					
15. Başkalarını evime çağırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16. Bazı çocukların yanıdayken rahatsız olurum.					
17. İyi tanıdığım çocukların yanıdayken bile utanırım.					
18. Başka çocuklarla oynamayı teklif etmek zor gelir.					

Uygulayan Psikolog

Adı Soyadı/ İmza

AİLE HAYATI VE ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMU ÖLÇEĞİ (PARI)

Soru listesindeki ifadeler hakkındaki görüşünüzü her ifadenin karşısındaki sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış cevap yoktur. Bütün soruların cevaplandırılması test için çok önemlidir. Teşekkürler.

Çok uygun buluyorum=4 Oldukça uygun buluyorum=3 Biraz uygun buluyorum=2
Hiç uygun bulmuyorum=1

1. Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır. 4 3 2 1
2. Anne ve babalar, çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar. 4 3 2 1
3. Çocuk boşa geçen dakikalarını bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur. 4 3 2 1
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır. 4 3 2 1
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilebilir. 4 3 2 1
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir. 4 3 2 1
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey vardır ki zamanını boşa geçirmesi affedilemez. 4 3 2 1
8. Babalar biraz daha şefkatli olsalar anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler. 4 3 2 1
9. Çocuk yetiştirmenin kötü taraflarından biri de anne ve babanın istediğini yapabilmek için yeterince özgür olmamasıdır. 4 3 2 1
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar. 4 3 2 1
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu

- fedasını bilmelidir. 4 3 2 1
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır. 4 3 2 1
13. Büyükler, çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha düzgün daha akıcı olur. 4 3 2 1
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek bir annenin görevidir. 4 3 2 1
15. Anne babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidir. 4 3 2 1
16. Bütün genç anneler, bebek bakımından beceriksiz olacaklarından korkarlar. 4 3 2 1
17. Eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur. 4 3 2 1
18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklemeli, biraz da kendilerini çocuklarına uymalıdır. 4 3 2 1
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi. 4 3 2 1
20. Bir çocuğa ne olursa olsun dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir. 4 3 2 1
21. Çocuklar bencil olduklarında ve hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir. 4 3 2 1
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun buluyorlarsa bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır. 4 3 2 1
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar. 4 3 2 1
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder. 4 3 2 1
25. Küçük bir çocuk cinsiyet konusundan sakınmalıdır. 4 3 2 1
26. Bir annenin çocuğu hakkında herşeyi bilmesi hakkıdır. 4 3 2 1

- Çünkü çocuk onun bir parçasıdır. 4 3 2 1
27. Uyanık bir anne baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır. 4 3 2 1
28. Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidir. 4 3 2 1
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar. 4 3 2 1
30. Sert terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir. 4 3 2 1
31. Genç bir kadın henüz gençken yapmak istediği pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini kötü hisseder. 4 3 2 1
32. Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerin feda eder. 4 3 2 1
33. Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevi yaparlardı. 4 3 2 1
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır. 4 3 2 1
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir. 4 3 2 1
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır. 4 3 2 1
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir. 4 3 2 1
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar. 4 3 2 1
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşmek yerine büyüklere başvurmaları öğretilmelidir. 4 3 2 1
40. Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemez. 4 3 2 1
41. Ev bakımından ve idaresinde en kötü şeylerden biri de kişinin kendini evde tutuklanmış gibi hissetmesidir. 4 3 2 1

42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir. 4 3 2 1
43. Oğlan ve kız çocuklarının birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir. 4 3 2 1
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için birçok masal uydururlar. 4 3 2 1
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler. 4 3 2 1
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektikleri için çocuklar onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar. 4 3 2 1
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasıninkinden daha üstün bir akla sahip olamayacağını öğrenir. 4 3 2 1
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştirmiyorsa belki de, bu babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur. 4 3 2 1
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz. 4 3 2 1
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörü ile karşılanamaz. 4 3 2 1
51. Anne babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler aramaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler. 4 3 2 1
52. Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar. 4 3 2 1
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatının onun planlaması lazımdır. 4 3 2 1
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir. 4 3 2 1

55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir. 4 3 2 1
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder. 4 3 2 1
57. Anne babalar çocuklarını, kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdırlar. 4 3 2 1
58. Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar. 4 3 2 1
59. Çocukların toplantılarıyla, kız erkek arkadaşlıklarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar. 4 3 2 1
60. Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir. 4 3 2 1

TURGAY DSM-4 KÖKENLİ YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI
BELİRTİ TARAMA ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı: _____
Cinsiyeti : _____
Belirtilerin Süresi: _____
Ölçeği Yanıtlayan Kişinin Yakınlık Derecesi: _____

Doğum Tarihi: _____
Doldurulma Tarihi: _____
Son Tanı: _____

Sorunlar	Hiç Yok	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da yaptığı etkinliklerde dikkati dağınık.	0	1	2	3
3. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Çoğu zaman emirlere uymaz ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (kendisinden isteneni anlamamaya bağlı değildir).	0	1	2	3
5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte ve planlamakta zorluk çeker.	0	1	2	3
6. Çoğu zaman sürekli kafa çalıştırmayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin; oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).	0	1	2	3
8. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.	0	1	2	3
10. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	0	1	2	3
11. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar ve dolaşır.	0	1	2	3
12. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde sadece kendisinin algıladığı huzursuzluk duyguları olabilir).	0	1	2	3
13. Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme ya da oyun oynama zorluğu vardır.	0	1	2	3
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.	0	1	2	3
15. Çoğu zaman çok konuşur.	0	1	2	3
16. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.	0	1	2	3
17. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.	0	1	2	3
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin; başkalarının oyunlarına ya da konuşmalarına burnunu sokar).	0	1	2	3
19. Sık sık öfkelenir.	0	1	2	3
20. Sık sık büyükleriyle tartışmaya girer.	0	1	2	3
21. Büyüklerinin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.	0	1	2	3

22. Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
23. Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24. Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarıyla kolay kızdırılır.	0	1	2	3
25. Çoğu zaman içerler, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
27. Çoğu zaman başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da gözünü korkutur.	0	1	2	3
28. Çoğu zaman kavga-döyüş başlatır.	0	1	2	3
29. Başkalarının ciddi bir biçimde fiziksel olarak yaralanmasına neden olacak bir silah kullanmıştır (örneğin; bir değnek, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca).	0	1	2	3
30. İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde çalmıştır (örneğin; saldırıp soyma, çanta kapıp kaçma, göz korkutarak alma, silahlı soygun).	0	1	2	3
33. Birisini cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.	0	1	2	3
34. Ciddi hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.	0	1	2	3
35. İsteyerek başkalarının malına mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarma dışında).	0	1	2	3
36. Bir başkasının evine, binasına ya da arabasına zorla girmiştir.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyler (yani başkalarını 'atlatır').	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalmıştır (örneğin; kırmadan ve içeri girmeden mağazalardan mal çalma, sahtekarlık).	0	1	2	3
39. 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklarına karşın çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmiştir.	0	1	2	3
40. Anne- babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez gece evden kaçmıştır (ya da uzun bir süre geri dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41. 13 yaşından önce başlayarak, çoğu zaman okuldan kaçmıştır.	0	1	2	3