

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**  
**TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE ERKEN DÖNEM**  
**UYUM BOZUCU ŞEMALARIN VARLIĞI VE EBEVEYN**  
**TUTUMLARIYLA İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**ARŞ. GÖR. DR. GAMZE YILMAZ TÜRKEL**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE**  
**HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**  
**UZMANLIK TEZİ**

**2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
TANILI ÇOCUK VE ERGENLERDE ERKEN DÖNEM  
UYUM BOZUCU ŞEMALARIN VARLIĞI VE EBEVEYN  
TUTUMLARIYLA İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

**ARŞ. GÖR. DR. GAMZE YILMAZ TÜRKEL**

**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE  
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ**

**DOÇ. DR. ŞAHİKA GÜLEN ŞİŞMANLAR  
ETİK KURUL ONAYI: 20.02.1019 KÜGOKAEK 2019/58**

**2019**

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	IV
KISALTMALAR DİZELGESİ .....	V
TABLolar DİZELGESİ .....	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu .....	3
2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi .....	3
2.1.2. Epidemiyoloji .....	6
2.1.3. Etiyoloji .....	7
2.1.3.1. Genetik .....	7
2.1.3.2. Psikososyal ve Çevresel Faktörler .....	9
2.1.4. DEHB Patofizyolojisi .....	10
2.1.4.1. Nörobiyoloji ve Bilişsel fonksiyonlar.....	10
2.1.4.2. Görüntüleme .....	12
2.1.5. Klinik Görünüm ve Değerlendirme .....	13
2.1.6. DEHB Alt Tipleri .....	15
2.1.7. DEHB'ye Eşlik Edebilen Diğer Psikiyatrik Bozukluklar .....	17
2.1.8. Tedavi .....	19
2.1.8.1 Farmakoterapi.....	19
2.1.8.2. İlaç-dışı yaklaşımlar .....	21
2.2. Şema Terapi Modeli .....	23
2.2.1. Şema Kavramı ve Şema Terapi Modeli.....	23
2.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar.....	26
2.2.2.1. Ayrılma ve Reddedilme Alanı .....	26
2.2.2.2. Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma Alanı .....	28

2.2.2.3. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı.....	29
2.2.2.4. Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı.....	30
2.2.2.5. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Şema Alanı.....	32
2.2.3. DEHB ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar .....	34
2.3. Ebeveyn Tutumları .....	36
2.3.1. Ebeveyn Tutumları ve Etkileyen Faktörler .....	36
2.3.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Anne-Babalık .....	37
3. YÖNTEM VE GEREÇLER .....	40
3.1. Örneklem .....	40
3.2. Yöntem .....	40
3.3. Veri Toplama Araçları.....	41
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu: .....	41
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 –Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T).....	41
3.3.3. 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) .....	42
3.3.4. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ): .....	42
3.3.5. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-(A. Turgay) .....	43
3.4. İstatistiksel Analiz .....	43
4. BULGULAR .....	44
4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri.....	44
4.2. Katılımcıların Aile Özellikleri.....	45
4.3. Çalışma Grubunda Yer Alan Ergenlerde DEHB Alt Tipleri ve Eş Tanılar.....	47
4.4. Araştırmaya Katılan Ergenlerde Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar .....	48
4.5. DEHB Grubunda Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları.....	49

4.6. DEHB ve Kontrol Grubunda Ebeveyn Tutum Ölçeği Puanları .....	50
4.7. Şemaların ETÖ Alt Boyutlarıyla Korelasyonu.....	50
4.8. Katılımcılarda Cinsiyete Göre Şemaların Karşılaştırılması .....	51
4.9. Şemaların Ebeveynlerin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması .....	51
4.10. DEHB Grubunda Annede Psikopatoloji Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları.....	51
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	67
7. ÖZET .....	69
8. ABSTRACT .....	70
9. EKLER .....	71
10. KAYNAKLAR.....	81

## TEŞEKKÜR

Çocuk Psikiyatrisi uzmanlık eğitimim boyunca zengin bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisinden eğitim aldığım için şanslı hissettiğim, çok şey öğrendiğim ve ilham aldığım Kocaeli Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Gerek tez çalışmam gerekse asistanlık sürecinde her ihtiyaç duyduğumda bana büyük bir içtenlik ve sabırla yol gösteren, bilgi ve deneyimini esirgemeyen ve her konuda destek olan Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Uzmanlık eğitimimde deneyim, ilgi ve desteklerini benimle paylaşan, bilimsel kişiliklerini örnek aldığım Prof. Dr. Işık Karakaya, Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu ve Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Bülent Coşkun, Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Aslıhan Polat, Doç. Dr. Cem Cerit'e ve psikiyatrideki asistan arkadaşlarıma,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisiyle birlikte çalışma fırsatı bulduğum için şanslı hissettiğim Prof. Dr. Bülent Kara'ya,

Hem birlikte çalıştığımız sürede hem de tezimin hazırlık sürecinde ilgi ve destekleriyle yanımda olan sevgili arkadaşlarım Funda, Merve, Esra ve Gülçin'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca güzel bir ortam sağlayan, tanımaktan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlara ve diğer çalışanlara,

Sonsuz sevgi ve özverileri ile her anımda yanımda olan, zorlandığım zamanlarda bir şekilde çıkış yolu gösteren, maddi manevi desteklerini her zaman hissettiğim, bugüne gelmemde çok büyük emeği geçen sevgili annem Münevver Yılmaz ve canım babam Sezai Yılmaz'a,

Her daim desteğini hissettiğim, varlığıyla beni mutlu eden, yüzümü güldüren canım kardeşim Burak'a

Zorlu tez çalışması sürecindeki desteklerinden dolayı eşimin ailesine;

Yoğun bir dönemde hayatıma giren, zorluklarda sabırla bana destek olan, sevgi ve ilgisiyle beni güçlendiren, hayatı paylaşmaktan büyük keyif duyduğum canım eşim Ali Türkel'e tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

## KISALTMALAR DİZELGESİ

<b>AB</b>	Anksiyete Bozukluğu
<b>BDT</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>BB</b>	Bipolar Bozukluk
<b>CBCL</b>	Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği ( <i>Childhood Behaviour Checklist</i> )
<b>CNV</b>	Kopya sayısı farklılıkları ( <i>Copy Number Variations</i> )
<b>ÇEŞÖT</b>	10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı
<b>ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T</b>	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlaması
<b>DA</b>	Dopamin
<b>DB</b>	Davranım Bozukluğu
<b>DEHB</b>	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DEHB-B</b>	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Birleşik Tip
<b>DEHB-DE</b>	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu-Dikkat Eksikliği Baskın Tip
<b>DEHB-HA</b>	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Tip
<b>DSM</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı ( <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> )
<b>ETÖ</b>	Ebeveyn Tutum Ölçeği
<b>FDA</b>	Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi ( <i>Food and Drug Administration</i> )
<b>fMRG</b>	Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme

<b>GWAS</b>	Genom çapı bağlantı çalışmaları ( <i>Genome-wide association study</i> )
<b>ÖÖB</b>	Özgül Öğrenme Bozukluğu
<b>MKB</b>	Madde Kullanım Bozukluğu
<b>SNP</b>	Tek Nükleotid Polimorfizmleri ( <i>Single Nucleotide Polymorphism</i> )
<b>YDB</b>	Yıkıcı Duygudurum Bozuklukları





## TABLolar DİZELGESİ

<b>Tablo 1.</b> DSM-5'e göre DEHB Tanı Ölçütleri.....	16
<b>Tablo 2.</b> Katılımcılara ait özellikler.....	44
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Aile Özellikleri.....	45
<b>Tablo 4.</b> DEHB Grubunun Klinik Özellikleri.....	47
<b>Tablo 5.</b> DEHB ve Kontrol Grubunda ÇEŞÖT Puan Ortalamaları.....	48
<b>Tablo 6.</b> DEHB Grubunda Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre ÇEŞÖT Puan Ortalamaları.....	49
<b>Tablo 7.</b> DEHB ve Kontrol Grubunda ETÖ Puanları.....	50
<b>Tablo 8.</b> Şemaların ETÖ Alt Boyutlarıyla İlişkisi.....	52
<b>Tablo 9.</b> ÇEŞÖT Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 10.</b> ÇEŞÖT Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 11.</b> ÇEŞÖT Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 12.</b> DEHB Grubunda Annede Psikopatoloji Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları.....	56
<b>Tablo 13.</b> DEHB Grubunda Babada Psikopatoloji Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları.....	57

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), gelişimsel düzey ile uyumsuz biçimde dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin görüldüğü, toplumsal, okul veya işle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyebilen nörogelişimsel bir bozukluktur.<sup>1</sup> DEHB, erken çocukluk döneminden başlayarak, kişinin gelişim basamaklarının tümünde ciddi sosyal, akademik ve ruhsal sorunlara yol açabilmektedir.<sup>2</sup> DEHB nedeniyle performans gerektiren işlerde, aile içinde veya kişilerarası ilişkilerde zorlanan ve çok fazla olumsuz geri besleme ile karşılaşan bireylerde ruhsal iyilik hali etkilenebilmekte ve olumsuz biliş ve şemalar gelişebilmektedir.<sup>2,3</sup>

J. Young<sup>4</sup> tarafından öne sürülen şema terapi modeline göre her bireyin sağlıklı olarak ruhsal gelişimini tamamlayabilmesi için erken dönemde karşılanması gereken beş temel duygusal gereksinimi vardır. Bu gereksinimler başkalarına güvenli bağlanma, özerklik, yetkinlik ve kimlik algısı, duyguların ve ihtiyaçların ifade özgürlüğü, kendiliğinden olma ve oyun ile kişinin özdenetiminin oluşumunu teşvik eden gerçekçi sınırlara sahip bir dünyada yaşama ihtiyacıdır. Temel duygusal gereksinimler karşılanmadığında veya uygunsuz karşılandığında, travmatik olaylar, çevre ve mizacın da etkisiyle erken dönem uyum bozucu şemalar ortaya çıkar. Şemalar, bireyin çocukluk yaşantılarından itibaren ebeveynleri ve çevresiyle kurmuş olduğu iletişimden elde ettikleri deneyimlerin sonucunda ortaya çıkan, kişinin hayatta karşılaştığı birçok olayı değerlendirmesine ve anlamasına yarayan bilişsel yapılarıdır. Erken dönem uyum bozucu şemalar, birincil bakım veren ile gelişen olumsuz ilişki biçimi ve olumsuz yaşam olayları ile gelişirler, ileri yaşlarda stresle karşılaşıldığında ruhsal sorunların ortaya çıkmasına daha duyarlı hale gelmelerine neden olurlar.<sup>4,5</sup> Yetişkin örneklemeler ile yapılan pek çok çalışmada ebeveynin olumsuz tutumları ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasında ilişki olduğu saptanmıştır.<sup>6</sup>

DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde psikopatoloji sıklığı ve olumsuz ebeveyn tutumlarının daha fazla olduğu, çatışmalı ebeveyn-çocuk ilişkisinin daha sık görüldüğü bir çok çalışmada bildirilmiştir.<sup>7</sup> Ebeveynlerin DEHB, depresyon gibi kendi psikopatolojileri ile çocuğun DEHB semptomları ve bazen de eşlik eden karşı gelme davranışları karşılıklı etkileşimle bu ailelerde ebeveyn-çocuk ilişkisinde çatışmaları artırmakta, DEHB tanılı çocukların daha olumsuz ebeveyn tutumlarına maruz kalmasına neden olmaktadır.<sup>8</sup>

Aile ve yakın çevresinden sıklıkla olumsuz geri bildirim alan DEHB tanılı bireylerin daha fazla olumsuz bilişlere sahip oldukları bilinmektedir.<sup>3</sup> Bununla birlikte ülkemizde ve dünyada yaygın ve önemli bir ruh sağlığı sorunu olan DEHB hastalarında şemalarla ilgili erişkin örneklerde yapılmış oldukça sınırlı sayıda çalışma olup sağlıklı bireylere göre daha fazla erken dönem uyum bozucu şemaya sahip oldukları bulunmuştur.<sup>9-11</sup> DEHB tanılı çocuk ve ergen yaş grubunda şemalar ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, 10-16 yaş aralığında DEHB tanısı ile erken dönem uyumsuz şemalar arasında bulunan ilişkinin incelenmesi, bu tanıya sahip ergenlerin şemaları ile sağlıklı yaşlılarının şemalarının karşılaştırılması ve ebeveyn tutumlarının şemalar ile ilişkisinin incelenmesidir. Çalışmamızın varsayımı, DEHB tanısı konan ergenlerin, sağlıklı yaşlılarına göre daha fazla erken dönem uyum bozucu şemaya sahip olduğu, DEHB grubunda olumsuz ebeveyn tutumlarının daha fazla olduğu ve olumsuz ebeveyn tutumlarının erken dönem uyum bozucu şemalar ile arasında anlamlı bir ilişki bulunduğudur.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu**

#### **2.1.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı ve Tarihçesi**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), temel belirti alanları gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, kronik, nörogelişimsel bir bozukluktur. Kişinin toplumsal, okul veya işle ilgili işlevselliğini belirgin derecede etkilemektedir.<sup>1</sup>

Yazında DEHB’yi tanımlamaya yönelik bilgiler içeren ilk kaynak olarak, Alman hekim Melchior Adam Weikard’ın 1775’te yayınlanan “Der Philosophiche Artz” isimli kitabında dikkat bozuklukları üzerine yazdığı ‘Attentio Volubilis’ isimli bölüm gösterilmektedir. Bu bölümde dikkatin kolay çelinebilirliği, odaklanma sorunları, sabırsızlık gibi DEHB’nin birçok temel belirtisinden bahsedilmiş ve sinir liflerindeki bozulmuş duyarlılığın bu hastalığa sebep olabileceği ifade edilmiştir.<sup>12</sup> Weikard’dan kısa bir süre sonra, 1798’de İskoçya doğumlu hekim Alexander Crichton zihinsel hastalıklarla ilgili yayınladığı kitabında dikkat bozukluklarına bir bölüm ayırmıştır. Crichton, bu bölümde dikkatin tanımını yapmış, dikkati etkileyen faktörlerden bahsetmiş, dikkat hataları, huzursuzluk, kolay çelinebilirlik gibi DEHB’nin özellikle dikkat eksikliği (DE) alt tipini tanımlayan belirtiler tariflemiştir. Weikard’a benzer şekilde; sınırları ve beyni etkileyebilen hastalıkların ve kalıtsal durumların sinir duyarlılığını bozarak dikkat sorunlarına yol açabileceğinden bahsetmiştir.<sup>13</sup> Alman hekim Heinrich Hoffmann’ın 1844’te 3-6 yaş arası çocuklar için yayınladığı resimli öykü kitabında yer alan öykülerden biri olan “Fidgety Phil” başlıklı öyküde, hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite belirtileri gösteren bir çocuktan bahsedilmektedir. Aynı kitabın 1847’de basılan 5’inci baskısına eklenen “Johnny Look-in-the-air” isimli öyküde dikkat eksikliği belirtileri yoğun olan bir çocuk anlatılmaktadır.<sup>14</sup>

DEHB’nin modern bilim tarihinde başlangıç noktası olarak ise birçok pediatrik hastalıkla ilgili araştırmaları bulunan Sir George Frederic Still<sup>15</sup> tarafından 1902 yılında İngiltere’de gerçekleştirilen Goulstonian konferansları sonrasında Lancet’te yayınlanan makale gösterilmektedir. Still, belirlenmiş herhangi bir fiziksel hastalığı veya bilişsel

geriliği olmayan, “ahlaki kontrol yetersizliği” adını verdiği bozukluğa sahip, 15 erkek ve 5 kız olmak üzere toplam 20 çocuktan oluşan bir vaka serisi tanımlamıştır. Bu çocukların yaşlarına göre daha tutturucu olduklarını, engellenme karşısında öfke ile tepki verdiklerini, bir konuya yoğunlaşmakta güçlük çektiklerini, dikkatsizlik hataları yaptıklarını, öğrenme ve davranış sorunlarına sahip olduklarını belirtmiştir. Hem kalıtsal, doğum öncesi veya sonrasındaki beyin zedelenmeleri sonucu oluşan biyolojik nedenler hem de tutumlarla ilgili muhtemel sorunların ahlaki kontrol yetersizliğine sebep olabileceğinin altını çizmiştir.<sup>14,16</sup> Tredgold<sup>12,16</sup> da Still ile benzer görüşlere sahiptir ve beyinde ahlak merkezinin bulunduğu bölgede bir anormalliğin bu sorunlara yol açtığını öne sürmüştür.

Sonraki yıllarda da çocuklarda zorlu doğum veya perinatal oksijensizlik gibi nedenlerle oluşan erken dönem beyin hasarının ileri yaşlarda davranış sorunları ve öğrenme güçlükleri ile ilişkili olabileceği düşüncesinin önemi giderek artmıştır.<sup>12,16</sup> 1917-1928 yıllarında tüm dünyada yayılan ve 20 milyondan fazla insanın etkilendiği influenza pandemisinden sağ kalanlarda oluşan “ensefalitis letarjika” sekeli ile ciddi davranış problemleri, duygusal dalgalanmalar, bilişsel bozukluklar, öğrenme güçlükleri, uyku bozuklukları, tikler, depresyon ve motor kontrol sorunlarının ortaya çıkması organik nedenlere verilen önemi artırmıştır.<sup>17</sup> 1932’de Alman hekimler Franz Kramer ve Hans Pollnow, ana belirtisi motor huzursuzluk ve hareketlilik olan, günümüz DEHB tanımına çok benzeyen “çocukluk çağı hiperkinetik hastalığı”nı tanımlamışlardır.<sup>14</sup> Yine 1930’lu yıllarda Kahn ve Cohen beyin sapındaki etkinlik düzeyini belirleyen sistemde doğum sırasında ya da sonrasında oluşan zedelenmeler sonucu aşırı hareketlilik meydana geldiğini ve buna ikincil olarak sakin kalmakta zorlanma, sakarlık, patlayıcı davranışlar gibi sorunların ortaya çıktığını öne sürdükleri çocuklardan oluşan olgu serileri bildirmişlerdir. Belirtilerin organik nedeni olduğunu düşündükleri için “organic driveness” terimini kullanmışlardır.<sup>16,18</sup> Sonraki yıllarda da çocuklarda hiperaktif davranışın nedeninin herhangi bir şekilde oluşan “minimal beyin hasarı” olduğu varsayımı devam etmiştir.<sup>19,20</sup> Yapılan çalışmalarda bu çocuklarda nörolojik bir hasar gösterilemediği için Peters ve Clements 1960’lı yıllarda “Minimal Beyin Disfonksiyonu” teriminin kullanılmasını önermişlerdir.<sup>21</sup> Ayrıca o yıllarda bozukluğu açıklamak için çeşitli kuramlar öne sürülmüştür. Uyarıcı ilaçların kullanımı ve yararının gösterilmesi sonrası, duygular ve bilişsel işlevlerde denetim güçlüğü ile sonuçlanan “düşük uyarılma düzeyi” kuramı desteklenmiştir.<sup>17</sup>

1971’de Wender minimal beyin disfonksiyonu olan çocuklardaki belirtileri; motor davranış, dikkat-algı-bilişsel işlevsellik, öğrenme, dürtü denetimi, kişiler arası ilişkiler ve duygu alanları olarak altı grupta toplamış ve 1970’li yıllarda “disleksi”, “konuşma bozukluğu”, “öğrenme bozukluğu” ve “hiperaktivite” gibi daha tanımlayıcı terimler kullanılmaya başlanmıştır.<sup>17</sup>

DEHB tanısı ile ilgili geçerli ve güvenilir ilk sınıflama, Amerikan Psikiyatri Birliği; Psikiyatride Hastalıkların Tanımlandırılması ve Sınıflandırılması El kitabı-II’ye (DSM-II) ve Dünya Sağlık Örgütü; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9’a (ICD-9) bu bozukluğun “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” olarak alınmasıyla olmuştur.<sup>22,23</sup> DSM-II’de tanı ölçütleri; hiperaktivite, kolay uyarılabirlik ve kısa dikkat süresi olarak belirlenmiştir.<sup>23</sup> Sonraki yıllarda dikkat eksikliğinin de bir semptom olarak önem kazanmasıyla birlikte DSM-III’te bozukluğun adı “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak değiştirilmiş ve “hiperaktivite ile birlikte” olup olmama durumuna göre iki alt tip belirlenmiştir.<sup>24</sup> DSM-III-R’de alt tipler kaldırılmış ve bozukluğun adı “Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu” olarak değiştirilmiş, 14 belirti sıralanarak tanı koymak için 8 belirtinin karşılanması gerekliliği getirilmiştir. DSM-IV’te ve DSM-IV-TR’de “Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında “Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu” ve “Davranım Bozukluğu” ile birlikte yer almıştır. Dikkat eksikliğinin önde geldiği tip (DEHB-DE), hiperaktivite/dürtüsellik önde geldiği tip (DEHB-HA) ve birleşik tip (DEHB-B) olmak üzere 3 alt tip tanımlanmıştır.<sup>25</sup> 1992’de yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-10’da (ICD-10) DSM-IV-TR’nin bileşik alt görünümüne benzer şekilde; “Hiperkinetik bozukluklar” olarak adlandırılan durum, artmış motor hareketlilik ve birçok alanda dikkat sorunlarını içeren bir tablo olarak yer almıştır. “Aktivite ve Dikkat bozukluğu” ve “Hiperkinetik Davranım Bozukluğu” olmak üzere iki alt tipi bulunmaktadır. ICD-10 dikkat eksikliği alt görünümünü içermemektedir.<sup>26</sup> DSM-5’te DEHB tanısı “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altına alınmıştır. Ayrıca belirtilerin başlangıç yaşı 7’den 12’ye yükseltilmiş, otizm spektrum bozuklukları dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmış ve 17 yaş sonrasında DEHB tanısı için dikkat eksikliği veya hiperaktivite alanlarında 6 yerine 5 ölçütün tanı için yeterli olduğu kabul edilmiştir.<sup>1</sup>

### 2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB epidemiyolojisi konusunda yapılmış çok fazla sayıda araştırma mevcuttur ve %0,9 ile %20 arasında değişen oldukça farklı yaygınlık oranları bildirilmiştir.<sup>27</sup> Bu alandaki en geniş kapsamlı meta-analizlerden ilki 2007 yılında yapılmış ve DEHB'nindünya genelindeki yaygınlığı %5,29 olarak bulunmuştur.<sup>27</sup> 2012 yılında yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında ise tüm dünyadaki ortalama DEHB yaygınlığı işlevsellikte bozulma durumuna göre %5,9-7,1 olarak bildirilmiştir.<sup>28</sup> 2014 yılında bu iki geniş çaplı meta-analiz çalışmasının güncellenerek gözden geçirildiği, 30 yıl boyunca yapılmış farklı çalışmalarda bulunan DEHB yaygınlık tahminlerinin incelendiği çalışmada ise işlev kaybının değerlendirilmesi, farklı tanı sistemlerinin kullanılması ve farklı kaynaklardan bilgi alınması gibi metodolojik farklar ortadan kaldırıldığında DEHB'nin dünya genelinde benzer sıklıkta görüldüğü, coğrafi ve demografik özelliklerin DEHB sıklığını belirgin biçimde etkilemediği ve yıllar içinde DEHB sıklığındaki artışın; hastalık hakkındaki farkındalığın ve sağlık hizmetine ulaşmanın artması ile açıklanabileceği vurgulanmıştır.<sup>29</sup> Dünya genelinde çocuk ve ergenlerde mental bozuklukların yaygınlıklarını araştıran başka bir meta-analiz çalışmasında ise ortalama DEHB yaygınlığı %3,4 olarak bulunmuştur.<sup>30</sup> Toplum örnekleminde yapılan yaygınlık çalışmalarında en sık DEHB-DE görünümü bulunurken, kliniğe başvuranlar ile yapılan çalışmalarda en sık DEHB-B görünümü saptanmıştır.<sup>31</sup> Toplum örnekleminde erkek-kız oranı 3:1, klinik örnekleme 9:1 olarak bildirilmiştir.<sup>27</sup> Erkeklerde DEHB-B görünüm en sık gözlenirken, kızlarda DEHB-DE görünümünün daha sık görüldüğü belirtilmektedir.<sup>28</sup>

Türkiye'de Sivas ilinde ebeveyn ya da öğretmen ölçeklerine göre tanı konularak yapılan bir çalışmada 6-15 yaş grubunda DEHB sıklığı %8,1; Trabzon'da benzer yöntemle yapılan bir çalışmada ise 6-12 yaş grubunda DEHB sıklığı %8,6 olarak bulunmuştur.<sup>32,33</sup> Ülkemizde DSM-IV tanı ölçütleri ve yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılarak dört yıl üst üste DEHB yaygınlığının hesaplandığı bir çalışmada kronolojik sırayla %13,38, %12,53, %12,22 ve %12,91 değerleri elde edilmiştir.<sup>34</sup> Türkiye genelinde çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukların tarandığı yaygınlık çalışmasında işlevsellikte bozulma kriteri göz önüne alınarak hesaplanan DEHB yaygınlığı %12,4 olarak hesaplanmış ve dünya genelindeki ortalama yaygınlık değerinin oldukça üstünde olduğu görülmüştür.<sup>35</sup>

Simons ve ark.<sup>36</sup> tarafından erişkin grubunda yapılan yaygınlık çalışmalarının değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında erişkin DEHB ortalama yaygınlığı %2,5 olarak bulunmuştur. Türkiye’de erişkin ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda DEHB sıklığını araştıran çalışmalarda %1,6 ile %15,9 gibi farklı sonuçlar elde edilmiş ve örneklem seçimi, kullanılan tanı sistemi gibi metodolojik farklılıklara vurgu yapılmıştır.<sup>37-39</sup>

### **2.1.3. Etiyoloji**

Günümüzde yaygın olarak kabul edilen görüşe göre DEHB; genetik ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluktur.

#### **2.1.3.1. Genetik**

DEHB etiyojisinde genetik etmenler büyük oranda rol almaktadır. Aile çalışmalarında DEHB’li çocukların birinci derece akrabalarında riskin 5-9 kat arttığı gösterilmiştir.<sup>40</sup> Ailede DEHB öyküsü varlığı durumunda kardeşlerde DEHB görülme sıklığı %50, kuzenlerde görülme sıklığı %25 iken, aile öyküsü bulunmayan normal populasyonda bu sıklığın %5-10 arasında olduğu belirtilmektedir.<sup>41</sup> Tek yumurta ikizlerinde DEHB için eş hastalanma oranı %59-92, çift yumurta ikizlerinde ise %29-42 olarak bulunmuştur.<sup>42</sup> Faraone ve ark. DEHB ile ilgili 20 ikiz çalışmasının değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında ortalama kalıtılabilirliğin 0.76 olduğunu saptamışlardır.<sup>43</sup> Evlat edinilen DEHB’li çocuklarla yapılan çalışmalarda da; biyolojik anne babaların evlat edinen anne babalara kıyasla daha sık DEHB tanısı aldığı gösterilmiştir.<sup>44</sup>

Genetik bilimindeki son gelişmelerle tek gene bağlı Mendel tipi hastalıklardan farklı olarak, toplumun daha büyük bir kısmını etkileyen tüm yaygın hastalıklara (kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, obezite, astım, nörolojik ve mental bozukluklar vb. gibi) DNA yapısındaki tek bir genin masif katkısı yerine birçok genin küçük oranlarda katkısı ve çevresel faktörlerin de etkisi bulunduğu anlaşılmıştır. Bu tür hastalıkların kalıtımına kompleks kalıtım, türüne de kompleks ya da poligenik hastalık adı verilir. Mendel türü (simpleks/monogenik) kalıtımda tek gen/tek fenotip gözlenir ve hastalığa neden olan mutasyonların penetransı yüksektir. Kompleks (poligenik) kalıtımda ise penetransları düşük birçok genin ve çevrenin etkileşimi söz konusudur. İnsanı insan



yapan DNA özellikleri arasındaki benzerlik, bireyler arasında %99,9'dur; dolayısıyla bireyleri farklı yapan DNA'nın sadece %0,1'lik küçük bir kısmıdır. Kompleks hastalığın temelinde bireyler arasındaki bu çeşitlilik yatar. Yaygın (kompleks) hastalıklar, genom üzerinde yaygın olarak görülen DNA değişiklikleri (polimorfizm) ile karakterizedir. DNA polimorfizmleri tek başlarına hastalık oluşturmak için yeterli değildir, ancak hastalık riskini farklı oranlarda arttırarak, kümülatif etki ile hastalık oluştururlar.<sup>45</sup>

DEHB etiolojisinde çok sayıda aday gen üzerinde çalışılmıştır. Dopaminerjik sistemde özellikle DRD4 ve DAT1 genleri üzerinde durulmakla birlikte, DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, COMT, MAO-A, MAO-B ve tirozinhidroksilaz genleri ile de anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca serotonerjik sistemde HTR1B, HTR2A, HTR2C, TPH1, TPH2, DDC; noradrenerjik sistemde SLC6A2, ADRA2A, ADRA2C; kolinerjik sistemde CHRNA4; glutaminerjik sistemde GRIN2A, GRM7 ve santral sinir sistemi gelişim yollarıyla ilgili SNAP-25, BDNF genleri ile DEHB arasında ilişki bildirilmiştir.<sup>46</sup> Bu çalışmalar sonucu DEHB gibi kompleks fenotipli hastalıkların poligenik özellik gösterdiği, hiçbir aday genin tek başına DEHB oluşumundan sorumlu olamayacağı, birçok genin küçük etki boyutlarıyla tüm genetik riski oluşturduğu ve çevresel etkenlerin de etkileşimiyle hastalığın ortaya çıktığı görüşü önem kazanmıştır.<sup>47,48</sup>

Tüm genomun analiz edildiği genom çapı çalışmalarında, tüm genomun sadece %2'sini oluşturan kodlayıcı bölgelere ve kodlamayan RNA'lara (ncRNA, noncoding RNA) sınırlı kalınmamaktadır ve DEHB gibi kompleks hastalıkların araştırılmasında büyük avantaj sağlamaktadır. Genom çapı çalışmaları kendi içinde bağlantı ve ilişkilendirme çalışmaları olarak ikiye ayrılmaktadır.<sup>49</sup>

Bağlantı çalışmalarında bugüne kadar DEHB ile ilişkili 100'den fazla gen bildirilmiştir ve yatkınlık oluşturan gen lokuslarının ön taraması açısından yararlı olmakla birlikte düşük-orta etkinlikteki birçok genin sorumlu olduğu düşünülen DEHB'ye özgül genlerin saptanmasında yeterince etkili değildir.<sup>46,49</sup>

İlişkilendirme çalışmalarında bireyler arasındaki genom çeşitliliğinin iki ana türüne bakılır, bunlar tek nükleotid polimorfizmleri (Single Nucleotide Polymorphisms: SNP) ve kopya sayısı farklılıkları (Copy Number Variations: CNV) olarak adlandırılmaktadır. SNP'ler genom dizisindeki tek nükleotid (A, T, C, G) değişimleridir. SNP'ler benzer

koşullarda bazı bireylerin daha sağlıklı iken, diğerlerinin hastalığa yatkın olmasına, aynı hastalığın farklı bireyler arasında neden farklı şekilde seyrettiğine, ayrıca bazı bireylerin tedaviye olumlu yanıt verirken, diğerlerinin vermemesine büyük oranda açıklık getirir. Bir değişimin SNP olarak tanımlanabilmesi için, geniş bir toplumun en az %1'inin DNA dizisinde görülmesi gerekir. SNP'ler mutasyonlardan farklı olarak penetransları düşüktür, yaygındırlar ve tek başlarına hastalığa yol açmazlar. CNV'ler, 1 kilobazdan 10'larca megabaza uzayabilen DNA bölgeleridir ve tüm genoma dağılmış halde bulunurlar, bireyden bireye çok farklılık gösterirler. Tek nükleotid değişiminden oluşan SNP'lerden farklı olarak, CNV'lerdelesyon ya da duplikasyonlar sonucunda oluşan, daha geniş DNA segmentleridir ve hastalık oluşumunda en az SNP'ler kadar etki sahibidirler.<sup>45</sup>

DEHB'nin moleküler genetiği üzerine yapılan çalışmaları inceleyen bir meta-analizde dört farklı genetik yaklaşımda (aday gen çalışmaları, bağlantı çalışmaları, GWAS-SNP ve CNV) ortak olarak saptanan bir gen bulunamamış ancak aday gen çalışmaları hariç diğer üç yaklaşımda CDH13, ATP2C2, ve GRM5 genlerinin ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>46</sup> Başka çalışmalarda CDH13 geninin madde bağımlılığı, otizm ve şizofreni ile de ilişkisi bildirilmiştir.<sup>49</sup>

Ayrıca hem bağlantı hem de aday gen çalışmalarında LPHN3 geninin DEHB ile ilişkili olduğu, LPHN3 genindeki polimorfizmlerin DEHB'ye yatkınlığı ve tedavi yanıtını etkilediği bildirilmiştir.<sup>50</sup>

Genetik risk üzerinde etkileri oldukça küçük olan aday genlerin ve varyasyonların biyolojik yollarla ilişkisinin araştırılmasıyla DEHB'nin moleküler temelinin anlaşılacağı düşünülmektedir. DEHB'nin genetik zemininin ortaya çıkarılabilmesi için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.<sup>49</sup>

### **2.1.3.2. Psikososyal ve Çevresel Faktörler**

DEHB etiolojisinde çevresel faktörler ve gen-çevre etkileşimi önemli görülmektedir.<sup>51</sup> Düşük doğum ağırlığı ve prematürite, annenin gebeliği sırasında stresli olması, sigara içmesi, ilaç (örn.; parasetamol), alkol veya madde kullanması, perinatal stres ile DEHB arasında ilişki olduğu bulunmuştur.<sup>52,53</sup> Doğum komplikasyonları, anne karnında veya erken çocukluk döneminde kurşun, organofosfat gibi tarım ilaçlarına veya çevresel

toksinlere maruziyetin de DEHB için risk faktörü olduğu bildirilmiştir.<sup>54,55</sup> Bahsedilen risk faktörleriyle DEHB arasındaki ilişki ortaya konulmakla birlikte nedensel bir ilişki kurulabilmesi için karıştırıcı faktörlerin elimine edildiği yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.<sup>54</sup> Psikososyal etkenlerin DEHB’de belirtilerin şiddeti, süreğenliği ve eşlik eden bozukluklar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Prenatal maternal strese neden olan boşanma, taşınma gibi durumların DEHB belirtilerini etkilediği ortaya konulmuştur.<sup>56</sup> Çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimini inceleyen epigenetik araştırmaların artmasıyla bunların hastalık oluşumuna etkisinin daha iyi anlaşılabilceği düşünülmektedir.<sup>57</sup>

## **2.1.4. DEHB Patofizyolojisi**

### **2.1.4.1. Nörobiyoloji ve Bilişsel fonksiyonlar**

DEHB’yi ortaya çıkaran biyolojik mekanizmalar henüz tam olarak ortaya konulamamıştır ve DEHB tanısında kullanılan bir biyo-marker bulunmamaktadır.<sup>51</sup> Hayvan deneylerinden elde edilen bulgular ve DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların nörokimyasal etkilerinden yola çıkılarak; dopamin (DA) ve noradrenalin (NA) sistemlerindeki bozuklukların hastalığın oluşumunda rolü olduğu düşünülmektedir.<sup>51,58</sup> Frontostriatal yolaktaki GABA ve glutamat aktivitesi DA tarafından düzenlenerek; uyarana verilecek yanıtın belirlenmesi, uygunsuz yanıtın baskılanması, işlem belleği fonksiyonları sürdürülmektedir. DEHB’de frontostriatal yolakta hipofonksiyon olduğu gösterilmiştir.<sup>59</sup> Frontoserebellar ve frontolimbik yolların fonksiyonu da DA tarafından düzenlenir ve zamanlama, motivasyon, öğrenme ve duyguların düzenlenmesinde rol alırlar.<sup>59</sup> Dopaminerjik yollardan mezolimbik yolağın fonksiyon azlığında; ödülü beklemede güçlük, tepki ketlenmesinde sorunlar, dürtüsellik ve yeni durumlarda hiperaktivite ortaya çıkmaktadır. Mezokortikal yolaktaki hipofonksiyonda; planlama ve dikkat sorunları; nigrostriatal yolağın fonksiyonları azaldığında ise motor koordinasyon ve davranış inhibisyonunda sorunlar oluşmaktadır.<sup>60</sup> NA; temel olarak uyarılma ve uyanık kalma ile birlikte dikkat ve motivasyon süreçlerinde de rol alır. Prefrontal korteksteki alfa-2a reseptörleri üzerinden bilişsel fonksiyonların düzenlenmesini sağlar. NA-erjik sistem bozulduğunda dikkatsizlik, uykusuzluk ve bilişsel bozukluklar ortaya çıkmaktadır.<sup>59</sup>

Prefrontal korteksin görevleri arasında yer alan yürütücü işlevler; bağımsız, amaca yönelik ve kendini kontrol etmeye ilişkin davranışları başarı ile yürütmeyi sağlayan kapasite olarak tanımlanmıştır ve bireylerin bilişsel, duygusal ve sosyal davranışlarının sürdürülmesinde rol oynarlar.<sup>61,62</sup> Yürütücü işlevler ile ilgili en çok kabul edilen iki model şunlardır:

1. Barkley'in yürütücü işlev modeline göre DEHB'de temel sorun olan yürütücü işlev alanı; tepki ketleme (davranışsal inhibisyon) bozukluğudur. Buna bağlı olarak şu dört alt yürütücü işlev de bozulmaktadır: çalışma belleği (Bir görev üzerinde çalışırken gerekli olan bilgiyi, o anda ortamda olmasa da, zihninde tutma işlevini sağlar.), dilin içselleştirilmesi (Öğrenmeye bağlı davranışın düzenlenmesine, kuralların içselleştirilmesine yarar ve aktif problem çözümünde kuralların takip edilmesini sağlar.), self-regulasyon (Duyguları, motivasyonu ve uyarılmışlık düzeyini kontrol etmeyi, uygun davranışta bulunabilmeyi sağlar.) ve genel uyarılmışlık düzeyinin düzenlenmesi ve yeniden yapılanması (Sözel veya sözel olmayan yeni ve yaratıcı davranış kalıplarının geliştirilmesi için gereklidir).<sup>63,64</sup>

2. DEHB'de yürütücü işlevlerin bozukluklarını açıklamaya çalışan bir diğer model olan Brown'ın tanımlayıcı modelinde yürütücü işlevler altı gruba ayrılmıştır:

- 1.Harekete geçme: DEHB'li bireyler planlama, önceliklerin belirlenmesi ve neyin ne zaman yapılacağı konusunda kronik olarak sorun yaşarlar.
- 2.Odaklanma: Odaklanma, dikkati sürdürme ve gerektiğinde dikkatin başka görevlere kaydırılmasında sorun bulunur.
- 3.Gayret: İlgiilerini çekmeyen konularda uyanıklığı ve motivasyonu sürdürmede sorun yaşarlar, bilişsel işlem hızları yavaş olduğu için bazı görevleri tamamlamaları çok fazla vakit gerektirir.
- 4.Duygu: DEHB'li bireyler değişen duyguları yönetmede sorun yaşarlar, ani parlamalar, duygusal kararsızlık sık görülür.
- 5.Hafıza: Çalışma belleğinin kullanılması ve anlık bilginin uzun süreli bellekteki diğer bilgilerle etkileşimi bozuktur.
- 6.Eylem: Doğru zaman gelene dek kendi eylemlerini engelleme, nasıl ve ne zaman eyleme geçileceğine karar vermede zorlukları bulunur.

DEHB tanılı olgularda yürütücü işlev bozuklukları belirgin olmakla birlikte; bu bozukluklar, DEHB olgularının tümünde görülmediği gibi, başka nörogelişimsel bozukluklarda da saptanabilirler. Ayrıca normal gelişim gösteren olgularda da yürütücü işlev güçlüklerine rastlanmaktadır.<sup>64-66</sup>

#### **2.1.4.2. Görüntüleme**

DEHB’de yapısal ve fonksiyonel açıdan sağlıklı populasyona göre farklılıklar gösteren çok sayıda nörogörüntüleme çalışması mevcuttur. İlk dönem çalışmalarda toplam hacim ölçümlerine ve teorik modelden yola çıkarak öncelikle fronto-striato-serebellar dizgeye odaklanılmıştır.<sup>67</sup> Valera ve ark’nın<sup>68</sup> meta-analiz çalışmasında DEHB’ sibulunan bireylerde; frontal lobda daha belirgin olmak üzere toplam beyin hacmi, serebellum ve corpus callosum hacimlerinin kontrollere göre daha küçük olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrollere göre toplam beyin hacminin %2,5, toplam gri cevher hacminin %3 daha küçük olduğu, beyaz cevher hacminin ise farklı olmadığı gösterilmiştir.<sup>69</sup> DEHB tanılı çocuklarda özellikle sağ tarafta globus pallidus, putamen ve bilateral kaudat nukleus hacimlerinin daha küçük olduğu ve bu farklılıkların yaş ve stimulan tedavisi ile birlikte azalma eğiliminde olduğu bir çok çalışmada tutarlı olarak bildirilmiştir.<sup>70-73</sup>

2017 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında bazal gangliyonlara ek olarak amigdala, nukleus akumbens ve hipokampusta da hacim azlığı bildirilmiş, ayrıca stimulan kullanımı veya komorbidite varlığının sonuçları etkilemediği gösterilmiş ve amigdaladaki hacimsel defisit DEHB’de duygusal düzenleme sorunlarını açıklamaya katkıda bulunabileceği belirtilmiştir.<sup>74</sup> Nakao ve ark.<sup>71</sup> DEHB tanılı erişkinlerde anterior singulat korteks hacminin daha az olduğunu bulmuş, bu durumun kalıcı DEHB belirtileriyle ilişkili olabileceğini vurgulamıştır. 2019 yılında yayınlanan oldukça geniş çaplı bir mega-analiz çalışmasında; DEHB grubunda sağlıklı kontrollere göre; toplam korteks yüzey alanının anlamlı derecede küçük olduğu ayrıca 4 bölgede (fusiform girus, presentral girus, parahipokampal girus ve temporal kutup) kortikal kalınlığın daha az olduğu; bu farkların özellikle küçük yaşlarda mevcut olup ergen ve yetişkin alt gruplarında fark bulunmadığı saptanmıştır.<sup>75</sup> Aynı çalışmada genel toplum değerlendirmelerinde; Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği’nde (CBCL) dikkatsizlik puanlarındaki artış ile

kaudal orta frontal girus, orta temporal girus ve toplam korteks yüzey alanında azalma arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

Beyaz cevher mikro-yapısını daha ayrıntılı ortaya koyan bir manyetik rezonans (MR) yöntemi olan Difüzyon Tensor Görüntüleme (DTG) çalışmalarında; DEHB tanılı bireylerde fronto-striatal, fronto-parietal ve fronto-serebellar dizgeler başta olmak üzere tüm beyinde yaygın olarak beyaz cevher yapısının atipik gelişim gösterdiği bulunmuştur.<sup>76</sup> Başka bir meta-analiz çalışmasında; sağ singulum, sağ sagittal striatum, sol tapetum gibi kısımlara uzanan corpuscallosum'un splenium kısmında farklılıklar gösterilmiş; fronto-striatal-serebellar devreye ek olarak bilateral hemisferleri ve posterior beyin bölgelerini birleştiren beyaz madde yolaklarında bozulmanın da DEHB patofizyolojisi ile ilişkili olduğu iddia edilmiştir.<sup>77</sup>

fMRG çalışmalarında ise; dikkat ve yürütücü işlevlerin sürdürülmesinde görevli nöronal ağlarda işlev bozuklukları saptanmış, DEHB'li bulunan olgularda bilateral ventral dikkat alanları (inferior frontal korteks, bazal gangliyonlar) ve yürütücü işlevlerde görevli fronto-temporo-parietal bölgelerde kontrol grubuna göre aktivasyon azlığı saptanmıştır.<sup>78</sup> Motor inhibisyon, dikkat ve zamanlama görevleri sırasında DEHB'li bulunan çocuklarda saptanan hipoaktivasyon, yaşla beraber giderek kaybolma eğilimi göstermektedir.<sup>79</sup>

Sonuç olarak DEHB'de beynin hem yapısal hem de işlevsel olarak gelişiminin geciktiği düşünülmekte; bununla birlikte erişkin dönemde de devam eden beyaz ve gri madde anormallikleri bulunmakta; farmakolojik tedavinin yapısal ve işlevsel düzelmelere katkı sağladığına dair kanıtlar yazında yer almaktadır.<sup>51</sup>

### **2.1.5. Klinik Görünüm ve Değerlendirme**

DEHB'de değerlendirme süreci; çocuk ve ebeveynler/bakımverenler ile ayrıntılı psikiyatrik görüşme yapılması, dikkatli bir şekilde gelişimsel ve tıbbi öykünün alınması, öğretmenlerden bilgi toplanması, eşlik eden tanı olup olmadığının değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda ileri inceleme ve tetkiklerin yapılmasını içermektedir.<sup>80</sup> Öykü alınırken kısıtlayıcı olmaktan kaçınılmalı (ör: sadece tanı kriterlerinin var/yok şeklinde sorulması), detaylı gelişimsel ve tıbbi geçmiş ile birlikte aile dinamikleri, sosyal güçlükler ve destek sistemleri öğrenilmelidir.<sup>51</sup> Çocukla yapılan görüşme sırasında çocuğun genel bilişsel ve

psikiyatrik durumu değerlendirilmeli, dış görünümü, düşünce işleyişi ve davranışlarının yaşına ve sosyokültürel özelliklerine uyup uymadığı belirlenmelidir.<sup>80</sup> Çocuklar klinik görüşme sırasında yeni, yabancı bir ortamda ve bir doktorun yanında buldukları için normalde olduklarından çok daha sakin, dikkatli ve kontrollü davranabilirler. Bu nedenle görüşmede DEHB semptomlarının gözlenmemiş olması tanı konulmasına engel değildir. Ebeveyn ve öğretmenlerin gözlemleri tanı için oldukça değerli bilgiler sağlamaktadır.<sup>81</sup> Hiçbir beyin görüntüleme yöntemi, laboratuvar veya psikolojik teste göre DEHB tanısı konulamaz ancak mental kapasitenin değerlendirilmesi için zeka testleri, tanıya destek olması ve tedavinin izlenmesi için birtakım dikkat testleri kullanılabilir.<sup>80</sup>

Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB'nin klinik özellikleri yaşla birlikte değişebilmektedir. Okul öncesi dönemde; aşırı hareketlilik, sabırsızlık, oyunlarda sıranın kendisine gelmesini bekleyememe, öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları, yaşlılarına göre çok daha kısa dikkat süresi, diğer çocukların oyunlarını bozma, itme-vurma gibi fiziksel zarar verici davranışlar, yüksek enerji düzeyi, konuşma bozuklukları, uyku saatlerine uyumsuzluk, kreşten uzaklaştırılma gibi sorunlar görülebilmektedir. Okul öncesi dönemde DEHB'nin tanınması ve erken müdahale ile ileriki yaşlarda gelişecek eşitliklerin azaltılabileceği bildirilmiştir.<sup>82</sup>

DEHB özellikle akademik başarı ve sosyal uyumu etkilediği için çocuklarda DEHB'nin tanınması daha çok okul yıllarında olmaktadır. Okul çağındaki DEHB'sibulunan çocuklarda; ödevlerini tamamlayamama, günlük rutin davranışları oturtmakta güçlük, yaşlılarına göre daha çok uyarı alma, daha fazla kaza geçirme, dikkatsiz davranışlar, sabırsızlık, kolay öfkelenme, fiziksel olarak tehlikeli davranışlarda bulunma, planlama ve zaman yönetiminde sorunlar, akademik başarısızlık, öfke nöbetleri ve agresif davranışlar, sıra bekleyememe, akranları ve yetişkinlerle ilişkilerinde sorunlar ve dışlanma görülebilmektedir.<sup>65,83</sup>

Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin en az % 65'inin ergenlik döneminde de DEHB tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir. Çocukluk dönemindeki hareketlilik azalarak daha çok "iç huzursuzluk" şeklinde görülebilir.<sup>84</sup> Duygu düzenlemede sorunlar, sonucunu düşünmeden konuşma, akademik başarısızlık, dürtü kontrolünde sorunlar, kendine zarar verici davranışlar, planlama sorunları, aile ve akran ilişkilerinde güçlükler, özsaygıda düşüklük, artmış depresyon ve kaygı bozukluğu riski, riskli cinsel davranışlar,

alkol ve madde kullanımı, eşlik eden davranım bozukluğu ve suçta karışma DEHB'si bulunan ergenlerde ortaya çıkan başlıca sorun alanlarıdır.<sup>85-89</sup> Ergenlik döneminden sonra birçok kişide hiperaktivite ve dürtüsellik azalmaya devam etse de dikkat eksikliği erişkin dönemde de sürmektedir.<sup>90</sup> Dikkat problemleri ve unutkanlık, işlerini zamanında yetiştirememe, çok konuşma, aşırı spor yapma, iç huzursuzluğunu gidermek için alkol-madde kullanma, öfke kontrol güçlüğü, ani iş değişiklikleri, evlilik sorunları, riskli cinsel davranışlar, çocuklarına karşı tahammülsüzlük görülebilmekte ve kişilerin hayatının birçok alanı ciddi olarak olumsuz etkilenmektedir.<sup>91</sup>

### **2.1.6. DEHB Alt Tipleri**

DEHB'nin klinik özellikleri göz önüne alınarak üç alt tip tanımlanmıştır (DEHB belirti kümelerini içeren tanı ölçütleri tablo-1'de verilmiştir.):

**Dikkat Eksikliği Baskın Tip (DEHB-DE):** Günlük yaşantılarında içe dönük, dağınık, unutkan, sık dikkat hataları yapan, iş ve okul yaşantılarında çalışmalarının karşılığını alamayan bireylerdir.

**Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Tip (DEHB-HA):** Aşırı hareketlilik ve dürtüsellikğin önde olduğu, dikkat sorunları yaşamayan bireylerdir.

**Birleşik Tip (DEHB-B):** Hem dikkat sorunlarının hem de aşırı hareketliliğin bulunduğu, kliniğe en sık getirilen gruptur. En sık okul ve evde kurallara uymama, yaptığı işe odaklanamama, zihinsel kapasitesinin altında akademik başarı gösterme, sık kaza geçirme şikayetleri tanımlanmaktadır.<sup>92</sup>



**Tablo 1: DSM-5'e göre DEHB tanı ölçütleri**

**A.A-1'de ve/veya A-2'de belirtilen ve gelişimi etkileyen, süregiden dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik.**

**1) Dikkatsizlik:** Aşağıdaki belirtilen semptomlardan altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- a) Çoğu kez dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işte ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hata yapar.
- b) Çoğu kez işlerine veya oyun aktivitelerine dikkatini vermekte güçlük çeker.
- c) Çoğu kez onunla konuşurken dinliyormuş gibi görünmez.
- d) Çoğu kez talimatları sırası ile izlemekte güçlük çeker ve uğraştığı ödevi, işi bitiremez.
- e) Çoğu kez görevlerini ve faaliyetlerini düzenlemekte zorluk çeker.
- f) Çoğu kez odaklanma ve zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır veya bunları sevmez.
- g) Çoğu kez işleri ve faaliyetler için gerekli olan şeyleri (malzemeleri) kaybeder.
- h) Çoğu kez dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
- i) Çoğu kez günlük etkinliklerde untkandır.

**2) Hiperaktivite ve dürtüsellik:** Aşağıdaki belirtilen semptomlarından altı tanesinin veya daha fazlasının gelişimsel düzeye uymayacak biçimde ve sosyal, akademik/mesleki etkinlikleri olumsuz etkileyecek biçimde en az 6 ay süre ile görülmesi.

- a) Çoğu kez elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b) Çoğu kez oturması istenildiği yeri terk eder.
- c) Çoğu kez uygun olmadığı halde etrafta koşuşturur veya çevresindeki şeylere tırmanır.
- d) Çoğu kez sessizce oynamakta ya da eğlenmekte güçlük çeker.
- e) Çoğu kez sürekli hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibidir.
- f) Çoğu kez çok konuşur.
- h) Çoğu kez grup faaliyetlerinde sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i) Çoğu kez başkalarının faaliyetlerine müdahale eder.

**B. 12 yaştan önce dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellikçe dair bazı semptomların başlaması**

**C. Dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellikğin pek çok semptomunun en az iki ortamda görülmesi**

**D. Sosyal ilişkileri, okul ilişkilerini ve iş kalitesini bu belirtilerin bozduğuna dair açık kanıtların bulunması**

**E. bu belirtilerin sadece şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluklar sırasında görülmemesi veya başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması (Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk, Kişilik Bozukluğu, Madde İntoksikasyonu veya Çekilmesi)**

**Aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz:**

**Bileşik Tip:** Hem A, hem B kriterini son 6 ayda karşılıyorsa

**Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip:** Eğer A kriterini karşılıyor ama B kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

**Hiperaktivitenin ön planda olduğu tip:** Eğer B kriterini karşılıyor ama A kriterini son 6 ayda karşılamıyorsa

**Aşağıdaki durumları belirtiniz:**

**Kısmi remisyon:** Eğer eskiden tam belirtiler varsa ve son 6 ayda belirtilerin hepsi yoksa ancak mevcut belirtiler halen sosyal, akademik hayatta ve iş hayatında yetersizliğe yol açıyorsa buna "kısmi remisyon" denir.

**Şu anki şiddetini belirtiniz:**

**Hafif:** Tanı için gerekli olan semptomlardan daha fazlası yok ise ve sosyal ve mesleki açıdan kısmi yetersizliğe yol açıyorsa.

**Orta:** hafif ve şiddetli arasında bir belirsizlik söz konusuysa.

**Şiddetli:** tanı için gerekli semptomlardan daha fazlası veya özellikle şiddetli olan pek çok semptom varsa veya semptomlar sosyal ve mesleki işlevlerde belirgin bozulmaya yol açıyorsa.

### 2.1.7. DEHB'ye Eşlik Edebilen Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Nörobiyolojik altyapı ile beraber öğrenme, duygu düzenleme, sosyal ve davranışsal işlevsellik gibi hayatın birçok alanında bozulmaya yol açtığı için DEHB'ye sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir.<sup>65</sup> MTA çalışmasında DEHB'si bulunan bireylerin %70'inde en az bir komorbid psikiyatrik tanı bulunduğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğunun %40, kaygı bozukluklarının %34, davranım bozukluğunun %14, tik bozukluğunun %11, depresyonun %4 ve mani-hipomaninin de %2 oranında DEHB'ye eşlik ettiği gösterilmiştir.<sup>93</sup> DEHB'li erişkinlerin %88'inde yaşam boyu en az bir ek psikiyatri tanı bulunduğu ve bunun toplum ortalamasına göre 6 kat fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>94</sup>

Yıkıcı davranış bozuklukları (YDB) (Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve Davranım Bozukluğu) %50-60 arasında değişen oranlarla DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklardır.<sup>95-97</sup> YDB eş tanısı varlığında semptom şiddeti, tedavi uyumu ve prognoz olumsuz etkilenmekte, erişkin dönemde ise antisosyal kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları için risk artmaktadır.<sup>95,97-99</sup>

DEHB'de anksiyete bozukluğu (AB) komorbiditesinin %18-50 arasında olduğu ve yaşla birlikte oranın arttığı bildirilmektedir. Artan yaşla birlikte ergenlerin sosyal, akademik ve mesleki olarak daha fazla sorumluluk altına girmeleri, anksiyete/kaygı uyaran durumlarla daha fazla yüzleşmelerinin buna neden olabileceği düşünülmektedir.<sup>98</sup> DEHB-AB beraberliğinde özellikle DE belirtileri ön plandaysa; mevcut şikayetler anksiyete ile ilişkilendirilip DEHB tanısı atlanabilmektedir.<sup>100</sup>

DEHB'si bulunan çocuk ve ergenlerde depresyon sıklığının %12-50 arasında olduğu ve DEHB tanısı olmayanlara göre riskin 2,5-5,5 kat arttığı bildirilmiştir.<sup>101</sup> DEHB nedeniyle akademik, sosyal ilişkiler, ebeveyn ilişkileri, aile işlevselliği gibi alanlarda sorun yaşayan bireylerde, olumsuz çevre koşulları ve yaşam deneyimleriyle birlikte depresyonun ortaya çıkmasının kolaylaştığı düşünülmektedir.<sup>101</sup> DEHB tanılı bulunan bireylerde unipolar depresyondan bipolar depresyona dönme riski %28 iken DEHB tanısı olmayanlarda bu riskin %6 olduğu, komorbid davranış sorunları ve ebeveynlerde duygudurum bozukluğu bulunmasının öngörücü faktörler olduğu bildirilmiştir.<sup>102</sup>

DEHB'si olan bireylerde bipolar bozukluk (BB) komorbiditesi %11-22 arasında, BB olan bireylerde DEHB komorbiditesi ise %60-90 oranlarında bildirilmiştir. BB olan kişilerde DEHB komorbiditesi daha erken başlangıç, daha şiddetli duygudurum semptomları, daha düşük eğitim düzeyi, daha yüksek intihar oranları, daha fazla anksiyete ve madde kullanım bozukluklarıyla ilişkilidir.<sup>102</sup>Geller ve ark.<sup>103</sup> iritabilite, hiperaktivite, konuşmada hızlanma, dikkatin kolay dağılması belirtilerinin her iki bozuklukta ortak görüldüğünü; taşkın duygudurum, grandiyozite, fikir uçuşmaları-yarışan düşünceler, uyku gereksiniminde azalma ve hiperseksüalite belirtilerini BB tanısı için ayırıcı semptomlar olduğunu bildirmişlerdir.

DEHB-Tik Bozukluğu (TB) birlikteliği; uzun yıllardır bilinen ve etiyolojik, fenomenolojik ve tedavi açısından önemli sonuçları olan bir durumdur.<sup>98</sup> DEHB'si olan bireylerin %20 kadarında aynı zamanda TB bulunduğu; TB, özellikle Tourette Sendromu (TS) olan bireylerde ise %50'ye varan oranlarda DEHB eştanısı olduğu bildirilmektedir.<sup>104</sup> DEHB'si olan bireylerde TB varlığında anksiyete ve obsesif kompulsif bozuklukların (OKB) görülme sıklığı artmaktadır.<sup>104,105</sup> TS-DEHB-OKB birlikteliğinin ailesel özellikler gösterdiği bildirilmiştir.<sup>105</sup> OKB'si olan çocuklarda %35'e varan oranlarda DEHB eşlik etmektedir.<sup>106</sup> DEHB'nin eşlik ettiği OKB'nin; erkek cinsiyet, daha erken OKB başlangıcı, artmış psikososyal işlev bozukluğu, daha fazla psikiyatrik eş tanı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.<sup>106</sup>

DEHB'si olan çocuklarda Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) sıklığı ortalama %33; ÖÖB tanısı alan çocuklardaki DEHB sıklığı da %18 ile %60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir.<sup>107,108</sup> DEHB ve ÖÖB'de çalışma belleği ve işlem hızı anormallikleri gibi bazı ortak nöropsikolojik özellikler gösterilmiştir ve her iki bozukluk için ortak bir biyolojik-genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir.<sup>107</sup> DEHB ve ÖÖB'ye sahip çocukların, yalnızca birine sahip olanlara göre akademik işlevselliklerinin belirgin olarak düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>107,108</sup> ÖÖB tanısı konulan çocuklara DEHB'ye yönelik ilaç tedavisinin yanı sıra uygun eğitsel yardım ve danışmanlık verilmelidir.<sup>98</sup>

Ergenlik döneminde Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tanısı alan olgularda %25-50 oranında DEHB eş tanısı olduğu gösterilmiştir.<sup>109</sup> DEHB tanısı alan çocuklarda herhangi bir MKB geliştirme riskinin en az 1,5 kat; nikotin bağımlılığının ise 3 kat arttığı gösterilmiştir.<sup>88</sup> Bu artışın muhtemel sebepleri olarak; DEHB ile ilişkili davranış sorunları,

agresyon, ailesel, çevresel ve akademik sorunlar, dikkat ve yürütücü işlev sorunları, davranışsal dezinhibisyon, self-medikasyon veya DEHB ile MKB arasındaki ortak genetik-nörobiyolojik mekanizmaların olabileceği düşünülmektedir.<sup>110-112</sup>

DSM-5'te getirilen değişikliklerle DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı birlikte koyulabilmektedir. OSB olan bireylerde %80'e varan oranlarda DEHB tanımlanırken, DEHB'si olan bireylerdeki OSB sıklığı için %40'a varan oranlar bildirilmiştir.<sup>97,113</sup> Sosyal-iletişim beceri zayıflığı, dil gelişiminde gecikme, duyuşal aşırı duyarlılık, dikkat problemleri, karşıt olma-karşı gelme davranışları ve duygusal düzenleme ile ilgili sorunlar her iki bozuklukta da yer alan ortak belirtilerdir.<sup>98,113</sup>

Sonuç olarak DEHB'ye yüksek oranda başka psikiyatrik bozukluklar eşlik ettiği için; aile ve çocuk belirtmese de eşlik eden hastalıklar sorgulanmalı ve tedavi planı ona göre düzenlenmelidir.

### **2.1.8. Tedavi**

DEHB tanısı konulan bireyler; bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli, aileye ve çocuğa DEHB ile ilgili ayrıntılı psikoeğitim verilmelidir. DEHB biyolojik kökenli bir bozukluk olduğu için çeşitli kılavuzlarda belirtilen ilk sıra tedavi seçeneği ilaç tedavisidir.<sup>99,114-116</sup> Ek olarak anne-baba eğitimi, davranışsal ve diğer psikososyal müdahalelerin ilaç tedavisinin etkinliğini artırdığı, emosyonel regülasyon, okul ve aile sorunları üzerine olumlu etkileri olduğu kabul edilmektedir.<sup>117</sup>

#### **2.1.8.1 Farmakoterapi**

Çeşitli kılavuzlarda DEHB tedavisinde ilk sırada psikostimülanlar (metilfenidat (MPH), dekstroamfetamin, lisdeksamfetamin) ve atomoksetin önerilmektedir.

Psikostimülanlar DEHB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır ve etkinlikleri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>118</sup> MPH özellikle prefrontal korteks ve striatumdan dopamin ve noradrenalin salınımını artırarak ve presinaptik bölgeden bu iki nörotransmitterin geri emilimini engelleyerek sinaptik aralıktaki DA ve NA düzeyini artırmaktadır. Amfetamin tuzları da DA geri alımını engelleyerek ve sinaptozomlardaki DA'insinaptik aralığa salınımını artırarak etki gösterirler.<sup>119</sup> Amfetaminler ve MPH grubu psikostimülanların

dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi DEHB'nin çekirdek semptomlarına ek olarak karşıt olma ve davranış bozuklukları, dürtüsel saldırgan davranışlar ve sosyal etkileşim alanlarında da belirgin düzelme meydana getirdiği bildirilmiştir.<sup>120</sup> Stimülan tedavisi sırasında en sık görülen yan etkiler uykusuzluk, iştahsızlık, baş-karın ağrısı ve sinirlilik, daha az görülen yan etkiler ise tikler, emosyonel labilite ve iritabilitedir.<sup>121,122</sup>

Atomoksetin birçok çift kör plasebo kontrollü çalışmada etkili olduğu kanıtlanmış, DEHB tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan ilk stimülan-dışı ilaçtır.<sup>123,124</sup> Özellikle prefrontal kortekste presinaptik NA taşıyıcılarının inhibisyonu ile DA ve NA düzeylerinin artışı sağlamaktadır.<sup>125</sup> Çok düşük oranda presinaptik serotonin ve DA taşıyıcılarına da afinitesi bulunur.<sup>126</sup> Çocuk ve ergenlerde en sık görülen yan etkiler; karın ağrısı, iştah azalması, kusma, uyku hali, sinirlilik, baş ağrısı, baş dönmesi ve dispepsidir.<sup>127</sup> Stimülanlardan farklı olarak uyku sorunları atomoksetin tedavisinde görülmemektedir.<sup>128</sup> Kan basıncını ve kardiyovasküler riski çok az da olsa artırabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>129,130</sup>

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan alfa 2 agonistlerden guanfasin ve klonidin, FDA tarafından 6 yaş üstü çocuk ve ergenlerin DEHB tedavisinde kullanılması için onaylanmıştır. DEHB tedavisindeki etki mekanizmaları tam olarak bilinmemekle beraber norepinefrinin alfa-2 adrenoseptörler üzerine etkisine benzer şekilde prefrontal kortekste bilişsel fonksiyonları düzenlemesi ile etki oluştuğu düşünülmektedir.<sup>131</sup> Stimülanlara oranla terapötik etkilerinin geç başladığı ve etki boyutlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>132</sup> Uyku hali, baş ağrısı, yorgunluk, sedasyon gibi yan etkiler sık görülmekte ve genelde geçici olmakla birlikte seyrek görülen tansiyon ve nabızdaki düşmeler uzun süre devam edebilmektedir.<sup>133</sup>

Sigara bırakma endikasyonu gibi bağımlılık davranışlarının tedavisinde sıkça kullanılan bupropion; NA ve DA geri alım inhibitörüdür. Çalışmalarda DEHB tedavisinde klinik etkinlik ve yan etki tolerabilitesi açısından metilfenidat ile yarışabilir düzeyde olduğu bildirilmesine rağmen DEHB tedavisinde rutin kullanımı uygulama kılavuzlarında önerilmemiştir.<sup>134,135</sup> Ayrıca nöbetleri artırma ihtimali nedeniyle epilepsi hastalarında kullanılması sakıncalı görülmektedir.<sup>136</sup>

İmipramin ve Desipramin gibi trisiklik antidepresanların (TCA); dikkatsizlik gibi DEHB'nin çekirdek semptomlarından ziyade davranış sorunları üzerine etkili olduğunu

bildiren çalışmalar mevcuttur.<sup>137</sup> İlk sıra ilaçlara yanıt alınamayan; DEHB'ye anksiyete, depresyon, tik bozuklukları veya noktural enürezisin eşlik ettiği durumlarda tek başına veya stimulanlarla kombine olarak kullanılabilir. Kardiyovasküler ve kolinerjik yan etkilerinden dolayı dikkatli kullanılmalı ve TCA başlamadan önce ve idame tedavisinde EKG takibi gerektiği unutulmamalıdır.<sup>118</sup>

Narkolepsi tedavisinde kullanılan modafinil'in uyarıcı bir nöropeptid olan hipokretin (oreksin) ve histamin kaynağı olan tüberomamiller çekirdeği uyarak uyku-uyanıklık dengesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>118</sup> Çalışmalarda DEHB' nin primer semptomlarında ilk 3 ayda görülen düzelmelerin daha uzun süre korunamadığı bildirilmiştir.<sup>138-140</sup> Yan etkileri arasında uykusuzluk, baş ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı, dermatolojik reaksiyonlar ve nadir de olsa Steven Johnson reaksiyonu yer almaktadır.<sup>118</sup>

DEHB'nin çekirdek semptomlarının tedavisinde etkinliklerinin sınırlı olduğu bildirilse de; özellikle davranım bozuklukları, agresyon veya emosyonel labilitenin eşlik ettiği DEHB tedavisinde risperidon ve aripiprazol gibi atipik antipsikotikler sıkça kullanılmaktadır.<sup>141,142</sup> Tedavi etkinliklerinin sınırlı olduğu ve metabolik sendrom, tip 2 diyabet, kardiyak etkiler ve ekstrapiramidal semptomlar gibi ciddi yan etkileri olabildiği unutulmamalıdır.<sup>118</sup>

### **2.1.8.2. İlaç-dışı yaklaşımlar**

Psikososyal yaklaşımların tek başına etkinlik açısından çoğu hastada yeterli olmadığı bilinmekle birlikte ilaç tedavileriyle kombine edildiğinde; DEHB semptomlarının düzelmesi, ilaç dozunun azaltılması ve ilişki, okul, aile sorunları, emasyon regülasyonu ve yürütücü işlevler üzerine olumlu etkileri olduğu kabul edilmektedir.<sup>117,143</sup>

DEHB tedavisinde tamamlayıcı yaklaşımların başında davranışçı anne-baba eğitimi ve okula yönelik müdahaleler gelmektedir. Anne-babalara DEHB hakkında ayrıntılı psikoeğitim verilmekte ve çocuğun olumsuz davranışlarını azaltmak için uygulayabilecekleri çeşitli teknikler öğretilmektedir.<sup>65</sup> Özellikle yıkıcı davranış bozuklukları olan çocuklarda uygun davranışların geliştirilebilmesi için davranışçı terapiler uygulanabilmektedir.<sup>144</sup> Ülkemizde DEHB ve eşlik eden Yıkıcı Davranış Bozuklukları olan 120 çocuğun bir yıl süreyle takip edildiği çalışmada sadece MPH alan ve MPH ile ebeveyn eğitiminin kombine verildiği gruplar arasında DEHB belirtileri açısından fark

olmadığı görülmüştür.<sup>145</sup> Ebeveyn eğitim programlarının özellikle klinik olarak daha hafif olgularda etkin olduğu ve yaşla birlikte etkinliklerinin azaldığı, çocukların davranış sorunlarında iyileşme sağlama yanında ebeveynlere de baş etme becerileri kazandırdığı ancak akademik başarı ve DEHB'nin çekirdek belirtilerine etkilerinin sınırlı olduğu bildirilmiştir.<sup>92,146</sup> Okulda yapılan düzenlemelerin de DEHB belirtilerini azalttığı ve akademik başarıyı artırdığı gösterilmiştir.<sup>147,148</sup>

Fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz yapmanın da DEHB'li bireylerde yürütücü işlevleri düzelttiği ve DEHB'nin bilişsel, davranışsal ve fiziksel belirtilerine iyi geldiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>149</sup>

Omega-3 yağ asitlerinin DEHB'de kullanımıyla ilgili çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiş ve tedavide kullanılması için yeterli kanıt elde edilememiştir.<sup>150,151</sup> Ancak iştah artırmaları ve DEHB tanılı çocuklarda kalp hızını düzenleyici etkilerinin bulunması nedeniyle farmakoterapiye ek olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir.<sup>152,153</sup> 36 çocuk ve ergen üzerinde yapılan çift kör plasebo kontrollü 8 hafta süreli bir çalışmada fostotidilserinin DEHB semptomlarını düzeltmede plaseboya üstün olduğu bulunmuş ve yan etki gözlenmemiştir.<sup>154</sup> DEHB tedavisinde kullanılabilmesi için daha geniş örneklemli ve uzun süreli izlem çalışmaları yapılması gerekmektedir.

DEHB'si olan çocuklarda EEG'de artmış teta veya teta/beta dalga oranının düzeltilmesine yönelik bir girişim olan neurofeedback'in etkinliğine yönelik çalışmaların değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında DEHB semptomlarını düzeltmede yararlı olmadığını bildirilmiştir.<sup>155</sup>

## 2.2. Şema Terapi Modeli

### 2.2.1. Şema Kavramı ve Şema Terapi Modeli

Şema terapiye adını veren “şema” kelimesi Yunanca kökenli olup “ karmaşık uyaran ve deneyimler kümesi içinde bir düzen oluşturmaya yardımcı olan kalıp veya düzenleyici çerçeve” anlamına gelmektedir.<sup>156</sup> Bilişsel psikoloji alanında ilk kez Aaron T. Beck<sup>157</sup> tarafından kullanılan şema kavramı; kişinin hayat deneyimlerine anlam katan, olayları yorumlamada tutarlı bir şekilde önyargı oluşturan, yaygın, düzenleyici ilkeler olarak tanımlanmıştır.<sup>158</sup> Bilişsel terapide de geçersiz önerme ve varsayımlara dayanan düşünce hatalarını ortaya çıkarmak ve deneyimleri daha gerçekçi yollarla yorumlamak hedeflendiği için şemalar önemli görülmüştür. Şemalar olumlu ya da olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz olabilen, çocuklukta ya da yaşamın daha sonraki aşamalarında şekillenebilen temel bilişsel oluşumlardır.<sup>157,159</sup> Karşılaşılan verilerin yorumlanmasında rol oynayan örgütlenmiş duygu ve düşünce kalıplarıdır ve bilinç alanının dışında çalışırlar. Bireylere dünyanın nasıl olduğu ve nasıl işlediğine dair örgütlü bilgiler sunarak kendilerini ve kimliklerini tanımlamalarını sağlarlar. Bireylerin dünyaya bakış açılarını ve bunun sonucu olarak da nasıl işlev gösterdiklerini belirlerler.<sup>3</sup>

Şema terapi modeli, ilk olarak kişilik bozuklukları ve süreklilik gösteren ağır duygusal sorunlar (ör; tekrarlayan depresyon ve anksiyete) gibi bilişsel davranışçı terapi (BDT)’nin yetersiz kaldığı dirençli durumların değişimi için 1990 yılında Jeffrey Young tarafından geliştirilmiş bir modeldir. Temel olarak bilişsel davranışçı kuramdan yola çıkan şema terapi, bunun yanında bağlanma ve nesne ilişkileri kuramı, transaksyonel analiz, diyalektik davranışçı terapi, psikanaliz, Gestalt ve yaşantısal terapi öğelerini bir araya getiren çok-yönlü, bütüncül bir yaklaşımdır.<sup>4</sup> Şema terapi sadece var olan belirtileri sürdüren faktörlerle değil, doğrudan bu belirtilerin gelişimi (etiyojisi) ile de ilgilenir.<sup>156</sup> Klasik BDT’den farklı olarak şema terapi şu üç konuya daha fazla odaklanır:

- Hastanın sorunlarının ve belirtilerinin bilişsel ve davranışsal yönlerinin yanı sıra ön planda olan, hastanın yaygın olarak deneyimlediği sorunlu duygular (ör; sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastaların genellikle kendilerine hissettikleri yoğun nefret duygusu) incelenerek tedavi için yaşantısal veya duygu odaklı müdahaleler kullanılır.



- Çocukluk çağı yaşantılarına daha fazla önem verilir. Sorunlu davranış örüntülerinin çocukluk çağındaki kökenlerini anlayarak hastaya da bunu fark ettirmek, hastanın var olan örüntülerinin çocukluk ve gençlik dönemlerindeki uygun olmayan koşulların bir sonucu olduğunu, bunların terapist tarafından kabul edilebilir ve anlaşılabilir durumlar olduğunu bildirmek ve hastanın da süreç içerisinde kendisine karşı böyle bir anlayış geliştirmesini sağlamak hedeflenir.
- Terapistin terapötik sınırlar içinde kalarak, hastanın bireysel sorunları ve şemalarına odaklanmış “sınırlı yeniden ebeveynlik” yaptığı terapötik ilişki önemlidir. Bu ilişki; hastaların kendini ve duygularını ifade edebildiği, yeni sosyal davranışları denediği ve kişiler arası örüntüleri ilk kez değiştirebildiği, hastaların kendi sorunları üzerinde çalıştığı bir alan olarak değerlendirilir.<sup>160</sup>

Şemalar, bilişsel tutarlılık hissi sağladıkları için oldukça dayanıklı ve değişime dirençlidirler.<sup>158</sup> Yeni verinin anlamlandırılmasında Piaget’in asimilasyon (özümseme) olarak adlandırdığı süreç içerisinde var olan şemalara güvenme eğilimi gösterilir. Ancak yeni bilgi var olan şemalarca özümsemeyecek kadar farklı olduğunda, akomodasyon (uyumsama) süreciyle insanlar şemalarını değiştirmeye zorlanırlar. Dolayısıyla şemalar bilinçli veya bilinçdışı olarak kendilerini sürdürmeye meyil gösterirler. İnsanlar, karşı kanıtlara rağmen şemalarıyla tutarlı olan bilgiye odaklanarak tutarsız olanı yok sayma veya önemsememe eğilimindedir.<sup>156</sup> Young’a göre en erken ve merkezi şemalar çekirdek ailenin içinde gelişir. Çocuk olgunlaştıkça diğer çevresel faktörler de şemaların oluşumuna ya da gelişimine ayrıca katkıda bulunabilir ancak geç şemalar, erken dönem şemalar kadar kalıcı ve güçlü değildir.<sup>4</sup>

Young tarafından, çocukluk çağında karşılanması gereken, evrensel olduğuna inanılan, herkeste belli derecelerde bulunabilen bazı temel ihtiyaçlar tanımlanmıştır. Bunlar:

1. Başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik ve istikrar)
2. Özerklik, yeterlilik ve kişilik algısı
3. İhtiyaçların ve duyguların ifade edilme özgürlüğü
4. Kendiliğindenlik ve oyun
5. Kişinin özdenetiminin oluşumunu teşvik eden gerçekçi sınırlara sahip bir dünyada yaşama ihtiyacıdır.<sup>4</sup>

Şema Terapi herkeste bu duygusal ihtiyaçların olduğunu kabul eder. Bu ihtiyaçlar karşılanmadığında veya uygunsuz karşılandığında, travmatik olaylar, çevre ve mizacın da etkisiyle erken dönem uyum bozucu şemalar oluşur. Şema terapide erken dönem uyum bozucu şemalardan kısaca 'şema' diye bahsedilmektedir. Young'a göre bu şemalar kişilik bozukluklarının, karakter problemlerinin ve birçok kronik Eksen I bozukluklarının temelinde yatmaktadır. Çocuklukta gelişen, kişinin hayatı boyunca detaylanan, geniş ve yaygın olumsuz etkiler gösteren temalar ve örüntülerdir. Anılar, duygular ve bilişleri içerirler.<sup>161</sup> Davranışlar şemalar tarafından yönlendirilir ancak onların bir parçası değildir. Çoğu davranışın şemalarla başa çıkma çabasını yansıttığı belirtilmektedir.<sup>156</sup>

İnsanlar şemalar ve bu şemaların etkinleşmesiyle ortaya çıkan olumsuz duygularla mücadele içerisindeyler. Şema etkinleşmesi ile başa çıkmada kullanılan yollara göre teslim, kaçınma ve aşırı telafi olmak üzere üç genel başa çıkma biçimi tanımlanmıştır. "Kaçınma" ile başa çıkma biçiminde insanlar şemalarını tetikleyebilecek insanlardan veya durumlardan kaçınmakta ve uzak durmaktadır. Aşırı telafi tepkisinde ise, şemaların zıddı yapılır. Örneğin zorbalığa uğrayan ve tehlike karşısında dayanıksızlık şeması gelişen bir çocuk korkusunu sert bir görünüm ardına gizlemek için kendisi bir zorbaya dönüşebilir. Şema tesliminde ise kişi şemalarına boyun eğerek edilgen biçimde, çaresizce kabullenir ve kronik şekilde aynı davranış örüntülerini tekrarlayarak şemaların verdiği acıya maruz kalır.<sup>156</sup>

Şema Terapi'de tedavi hedefi; ilişkisel, bilişsel, duygu odaklı ve davranışsal yöntemleri kullanarak "empatik yüzleştirme" ve "sınırlı yeniden ebeveynlik" aracılığıyla kişilerin kendi şemaları ve kökenleriyle ilgili içgörü kazanmaları, geçmişte karşılanmamış da olsa kendi temel duygusal ihtiyaçlarını anlamaları ve sağlıklı biçimde karşılayabilmeleri için yol göstermektir.<sup>4</sup>

## **2.2.2. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

J. Young, klinik gözlem ve değerlendirmeleri temel alarak; karşılanmamış muhtemel ihtiyaçlara göre beş temel şema alanında yer alan toplam 18 şema tanımlamıştır.<sup>4</sup> Var olan bir şema aktive olduğunda yoğun olumsuz duygular ortaya çıkar. Genellikle her insanda az ya da çok olumsuz şema vardır ancak bir şema; patolojik deneyim ve belirtilerle ya da sosyal işlevselliğin bozulmasıyla ilişkilendirildiğinde uyum bozucu olarak değerlendirilir.<sup>160</sup> Çalışmalarda erken dönem uyum bozucu şemalarla artmış psikolojik stres, kişilik bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi birçok psikopatolojinin ilişkisi gösterilmiştir.<sup>10</sup> J. Young tarafından tanımlanan 5 şema alanı ve 18 erken dönem uyum bozucu şema aşağıda anlatılmıştır.<sup>4,156,160</sup>

### **2.2.2.1. Ayrılma ve Reddedilme Alanı**

Başkalarına güvenli bağlanma temel ihtiyacının karşılanmaması sonucu ortaya çıkan şemalar bu alanda yer alır. Kişiler; duygusal doyum, sevgi, bağlılık, empati, kabul edilme gibi ihtiyaçlarının hiçbir zaman tam olarak karşılanmayacağına inanırlar, güvenli ilişkiler kurma ve duyguları ifade etmede zorluklar ortaya çıkar. Bu alandaki şemalara sahip bireylerin ebeveynlerine bakıldığında soğuk, reddedici, tutarsız, sosyal olarak izole ya da istismarcı tutumlara sahip oldukları görülür.

#### **Terk edilme/İstikrarsızlık**

Bu şemaya sahip kişiler kurdukları ilişkilerin hiçbir zaman devamlı olmayacağı, destek ve yakınlık bekledikleri kişilerin dengesiz, güvenilmez olduğu, bir şekilde kendilerini terk edeceği algısına sahiptirler ve terk edilmekle ilgili sürekli bir endişe duyarlar. Erken dönemdeki ilişkilerine bakıldığında ebeveynlerinin dengesiz ve değişken olduğu veya ölüm ya da başka bir sebeple kendilerini terk ettikleri görülür. Güvenilir olmayan kişilerle veya sürmeyecek ilişkiler kurarak şemalarını onaylama eğilimindedirler.

#### **Güvensizlik/ Kötüye Kullanılma**

Kişinin sürekli başkaları tarafından aldatılacağı, kötüye kullanılacağı, zarar göreceği, aşağılanacağı, zaafından yararlanılacağı beklentisi içinde olduğu şemadır. Bu şemaya sahip kişiler başkalarının kendilerine kasıtlı olarak veya ağır bir ihmal sonucu zarar vereceği temel inancına sahiptirler. Kendilerine arkadaşça davranıldığında ya da duygularına

dokunulduğunda aşırı kaygı duyarlar, karşısındaki insanın gizli bir planı olduğuna inanırlar, sürekli şüphelidirler. Çocukluk çağı öykülerinde genellikle ebeveynleri veya başka aile üyeleri tarafından cinsel, fiziksel ya da duygusal istismar öyküsü bulunur. Ayrıca akranlar tarafından uygulanan acımasız, zorba davranışlar da başarısızlık ve utanma duygularıyla birlikte kötüye kullanılma şemasına neden olabilir.

### **Duygusal Yoksunluk**

Bu şema, kişinin normal duygusal ihtiyaçlarının başkaları tarafından yeterince karşılanmayacağı temel inancını içerir. Başlıca üç biçimi bulunur: Bakım yoksunluğu şemasında; ilgi, şefkat, arkadaşlık ve sıcaklık ihtiyaçlarının karşılanmayacağına inanılır. Empati yoksunluğunda; anlayış, dinleme, kendini açma, anlaşılma, başkasıyla karşılıklı olarak duygularını paylaşma gibi ihtiyaçların karşılanmayacağı inancı hakimdir. Korunma yoksunluğu şema biçiminde ise; güç, güvende hissetme, yönlendirilme ve rehberlik edilme ihtiyaçlarının karşılanmayacağına inanılır. Erişkin yaşamlarında çevrelerindeki insanlar onları sevip güvende hissettirmek isteseler dahi, bu şemaya sahip kişiler bunu yeterli olarak algılayamazlar, hiç kimse için özel olmayacaklarına inanırlar. Çevrelerindeki ise bu şemaya sahip kişilere bir türlü yaklaşamayacaklarını, sevgi ve destekle ulaşamayacaklarını hissederler. Çocukluklarında dıştan bakıldığında büyük bir problem görülmesi de gerçek sıcaklık, sevilmiş ve tam olarak güvende olma hissini yaşamamış oldukları görülür. İlişkilerinde soğuk, verici olmayan kişileri seçerek şemalarını doğrularlar.

### **Kusurluluk / Utanç**

Kişilerin aşağı, itici, önemli açılardan kusurlu olduklarına, ne yaparlarsa yapsınlar sevimli olmaya layık olmadıklarına veya dışa açıldıklarında itici olmalarına inandıkları şemadır. Bu kusurlar görünür (fiziksel kusur, sosyal beceriksizlik) veya örtülü (bencillik, öfke, kabul edilemez cinsel arzular) olabilir. Başkalarının arasında güvensizlik, reddedilme duygularıyla birlikte eleştiriye aşırı hassasiyet mevcuttur. Yakınlarının kendilerine değer verdiğine inanmakta zorlanırlar. Şemanın kökeninde genellikle reddedici, küçümseyici ve değersizleştirici ebeveyn tutumları bulunur.

## **Sosyal İzolasyon / Yabancılaşma**

Bu şemaya sahip kişiler genellikle aileleri dışındaki sosyal dünyaya uyumsuz, farklı, dünyanın geri kalanından izole olduklarına, dışlandıklarına inanırlar. Grup içinde kendilerini huzursuz hissederler. Herhangi bir sosyal grup veya toplumsal yapıya ait hissedemezler. Bu şema genellikle çocuklukta ev dışı (ör; farklı lehçe konuşma, düşük ekonomik seviye gibi nedenlerle akranlar tarafından) sosyal dışlanma sonucu ortaya çıkar

### **2.2.2.2. Zedelenmiş Özerklik ve Kendini Ortaya Koyma Alanı**

Burada karşılanmayan temel ihtiyaç alanı, kişinin özerk olması, rekabet, yeterlilik ve olumlu kimlik algısı için gerekli olan yakın çevre desteğidir. Bireylerde; hayatta kendi başlarına başarılı olamayacaklarına, yaşamdaki sorumlulukları gerektiği gibi yerine getiremeyeceklerine, başkalarının desteği olmadan günlük işlevselliklerini bile sürdüremeyeceklerine dair inançlar mevcuttur. Ailelerinden bağımsızlaşarak kendi kimliklerini oluşturmakta zorlanırlar. Sorumluluk özgüven, hâkimiyet, emniyet algıları zedelenmiştir. Genellikle aşırı korumacı, her şeyi çocuk adına yapan ve çocuğun yetkin davranışlar geliştirmesini engelleyen, çocuğun yeteneklerini göstermesi için cesaretlendirmede başarısız veya tam tersi küçük düşürücü, yetersiz hissettirici, ilgisiz aile ortamlarında oluşur.

### **Bağımlılık / Yetersizlik**

Bağımlılık şemaları, başkasının yardımı olmadan kişinin günlük yaşam içinde sorumluluklarını (örn., kendine bakma, doğru kararlar alma, gündelik sorunlarını çözme, tek başına bir işi başlatma gibi) kendi başına yerine getiremeyeceği, çaresiz ve yetersiz kalacağı yolundaki inanışları kapsar. Çocukluk çağında engelleyici, sürekli biçimde gücünün üzerinde sorumluluk vererek yetersiz hissettiren veya tam tersi en basit işleri bile çocuğunun yerine yaparak özerkliğin gelişimini bozan ebeveyn tutumlarına maruz kalmış olabilirler.

### **Hastalık veya Zarar Karşısında Dayanıksızlık**

Bu şemaya sahip kişiler, sürekli olarak, kaçınılmaz bir felaketin kendilerini bulacağı ve engellemeye gücünün yetmeyeceğinden korkarlar. Hayatlarını, bedensel (örn., kalp krizi geçirmek, AIDS'e yakalanmak), ruhsal (örn., çıldırmak) veya dış kaynaklı (kaza, deprem, adli bir olaya karışmak) bir felaketin abartılı ve gerçekdışı beklentisi içinde geçirirler. Bu

kişilerin veya ailelerinin geçmişinde travma bulunabilir veya duygusal ya da fiziksel olarak güvensiz, sürekli endişeli ebeveynlerin bulunduğu bir ortamda büyümüş olabilirler.

### **Yapışıklık / Gelişmemiş Benlik**

Bireylerin; kendileri için önemli olan bir veya daha fazla kişiyle (genelde ebeveyn ve yakın akrabalar) duygusal olarak aşırı yakın ve iç içe geçmiş durumda olduğu şemadır. Kişi kendini o kişilerden ayrı tek başına bir birey olarak düşünemez, fikir üretmez. Bireyselleşmesi, sosyal ve kimlik gelişimi bozulmuştur. Zayıf kimlik algısı, boşluk, amaçsızlık, başkalarıyla kaynaşma, bunaltı ve boğulma duygularını içerebilir.

### **Başarısızlık**

Bu şemaya sahip kişiler, başarısız olduklarına ve başarı göstermeleri gereken alanlarda hiçbir zaman başarılı olamayacaklarına, bilgisiz, beceriksiz, aptal, yeteneksiz ve akranlarına göre yetersiz olduklarına dair inançlara sahiptir. Buradaki başarısızlık algısı gerçekle orantılı olmayabileceği gibi kişi bu inancından dolayı başarabileceği halde bazı işleri yapmaktan uzak durabilir veya kötü hazırlanarak gerçekten başarısız olabilir. Geçmişlerinde öğrenme bozukluğu, okulda veya aile içinde aşırı eleştiri ve aşağılanmaya maruz kaldıkları bir dönem bulunabilir.

### **2.2.2.3. Zedelenmiş Sınırlar Şema Alanı**

Bu şema alanında karşılanmayan ihtiyaç, kişiye gerçekçi sınırlar koyarak, özdenetim sağlayabilmesine olanak tanıyan yakın çevre tutumlarıdır. Bu alandaki şemalara sahip bireyler normal sınırları kabul edip aşmama, sakin kalma, dürtülerini dizginleme, gelecek uğruna anlık hazzı erteleme, işbirliği yapma, başkalarına karşı sorumluluklarını yerine getirme, diğerlerinin hakkına saygı duyma, uzun vadeli hedefler belirleyip uygulamada sorunlar yaşayabilirler. Başka bir ifadeyle öz-disiplinden yoksundurlar. Aile özelliklerinde genellikle serbestlik, aşırı müsamaha, şımartma ve çocukta üstünlük hissi oluşturacak tutumlar gözlenir.

### **Haklılık / Büyüklenmecilik Şeması**

Kişinin başka insanlardan üstün olduğu, özel hak ve ayrıcalıklara sahip olduğu, normal sosyal ilişkilerde işleyen kural ve sınırlardan muaf olduğu inancıdır. Bu şema, başkalarına gelecek zarara aldırılmadan kişinin istediği her şeye sahip olması gerektiğine ve istediği biçimde hareket edebileceğine inanma, güç, kontrol ve üstünlüğü (örn., en başarılı, popüler, sağlıklı gibi) elde etme, aşırı rekabetçilik ya da başkaları üzerinde hakimiyet kurma, kendi bakış açısını bastırmayı içerir. Kendilerini her durumda haklı görürler, çok özel olduklarını düşünürler ve empati duyguları gelişmemiştir. Sınırlandırılmak ve kısıtlanmaktan nefret ederler. Ailede narsistik bir rol model veya narsistik ve denetleyici davranışları pekiştiren tutumlar görülebilir.

### **Yetersiz Öz-denetim/ Öz-disiplin**

Bireyin dürtü ve duygularını kontrol etmekte yetersiz olduğuna, kişisel hedeflerine ulaşmak ya da duygu ve isteklerinin aşırı ifadesini engellemek için gerekli öz-denetimin kendinde bulunmadığına, engellenmeye karşı mücadele edemeyeceğine ilişkin inanışları içerir. Bu şemaya sahip kişiler sıkıntıdan, acıdan, yüzleşmeden, sorumluluklardan kaçınır, doyum ve ihtiyaçlarını erteleyemezler. Disiplin gerektiren, sıkıcı işler için yeterli sabırları yoktur. Aile öyküsünde haklılık şemasına benzer şekilde çocuklarını aşırı özel ve üstün hissettirme veya ihmal ederek gerekli öz-disiplini öğrenecek yönlendirmeden yoksun bırakma görülür.

#### **2.2.2.4. Diğerleri Yönelimlilik Şema Alanı**

Buradaki karşılanmayan ihtiyaç, kişinin kendi ihtiyaçlarını ve duygularını özgürce ifade edebilmesidir. Bu şema alanına sahip bireyler, onaylanmak, sevgi ve ilgi görmek, duygusal bağı sürdürebilmek, başkalarını kızdırmaktan kaçınabilmek için kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyaçlarını ve arzularını karşılamaya önem verirler. Diğerleriyle olan etkileşimlerinde kendi ihtiyaçlarını göz ardı eden, kendi öfke ya da tercihlerine ilişkin farkındalıkları düşük olan bireylerdir. Başkalarının istekleri, duygu ve tepkilerine aşırı odaklanırlar. Kendi eğilimlerini bastırırlar. Tipik aile kökeninde ilgi, sevgi ve onaylanmanın şarta bağlı olduğu, ebeveynlerin duygusal ihtiyaç ve sosyal statülerinin

çocuğun gereksinimlerinden daha önde geldiği, çocukların ilgi ve sevgi alabilmek için kendi ihtiyaçlarını bastırdıkları görülür.

### **Boyun Eğicilik**

Kişinin kendi arzu, fikir ve duygularının başkaları için önemsiz olduğu algısını içerir. Kişilerarası ilişkilerde aşırı biçimde diğer insanların üstünlük kurmasına, kontrolü ele almasına izin verirler. Öfke, misilleme veya terk edilmeden kaçınmak kendi davranışlarının diğerlerinin arzu ve fikirlerine göre uyarlarlar. Boyun eğmenin iki biçimi vardır: 1. İhtiyaçları bastırma; kişinin tercihlerini, kararlarını ve arzularını bastırması, 2. Duyguları bastırma; özellikle öfkeyi baskı altına alma. Genellikle uyum bozucu belirtiler ile kendini gösteren öfke artışına neden olur; örn., pasif-agresif davranış, kontrolsüz öfke patlamaları, psikosomatik belirtiler, duygusal yakınlığın geri çekilmesi, rol yapma veya madde bağımlılığı. Çocukluklarında sıklıkla gereksinimlerin dile getirilmesinin ciddi biçimde cezalandırıldığı, bir ebeveynin diğerine boyun eğdiği aile ortamı deneyimlemişlerdir.

### **Kendini Feda**

Kişinin kendi mutluluğu pahasına günlük işlerde bilerek ve isteyerek başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye aşırı odaklanmasıdır. Bunu, sıklıkla bencillik duygusundan kaynaklanan suçluluktan kaçınma, başkalarının acısına abartılı hassasiyet ve acıyı engelleme, muhtaç olduğunu düşündüğü kişiyle duygusal bağımlı sürdürme, ilişkilerinde 'ihtiyaç duyulan' pozisyonunu koruyabilme gibi nedenlerle yaparlar. Boyun eğicilik şemasından farklı olarak asıl hedef başkalarının fikirlerine uyup asla karşı koymamak değil, diğerlerinin gereksinimlerini mümkün olduğunca hızlı bir şekilde keşfedip etkin ve gönüllü olarak buna yönelmektir. Zaman zaman kendi ihtiyaçlarının başkaları tarafından görülmemesi durumunda iyilik yapılan insanlara karşı öfke ortaya çıkar. Bu kişiler çocukluk dönemlerinde bir ebeveynin aşırı kontrolü altına girmiş olabilir. Klinik bir sonuca neden olmadan sağlıklı kişilerde de sıklıkla görülebilir.

### **Onay Arayıcılık**

Bu şemada başkaları üzerinde iyi bir izlenim bırakmak çok önemsenir. Güvenli ve doğru bir kendilik algısı oluşturmanın yerini sürekli onay ve kabul arayışı almıştır. Diğer insanlardan kabul ve ilgi görme, tanınma, başkalarının değerlendirmeleri aşırı önemsenir.



Benlik saygısını ve davranışlarını kendi doğal eğilimlerinden çok başkalarının nasıl tepki verdiği belirler. Ortama uygun davranmaya çok dikkat ederler, tek amaçları başkalarını memnun etmektir. Görünüm, sosyal statü, para, başarı için aşırı zaman ve enerji harcarlar ancak burada hedef en iyi olmak (narsistik büyüklenmecilik) değil, başkalarının onay ve takdirini kazanmaktır.

#### **2.2.2.5. Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık Şema Alanı**

Bu alanda kişinin kendiliğinden olma ve oyun ihtiyacı karşılanmamıştır. Kendini ortaya koyma ve ahlaklı davranma hakkında içselleştirilmiş katı kural ve beklentilere uymaya çalışmak için mutluluk, kendini ifade, rahatlama, yakın ilişkiler ve sağlıktan feragat etme, duygu ve dürtüleri bastırmayı içerir. Kökünde genelde katı, talepkar, cezalandırıcı ya da duyguların ifade edilmesine izin verilmediği bir aile ortamı yer almaktadır. Böyle ailelerde yükümlülükler, görevler, kurallar genelde keyif, gevşeme ya da oyuna ağır basar. Çocuklardan duyguları saklamaları, hatadan kaçınma ve mükemmellik için uğraşmaları beklenir. Bu alandaki şemalara sahip kişiler genelde kötümserliğe eğilimlidir ve eğer sürekli olarak dikkatli ve tetikte olmayı başaramazlarsa her şeyin bozulacağı endişesi taşırlar.

#### **Karamsarlık / Kötümserlik**

Hayatın olumlu yönlerini değersizleştirip göz ardı ederken, sürekli ve yaygın biçimde olumsuz yönlerine (acı, kayıp, hayal kırıklığı, kızgınlık, olası hatalar, ihanet, olası yanlış gidebilecek şeyler gibi) odaklanmayı içerir. Bireylerde sürekli felaket ve olumsuzluk beklentisi, her şey yolunda gitse bile bunun geçici olduğu, her şeyin er ya da geç yanlış gideceğine dair abartılı inançlar bulunur. Sürekli olarak endişeli, tedirgin, aşırı uyarılmış, kararsız, şikayetçi durumdadırlar. Ebeveyn ya da diğer rol modellerin de aşırı kötümser, olumsuz bakış açısına sahip oldukları görülür.

#### **Duyguları Bastırma / Ketleme**

Bu şemada başkalarının kınamasından, utanç duygusundan veya dürtüsel kontrolü kaybetmekten kaçınmak için kendiliğinden (spontan) eylemin, doğal dürtü, duygu ya da iletişimin baskılanması gerektiğine inanılır. Bu kişilere göre güven ve huzur için bu denetim şarttır. Duygular önemsiz ve gereksiz, duyguların ifadesi nahoş ve saçma bulunur, mantığa aşırı vurgu yapılır. Olumlu ve olumsuz tüm duygular bastırılır, aşırı düzenlilik,

kurallara aşırı uyma; neşe, cinsel heyecanın, oyun ve eğlencenin bastırılması; kırgınlıkları ifade etmede, ihtiyaçları dile getirmede güçlük gözlenir. Kişiler kendilerine uyguladıkları bu aşırı denetimi etrafındakilere de uygulama çabası içinde olabilirler.<sup>158</sup> Çocukluklarında üzgün ya da hiddetli oldukları için ebeveynlerinin kendileriyle alay etmesi veya aile içi çatışmaların aşırı derecede yoğun duygusal yaşantılarla seyretmesi sonucu çocuğun duyguları tehdit edici ve bunaltıcı olarak yaşaması, duygularını değersizleştirmeyi öğrenmesi görülür.

### **Yüksek Standartlar / Aşırı Eleştiricilik**

Eleştiriden kaçınmak için davranışlar ve performansla ilişkili içselleştirilmiş aşırı yüksek standartları içeren inanışlardır. Genel anlamda sürekli daha iyisini yapmak için baskı altında hissetme, mükemmeliyetçilik, detaylara aşırı dikkat, kendi performansını küçümseme, yavaşlamakta zorlanma, kendisi ve başkalarına yönelik aşırı eleştiricilik, asla karşılanamayacak derecede yüksek ahlak, töresel, kültürel ve dinsel emirler içerebilen katı kurallar, zaman ve verimlilik ile ilgili takıntı, daha da başarılı olma ihtiyacı bulunur. Aynı standartları diğer insanlardan da beklemedikleri için oldukça yargılayıcı tutumları olabilir. Haz, rahatlama, sağlık, öz saygı, başarı duygusu ya da tatmin edici ilişkilerde önemli bozulmalar meydana gelir. Bu şema toplumsal olarak çok fazla onay görür ve beslenir. Küçükken ebeveynleri tarafından en iyi olmaları beklenen çocuklar oldukları belirtilmektedir.

### **Cezalandırıcılık**

Tüm insanların (bireyin kendisi de dâhil) yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması, hiçbir yanlışın cezasız kalmaması gerektiği inancıdır. Bu kişiler kendilerine ve diğer insanlara karşı acımasız, öfkeli ve hoşgörüsüzdürler, kurallara uyulmamasına katlanamazlar. Genelde hafifletici sebepleri dikkate alma, insani kusurları hesaba katma ya da duygulara da yer vermeye ilişkin güçlüklerinden dolayı kendisinin ya da başkalarının hatalarını affedemezler.

Yukarıda da bahsedildiği gibi erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumunda, temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması, erken dönem örseleyici yaşantılar ve çocuğun mizacı rol oynamaktadır.<sup>4</sup> Dolayısıyla ilk dönemden itibaren çocuğun ebeveynleriyle ilişkisi belirgin önem taşımaktadır. Aşırı katı olma, ihmalkârlık, duyarlılıktan yoksun olma,

reddedici ya da aşırı izin verici olma, çocuğun özerkliğini önemsememe gibi olumsuz özelliklere sahip ebeveyn tutum ve davranışlarının erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde rol aldığı belirtilmektedir. Yetişkin örneklem üzerinde ve geriye dönük tarama şeklinde yapılmış pek çok çalışmada, erken dönem uyumsuz şemalarla olumsuz ebeveyn tutumları arasında ilişki bulunmuştur.<sup>6</sup>

### **2.2.3. DEHB ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

DEHB tanılı bireyler yaşamlarının çok erken döneminden itibaren bu gelişimsel ve nörobiyolojik bozuklukla ilgili sorunlar yaşarlar.<sup>3</sup> Nöropsikiyatrik temelli dikkat problemleri, duygu ve davranış düzenlemedeki sorunlar; çocukluktan itibaren aile içinde, okulda, iş hayatında ve toplumsal hayatta çok sayıda olumsuz yaşam deneyimlerine sebep olur. Bölüm 2.3.2.'de ayrıntılı bahsedileceği üzere olumsuz ebeveyn tutumlarına daha fazla maruz kalırlar. Tekrar tekrar yaşanan olumsuz deneyimler sonucu kişilerin öz-güven ve öz-yeterlilik alanlarında sorunlar yaşaması, kendileri ve diğerleri hakkında olumsuz şemalar ve işlevsiz başa çıkma biçimleri geliştirmesine yol açar.<sup>162</sup> Biyolojik yatkınlığın yanında yaşanan olumsuz deneyimler sonucu gelişen işlev bozucu biliş ve şemaların da DEHB tanısı olan bireylerde artmış olarak görülen kaygı bozuklukları, depresyon gibi duygusal sorunlara katkı sağladığı bildirilmiştir.<sup>163</sup>

Torrente ve ark.<sup>163</sup>'ün çalışmasında DEHB'li bireylerde işlev bozucu bilişler ve otomatik düşüncelerin topluma göre daha fazla olduğu, olumsuz otomatik düşüncelerin DEHB semptomları ve yaşam kalitesinde bozulma ile pozitif yönde ilişki gösterdiği, depresyon ve anksiyete için yordayıcı olduğu bulunmuştur. Günümüze kadar DEHB hastalarında şema terapi modeli çerçevesinde erken dönem uyum bozucu şemaları ayrıntılı biçimde araştıran çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. DEHB tanılı erişkin hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırmasının olduğu bir çalışmada başarısızlık, kusurluluk/utanç, boyun eğcilik ve duygusal yoksunluk şemaları daha yüksek bulunmuştur.<sup>11</sup> Miklosi ve ark.<sup>10</sup> toplum örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmalarında erişkin dönemde DEHB semptomlarının algılanan stres düzeyinde artış ve duygusal iyilik halinde azalma ile ilişkili olduğunu ve sosyal izolasyon, kusurluluk/ utanç, başarısızlık ve yetersiz özdenetim şemalarının bu ilişkide belirleyici rol oynadığını bulmuşlardır. Türkiye'de yapılan bir tez çalışmasında ise DEHB tanılı erişkinlerde duyguları bastırma ve kendini feda hariç tüm şemaların kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>9</sup> Yazında şemaların

şekillenme döneminde olduğu DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde şema terapi modelinde tanımlanan erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.



## 2.3. Ebeveyn Tutumları

### 2.3.1. Ebeveyn Tutumları ve Etkileyen Faktörler

Anne-baba tutumları, çocuğa yöneltilen davranışlar, çocuktan beklentiler, ebeveyn-çocuk etkileşiminin doğasını belirleyen ebeveyn davranışlarının, uygulamalarının ve sözsüz ifadelerin toplamı olarak tanımlanır.<sup>164,165</sup>

Baumrind'in<sup>166</sup> yaptığı sınıflama ebeveyn tutumlarına ilişkin çalışmalara temel oluşturmuştur. Baumrind ev ve laboratuvar ortamında okul öncesi çocuklar ile ebeveynlerinin ilişkilerini incelemiş, kontrol ve kural koyma, açık iletişim, olgunluk beklentisi, bakım ve destek gibi boyutları değerlendirerek üç tip ebeveyn tutumu tanımlamıştır. Bunlar; demokratik, otoriter ve izin verici ebeveyn tutumlarıdır.<sup>167</sup> Baumrind'e göre; otoriter ebeveynler, çocuklarının kurallara sorgulamadan uymalarını beklerler. Yüksek standartlar koyarlar. Katı bir disiplinle kurallara uymadıklarında çocuklar cezalandırılır ve görüşleri dikkate alınmaz.<sup>167</sup> Otoriter ailelerde yetişen çocukların düşük benlik saygısı, artmış kaygı düzeyi, ilişkilerde onay arama ve psikolojik uyum sorunları yaşadıkları gösterilmiştir.<sup>168</sup> Demokratik ebeveynler, çocuklarıyla sıcak ve ilgili bir iletişim biçimi benimserler. Çocuklarını duyarlı bir şekilde dinlerler ve aile içinde verilecek olan kararlarda çocuklarının görüşlerini alırlar. Çocuklarından olgun davranış beklerler ve aynı zamanda gerekli olduğunda kurallarla disiplini sağlayabilirler.<sup>169</sup> Uygun çocuk yetiştirme biçimi olarak gösterilen demokratik tutumlarla yetişen çocukların daha yüksek akademik başarı gösterdikleri, akran ilişkilerinde daha uyumlu oldukları ayrıca alkol-madde kullanımı, suça sürüklenme ve antisosyal davranış sıklığının daha az olduğu gösterilmiştir.<sup>168,170</sup> İzin verici ebeveynler ise, çocuğun bakımı ve ihtiyaçlarıyla ilgilenen, çocuklarıyla sıcak ve sevecen ilişkileri olan ancak disiplin ve sorumluluk verme konusunda yetersiz kalan tutumlara sahiptirler. Çocuklarına aşırı özgürlük tanıyarak bazen ihmale varabilen bir hoşgörü ile davranırlar.<sup>167,171,172</sup> İzin verici ailelerde yetişen çocukların öz-düzenleme, duygularını kontrol etme ve sorumluluk alma gibi konularda sorunlar yaşadıkları ve akademik başarılarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.<sup>168,173</sup>

Maccoby ve Martin<sup>174</sup> ise ebeveyn tutumlarını ilgi/kabul (responsiveness) ve talep/kontrol (demandingness/control) şeklinde iki boyut üzerinden incelemişler ve 4 grup ebeveyn tutumu tanımlamışlardır. Sonraki araştırmacılar da benzer boyutları benimsemişlerdir.<sup>175,176</sup> Buna göre; hem talep hem de kabul boyutu yüksek olanlar

demokratik, talep boyutu yüksek fakat kabul/ilgisi düşük ebeveynler otoriter, kabul boyutu yüksek talep boyutu düşük olanlar izin verici (hoşgörülü), hem talep hem de kabul boyutu düşük olan ebeveynler ise ihmalkâr olarak nitelendirilir. Baumrind'in sınıflamasındaki izin verici ebeveyn tutumu burada izin verici-şımartan ve izin verici-ihmalkâr tutum olarak ikiye ayrılmıştır. Her iki ebeveynlik biçiminde de talep/kontrol boyutu düşüktür fakat izin verici-şımartan ebeveynlerin ilgi/kabul boyutu yüksektir, çocuklarıyla sıcak, sevgi dolu, yakın ilişkiler kurarlar ancak sınır ve kural koyamazlar. İhmalkâr ebeveynler ise çocuklarına denetleme ve sınır getirmedikleri gibi yakınlık ve sevgi de göstermezler. Çocuklarına karşı ilgisizdirler.<sup>164,175,176</sup> En olumsuz ebeveynlik tarzı olan ihmalkâr ebeveynlik; çocuklarda olumsuz ya da dağınık kimlik geliştirme, alkol-madde kullanımı ve suça yatkınlık gibi sorunlarla ilişkili bulunmuştur.<sup>168</sup>

Ebeveyn tutumları çocuğun özellikleri, ebeveynin özellikleri, sosyo-kültürel yapı ve aile içi etkileşim gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Berns,<sup>177</sup> anne-baba tutumları üzerinde çocuğun özellikleri belirleyici rolünün çok büyük olduğunu öne sürmüştür. Çocuğun mizacı, yaşı, kaçınıcı çocuk olduğu, cinsiyeti, gelişim sorunları ebeveyn davranışlarını etkilemektedir.<sup>177</sup> Ebeveynlerin kişilik özellikleri, ruh sağlığı, çalışma durumu, kendi çocukluk deneyimleri ve ebeveynleriyle ilişkileri ve stresle başa çıkma kapasiteleri de tutumlar arasında farklılıklara yol açmaktadır.<sup>178,179</sup> Ayrıca içinde yaşanılan toplumun kültürel değerleri, dini ve milli özellikler, devlet politikaları, destekleyici sosyal çevre, ailesel ve toplumsal ilişkiler de ebeveyn tutumlarını etkilemektedir.<sup>177</sup>

### **2.3.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Anne-Babalık**

DEHB'nin etiolojisinde en merkezi rolü genetik ve biyolojik mekanizmaların oynadığı bilinse de klinik seyir ve eşlik eden bozuklukların ortaya çıkmasında ebeveyn tutumları ve ebeveynlerin psikopatolojisinin de önemli etkisi olduğu gösterilmiştir.<sup>180</sup> Biyolojik ve sosyal etkenlerin yanında aile-içi ve dışından birçok dinamik faktör DEHB'de çocuk-ebeveyn ilişkisini etkilemektedir.<sup>8</sup>

Ebeveynlerin çocukları üzerindeki etkilerinin yanında, çocuğun mizacı ve davranışları da anne-babalık kalitesi üzerine etki sahibidir.<sup>177</sup> DEHB tanılı çocuklar aşırı hareketlilik, kısa dikkat süresi, dürtüsel ve yıkıcı davranışlar göstermeye eğilimlidirler.<sup>181</sup> Sıklıkla ebeveynlerinin isteklerini görmezden gelirler, akranları veya kardeşleriyle kavga ederler ve

komşular ya da okuldan olumsuz geri bildirimler alırlar.<sup>182</sup> DEHB tanılı bir çocuk büyümek; özellikle de karşıt olma davranışları eşlik ediyorsa, ebeveynin bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevselliğini bozabilen stresli bir deneyimdir.<sup>8</sup> DEHB tanılı çocukların ailelerinde ebeveyn-çocuk ilişkisini inceleyen birçok çalışmada tutarlı biçimde, yüksek ebeveynlik stresi, azalmış yakınlık ve olumlama, artmış emir vericilik veya otoriter tutumla karakterize çatışmalı ebeveyn-çocuk ilişkisi bildirilmiştir.<sup>182-184</sup> Sağlıklı çocukların anne-babalarına göre daha kontrolcü ve daha az onaylayıcı oldukları, ebeveynlik becerileri açısından daha yetersiz hissettikleri ve fiziksel cezaya daha sık başvurdukları gösterilmiştir.<sup>7,185</sup>

Anne-babaların kişilik özellikleri ve bireysel psikopatolojileri de çocukları ile ilişkilerini etkilemektedir. DEHB tanılı çocukların yarısından fazlasının ebeveynlerinde de DEHB belirtilerinin olduğu bildirilmiştir.<sup>8</sup> Ebeveynlerde DEHB varlığı; uygun anne-babalık tutumları konusunda zorlanma, daha sert/aşırı ya da lakayt ve tutarsız disiplin, çocuğun davranışının verimsiz takibi, rutin ve düzeni olmayan kaotik ev ortamı, çocuğun duygu ifadelerine sert cevaplar, çocukta DEHB semptomlarının ve yıkıcı davranışların artışı ve tedaviye yanıtın azalması ile ilişkili bulunmuştur.<sup>186</sup>

Birçok çalışmada DEHB tanılı çocukların annelerinin yüksek stres düzeyi ve depresif semptomlara sahip olduğu bildirilmiştir.<sup>182,183</sup> Depresif ebeveynlerin; çocuklarının çabalarını ve olumlu davranışlarını görmede zorlandığı, düşük bir sabır eşiğine sahip olup çocukların yanlış davranışına duygusal tepkiler verebildiği, çocukları ile etkileşimlerinin daha az olabileceği, sabır ve çaba gerektiren tedavi sürecine katılmak için motivasyonlarının düşük olduğu düşünülmektedir.<sup>8</sup> Annede depresyon öyküsünün DEHB tanılı çocuklarda davranım bozukluğu, depresyon ve intihar girişimi gibi uzun dönemde daha fazla olumsuz sonuçlar için yordayıcı olduğu saptanmıştır.<sup>187,188</sup>

DEHB tanılı çocukların babalarında antisosyal davranış birçok çalışmada odak konusu olmuştur.<sup>8</sup> Chronis ve ark.<sup>189</sup> DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde artmış oranda alkol-madde kullanımı, suça karışma ve antisosyal davranış görüldüğünü bildirmişlerdir. Ebeveynde antisosyal davranış varlığı ile çocukta DEHB ve yıkıcı davranışlarda artış arasında ilişki olduğu, ayrıca bu ebeveynlerin çocuklarında DEHB belirtilerinin erişkin dönemde de devam ettiği dolayısıyla yordayıcı bir faktör olduğu gösterilmiştir.<sup>189,190</sup> Ebeveynde antisosyal davranışlar, uygunsuz ebeveyn tutumlarının yanı sıra düşük maddi gelir, ebeveynler arası çatışma, çocuğun şiddete maruz kalması risklerini de artırarak

birçok yönden DEHB tanılı çocuklar için dezavantaj oluşturmaktadır.<sup>8</sup> Diğer yandan DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynlerin bazılarının yaşadıkları stresle başa çıkmak için daha fazla alkol ve madde kullanmaya eğilimli olduğu düşünölmektedir.<sup>8</sup>

Anne-baba arasındaki çatışma ile çocukta DEHB semptomları ve yıkıcı davranış bozuklukları arasında iki yönlü bir etkileşim bulunmaktadır.<sup>8</sup> DEHB tanılı çocuğu bulunan ailelerde boşanma riskinin sağlıklı çocuklara sahip ailelere göre en az 3 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.<sup>191</sup> Hem ebeveynlerin kendi psikopatolojileri (artmış DEHB, antisosyal davranış oranı vb.) hem de DEHB tanılı çocuğun davranışlarını yönetme ve alınacak tedavi gibi konularda çatışmalar yaşamaları bu riski artırmaktadır.<sup>192-195</sup> Ayrıca anne-baba arası diğer çatışmalara ek olarak çocukla ilgili anlaşmazlıkların ve çocuğun bu nedenle suçluluk hissetmesinin de çocuğun davranış problemlerini kötüleştirdiği gösterilmiştir.<sup>196</sup>

DEHB ve davranış sorunları bulunan, medikal tedavi almakta olan çocukların annelerinin; plasebo alan gruba göre çocuklarına daha fazla ilgi ve yakınlık gösterdikleri, daha fazla ilişki kurdukları ve daha az çatışma yaşadıkları bildirilmiştir.<sup>197</sup> Davranışçı ebeveyn eğitiminin de DEHB tanılı çocuklarda hiperaktif, karşı gelici ve öfkeli davranışları azalttığı, ebeveyn tutumlarını iyileştirdiği ve ebeveyn stresini azalttığı bildirilmiştir.<sup>198</sup> DEHB’de erken ebeveyn eğitimi; hastalıkla başa çıkmada ebeveyn becerilerini artırmakta ve çocukta davranım bozukluğu gelişme riskini azaltmaktadır.<sup>7</sup> DEHB tanılı çocuklarla yapılan bir çalışmada, ilaç tedavisi ile birlikte ebeveyn eğitimi verilen gruptaki çocukların anne-babalarının, sadece ilaç tedavisi veya sadece anne-babalara davranışçı yaklaşım uygulanan çocukların grubuna göre olumlu anne-babalık tutumlarında daha fazla gelişme gösterdikleri saptanmıştır.<sup>199</sup>

Olumsuz ebeveyn tutumlarının, çocuğun DEHB semptomlarıyla bir araya gelerek karşılıklı etkileşim ile çocukta KOKGB, DB, anksiyete ve depresyon gibi patolojilere yol açtığı görölmektedir. Bu nedenle DEHB tanılı çocukların aileleri çok yönlü değerlendirilmeli, anne-babaların karşılaşılabildikleri zorluklar ve problemlerin çocuklarda uzun dönemde daha ciddi olumsuz sonuçlar doğurabildiğinin farkında olunmalıdır.<sup>8</sup>



### **3. YÖNTEM VE GEREÇLER**

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmadan önce çocuklar ve ergenler kendileri için hazırlanmış olan Çocuk ve Ergen Bilgilendirme Formu'nu, ebeveynler ise Ebeveyn Bilgilendirme Formu'nu okumuş ve Onam Formu'nu imzalamışlardır. Etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

#### **3.1. Örneklem**

Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine Şubat 2019 – Mayıs 2019 tarihleri arasında başvuran, DSM-5'e dayalı klinik görüşmeler ile DEHB tanısı alan veya bu tanı ile takip ve tedavisi süren, 10 – 16 yaş arasında olan, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 çocuk ve ergen ile ebeveynleri alınmıştır. Kontrol grubu olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları Polikliniklerine başvuran tanı görüşmesinde herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmayan, kronik hastalığı bulunmayan, bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış, 10-16 yaş arasında yer alan 80 çocuk/ergen ve ebeveynleri alınmıştır. Çocuk/ergenler ile ebeveynlerinde ölçeklerin doldurulmasına ve tanısız görüşmelerin tamamlanmasına engel fiziksel bir hastalığın olması, genel tıbbi durumunu etkileyen kronik bir hastalık, madde bağımlılığı, şizofreni, bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu ve akut intihar riski varlığı dışlama ölçütleri olarak belirlenmiştir.

#### **3.2. Yöntem**

Polikliniğe yeni başvurarak DEHB tanısı alan veya DEHB tanısı ile takip edilmekte olup kontrol randevusuna gelen hastaların dahil edilme kriterlerine uygun görülmesi sonrası araştırmacıya yönlendirilmesiyle araştırma hakkında bilgi verilip görüşme yapılmıştır. Genel ruhsal değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıları saptamak amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 Kasım 2016 –Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG–ŞY–DSM–5–T) uygulanarak DEHB ve olası eş tanıları saptanmıştır. DEHB tanı ölçütlerini karşılayan çocuk

ve ergenler tarafından 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT) doldurulmuştur. Ebeveynlere ise sosyodemografik bilgi formu, Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ) ve Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-(A. Turgay) doldurulmuştur.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

#### **3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:**

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu; çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşanılan yer, anne ve babanın birliktelik durumu, ailenin aylık gelir düzeyi, kardeş sayısı, ebeveynlerde fiziksel/ruhsal hastalık varlığı, çocuğun sosyal aktiviteye devam durumu, tıbbi ve psikiyatrik ek tanımlar ve tedavi ile ilgili bilgilerin sorgulanabilmesi amacıyla hazırlanmış ve araştırmacı tarafından ebeveynlere sorularak doldurulmuştur.

#### **3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)**

DEHB ve diğer olası psikopatolojileri taramak için çocuk / ergen ve ebeveynlere ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T uygulanmıştır. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T; Kaufman ve ark.<sup>200</sup> tarafından DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre düzenlenen yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesinin (K-SADS-PL); 2013 yılında DSM sistemi yenilendikten sonra DSM-5 tanıları ile uyumlu olacak şekilde yenilenmiş halidir.<sup>201</sup> Duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları ile birlikte yeni düzenleme sonrası yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, tıknırcasına yeme bozukluğu, seçici konuşmazlık ve otizm spektrumu bozukluklarının da eklenmesiyle yirmi üç farklı tanı alanında değerlendirme yapılabilmektedir. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ünal<sup>202</sup> ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

### 3.3.3. 10-16 Yaş Çocuk ve Ergenler için Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (ÇEŞÖT)

Young'un şema terapi modeli temel alınarak Olcay Güner<sup>158</sup> tarafından geliştirilen, çocuk ve ergenlerdeki şemaların belirlenmesine yönelik, öz bildirimine dayalı, geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanmış bir ölçektir. Young'ın belirlediği 18 şema alanına dayandırılarak geliştirilen ölçeğin gelişim sürecinde faktör analizleri sonucu sosyal izolasyon, kendini feda etme, duyguları bastırma ve yüksek standartlar ve aşırı eleştiricilik şemalarına ulaşamamış, ayrıca onay arayıcılık şeması kendi içinde iki alt boyuta ayrılmış ve ortaya çıkan yeni alt boyut; "kendini onaylamama" şeması olarak adlandırılmıştır. ÇEŞÖT ile kopukluk ve reddedilmişlik alt ölçeği (kusurluluk/utanma, kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme ve tutarsızlık şemaları); zedelenmiş özerklik ve performans alt ölçeği (bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık ve gelişmemiş benlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık şemaları); zedelenmiş sınırlar alt ölçeği (yetersiz öz-denetim ve haklılık/büyükleme şemaları); başkalarına yönelimlilik alt ölçeği (boyun eğicilik, kendini onaylamama, onay arayıcılık şemaları) ve aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme alt ölçeği (karamsarlık, cezalandırıcılık, dayanıksızlık şemaları) olmak üzere; 5 ayrı alt boyut içerisinde 15 şema faktörü için oluşturulmuş toplam 97 madde değerlendirilmektedir. Katılımcılar, her maddeyi beşli likert tipli seçenek üzerinde derecelendirmektedir.

### 3.3.4. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ):

Evren Karabulut Demir tarafından anne ve babaların 2-6 yaş arasındaki çocuklarını yetiştirirken gösterdikleri ebeveynlik tutumlarını belirlemek amacı ile oluşturulmuştur. "Demokratik", "izin verici", "koruyucu" ve "otoriter" olmak üzere dört boyuttan oluşan toplamda 46 maddelik bir ölçektir. Her madde için 5'li likert seçeneklerinde "Her zaman böyledir" 5 puan; "Çoğunlukla böyledir" 4 puan; "Bazen böyledir" 3 puan; "Nadiren böyledir" 2 puan ve "Hiçbir zaman böyle değildir" 1 puan almaktadır. Her boyuttan alınan puanlar ayrı ayrı hesaplanarak her boyut için bir puan elde edilmektedir. Bir boyuttan yüksek puan almak o boyutun temsil ettiği davranış şeklini daha çok benimsemeyi ifade etmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda Cronbach alfa değerleri "demokratik" boyut için 0,83, "otoriter" boyut için 0,76, "aşırı koruyucu" boyut için 0,75 ve "izin verici" boyut için ise 0,74 olarak bulunmuş ve psikometrik özelliklerinin yeterli

düzeyde olduğu gösterilmiştir.<sup>203</sup> Bu çalışmada katılımcıların yaş grubu 10-16 arasında olmasına rağmen şemaların büyük oranda erken çocukluk döneminde oluştuğunun belirtilmesi nedeniyle ebeveynlere ETÖ verilmiş ve çocuklarının 2-6 yaş arasında olduğu dönemde uyguladıkları tutumlara göre doldurmaları istenmiştir.<sup>4</sup>

### **3.3.5. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-(A. Turgay)**

Dr. Atilla Turgay<sup>204</sup> tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerdeki yıkıcı davranış bozukluklarının taranması için geliştirilen bu ölçekle yıkıcı davranım bozukluklarından DEHB, KOKGB ve DB tarama ve değerlendirmesi yapılmaktadır. Dikkat eksikliği sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler “yok, biraz, fazla ve çok fazla” şeklinde cevaplanabilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türk örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Ercan<sup>205</sup> ve ark. tarafından yapılmıştır.

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY,USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk, Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (25.-75. persentil), kategorik değişkenler ise frekans (yüzde) olarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenler için student-t testi ile, normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için ise Mann Whitney U Testi ile belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde, normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İki yönlü hipotezlerin testi için  $p < 0.05$  istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmaya 54'ü kız (%33.8) 106'sı erkek toplam 160 çocuk ve ergen katılmıştır. DEHB ve kontrol gruplarının arasında cinsiyete göre dağılım farkı yoktur ( $p=1$ ). Çalışmaya katılanların yaşları 10-16 arasında olup, DEHB grubunda ortalama yaş 12,69 ( $\pm 1,92$ ); kontrol grubunda ise 12,91( $\pm 1,78$ ) olarak bulunmuştur. DEHB ve sağlıklı kontrol grubunda yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p=0.439$ ). DEHB grubunda kendine zarar verici davranış oranı daha yüksektir ( $p=0,002$ ). Katılımcıların cinsiyet, yaş ortalamaları, sınıf tekrarı, kendine zarar verme davranışı, sosyal aktiviteye gitme durumları tablo 2'te özetlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcılara ait özellikler

Özellikler	Gruplar	DEHB (n=80)		KONTROL (n=80)		p
		Sayı:	Yüzde:	Sayı:	Yüzde:	
Cinsiyet	Kız	27	33,8	27	33,8	1,000*
	Erkek	53	66,3	53	66,3	
Yaş ort.	-	12,69	-	12,91	-	0,439**
Sınıf tekrarı	Var	3	3,8	0	0	0,245*
	Yok	77	96,3	0	0	
Kendine Zarar Verici Davranış	Var	11	13,8	0	0	0,002*
	Yok	69	86,3	80	0	
Sosyal aktivite	Var	36	45	35	43,8	0,874*
	Yok	44	55	45	56,3	

\*Ki -Kare Testi    \*\* Mann-Whitney U Testi

## 4.2. Katılımcıların Aile Özellikleri

Katılımcıların aile özellikleri tablo 3'te gösterilmiştir. Aile yapısı, yaşanılan yer, aylık gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu değişkenleri açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. DEHB grubunda kontrol grubuna göre anne ve/veya babada ruhsal hastalık öyküsü belirgin olarak daha fazla bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubunda daha fazla sayıda baba aktif çalışmayı sürdürmektedir ve eğitim düzeyi yüksektir.

**Tablo 3: Katılımcıların Aile Özellikleri**

Özellikler	Gruplar	DEHB		KONTROL		p
		Sayı:	Yüzde:	Sayı:	Yüzde:	
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek	51	63,8	58	72,5	0,688*
	Geniş	23	28,8	19	23,8	
	Parçalanmış (ayrı)	5	6,3	2	2,5	
	Parçalanmış (ebeveyn kaybı)	1	1,3	2	1,3	
<b>Yaşadığı yer</b>	İl	38	47,5	43	53,8	0,109*
	İlçe	40	50	30	37,5	
	Köy	2	2,5	7	8,8	
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	0	0	1	1,2	0,362*
	İlkokul mezunu	34	42,5	31	38,8	
	Ortaokul mezunu	6	7,5	9	11,2	
	Lise mezunu	25	31,2	16	20,0	
	Ön Lisans mezunu	4	5	6	7,5	
	Üniversite mezunu	11	13,8	17	21,2	
<b>Annenin işi</b>	Çalışmıyor	58	72,5	47	33	0,067*
	Çalışıyor	22	27,5	58,8	41,2	
	Emekli	0	0	0	0	

<b>Annede Ruhsal Hastalık</b>	Yok	65	81,2	79	98,8	<b>0,001*</b>
	Var	15	18,8	1	1,2	
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	0	0	1	1,2	<b>0,001*</b>
	İlkokul mezunu	21	26,2	8	10	
	Ortaokul mezunu	14	17,5	9	11,2	
	Lise mezunu	30	37,5	24	30	
	Ön Lisans mezunu	6	7,5	10	12,5	
Üniversite mezunu	9	11,2	28	35		
<b>Babanın işi</b>	Çalışmıyor	1	1,2	1	1,2	<b>0,018*</b>
	Çalışıyor	70	87,5	78	97,5	
	Emekli	9	11,2	1	1,2	
<b>Babada Ruhsal Hastalık</b>	Yok	68	85	79	98,8	<b>0,004*</b>
	Var	12	15	1	1,2	
<b>Aylık Gelir Düzeyi</b>	0-2.000 TL	4	5	2	2,5	<b>0,714*</b>
	2.000-4.000 TL	41	52,2	37	46,2	
	4.000-6.000 TL	20	25	23	28,7	
	6.000 TL ve üzeri	15	18,8	18	22,5	

\*Ki –Kare Testi

### 4.3. Çalışma Grubunda Yer Alan Ergenlerde DEHB Alt Tipleri ve Eş Tanılar

Çalışma grubunda yer alan ergenlerin DSM-5'e göre yapılan yarı yapılandırılmış klinik tanı değerlendirmesi sonucu DEHB tanısı, alt tipi ve eşlik eden psikopatoloji özellikleri tablo 4'te gösterilmiştir. DEHB grubundaki 80 hastanın 33'ünde (%41,3) eş tanı olmadığı, 30'unda (%37,5) DEHB'ye eşlik eden 1 tanı, 17'sinde (%21,3) ise 2 veya daha fazla eş tanı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4. DEHB Grubunun Klinik Özellikleri**

Özellikler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>DEHB Alt Tipi</b>	Birleşik	42	52,5
	Dikkat eksikliği baskın tip	33	41,2
	Hiperaktivite/dürtüsellik baskın tip	5	6,2
<b>DEHB'ye eşlik eden tanılar</b>	KOKGB	26	32,5
	MDB	7	8,8
	Anksiyete bozukluğu	15	18,8
	Sosyal fobi	4	5
	OKB	5	6,3
	Tik bozukluğu	6	7,5
	Basmakalıp davranım bozukluğu	2	2,5
	Enürezis noktürna	2	2,5
	Konuşma bozukluğu	1	1,3



#### 4.4. Araştırmaya Katılan Ergenlerde Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

DEHB ve kontrol grubunda şema puanlarının karşılaştırması tablo 5’da verilmiştir. DEHB grubunda kuşkuculuk/kötüye kullanılma ve duygusal yoksunluk şemaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer şemalar açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 5: DEHB ve Kontrol Grubunda ÇEŞÖT Puan Ortalamaları**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	DEHB		Kontrol		p
	Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
Kusurluluk / Utanma	2,13 (±0,73)	2,00(1,6-2,6)	1,96 (±0,70)	1,80 (1,4 – 2,4)	0,113*
Kuşkuculuk / Kötüye Kullanılma	2,34(±1,02)	2,14(1,57-2,96)	2,02(±0,91)	1,85(1,28-2,57)	<b>0,042*</b>
Duygusal Yoksunluk	1,99(±0,90)	1,65(1,30-2,47)	1,76(±0,79)	1,45(1,12-2,27)	<b>0,047*</b>
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,53(±2,44)	2,00(1,50-3,00)	2,10(±0,89)	2,00(1,50-2,68)	0,363*
Başarısızlık	2,07(±0,81)	1,87(1,5-2,59)	1,88(±0,76)	1,75(1,25-2,37)	0,123*
Bağımlılık / Yetersizlik	2,08(±0,83)	1,85(1,42-2,67)	1,94(±0,77)	1,85(1,28-2,42)	0,276*
Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik	3,15(±1,13)	3,00(2,33-4,00)	3,02(±1,13)	3,00(2,33-3,91)	0,507*
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanısızlık	2,63(±1,18)	2,33(1,66-3,33)	2,76(±1,14)	2,66(2,00-3,57)	0,342*
Haklılık / Büyüklenmecilik	2,34(±0,81)	2,21(1,76-3,06)	2,26(±0,83)	2,18(1,62-2,93)	0,504**
Yetersiz Özdenetim	2,78(±0,96)	2,60(2,00-3,55)	2,68(±1,01)	2,60(1,85-3,60)	0,583*
Kendini Onaylamama	1,93(±0,97)	1,70(1,00-2,60)	1,65(±0,67)	1,40(1,00-2,20)	0,155*
Boyun Eğicilik	2,11(±0,84)	1,85(1,42-2,81)	2,04(±0,58)	2,00(1,60-2,42)	0,758*
Onay Arayıcılık	2,65(±1,06)	2,75(1,75-3,50)	2,59(±0,96)	2,50(1,75-3,25)	0,772*
Karamsarlık	2,52(±1,08)	2,37(1,62-3,25)	2,46(±1,07)	2,25(1,00-5,00)	0,769**
Cezalandırıcılık	2,41(±0,91)	2,20(1,80-2,95)	2,33(±0,84)	2,20(1,80-2,80)	0,820*

\*Mann-Whitney U Testi

\*\* T-Testi

#### 4.5. DEHB Grubunda Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları

DEHB grubunda sadece DEHB tanısı olanlar ile DEHB yanında en az bir tane eşlik eden ruhsal hastalığı bulunanların şema puanlarının karşılaştırması tablo 6’da verilmiştir. Eşlik eden hastalığı bulunanlarda ‘haklılık/büyüklenmecilik’ ve ‘yetersiz özdenetim’ şemaları tek başına DEHB tanısı olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Diğer şemalar açısından belirgin bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 6: DEHB Grubunda Psikiyatrik Eş Tanı Varlığına Göre ÇEŞÖT Puan Ortalamaları**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	Eş tanı yok		Eş tanı var		p
	Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
<b>Kusurluluk / Utanma</b>	2,10(±0,79)	2,00(±1,40-2,50)	2,15(±0,70)	2,00(±1,60-2,60)	0,546*
<b>Kuşkuculuk / Kötüye Kullanılma</b>	2,25(±1,01)	1,85(±1,49-2,71)	2,39(±1,04)	2,28(±1,57-3,28)	0,550*
<b>Duygusal Yoksunluk</b>	1,86(±0,88)	1,50(±1,30-2,30)	2,07(±0,91)	1,80(±1,30-2,50)	0,221*
<b>Terk Edilme ve Tutarsızlık</b>	2,16(±1,11)	2,00(±1,12-2,87)	2,78(±3,03)	2,25(±1,75-3,00)	0,231*
<b>Başarısızlık</b>	2,05(±0,93)	1,75(±1,31-2,75)	2,09(±0,73)	2,00(±1,50-2,37)	0,505*
<b>Bağımlılık / Yetersizlik</b>	2,03(±0,87)	1,85(±1,35-2,57)	2,12(±0,81)	1,85(±1,57-2,71)	0,573*
<b>Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik</b>	3,07(±1,22)	3,00(±2,33-4,00)	3,21(±1,08)	3,00(±2,33-4,33)	0,728*
<b>Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık</b>	2,49(±1,24)	2,33(±1,49-3,33)	2,73(±1,14)	2,66(±2,00-3,33)	0,338*
<b>Haklılık / Büyüklenmecilik</b>	2,11(±0,78)	2,00(±1,46-2,74)	2,51(±0,80)	2,37(±1,93-3,12)	<b>0,028**</b>
<b>Yetersiz Özdenetim</b>	2,50(±0,96)	2,40(±1,80-3,20)	2,97(±0,93)	3,00(±2,20-3,80)	<b>0,031**</b>
<b>Kendini Onaylamama</b>	1,84(±0,93)	1,60(±1,00-2,40)	2,00(±1,00)	1,80(±1,20-2,80)	0,395*
<b>Boyun Eğicilik</b>	2,05(±0,76)	1,71(±1,57-2,64)	2,15(±0,90)	1,85(±1,42-3,00)	0,868*
<b>Onay Arayıcılık</b>	2,69(±1,14)	2,75(±1,62-3,75)	2,61(±1,02)	2,75(±1,75-3,50)	0,757*
<b>Karamsarlık</b>	2,38(±1,20)	2,12(±1,25-3,31)	2,61(±0,99)	2,50(±1,75-3,25)	0,365**
<b>Cezalandırıcılık</b>	2,41(±1,05)	2,20(±1,60-3,20)	2,40(±0,81)	2,20(±1,80-2,80)	0,757*

\*Mann-Whitney U Testi

\*\* T-Testi

#### 4.6. DEHB ve Kontrol Grubunda Ebeveyn Tutum Ölçeği Puanları

Tablo 7’de DEHB ve kontrol gruplarının Ebeveyn Tutum Ölçeği alt boyut toplam puan ortalamaları görülmektedir. Demokratik tutum boyutu puan ortalaması kontrol grubunda DEHB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Diğer alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 7: DEHB ve Kontrol Grubunda ETÖ Puanları

ETÖ Alt Ölçekleri	DEHB		Kontrol		p
	Ort ( $\pm$ SS)	Ortanca(25-75)	Ort( $\pm$ SS)	Ortanca(25-75)	
ETÖ- Demokratik Toplam Puan	70,71( $\pm$ 9,83)	72,00(66,00-78,00)	74,27( $\pm$ 8,08)	75,5(68,00-81,00)	0,022*
ETÖ- Otoriter Toplam Puan	23,72( $\pm$ 7,02)	23,00(20,00-26,00)	23,31( $\pm$ 7,03)	22,00(19,25-27,00)	0,825*
ETÖ- Aşırı Korumacı Toplam Puan	32,48( $\pm$ 7,49)	33,00(28,00-37,00)	34,73( $\pm$ 6,32)	35,00(30,00-39,75)	0,41**
ETÖ- İhmalkar Toplam Puan	21,16( $\pm$ 5,58)	21,00(16,25-24,00)	21,05( $\pm$ 6,30)	21,00(18,00-24,00)	0,913*

\*Mann-Whitney U Testi

\*\* T-Testi

#### 4.7. Şemaların ETÖ Alt Boyutlarıyla Korelasyonu

Tablo 8’de katılımcıların ETÖ puanları ile şemaların korelasyonu gösterilmiştir. DEHB grubunda ETÖ alt boyutları ile şemalar arasında korelasyon saptanmamıştır. Kontrol grubunda başarısızlık, haklılık, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama ve onay arayıcılık şemalarıyla demokratik tutum arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Otoriter tutum ile kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme/tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama ve onay arayıcılık şemaları arasında; izin verici tutum ile başarısızlık ve kendini onaylamama şemaları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Aşırı korumacılık alt boyutu ile şemalar arasında korelasyon bulunmamıştır.

#### **4.8. Katılımcılarda Cinsiyete Göre Şemaların Karşılaştırılması**

Gruplarda cinsiyete göre şema puanlarının ortalamaları Tablo 9’da gösterilmiştir. DEHB grubunda erkeklerde “yetersiz özdenetim” şeması kızlara göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Diğer şemalar cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Kontrol grubunda ise kızlarda “bağımlılık” ve “yapışıklık ve gelişmemiş benlik” şemaları erkeklere göre daha fazla bulunmuştur. Diğer şemalar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

#### **4.9. Şemaların Ebeveynlerin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması**

İstatistiksel açıdan kolaylık sağlaması amacıyla ortaokul seviyesi ve altı ‘düşük eğitim düzeyi’; lise ve üstü ise ‘yüksek eğitim düzeyi’ olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların anne eğitim düzeyine göre şema puanlarının karşılaştırılması tablo 10’da, baba eğitim düzeyine göre şema puanlarının karşılaştırılması tablo 11’de verilmiştir. Ortalama şema puanları anne eğitim düzeyine göre iki grup arasında anlamlı farklılık göstermezken, baba eğitim düzeyi düşük olan çocuklarda “Başarısızlık”, “Haklılık/Büyüklemeçilik”, “Yetersiz Özdenetim” ve “Boyun Eğicilik” şemaları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur.

#### **4.10. DEHB Grubunda Annede Psikopatoloji Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları**

DEHB grubu; annede herhangi bir ruhsal hastalık olup olmadığına göre iki gruba ayrılarak şemalar karşılaştırılmıştır. Sonuçlar tablo 12’de gösterilmiştir. Annede ruhsal hastalığı olanlarda “Terk edilme/Tutarsızlık”, “Başarısızlık”, “Bağımlılık/Yetersizlik”, “Haklılık/Büyüklemeçilik”, “Yetersiz Özdenetim”, “Kendini Onaylamama” ve “Karamsarlık” şemalarının daha fazla olduğu bulunmuştur. DEHB grubunda babada ruhsal hastalık varlığına göre yapılan karşılaştırmada ise iki grubun şema puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo13).

Tablo 8. Semaların ETÖ Alt Boyutlarıyla İlişkisi

Erken Dönem Uyum Bozucu Semalar		DEHB Grubu (n=80)				Kontrol Grubu (n=80)			
		ETÖ Dem.	ETÖ Otor.	ETÖ Koruyucu	ETÖ İ. Verici	ETÖ Dem.	ETÖ Otor.	ETÖ Koruyucu	ETÖ İ. Verici
Kusurluluk / Utanma	r	0,023	-0,045	0,056	0,031	-0,150	0,211	-0,001	0,189
	p	0,841	0,692	0,624	0,783	0,183	0,060	0,995	0,094
Kuşkuculuk / Kötüye Kullanılma	r	0,045	0,066	-0,007	-0,046	-0,147	<b>0,256*</b>	0,087	0,156
	p	0,694	0,559	0,952	0,683	0,192	<b>0,022</b>	0,444	0,167
Duygusal Yoksunluk	r	0,096	0,011	0,047	-0,033	-0,206	<b>0,271*</b>	-0,075	0,127
	p	0,398	0,921	0,680	0,774	0,066	<b>0,015</b>	0,510	0,260
Terk Edilme ve Tutarsızlık	r	0,047	0,039	0,063	0,037	-0,175	<b>0,324*</b>	0,048	0,141
	p	0,682	0,729	0,580	0,745	0,120	<b>0,003</b>	0,672	0,213
Başarısızlık	r	0,189	-0,196	0,051	-0,021	<b>-0,242*</b>	<b>0,225*</b>	0,041	<b>0,322*</b>
	p	0,094	0,081	0,654	0,852	<b>0,031</b>	<b>0,045</b>	0,715	<b>0,004</b>
Bağımlılık / Yetersizlik	r	0,014	-0,052	0,200	-0,077	-0,132	<b>0,250*</b>	0,206	0,189
	p	0,901	0,648	0,075	0,496	0,245	<b>0,025</b>	0,067	0,093
Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik	r	-0,066	-0,048	0,103	-0,154	-0,066	0,200	0,218	0,187
	p	0,560	0,671	0,363	0,174	0,558	0,075	0,052	0,097
Hastalık ve Tehditlere Karşı	r	-0,034	-0,015	0,066	-0,095	-0,213	<b>0,301*</b>	-0,016	0,049
	p	0,767	0,895	0,562	0,401	0,058	<b>0,007</b>	0,891	0,668
Haklılık / Büyüklemeçilik	r	0,113	-0,024	0,197	-0,023	<b>-0,290*</b>	<b>0,273*</b>	-0,019	0,122
	p	0,317	0,834	0,080	0,840	<b>0,009</b>	<b>0,014</b>	0,864	0,282
Yetersiz Özdenetim	r	0,014	0,026	0,027	0,059	<b>-0,297*</b>	<b>0,222*</b>	-0,098	0,095
	p	0,905	0,820	0,815	0,606	<b>0,007</b>	<b>0,048</b>	0,387	0,403
Kendini Onaylamama	r	0,115	-0,130	0,030	-0,032	<b>-0,274*</b>	<b>0,274*</b>	-0,031	<b>0,288*</b>
	p	0,312	0,249	0,792	0,780	<b>0,014</b>	<b>0,014</b>	0,787	<b>0,010</b>
Boyun Eğicilik	r	0,029	-0,073	0,143	0,044	-0,201	0,201	0,027	0,098
	p	0,798	0,521	0,206	0,700	0,074	0,073	0,814	0,388
Onay Arayıcılık	r	0,150	-0,169	0,107	-0,177	<b>-0,359*</b>	<b>0,336*</b>	0,004	0,119
	p	0,186	0,134	0,344	0,116	<b>0,001</b>	<b>0,002</b>	0,969	0,291
Karamsarlık	r	0,190	-0,187	0,104	-0,110	-0,172	0,146	-0,057	0,172
	p	0,091	0,096	0,359	0,333	0,128	0,197	0,614	0,127
Cezalandırıcılık	r	0,136	-0,149	0,030	0,042	-0,046	0,191	0,046	0,011
	p	0,229	0,186	0,793	0,782	0,686	0,089	0,688	0,926

r = Spearman korelasyon katsayısı \*p<0,05

**Tablo 9. ÇEŞÖT Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	DEHB Grubunda Cinsiyete Göre ÇEŞÖT Puan Ortalamaları					Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre ÇEŞÖT Puanları				
	Kız		Erkek		p	Kız		Erkek		p
	Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)		Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
Kusurluluk / Utanma	2,12 (±0,84)	2,20 (±1,40-2,60)	2,13(±0,68)	2,00(±1,00-4,20)	0,653*	1,87(±0,47)	1,80(±1,40-2,20)	2,01(±0,80)	1,80(±1,40-2,60)	0,886*
Kuşkuculuk / Kötüye Kullanılma	2,43 (±1,05)	2,14 (±1,57-3,00)	2,29(±1,01)	2,14(±1,57-2,71)	0,589*	2,01(±0,87)	1,85(±1,14-2,71)	2,03(±0,94)	1,85(±1,28-2,57)	0,992*
Duygusal Yoksunluk	2,19 (±0,96)	1,80 (±1,30-3,10)	1,88(±0,86)	1,60(±1,30-2,35)	0,170*	1,86(±0,76)	1,40(±1,10-2,10)	1,80(±0,82)	1,50(±1,15-2,35)	0,547
Terk Edilme ve Tutarsızlık	3,15 (±3,92)	2,50(±1,50-3,50)	2,21(±1,02)	2,00(±1,37-2,75)	0,314*	2,27(±0,89)	2,00(±1,75-2,75)	2,01(±0,88)	2,00(±1,50-2,62)	0,214*
Başarısızlık	2,09 (±0,84)	1,87(±1,50-2,75)	2,06(±0,81)	1,87(±1,37-2,43)	0,915*	1,99(±0,72)	1,75(±1,50-2,50)	1,82(±0,78)	1,75(±1,12-2,31)	0,234*
Bağımlılık /Yetersizlik	2,12 (±0,81)	2,14(±1,57-3,00)	2,06(±0,85)	1,85(±1,42-2,57)	0,706*	2,21(±0,79)	2,28(±1,57-2,71)	1,79(±0,73)	1,71(±1,28-2,14)	<b>0,012*</b>
Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik	2,99 (±1,06)	3,00(±2,33-3,66)	3,23(±1,17)	3,33(±2,16-4,33)	0,385*	3,49(±0,82)	3,30(±3,00-4,33)	2,79(±1,19)	2,66(±2,00-3,66)	<b>0,008*</b>
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık	2,60 (±1,10)	2,33(±2,00-3,33)	2,65(±1,23)	2,33(±1,66-3,33)	0,935*	2,78(±1,17)	2,66(±2,00-3,33)	2,75(±1,14)	2,66(±2,00-3,66)	0,947*
Haklılık / Büyüklemeçilik	2,28 (±0,90)	2,00(±1,68-3,06)	2,38(±0,77)	2,31(±1,84-3,00)	0,612**	2,27(±0,87)	2,12(±1,50-3,00)	2,25(±0,82)	2,18(±1,62-2,93)	0,924**
Yetersiz Özdenetim	2,47 (±0,92)	2,20(±1,60-3,20)	2,93(±0,95)	2,80(±2,20-3,60)	<b>0,023*</b>	2,63(±1,11)	2,60(±1,80-3,80)	2,70(±,97)	2,60(±2,00-3,60)	0,789**
Kendini Onaylamama	2,15 (±1,03)	1,80(±1,40-2,80)	1,82(±0,92)	1,40(±1,00-2,50)	0,124*	1,60(±0,55)	1,40(±1,20-2,20)	1,67(±0,73)	1,40(±1,00-2,20)	0,844*
Boyun Eğicilik	2,57 (±1,08)	2,50(±1,70-3,50)	2,18(±0,83)	2,00(±1,49-3,00)	0,211*	2,07(±0,55)	2,00(±1,71-2,42)	2,03(±0,60)	2,00(±1,57-2,42)	0,811**
Onay Arayıcılık	2,57 (±1,08)	2,50(±1,75-350)	2,68(±1,06)	2,75(±1,75-3,50)	0,679*	2,74(±1,08)	2,75(±1,75-3,50)	2,51(±0,89)	2,25(±1,75-3,25)	0,347*
Karamsarlık	2,46 (±1,09)	2,25(±1,25-3,25)	2,55(±1,09)	2,37(±1,62-3,37)	0,714*	2,39(±1,05)	2,25(±1,50-3,25)	2,50(±1,09)	2,25(±1,56-3,31)	0,665**
Cezalandırıcılık	2,18 (±0,74)	2,00(±1,60-2,80)	2,52(±0,97)	2,20(±1,80-3,20)	0,221*	2,23(±0,87)	2,00(±1,60-2,80)	2,38(±0,83)	2,40(±1,90-3,00)	0,476**

\*Mann-Whitney U Testi \*\* T-Testi

**Tablo 10. ÇEŞÖT Puanlarının Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	DEHB Grubunda Anne Eğitim Düzeyine Göre ÇEŞÖT Puan Ortalamaları					Kontrol Grubunda Anne Eğitim Düzeyine Göre ÇEŞÖT Puanları				
	Düşük		Yüksek		p	Düşük		Yüksek		p
	Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)		Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
<b>Kusurluluk / Utanma</b>	2,25(±0,71)	2,30(±1,60-2,80)	2,02(±0,74)	1,80(±1,45-2,35)	0,080*	1,80(±0,59)	1,80(±1,40-2,20)	2,12(±0,78)	1,80(±1,40-2,60)	0,096*
<b>Kuşkuculuk / Kötüye Kullanılma</b>	2,30(±1,03)	2,21(±1,57-2,92)	2,37(±1,03)	2,14(±1,71-2,96)	0,668*	1,87(±0,78)	1,85(±1,21-2,35)	2,18(±1,02)	2,14(±1,28-3,00)	0,256*
<b>Duyusal Yoksunluk</b>	2,09(±0,97)	1,80(±1,32-2,40)	1,88(±0,82)	1,60(±1,30-2,57)	0,270*	1,61(±0,73)	1,30(±1,10-2,05)	1,91(±0,84)	1,70(±1,30-2,50)	0,069*
<b>Terk Edilme ve Tutarsızlık</b>	2,75(±3,29)	2,00(±1,50-3,00)	2,31(±1,06)	2,25(±1,37-3,00)	0,919*	2,15(±0,91)	2,00(±1,50-3,00)	2,05(±0,87)	2,00(±1,50-2,50)	0,594**
<b>Başarısızlık</b>	2,18(±0,88)	2,00(±1,53-2,62)	1,96(±0,73)	1,87(±1,37-2,46)	0,289*	1,80(±0,75)	1,62(±1,06-2,25)	1,96(±0,76)	1,75(±1,25-2,62)	0,258*
<b>Bağımlılık /Yetersizlik</b>	2,17(±0,87)	1,92(±1,57-3,00)	1,99(±0,79)	1,78(±1,42-2,49)	0,375*	1,94(±0,75)	1,85(±1,35-2,42)	1,93(±0,81)	1,71(±1,28-2,28)	0,768*
<b>Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik</b>	3,21(±1,23)	3,33(±2,33-4,33)	3,09(±1,05)	3,00(±2,33-3,91)	0,647**	3,14(±1,15)	3,00(±2,33-4,00)	2,90(±1,11)	3,00(±2,00-3,66)	0,345**
<b>Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanaksızlık</b>	2,67(±1,17)	2,49(±1,66-3,33)	2,58(±1,20)	2,33(±1,74-3,33)	0,702*	2,65(±1,12)	2,66(±1,83-3,16)	2,88(±1,17)	2,66(±2,00-3,66)	0,489*
<b>Haklılık / Büyükleme</b>	2,46(±0,71)	2,37(±2,00-3,12)	2,23(±0,89)	2,03(±1,56-2,96)	0,203**	2,24(±0,85)	2,18(±1,50-2,96)	2,28(±0,82)	2,18(±1,68-2,93)	0,831**
<b>Yetersiz Özdenetim</b>	2,87(±0,89)	2,70(±2,05-3,55)	2,68(±1,04)	2,60(±1,85-3,55)	0,384**	2,47(±0,95)	2,20(±1,80-3,00)	2,89(±1,04)	3,00(±2,00-4,00)	0,068**
<b>Kendini Onaylamama</b>	2,03(±1,05)	1,70(±1,20-2,80)	1,84(±0,88)	1,70(±1,00-2,40)	0,413*	1,61(±0,65)	1,40(±1,00-2,20)	1,68(±0,70)	1,40(±1,20-2,20)	0,591*
<b>Boyun Eğicilik</b>	2,25(±0,91)	1,92(±1,57-3,00)	2,00(±0,76)	1,71(±1,42-2,67)	0,273*	1,95(±0,60)	2,00(±1,49-2,35)	2,14(±0,55)	2,14(±1,71-2,42)	0,147**
<b>Onay Arayıcılık</b>	2,58(±1,06)	2,50(±1,75-3,50)	2,71(±1,07)	2,75(±1,75-3,75)	0,605*	2,67(±1,00)	3,00(±1,75-3,37)	2,50(±0,92)	2,25(±1,75-3,25)	0,542*
<b>Kararsızlık</b>	2,61(±1,02)	2,50(±1,75-3,25)	2,42(±1,14)	2,31(±1,28-3,34)	0,427**	2,30(±1,00)	2,12(±1,5-3,12)	2,63(±1,14)	2,62(±1,62-3,50)	0,172**
<b>Cezalandırıcılık</b>	2,45(±0,96)	2,20(±1,80-3,15)	2,37(±0,87)	2,20(±1,80-2,80)	0,681**	2,34(±0,90)	2,40(±1,70-3,20)	2,32(±0,78)	2,20(±1,80-2,80)	0,917**

\*Mann-Whitney U Testi      \*\* T-Testi

**Tablo 11. ÇEŞÖT Puanlarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	DEHB Grubunda Baba Eğitim Düzeyine Göre ÇEŞÖT Puan Ortalamaları					Kontrol Grubunda Baba Eğitim Düzeyine Göre ÇEŞÖT Puanları				
	Düşük		Yüksek		p	Düşük		Yüksek		p
	Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)		Ort (±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
<b>Kusurluluk / Utanma</b>	2,22(±0,71)	2,40(±1,60-2,80)	2,06(±0,75)	1,80(±1,60-2,40)	0,184*	2,05(±0,68)	2,10(±1,60-2,60)	1,93(±0,71)	1,80(±1,40-2,40)	0,307*
<b>Kuşkuculuk / Kötüye Kullanılma</b>	2,35(±1,01)	2,28(±1,57-3,28)	2,32(±1,04)	1,85(±1,64-2,92)	0,946*	2,05(±0,98)	1,92(±1,25-2,67)	2,01(±0,90)	1,85(±1,28-2,60)	0,968*
<b>Duygusal Yoksunluk</b>	2,10(±0,85)	1,80(±1,50-2,50)	1,90(±0,94)	1,60(±1,30-2,35)	0,112*	1,95(±1,04)	1,45(±1,10-2,65)	1,70(±0,71)	1,45(±1,17-2,20)	0,599*
<b>Terk Edilme ve Tutarsızlık</b>	2,32(±1,00)	2,00(±1,50-3,00)	2,68(±3,14)	2,00(±1,12-3,00)	0,729*	2,37(±1,03)	2,12(±1,68-3,56)	2,02(±0,83)	2,00(±1,50-2,56)	0,232*
<b>Başarısızlık</b>	2,22(±0,81)	2,00(±1,62-2,75)	1,96(±0,81)	1,75(±1,37-2,31)	0,092*	2,08(±0,89)	1,93(±1,21-3,03)	1,82(±0,71)	1,68(±1,21-2,25)	0,285*
<b>Bağımlılık /Yetersizlik</b>	2,26(±0,91)	2,14(±1,57-3,28)	1,94(±0,74)	1,71(±1,35-2,35)	0,116*	1,90(±0,81)	1,71(±1,28-2,45)	1,94(±0,77)	1,85(±1,28-2,42)	0,847**
<b>Yapışıklık/ Gelişmemiş Benlik</b>	3,40(±1,21)	3,33(±2,33-4,33)	2,96(±1,05)	3,00(±2,16-3,83)	0,082**	3,14(±1,07)	3,00(±2,33-4,08)	2,99(±1,15)	3,00(±2,24-3,74)	0,614**
<b>Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık</b>	2,76(±1,28)	2,66(±1,66-3,66)	2,53(±1,10)	2,33(±1,66-3,33)	0,435*	3,09(±1,04)	3,00(±2,24-4,00)	2,67(±1,16)	2,66(±1,66-3,41)	0,186*
<b>Haklılık / Büyüklemeçilik</b>	2,53(±0,77)	2,37(±2,00-3,18)	2,20(±0,83)	2,06(±1,62-2,93)	0,078**	2,59(±0,82)	2,62(±1,93-3,13)	2,16(±0,82)	2,06(±1,48-2,87)	0,051*
<b>Yetersiz Özdenetim</b>	2,96(±0,91)	3,00(±2,20-3,60)	2,63(±0,99)	2,40(±2,00-3,30)	0,114*	2,87(±0,94)	2,70(±2,35-4,00)	2,62(±1,03)	2,50(±1,80-3,60)	0,275*
<b>Kendini Onaylamama</b>	2,02(±0,97)	1,80(±1,20-2,80)	1,86(±0,96)	1,40(±1,00-2,40)	0,372*	1,74(±0,61)	1,50(±1,30-2,25)	1,62(±0,69)	1,40(±1,00-2,00)	0,314*
<b>Boyun Eğicilik</b>	2,37(±0,89)	2,28(±1,57-3,14)	1,91(±0,74)	1,57(±1,42-2,28)	<b>0,010*</b>	2,21(±0,66)	2,14(±1,71-2,78)	1,99(±0,55)	2,00(±1,57-2,42)	0,161**
<b>Onay Arayıcılık</b>	2,61(±1,03)	2,75(±1,50-3,50)	2,67(±1,10)	2,50(±1,75-3,75)	0,693*	2,84(±0,95)	3,00(±2,12-3,56)	2,51(±0,96)	2,25(±1,75-3,25)	0,240*
<b>Karamsarlık</b>	2,71(±1,11)	2,50(±1,75-3,62)	2,37(±1,05)	2,25(±1,56-3,00)	0,164**	2,49(±1,10)	2,24(±1,46-3,37)	2,46(±1,07)	2,25(±1,59-3,25)	0,928**
<b>Cezalandırıcılık</b>	2,49(±1,00)	2,40(±1,60-3,20)	2,34(±0,84)	2,20(±1,80-2,80)	0,563*	2,58(±0,78)	2,40(±2,15-3,40)	2,25(±0,84)	2,20(±1,60-2,80)	0,142**

\*Mann-Whitney U Testi \*\* T-Testi



**Tablo 12: DEHB Grubunda Annede Psikopatoloji Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	Annede Ruhsal Hastalık Yok		Annede Ruhsal Hastalık Var		p
	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
Kusurluluk/Utanma	2,06(±0,71)	2,00(±1,50-2,40)	2,42(±0,76)	2,40(±1,80-3,00)	0,085*
Kuşkuculuk/ Kötüye Kullanılma	2,27(±1,00)	2,14(±1,57-2,78)	2,63(±1,10)	2,42(±1,71-3,71)	0,229*
Duygusal Yoksunluk	1,93(±0,88)	1,60(±1,30-2,45)	2,22(±0,96)	1,90(±1,50-3,20)	0,172*
Terk Edilme ve Tutarsızlık	2,45(±2,65)	2,00(±1,25-2,75)	2,88(±1,13)	3,00(±2,00-3,75)	<b>0,027*</b>
Başarısızlık	1,96(±0,79)	1,75(±1,37-2,37)	2,57(±0,73)	2,37(±2,12-2,75)	<b>0,002*</b>
Bağımlılık/Yetersizlik	1,99(±0,79)	1,71(±1,42-2,57)	2,50(±0,90)	2,42(±1,71-3,28)	<b>0,042*</b>
Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	3,09(±1,14)	3,00(±2,33-4,00)	3,41(±1,13)	3,66(±2,66-4,33)	0,271*
Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanısızlık	2,55(±1,21)	2,33(±1,66-3,33)	2,99(±0,99)	3,00(±2,33-3,66)	0,090*
Haklılık/Büyükleme	2,24(±0,81)	2,06(±1,68-2,96)	2,81(±0,63)	2,87(±2,12-3,18)	<b>0,012**</b>
Yetersiz Özdenetim	2,63(±0,94)	2,60(±2,00-3,40)	3,42(±0,83)	3,20(±2,80-4,20)	<b>0,004*</b>
Kendini Onaylamama	1,81(±0,89)	1,4(±1,00-2,50)	2,44(±1,15)	2,20(±1,40-3,20)	0,027*
Boyun Eğicilik	2,05(±0,80)	1,71(±1,42-2,71)	2,39(±0,97)	2,42(±1,57-3,00)	0,230*
Onay Arayıcılık	2,59(±1,11)	2,50(±1,62-3,50)	2,88(±0,83)	2,75(±2,00-3,50)	0,304*
Karamsarlık	2,37(±1,07)	2,25(±1,50-3,06)	3,14(±0,94)	2,87(±2,37-3,75)	<b>0,010*</b>
Cezalandırıcılık	2,35(±0,93)	2,20(±1,80-2,80)	2,66(±0,81)	2,60(±1,80-3,40)	0,168*

\*Mann-Whitney U Testi\*\* T-Testi

**Tablo 13: DEHB Grubunda Babada Psikopatoloji Varlığına Göre ÇEŞÖT Puanları**

Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar	Babada Ruhsal Hastalık Yok		Babada Ruhsal Hastalık Var		p
	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	Ort(±SS)	Ortanca(25-75)	
Kusurluluk/Utanma	2,13(±0,72)	2,0(1,60-2,60)	2,13(±0,80)	2,10(1,45-2,35)	0,866*
Kuşkuculuk/ Kötüye Kullanılma	2,26(±1,01)	2,14(1,45-2,71)	2,75(±1,02)	2,57(1,71-3,78)	0,132*
Duygusal Yoksunluk	1,98(±0,93)	1,60(1,30-2,40)	2,01(±0,76)	1,80(1,32-2,87)	0,700*

<b>Terk Edilme ve Tutarsızlık</b>	2,24(±1,05)	2,00(1,31-2,75)	4,16(±5,71)	2,75(1,81-3,75)	0,175*
<b>Başarısızlık</b>	2,05(±0,80)	1,87(1,40-2,50)	2,18(±0,93)	1,93(1,50-2,84)	0,741*
<b>Bağımlılık/Yetersizlik</b>	2,07(±0,81)	1,85(1,45-2,57)	2,15(±0,96)	1,64(1,42-3,24)	0,995*
<b>Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik</b>	3,21(±1,10)	3,33(2,33-4,00)	2,80(±1,30)	2,33(1,74-4,16)	0,247**
<b>Hastalık ve Tehditlere Karşı Dayanıksızlık</b>	2,64(±1,17)	2,33(1,66-3,33)	2,55(±1,25)	2,33(1,74-3,16)	0,730*
<b>Haklılık/Büyükleme</b>	2,32(±0,80)	2,18(1,76-3,04)	2,47(±0,87)	2,46(1,62-3,24)	0,578**
<b>Yetersiz Özdenetim</b>	2,76(±0,96)	2,60(2,00-3,55)	2,88(±1,03)	2,80(1,90-3,70)	0,771*
<b>Kendini Onaylamama</b>	1,90(±0,99)	1,40(1,00-2,60)	2,08(±0,82)	1,80(1,50-2,95)	0,306*
<b>Boyun Eğicilik</b>	2,08(±0,81)	1,85(1,45-2,67)	2,31(±0,99)	2,21(1,42-3,28)	0,534*
<b>Onay Arayıcılık</b>	2,60(±1,08)	2,62(1,75-3,50)	2,89(±0,97)	3,00(2,00-3,62)	0,347*
<b>Karamsarlık</b>	2,48(±1,06)	2,37(1,62-3,21)	2,73(±1,21)	2,31(1,74-4,02)	0,457**
<b>Cezalandırıcılık</b>	2,37(±0,85)	2,20(1,80-2,80)	2,63(±1,22)	2,20(1,80-3,30)	0,740*

\*Mann-Whitney U Testi \*\* T-Testi

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvurarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan veya bu tanı ile takip edilen, yaşları 10-16 arasında olan ergenler ile aynı yaş grubunda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, kronik fiziksel hastalığı veya herhangi bir psikopatolojisi bulunmayan ergenlerde erken dönem uyum bozucu şemalar ve bunların ebeveyn tutumları ile ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır. Çalışma grubunda DEHB tanısı yarı yapılandırılmış görüşme ile netleştirilirken, kontrol grubu yarı yapılandırılmış görüşmeye göre psikopatolojisi bulunmayan ergenlerden oluşturulmuştur. Çalışmamız sonucunda DEHB grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre kuşkuculuk/kötüye kullanılma ve duygusal yoksunluk şemalarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bildirdikleri ayrıca olumlu ebeveynlik biçimi olarak tanımlanan demokratik tutumun kontrol grubunda daha fazla benimsenirken, olumsuz ebeveynlik tutumları olan aşırı koruyucu, izin verici ve otoriter tutumlar arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bu bölümde elde edilen bulgular mevcut yazın çerçevesinde tartışılmaya çalışılmıştır.

Yaş ve cinsiyet açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Her iki grupta da cinsiyet özellikleri bakımından erkeklerin sayısı kızlara göre daha fazla bulunmuştur. Dünya çapında DEHB yaygınlığının araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında toplum örnekleminde kız/erkek oranının 1/3; klinik örnekleimde ise 1/9 olduğu saptanmıştır.<sup>27</sup> Çalışmamızda polikliniğe başvuran DEHB hastalarında erkek cinsiyetin fazla olması yazın ile uyumlu bulunmuştur. DEHB tanısı olan erkek çocuklarda dışavuran yıkıcı davranışların ve eşlik eden öğrenme bozukluklarının daha sık olması nedeniyle kliniğe daha fazla getirildikleri belirtilmektedir.<sup>206</sup>

DEHB grubunda 3 katılımcının daha önce sınıf tekrarı yaptığı, kontrol grubunda sınıf tekrarı yapan katılımcı olmadığı bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlam oluşturmaya yetmemiştir. Yapılan çalışmalarda DEHB tanılı çocukların akademik başarılarının sağlıklı yaşlılarına göre daha düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>207</sup> Bizim çalışmamızda akademik başarı düzeyi ile ilgili sınıf tekrarı dışında başka parametreye (örn., not ortalaması) bakılmaması, çalışmaya alınan DEHB hastalarının büyük çoğunluğunun uzun süredir takip ve tedavi ediliyor olması, özgül öğrenme güçlüğü'nün her

iki grupta da değerlendirmeye alınmaması ve klinik olarak zekâ geriliği izlenimi edinilen ya da daha önce WISC-R testi yapılmış olup toplam IQ puanı 80'in altında olanların iki grupta da çalışmaya alınmaması gruplar arasında anlamlı fark bulunmamasına etki etmiş olabilir.

Bir meta-analiz çalışmasında DEHB tanılı ergen ve erişkinlerde kendine zarar verici davranış (KZVD) oranının sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>208</sup> alışmamız bu yönden mevcut yazın ile uyumlu bulunmuştur. DEHB grubunda daha önce KZVD yks oranı kontrollere göre belirgin biçimde yüksek bulunmuştur. KZVD'nin duygusal belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiş ve intihar riskini yordadığı saptanmıştır.<sup>208</sup> Bu nedenle DEHB hastalarında KZVD önemle ele alınması gereken bir konudur.

Gruplar arasında aile yapısı, yaşanılan yer, aylık gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi, anne çalışma durumu değişkenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak DEHB grubundaki katılımcıların babalarının eğitim düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Anne eğitim düzeyleri arasında fark bulunmamasının sebebi ülkemizde genel olarak kadınların okul hayatından erken koparılması ve eğitim düzeylerinin daha düşük olması olabilir. Ebeveynlerde düşük eğitim seviyesi ve düşük sosyoekonomik düzeyin ocuklarda DEHB semptomlarının artışıyla ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.<sup>209-211</sup> Yakın zamanda yayınlanan Türkiye genelinde çocukluk ağı psikopatolojilerinin tarandığı çalışmada da eğitim düzeyi düşük olan babaların ocuklarında DEHB sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>35</sup> alışmamızın sonuçları bu yönden daha önceki çalışmalarla uyumludur. Bu durum, güçlü genetik altyapısı nedeniyle DEHB tanılı çocukların babalarında da DEHB ve diğer psikopatolojilerin sıklığının artmış olması, bu nedenle akademik başarılarının düşük olması ve eğitimden erken kopmaları ile açıklanabilir.<sup>7</sup> Ayrıca gruplar arasında baba çalışma durumu açısından anlamlı fark bulunmuş ve bu farkın DEHB grubunda emekli olan baba sayısının daha yüksek olmasından kaynaklandığı grlmştir. DEHB'li çocukların ebeveynlerinin eğitimden erken ayrılmaları ve iş hayatına başlamaları, daha erken emekli olmalarına yol açmış olabilir.

DEHB grubunda kontrol grubuna göre anne ve/veya babada ruhsal hastalık yks belirgin olarak daha fazla bulunmuştur. Araştırmamız sırasında ebeveynlerdeki ruhsal hastalık verileri; ebeveyn ile yapılan görüşme sırasında sorgulanan psikiyatrik başvuru ve ilaç kullanım öyküsüne dayanarak elde edilmiştir. Ebeveynlerin kendi psikopatolojilerine

yönelik ek bir klinik değerlendirme yapılmamıştır. Katılımcı anne-babalar arasında psikiyatri başvurusu olup herhangi bir tanı almayan veya ruhsal sorunu olmasına rağmen psikiyatriye başvurmayanlar olabilir. Bu açıdan elde ettiğimiz oranların güvenilirliğinin etkilenmiş olma ihtimali bulunmakla birlikte çalışmamızda DEHB grubundaki çocukların ebeveynlerinde ruhsal hastalık oranının fazla olması önceki çalışmalar ile uyumludur. Daha önce yapılan birçok çalışmada da DEHB tanısı olan çocukların ebeveynlerinde psikopatoloji oranının sağlıklı çocukların ailelerine göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir.<sup>183,189</sup> Yazında DEHB'nin genetik altyapısının oldukça güçlü olduğu ve DEHB tanılı çocukların anne-babalarında DEHB belirtilerinin fazla olduğuna dair çok sayıda veri bulunmaktadır.<sup>43,44,55</sup> Ek olarak depresyon, antisosyal davranış, alkol-madde bağımlılığı gibi diğer psikopatolojilerin de DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde daha fazla görüldüğü, ayrıca ebeveynlerde psikopatoloji varlığının DEHB seyrini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.<sup>8</sup> Bu nedenle, DEHB tanısı konulan çocukların ebeveynleri de psikopatoloji riski açısından değerlendirilmeli ve gerekli görüldüğü durumlarda tanı ve tedavi için yönlendirilmelidir.

Çalışmamızda DEHB grubundaki 80 hastanın 47'sinde (%58,7) eşlik eden en az bir ruhsal hastalık olduğu bulunmuştur. En sık görülen üç eş tanının sırasıyla karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), anksiyete bozuklukları (AB) ve major depresif bozukluk (MDB) olduğu görülmüştür. DEHB grubunda KOKGB eş tanı oranının %32,5 olduğu saptanmıştır. Yazında DEHB'ye KOKGB eşlik etme durumu %20,6-%80 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir.<sup>212</sup> Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise bu oran %22,6 olarak bulunmuştur.<sup>213</sup> Bu açıdan çalışmamız yazın bilgileriyle uyumludur. Beklenmedik bir bulgu olarak, çalışmamızda DEHB grubunda DB eş tanısı görülmemiştir. DEHB'de medikal tedavinin KOKGB ve DB gelişme riskini azalttığı bildirilmiştir.<sup>214,215</sup>

Çalışmamızdaki DEHB hastalarının büyük kısmının uzun süredir takip ve tedavi edilmekte olan katılımcılardan oluşması ve çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması nedeniyle karşıt olma davranışları bulunan birçok çocuk ve ergenin anket doldurmayı reddetmesi gruptaki KOKGB oranını bir miktar azaltmış olabilir ve DB tanısının olmamasını açıklayabilir. En sık görülen eş tanılardan ikincisi anksiyete bozukluklarıdır. DEHB grubundaki hastaların %18,8'inde anksiyete bozukluğu eş hastalanımı olduğu saptanmıştır. Önceki çalışmalarda DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluğu sıklığı %18-%50 arasında değişen oranlarda bildirilmiş ve çalışmamız bu oranlarla uyumlu

bulunmuştur.<sup>98</sup> Üçüncü en sık görülen eş tanı MDB'dir. Zorlu ve ark.<sup>213</sup>'nin çalışmasında Türkiye'de DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde MDB sıklığı %1,7; Hergüner<sup>216</sup> ve ark.'nin çalışmasında ise %7,5 olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalarda DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde depresyon eş tanısının %12-50 arasında görüldüğü ve DEHB tanısı olmayanlara göre riskin 2,5-5,5 kat fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>98</sup> Çalışmalar arasındaki farkın seçilen örneklem, yaş grubu ve tedavi durumu ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda DEHB grubundaki hastalarda MDB eş tanısı oranı ise %8,8 olarak saptanmış ve önceki çalışmalara uyum göstermiştir. Çalışmamızda eş tanıları yordayan etkenler araştırılmamakla birlikte temel DEHB semptomları nedeniyle aile içinde, okulda ve toplumsal alanda yaşanan zorluklar, serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerdeki bazı ortak genetik ve nörobiyolojik etkenler, duygu-düzenleme güçlükleri ve olumsuz ebeveyn tutumlarının DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon gelişimine zemin hazırladığı bilinmektedir.<sup>8,217</sup>

İki grup arasındaki ebeveyn tutumlarını değerlendirdiğimizde DEHB grubunun ebeveynlerinde demokratik tutum alt boyutu puanının kontrol grubuna göre düşük olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla DEHB'si olan çocukların anne-babalarının demokratik tutumu daha az benimsedikleri söylenebilir. En uygun ebeveynlik biçimi olarak kabul edilen demokratik tutumda, aile içinde karşılıklı iletişim mevcuttur, çocuğa duygusal destek verilir ve özerklik geliştirmesi için uygun koşullar oluşturulur. Bunun yanında çocuğun davranışları gözetim altındadır ve ailede uygun bir disiplin vardır. Bu tutuma sahip ailelerde yetişen çocukların ebeveynlerinin değerlerini içselleştirdikleri ve psikolojik gelişim ve uyum, kendini düzenleme becerisi, özyeterlik algısı, özsaygı, sorumluluk duygusu, akademik başarı gibi yönlerden olumlu sonuçlara sahip oldukları bulunmuştur.<sup>168</sup> DEHB'ye sahip olmak çocuklar ve ailelerinin yaşamında kısa ve uzun vadede birçok olumsuz sonuç ile ilişkilidir.<sup>183</sup> Çocuklarında DEHB olan ebeveynlerin tutum ve davranışları birçok araştırmaya konu olmuştur. Tutumlar ve ebeveynlerin kendilerinde bulunan DEHB, depresyon, anksiyete gibi psikopatolojiler, DEHB'nin klinik seyrini, tedavi yanıtını ve eş tanı gelişimini etkilemektedir.<sup>43,218</sup> DEHB'li çocukların ailelerinde daha fazla evlilik sorunu, psikopatoloji ve artmış ebeveynlik stresi saptanmıştır.<sup>182</sup> Bu ailelerin daha olumsuz tutumlar sergiledikleri, etkisiz ve uygunsuz disiplin yöntemlerine başvurdukları, çocuklarına ilgi ve yakınlıklarının daha az olduğu, daha agresif tepkilerinin bulunduğu ayrıca çocuklardaki DEHB ve KOKGB semptomlarının da ebeveyn tutumlarını

olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.<sup>183</sup> Çalışmamız, DEHB grubundaki ebeveynlerde olumlu tutum belirteci olan demokratik boyutun daha az bulunması ve ruhsal patoloji sıklığının artmış olması yönünden mevcut yazın ile uyumlu bulunmuştur. Olumsuz ebeveyn tutum boyutları açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır. DEHB grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğu uzun süredir polikliniğimizde takip edilen ve ilaç kullanan katılımcılardan oluşmaktaydı. Poliklinik takibi sürecinde ilaç kontrolü yanında DEHB tanılı çocuklar ve ebeveynleriyle ayrıntılı, destekleyici görüşmeler yapılmakta, eş tanılara yönelik tedaviler ve ebeveyn tutumlarına dair öneriler verilmektedir. Dolayısıyla DEHB grubundaki ebeveynlerin çoğu hem poliklinikte hem de belli aralıklarla kliniğimizde verilen DEHB ebeveyn eğitimi seminerlerine katılarak tutumlar hakkında detaylı psikoeğitim almışlardır. Bu durum Ebeveyn Tutum Ölçeği'nde (ETÖ) daha yanlış işaretlemeler yapmalarına veya çocukları 2-6 yaş arasındayken uyguladıkları tutumlar yerine sonradan öğrendikleri olumlu tutumları işaretlemelerine dolayısıyla tutumların gerçekte olduğundan daha farklı bulunmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca ETÖ'nün ebeveyn tarafından doldurulan bir öz bildirim ölçeği olması ve çocuğun algıladığı ebeveyn tutumlarını yansıtmaması, her iki grupta da ebeveynlerin ölçeği doldururken olumluluk önyargısının etkisinin olma ihtimali ve örneklemimizin 10-16 yaş arasında olması dikkate alındığında ebeveynlerin, çocukları 2-6 yaş arasındayken uyguladıkları tutumları tam olarak hatırlayamamış olma olasılığı sonuçları etkilemiş olabilir. DEHB grubunda ebeveyn tutumlarını daha ayrıntılı değerlendirmek için, daha önceki çalışmaların verilerinden de faydalanarak ilaç tedavisi veya psikoeğitim almayan gruplarda, farklı yaş dilimindeki çocuklarla, ebeveyn ve çocuk tarafından verilen bilgilerin karşılaştırılabileceği ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bowlby ve bağlanma kuramından yola çıkan Young erken dönemde ebeveynler ve çocuk arasında gerçekleşen yaşantı ve ilişkilerin, ebeveynler tarafından karşılanmayan belirli duygusal ihtiyaçların erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde önemli rolü olduğunu belirtmiştir.<sup>4</sup> Çalışmamızda her iki grubun erken dönem uyum bozucu şemaları karşılaştırıldığında, DEHB grubunda kuşkuculuk/kötüye kullanılma ve duygusal yoksunluk şemaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kuşkuculuk/kötüye kullanılma şeması diğer insanlar tarafından kötüye kullanılma, zarar görme, aşağılanma ya da başka biçimde kendilerine kötü davranılmasına dair yoğun inanç ve beklentileri içerir. Sıklıkla çocukluk çağında cinsel, fiziksel, duygusal ya da sözel olarak

kötüye kullanılma ve istismar öyküsü ile ilişkilendirilmiştir.<sup>160</sup> DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin daha fazla azarlama ve fiziksel cezaya başvurduğu, aşırı tepkisellik ve çocuğu suçlayıcı bilişlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>8</sup> Ayrıca DEHB tanısı olan çocukların diğer çocuklara göre, akranları tarafından alay edilme, fiziksel olarak sataşılma, itilme ve diğerleriyle ilişkisinin bozulması gibi zorbalıklara daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır.<sup>219</sup> Çalışmamızda demokratik tutumun DEHB grubunda daha az bildirildiği görülmekle birlikte olumsuz ebeveyn tutumları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. Bunun yanında araştırma sürecinde akran ilişkileri, erken dönem istismar ve ihmal gibi şemaları etkileyebilecek diğer yaşantılarla ilgili bilgi alınmamıştır. Yazındaki veriler ışığında ebeveyn ve akranlar gibi yakın çevre ile yaşanan bu tarz olumsuz etkileşimler nedeniyle DEHB tanılı çocuklarda diğerleri tarafından zarar göreceğine dair inançları içeren kuşkuculuk/kötüye kullanılma şemasının artmış olmasının beklenen bir bulgu olduğu düşünülmüştür. Ebeveyn tutumlarıyla ilişkisini daha iyi anlayabilmek için DEHB grubunda kuşkuculuk/kötüye kullanılma şemasını artırabilecek diğer etkenlerin de değerlendirildiği ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Duygusal yoksunluk şemasında ise bir türlü yeteri kadar sevilmiş ve güvende hissetmeme, sevgi, şefkat, arkadaşlık, yakınlık, rehberlik ve korunma ihtiyaçlarının hiçbir zaman yeterince karşılanmayacağına dair inançlar bulunur.<sup>4</sup> DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocuklarına daha az yakınlık, ilgi ve sıcaklık gösterdiği, çocuğun olumlu davranışlarını daha az fark ettiği bildirilmiştir. Toplum örnekleminde çocukta DEHB semptomları ile ebeveynleri tarafından reddedilme algısının araştırıldığı bir çalışmada DEHB tanısı olan çocukların anneleri tarafından daha fazla reddedilme algısına sahip olduğu bulunmuştur.<sup>180</sup> Bu veriler ışığında DEHB tanılı çocuklarda duygusal yoksunluk şemasının artmış olmasının ebeveyn tutumları ve çocuk-ebeveyn ilişkisi ile bağlantısı olabilir. DEHB grubunda şemaların oluşumunu daha iyi anlayabilmek için ebeveyn psikopatolojisi, bağlanma stilleri, DEHB alt tipi, çocuğun belirti düzeyi, eş tanılar, akademik başarı, akran ilişkileri gibi pek çok etkenin değerlendirildiği ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Yazında DEHB'si olan çocuk ve ergenlerde erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Philipsen ve ark.<sup>11</sup> erişkin DEHB hastaları ile yaptıkları çalışmada hastalık ya da zarar görme karşısında dayanıksızlık, bağımlılık/gelişmemiş benlik, kendini feda, yetersiz öz denetim ve onay arayıcılık hariç tüm şemaların kontrol



grubuna göre daha fazla olduğunu, en büyük etki boyutunun başarısızlık, kusurluluk/utanç, boyun eğicilik ve duygusal yoksunluk şemalarında olduğunu saptamışlardır. Yine erişkin DEHB grubunda yapılan bir çalışmada Kavurmacı<sup>9</sup> ise duyguları bastırma ve kendini feda hariç tüm şemaların kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Sonuçlarımız bu iki çalışma ile uyumlu olmakla birlikte bizim çalışmamızda DEHB grubunda çok daha az sayıda şema açısından fark bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmaya alınan hastaların çok büyük kısmının uzun süredir takip edilmiş ve medikal tedavi almış olması, belirtilere yönelik uzun süredir çalışılmış, tanı ve tedavi müdahalesinin erken dönemde yapılmış olması, yaş grubunun daha küçük olması nedeniyle şemaların henüz tam olarak şekillenip oturmaması, erişkin örnekleminde çalışılan hastalarının büyük kısmının çocukluk döneminde tanı/ tedavi almaması ve daha uzun süredir DEHB belirtilerini ve olumsuz sonuçları deneyimliyor olmaları veya DEHB tanısı olan çocuklarda bulunduğu belirtilen durumlarını gerçekte olduğundan daha iyi görme (yanıltıcı olumluluk yanlılığı-positive illusory bias) olabilir.<sup>220</sup>

DEHB grubu cinsiyetlere göre iki gruba ayrılarak şemaları karşılaştırıldığında; erkeklerde yetersiz özdenetim şemasının kızlara göre anlamlı derecede daha fazla olduğu, diğer şemalar açısından cinsiyete göre anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Yetersiz özdenetim şeması, doyumunu ertelemeyi reddetme, çabuk sıkılma, sabırsızlık, sadece kendi iyiliğini umursama ile karakterizedir. Aileleri tarafından diğerlerine göre üstün ve özel hissettirilen veya uygun sınırların gösterilmediği çocuklarda sık görüldüğü bildirilmiştir.<sup>160</sup> Erkeklerde hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin kızlara göre daha fazla bulunması, hareketlilik ve dürtüsellik normal toplumda da erkek çocuklarında daha sık görülmesi nedeniyle kızlara göre daha az yadırganması ayrıca bazı ataerkil ailelerin erkek çocuklarına daha fazla değer vermesi erkek çocuklarında yetersiz özdenetim şemasının artmasına neden olmuş olabilir.<sup>28,221</sup>

Ebeveyn tutumları ile şemaların ilişkisini incelemek için yaptığımız korelasyon analizinde DEHB grubu ve kontrol grubu ayrı ayrı değerlendirilmiştir. DEHB grubunda ebeveyn tutumları ile şemalar arasında bir ilişki gösterilememekle birlikte kontrol grubunda otoriter tutum ile “kuşkuculuk/kötüye kullanılma, duygusal yoksunluk, terk edilme/tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık, haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama ve onay arayıcılık” şemaları arasında, ayrıca izin verici tutum ile “başarısızlık ve kendini

onaylamama” şemaları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Aşırı korumacılık alt boyutu ile şemalar arasında korelasyon bulunmamıştır. DEHB grubunda, şemalarla ebeveyn tutumları arasında ilişki gösteremememiz bu grupta şemaların oluşumunun farklı unsurlardan da etkilenmiş olabileceğini (ebeveynlerin eğitim durumu, taşıdıkları ruhsal hastalıklar, akran istismarı, eğitimdeki başarıları...) düşündürmektedir. Ayrıca, DEHB grubundaki ebeveynlerin, uzun süredir çocuk psikiyatri polikliniğine takibe gelerek tutumlar hakkında bilgilendirilmiş olmaları sonucu etkilemiş olabilir.

Otoriter tutumla ilişkili şemalardan ilk üçü soğuk, reddedici, tutarsız veya istismarcı ebeveyn tutumları gibi nedenlerle güvenli bağlanma ihtiyacının karşılanmaması sonucu ortaya çıkan şemaların bulunduğu “kopukluk ve reddedilme” alanında; kendini onaylamama ve onay arayıcılık şemaları ise sevgi ve onay kazanma, aradaki bağı sürdürmek için başkalarının ihtiyaçlarını kendininkilerin önüne geçirme ile ilgili “diğerleri yönelimlilik” şema alanında yer alır.<sup>4,160</sup> Otoriter tutum, çocuktan duygu ve düşünceleri önemsenmeden kurallara mutlaka itaat etme beklentisini, katı disiplin ve ceza uygulamalarını içerir ve ileri yaşlarda düşük özgüven ve düşmancıl davranışlar ile ilişkilidir.<sup>167,168</sup> Otoriter tutumla ilişkili bulunan “başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, hastalık ve tehditlere karşı dayanıksızlık” şemaları ise kişinin ayrışma ve bağımsız olarak kendini ortaya koymasıyla ilişkili bozuklukları içeren “zedelenmiş özerklik ve kendini ortaya koyma” şema alanında bulunur. Otoriter tutum sonucu çocuklarının özerkliklerini geliştirmesini, fikirlerini söylemesini engelleyen, onları serbest bırakmayan ebeveynler bu şemalara neden olabilir.<sup>4</sup> Daha önceki çalışmalarda da otoriter tutumun kopukluk / reddedilme ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarındaki şemalar için prediktör olduğu bulunmuştur ve çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Bu alandaki şemaların artmış psikopatoloji özellikle de depresyon ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.<sup>5</sup>

Çalışmamızda kontrol grubunda ebeveynlerin belirttiği izin verici tutum puanlarının artışı ile çocuklarda “başarısızlık ve kendini onaylamama” şeması arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. İzin verici ebeveynlerin çocuklarına çok fazla özgürlük verdiği ve aşırı hoşgörü ile yaklaştığı, bu şekilde yetişen çocukların dürtü kontrolü zayıf, akademik başarıları düşük, kendini hoş gören çocuklar olduğu bildirilmiştir.<sup>203</sup> Çalışmamızda izin verici ebeveyn tutumunun çocuklarda başarısızlık ve kendini onaylamama şemalarıyla ilişkili bulunmasının nedeni akademik başarısızlık veya bu çocukların sorumluluk

almadıkları için kendilerinde gerekli becerilerin gelişmemesi nedeniyle yaşadıkları zorluklar olabilir.

DEHB grubunda; annede ruhsal hastalığı olanlarda, terk edilme/tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, haklılık/büyükleme, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama ve karamsarlık gibi tüm şema alanlarından çeşitli şemaların annede psikopatoloji olmayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Erken dönem uyum bozucu şemaların oluşumunda güvenli bağlanma, özerklik, ihtiyaçların ve duyguların ifade edilme özgürlüğü, kendiliğinden olma ve oyun, gerçekçi sınırlar gibi temel duygusal ihtiyaçların karşılanmaması, erken dönem örseleyici yaşantılar ve çocuğun mizacının rol oynadığı ifade edilmektedir.<sup>4</sup> DEHB tanısı olan çocukların annelerinde ruhsal patoloji özellikle de DEHB ve depresyon sıklığının arttığı bilinmektedir.<sup>8</sup> Annede ruhsal hastalık bulunması durumunda bağlanma sürecinden itibaren annenin çocuğun temel duygusal gereksinimlerini karşılanmasında zorlanması, annenin olumsuz bilişlerinin çocuğa yansımaları gibi nedenlerle çocuklarında erken dönem uyum bozucu şemaların sıklığı artmış olabilir. Babada ruhsal hastalık varlığının DEHB grubunda şema puan ortalamaları açısından fark oluşturmadığı görülmüştür. Toplumumuzda çocuklara ait bakım, yetiştirilme, okul ve davranış eğitimi ile ilgili sorumlulukların çoğunlukla anne üzerinde olması, babaların daha fazla çalışması, annelerin çoğunlukla ev hanımı olması dolayısıyla çocukları ile daha fazla vakit geçirmesi nedeniyle DEHB tanılı çocuklarda babada psikopatoloji varlığı ile şemalar arasında ilişki bulunmamış olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda DEHB tanılı çocuk ve ergenler ile sağlıklı yaşlılarının erken dönem uyum bozucu şemalarının karşılaştırılması ve bu şemalar ile ebeveyn tutumlarının ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. DEHB grubundaki katılımcıların kontrol grubuna göre kuşkuculuk/kötüye kullanılma ve duygusal yoksunluk şemalarını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bildirdikleri bulunmuştur. Ebeveyn tutumlarının incelenmesinde DEHB grubunun kontrollere göre daha az demokratik tutum uyguladığını bildirdiği, diğer tutum boyutları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ek olarak DEHB grubundaki erkek çocuklarda yetersiz özdenetim şemasının kızlara göre anlamlı derecede daha fazla bulunduğu; annede ruhsal hastalığı olanlarda, terk edilme/tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, haklılık/büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama ve karamsarlık şemalarının ruhsal hastalığı bulunmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Yazında DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde şemaların incelendiği bir çalışma bulunmamakla birlikte erişkin örneklemeler ile yapılan az sayıda çalışmada DEHB tanılı bireyler kontrollere göre çok daha fazla sayıda olumsuz şema bildirmiştir. Bizim çalışmamızda sadece iki şemanın anlamlı olarak yüksek bulunması, diğer şemalar açısından ise fark olmamasının sebebi; DEHB grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğunun uzun süredir poliklinik takibinde olması, ilaç ve destekleyici ebeveyn/çocuk görüşmeleri ile tedavi edilmeleri ve dolayısıyla olumsuz şemaların gelişiminin azaltılmış olabileceği; ayrıca erişkin örneklemelerde çoğu katılımcının çocukken tanı/tedavi almamış olması nedeniyle DEHB belirtilerini ve olumsuz sonuçlarını uzun süredir deneyimlemeleri, fiziksel ve ruhsal gelişimi devam eden örneklemimizde şemaların henüz tam olarak gelişip yerleşmemesi olabilir.

DEHB grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğu uzun süredir polikliniğimizde takip edilen ve ilaç kullanan katılımcılardan oluşmaktaydı. Poliklinik takibi sürecinde ilaç kontrolü yanında DEHB tanılı çocuklar ve ebeveynleriyle ayrıntılı ve destekleyici görüşmeler yapılmakta, eş tanılara yönelik tedaviler ve ebeveyn tutumlarına dair öneriler verilmektedir. Dolayısıyla DEHB grubundaki ebeveynlerin çoğu hem poliklinikte hem de belli aralıklarla kliniğimizde verilen DEHB ebeveyn eğitimi seminerlerine katılarak tutumlar hakkında detaylı psikoeğitim almışlardır. Bu nedenle ebeveyn tutumları açısından

her iki grup arasındaki fark etkilenmiş olabilir. İleride yapılacak araştırmalarda; DEHB grubunun farklı yaş dilimlerinden, toplum örnekleminin taranması veya yeni başvuran, henüz tedavi almayan hastalardan seçilmesi ile daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir. Ayrıca, DEHB tanılı çocuklarda erken dönem uyum bozucu şemaların gelişimini etkileyebilecek akran ilişkileri, ihmal ve istismar yaşantısı, mizaç özellikleri gibi farklı unsurların araştırılması; ebeveyn tutumlarına ilişkin çocukların algılarının da değerlendirildiği çalışmalar daha kapsamlı sonuç verecektir.

Sonuç olarak çalışmamız DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde erken dönem şemaları ve ebeveyn tutumlarıyla ilişkilerini araştıran ilk çalışmadır. DEHB tanılı çocukların medikal tedavisinin yanı sıra çocuklarda görülebilecek olumsuz şemaların fark edilmesi ve ele alınması hem uyum bozucu şemaların erişkin yaşamlarında daha az sürmesine hem de depresyon, anksiyete gibi eştanıların gelişimini azaltmaya katkı sunabilir.

## 7. ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB); kişilerin hayatında birçok alanda bozukluğa neden olan, çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde sık görülen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB'nin çok erken dönemden itibaren kişilerin işlevselliğini etkileyerek olumsuz deneyimler ve bilişler edinmelerine neden olduğu bilinmektedir. Bu araştırmada DEHB tanılı 10-16 yaş arasındaki ergenlerin erken dönem uyum bozucu şemalarını ve 2-6 yaş arasındayken ebeveynlerinin uyguladığı tutumları saptamak, DEHB hastalarında ebeveyn tutumlarının şemalara etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntem ve Gereç:** Çalışma örnekleme Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurarak DEHB tanısı alan veya bu tanı ile takip edilmekte olan, 10-16 yaş grubundaki 80 çocuk ve ergen ile ebeveynlerinden; kontrol grubu ise yaş ve cinsiyet açısından DEHB grubu ile eşleştirilmiş 80 sağlıklı akran ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Araştırmada her iki grup ile yarı yapılandırılmış klinik tanı görüşmesi yapılmış, DEHB tanısını doğrulamak, belirti şiddetini ve eşlik eden yıkıcı davranış bozukluklarını saptamak için “ A. Turgay”, erken dönem ebeveyn tutumlarını değerlendirmek için “ETÖ” , erken dönem uyum bozucu şemaları ölçmek için “ ÇEŞÖT” ve sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** DEHB grubunda kuşkuculuk/kötüye kullanılma ve duyguları bastırma şemalarının kontrol grubuna göre daha fazla ifade edildiği bulunmuştur. DEHB grubundaki erkeklerde yetersiz özdenetim şeması kızlara göre daha fazla görülmüştür. Her iki grubun ebeveyn tutumları karşılaştırıldığında DEHB grubunda demokratik tutumun daha az uygulandığı bildirilmiştir. DEHB grubunda ETÖ alt boyutları ile şemalar arasında korelasyon saptanmamıştır. DEHB grubundaki erkek çocuklarda yetersiz özdenetim şemasının kızlara göre anlamlı derecede daha fazladır. Ayrıca, annede ruhsal hastalığı olanlarda, terk edilme/tutarsızlık, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, haklılık/büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim, kendini onaylamama ve karamsarlık şemalarının ruhsal hastalığı bulunmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmada DEHB tanılı ergenlerde kuşkuculuk/kötüye kullanılma ve duyguları bastırma şemalarının daha fazla olduğu, ebeveyn tutumları ile şemalar arasında ilişki olmadığı saptanmıştır. DEHB tanılı çocuklarda, şemalarının gelişim sürecini ve etkileyen faktörleri anlamak için farklı tedavi süreçlerinde ve yaş dilimlerinde yer alan çocukların bulunduğu toplum ve klinik örneklerle yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Sözcükler:** DEHB, Şema, Şema terapi, Ebeveyn tutumları

## 8. ABSTRACT

**Objective:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that affects many fields in peoples's life is common in child and adolescent psychiatry clinics. It's known that ADHD affects functions and causes to develop negative experiences and cognitions. In this research, we aimed to investigate the early maladaptive schemas of adolescents aged between the ages of 10-16 with ADHD diagnosis, which parenting styles they exposed to when they were between 2-6 years old and the effects of parenting styles on early maladaptive schemas of patients with ADHD.

**Method:** The study population consisted of 80 adolescents with ADHD between the ages of 10-16 who referred to the Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry Clinic. The control group also comprises 80 healthy adolescents and their parents. Semi-structured diagnostic interview was conducted with two groups. Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale based on DSM-IV was completed by parents to confirm the diagnosis of ADHD, determine the severity of symptoms and comorbid disruptive behavior disorders. Parenting Attitude Scale (PAS) was used to evaluate early parental attitudes. Set of Early Maladaptive Schema Questionnaires for Children and Adolescents between the ages of 10-16 was filled out by participants from both ADHD and control group to assess the early maladaptive schemas. A questionnaire was used for sociodemographic attributes.

**Results:** Mistrust/abuse and emotional deprivation scores were significantly greater in adolescents with ADHD than the control group. Insufficient self-control schema scores of boys was significantly higher than girls in ADHD group. When the parental attitudes of both groups were compared, parents in ADHD group reported that they less applied authoritative style than parents in control group. In the ADHD group, there was no correlation between PAS sub-dimensions and schemas. In addition, participants with maternal psychopathology reported significantly more abandonment/instability, failure, dependence/ incompetence, entitlement/ grandiosity, insufficient self-control, disapproval of self, negativity/pessimism schemas than those with no maternal psychopathology in ADHD group.

**Conclusion:** This study has shown that ADHD patients aged of 10-16 reported an increased level of mistrust/abuse and emotional deprivation compared to adolescents without an ADHD diagnosis and there were no significant correlation between parenting styles and early maladaptive schemas in ADHD group. Further studies with community and clinical samples in different treatment processes and age groups are needed to understand development and affecting factors of early maladaptive schemas whom children and adolescents with ADHD.

**Key words:** ADHD, schema, sechema therapy, parenting styles

## 9. EKLER

### EK 1

#### Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:
2. Cinsiyeti: 1.kız 2.erkek
3. Yaşı:
4. Çocuk sayısı:
5. Kaçınıcı çocuk:
6. Anne yaşı:
7. Annenin eğitim durumu: 0.O-Y bilmiyor 1.O-Y biliyor 2.İOM 3.OOM 4.LM 5.ÖLM 6.ÜM
8. Anne işi: 0.çalışmıyor 1.çalışıyor 2.emekli
9. Annede fiziksel hastalık: 0.yok 1.var
10. Annede ruhsal hastalık: 0.yok 1.var
11. Baba yaşı:
12. Baba eğitim durumu: 0.O-Y bilmiyor 1.O-Y biliyor 2.İOM 3.OOM 4.LM 5.ÖLM 6.ÜM
13. Baba işi: 0.çalışmıyor 1.çalışıyor 2.emekli
14. Babada fiziksel hastalık: 0.yok 1.var
15. Babada ruhsal hastalık: 0.yok 1.var
16. Aile tipi: 1.çekirdek 2.geniş 3.parçalanmış (ayrı/boşanmış) 4.parçalanmış (ebeveyn kaybı)
17. Yaşadığı yer: 1.il merkezi 2.ilçe merkezi 3.köy
18. Aylık gelir düzeyi: 1.2000tl den az 2.2-4bin tl arasında 3.4-6 bin tl arasında 4.6bin tl den fazla
19. Çocuğunuzun sınıf tekrarı: 0.yok 1.var
20. KZVD öyküsü: 0.yok 1.var
21. Fiziksel hastalık: 0.yok 1.var
22. \*Psikiyatrik tanısı: 0.yok 1.var
23. \*DEHB: 0.yok 1.var Kaç yılında DEHB tanısı aldı?.....
24. \*KOKGB: 0.yok 1.var
25. \*DB: 0.yok 1.var
26. \*AB: 0.yok 1.var
27. \*OKB: 0.yok 1.var
28. \*TB: 0.yok 1.var
29. \*YB: 0.yok 1.var
30. \*MDB: 0.yok 1.var
31. İlaç tedavisi: 0.almıyor 1.alıyor Alıyorsa belirtiniz.....
32. Çocuğunuzun gittiği sosyal aktivite (ör; futbol, resim, gitar kursu vb)var mı? 0.yok 1.var
33. Aile içinde fiziksel şiddet var mı? 0.yok 1.var



## EK 2

### EBEVEYN TUTUM ÖLÇEĞİ (ETÖ)

Cümleleri okuduktan sonra o ifadenin size ne kadar uyduğunu aşağıdaki 5 seçenektan birinin altındaki kutucuğa işaret koyarak belirtiniz. Örneğin, okuduğunuz ifade size tamamiyle uyuyorsa "**her zaman böyledir**" seçeneğini, size çoğunlukla uyuyorsa "**çoğu zaman böyledir**" seçeneğini, bazen uyuyorsa "**bazen böyledir**" seçeneğini, size çok az uyuyorsa "**nadiren böyledir**" seçeneğini ya da size hiç uymuyorsa "**hiçbir zaman böyle değildir**" seçeneğini işaretleyebilirsiniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece size uyan seçeneği işaretlemeniz gerekiyor.

Not: Bu ölçeği çocuğunuzun 2-6 yaş aralığı döneminde uygulamış olduğunuz tutumlara göre doldurunuz.

		5	4	3	2	1
	CÜMLELER	Her zaman böyledir	Çoğu zaman	Bazen böyledir	Nadiren böyledir	Hiçbir zaman böyle değildir
1	Ben bir başkasıyla konuşurken çocuğumun araya girmesine izin veririm.					
2	Çocuğumun kendine özgü bir bakış açısı olduğunu kabul ederim.					
3	Çocuğumla aynı fikirde olmadığımız zaman, benim fikirlerimi kabul etmesi için onu zorlarım.					
4	Çocuğumu, hayatın ufak tefek güçlüklerinden korurum.					
5	Çocuğuma bağımsız olmayı öğrenmesi konusunda yardımcı olurum.					
6	Çocuğuma, kurallara neden uyması gerektiğini açıklarım.					
7	Çocuğuma yaptığı şeyin önemli olduğunu hissettiririm.					
8	Çocuğumu, kendisi için yorucu olabilecek işlerden korurum.					
9	Çocuğum söz dinlemediğinde ona vururum.					
10	Çocuğumun iyi ve kötü davranışı karşısında neler hissettiğimi ona açıklarım.					
11	Çocuğumu yola getirmek için onu azarlarım.					
12	Çocuğuma karşı koruyucu davranırım.					
13	Çocuğum iyi davrandığında onu överim.					
14	Çocuğumun kişisel görüşlerine saygı gösteririm.					
15	Çocuğumu bir şeyleri kendi başına yapması konusunda cesaretlendiririm.					
16	Arkadaşları çocuğuma sataştığı zaman onu korurum.					
17	Çocuğumun başkaları konuşurken araya girmesine izin veririm.					
18	Çocuğumun cinsel konularda sorduğu soruları anlayacağı bir dilde doğru olarak cevaplarım.					
19	Çocuğum yanlış bir şekilde davrandığında ona bağırırım.					
20	Ebeveynlik konusunda bir yanlış yaptığımda çocuğumdan özür dilerim.					
21	Çocuğumu, kendisi için zor olabilecek işlerden korurum.					
22	Çocuğumun hastalanmasından endişe ederim.					
23	Çocuğumun duygularını serbestçe ifade etmesine izin veririm.					
24	Çocuğumun istediği saatte uyumasına izin veririm.					

25	Çocuğum yanlış davrandığında, bunun neden yanlış olduğunu ona açıklarım.						
26	Çocuğuma kızdığımında çocuğumu cezalandırırım.						
27	Fiziksel cezayı, çocuğumu disipline sokmanın bir yolu olarak kullanırım.						
28	Çocuğumun hayal kırıklığına uğramaması için elimden geleni yaparım.						
29	Çocuğumun büyüdükçe yeni şeyler denemeyi göze alması gerektiğine inanırım.						
30	Çocuğumun her şeyi yapmasına izin veririm.						
31	Çocuğumun yanlış davranışını görmezden gelirim.						
32	Çocuğumu başka çocuklarla kıyaslarım.						
33	Çocuğumun şımarıklıklarına göz yumarım.						
34	Çocuğumu şımartırım.						
35	Çocuğuma karşı çabuk öfkelenirim.						
36	Çocuğum bana birşey anlatırken sözünü kesmeden dinlerim.						
37	Çocuğuma bir şey alırken onun da fikrini alırım.						
38	Çocuğumla her konuyu konuşabilirim.						
39	Çocuğuma karşı sabırsızım.						
40	En ufak bir hatasında, çocuğumu cezalandırırım.						
41	Çocuğum için hemen hemen bütün eğlencelerimden fedakarlık ederim.						
42	Çocuğumun kendi başına becerebileceği şeyleri denemesi için ona fırsat tanırım.						
43	Çocuğuma bana sormaksızın şahsi eşyalarımından herhangi birini alıp kullanmasına izin veririm.						
44	Evimizde hangi televizyon programının izleneceği, çocuğumun isteğine göre belirlenir.						
45	Çocuğumu yapabileceğinden fazlasını yapması için zorlarım.						
46	Çocuğumu, onun cesaretini kırabilecek zor işlerden uzak tutarım.						

### EK 3

## ÇOCUK VE GENÇ ŞEMA ÖLÇEĞİ (ÇEŞÖT)

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Okuduğunuz her cümlenin kendiniz için ne derecede doğru olduğunu, aşağıdaki ölçekte tanımlanan uygun rakamı daire içine alarak belirleyiniz. İşaretlemeyi yaparken lütfen **“olması gereken”e göre değil, sizde “var olan” duruma göre** değerlendirme yapınız. Lütfen, boş bırakmadan tüm maddeleri değerlendiriniz.

1	2	3	4	5
Benim için tamamiyle yanlış	Benim için çoğunlukla yanlış	Benim için ne doğru ne yanlış	Benim için çoğunlukla doğru	Benim için tamamiyle doğru

1	Sıklıkla eşyalarım çalınabilir diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
2	Sevgi ihtiyacımın yeterince karşılanmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
3	Biri beni överse, içten olmadığını, öylesine söylediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
4	Arkadaş gruplarının içinde kendimi rahatsız hissedirim.	1	2	3	4	5
5	Büyüdüğümde anne ve babamdan ayrılacak olmak beni endişelendirir.	1	2	3	4	5
6	Gerçekten yetenekli olduğum bir alan olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
7	İsteklerim hemen yerine getirilmez ise çok bozulurum.	1	2	3	4	5
8	Çalışma planı yapsam da uyamam.	1	2	3	4	5
9	İşlerimin çoğunun yolunda gitmediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
10	Başkalarının çıkarları için kullandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
11	Yakınlarımla bana karşı yeterince sıcak ve ilgili olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
12	Yarışmalı oyunları “zaten kazanamam” düşüncesi ile oynarım.	1	2	3	4	5
13	Kötü bir şeyler olacak düşüncesi sürekli aklımın bir köşesindedir.	1	2	3	4	5
14	Büyüdüğümde anne ve babama çok yakın bir evde yaşamak isterim.	1	2	3	4	5
15	Ders başarımlarımın yetersiz olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
16	Sevdiğim insanların beni beğenmesi için onların istediği gibi olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
17	Haksızlığa uğrasam bile olayın üzerine gidemem.	1	2	3	4	5
18	Her zaman haklı olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
19	Yakınlarımla sorumsuz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
20	Bütün aksiliklerin beni bulacağını düşünürüm.	1	2	3	4	5
21	Başkaları tarafından her an küçük düşürülebilirim diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
22	Yakınlarımla beni yeterince koruyup, kollayamadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

23	Yaşadığım ortamı beğenmeyeceklerini düşündüğüm için arkadaşlarımı eve davet etmem.	1	2	3	4	5
24	Arkadaşlarımın arasında rahat davranamam.	1	2	3	4	5
25	Yakınlarımın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	1	2	3	4	5
26	Büyüdüğümde de ailem bana çocukken olduğu kadar ilgi gösterebilir isterim.	1	2	3	4	5
27	Ödevimi öğretmenin tam istediği şekilde yapamadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
28	Yakınlarım beni herhangi bir konuda eleştirdiklerinde çok üzülürüm.	1	2	3	4	5
29	Haklı olduğumu bilsem bile, kendimi savunamam.	1	2	3	4	5
30	Sorumluluklarımı yerine getirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
31	İşlerimin ters gideceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
32	Elimden geleni yapmadığım için kaybetmeyi hak ediyorum.	1	2	3	4	5
33	Yakınlarım onlara çok yapıştığımı düşünür.	1	2	3	4	5
34	Yüzüme güldüğü halde, arkamdan kötü konuşan çok kişi olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35	Beni gerçekten seven biri olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
36	Olumlu özelliklerimin çok az olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
37	Yakınlarımın arasında bile kendimi yalnız hissedirim.	1	2	3	4	5
38	Kötü şeyler gelip geçtikten sonra bile, endişelerim sona ermez.	1	2	3	4	5
39	Oyunlarda/yarışmalarda genellikle kaybederim.	1	2	3	4	5
40	Yakınlarımın istediği gibi bir insan olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
41	Haklı olduğumu bilsem de sorun çıkmasın diye haksız olduğumu kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
42	Gerekli olmadığı halde başka insanların görevlerini de yaparım.	1	2	3	4	5
43	Herhangi bir konuda haksız olduğumu kabullenmekte çok zorlanırım.	1	2	3	4	5
44	Kurallı ortamlardan (kurs, okul vb.) hoşlanmam.	1	2	3	4	5
45	Nedense kötü şeyler hep benim başıma gelir.	1	2	3	4	5
46	Kurallara uymadığım için cezayı hak ediyorum.	1	2	3	4	5
47	Durup dururken yakınlarım ölecek diye endişe ederim.	1	2	3	4	5
48	Arkadaşlarımın benimle sık sık alay ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
49	Yakınlarımın beni hiç anlamadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
50	Eğlenceli biri olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
51	Arkadaşlarım arasında iken, kendimi onlardan biri gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4	5
52	Oyun/gidilecek yer seçimini arkadaşlarıma bırakırım.	1	2	3	4	5
53	Okul yaşamımda hiçbir zaman yeterince başarılı olamayacağımı düşünürüm.	1	2	3	4	5

54	İstediğimi elde edemezsem öfkelenirim.	1	2	3	4	5
55	Öfkemi kontrol altına alamam.	1	2	3	4	5
56	Hata yaptığımda kendime çok kızarım.	1	2	3	4	5
57	İyi bir şey olduğunda bile, hemen arkasından kötü bir şey olacağını düşünürüm.	1	2	3	4	5
58	Anne ve babam ayrılacaklar diye endişe ederim.	1	2	3	4	5
59	Sık sık başkalarının benim arkamdan işler çevirdiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
60	Aile içinde değerli olduğumu hissetmem.	1	2	3	4	5
61	Yeterince zeki olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
62	Hangi kıyafeti giymem gerektiğine tek başıma karar veremem.	1	2	3	4	5
63	Tartışmalar beni fazlasıyla endişelendirir.	1	2	3	4	5
64	İleride iş yaşamımda parlak başarılar elde edemeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
65	Başkaları tarafından beğenilmek benim için fazlasıyla önemlidir.	1	2	3	4	5
66	Bana çok ters gelse bile, yakınlarım için istemediğim şeyleri yaparım.	1	2	3	4	5
67	İsteklerimin olması için insanları çok zorlarım.	1	2	3	4	5
68	Eğlenceye ayırdığım zaman, ödev ayırdığım zamandan çok daha fazladır.	1	2	3	4	5
69	Öğretmenin sorduğu en zor soru kesin bana denk gelir diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
70	Arkadaşlarım beni terk edecekler diye endişelenirim.	1	2	3	4	5
71	Kimseye sırlarımı paylaşacak kadar güvenemem.	1	2	3	4	5
72	Yardıma ihtiyacım olduğunda kimsenin benimle ilgilenmeyeceğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
73	Yeteneksiz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
74	Kendim için neyin doğru neyin yanlış olduğuna karar veremem.	1	2	3	4	5
75	Zorluklar karşısında hemen ağlamaya başlarım.	1	2	3	4	5
76	Ödev yapmaktan nefret ederim.	1	2	3	4	5
77	Şanssız biriyim.	1	2	3	4	5
78	Öğretmenler kurallara uymayan tüm öğrencileri cezalandırmalıdır diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
79	Sevdiklerimin başkalarıyla yakınlaşmaları beni endişelendirir.	1	2	3	4	5
80	Çoğu kişinin “kötü niyetli” olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
81	Dış görünümümü hiç beğenmem.	1	2	3	4	5
82	Yanımda bana yön veren biri olmadıkça kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
83	Beğendiğim şeyleri arkadaşlarım beğenmedi ise kullanmam.	1	2	3	4	5
84	Bana başkalarından daha ayrıcalıklı davranılmasını isterim.	1	2	3	4	5

85	Sıkıcı işlere hiç tahammül edemem.	1	2	3	4	5
86	İçimden geldiğince rahat davranamıyorum.	1	2	3	4	5
87	Sorunlarımı tek başıma çözemem.	1	2	3	4	5
88	Benden bir şey istenince “hayır” diyemem.	1	2	3	4	5
89	Sıra beklemek benim için işkence gibidir.	1	2	3	4	5
90	Okulda kurallara uyamam.	1	2	3	4	5
91	Benim gibi biri ile kimse arkadaş olmak istemez diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
92	Güvendiğim birine danışmadan karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
93	Kuralların benim için göz ardı edilmesini isterim.	1	2	3	4	5
94	Zor işlere gelemem.	1	2	3	4	5
95	Öğretmenlerin bana ayrıcalıklı davranmasını isterim.	1	2	3	4	5
96	Pahalı şeyleri herkesten çok hak ettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
97	Diğer insanlar gibi sırada beklemek zorunda olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5

## EK 4

### ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-IV'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça çok rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği Amerikan Psikiyatri Birliği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'm konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

Aşağıdaki sorular şu an değerlendirilmesini yaptığınız çocuğun/gençin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

SOYADI :

ADI :

YAŞ :

CİNSİYET :

BUGÜNÜN TARİHİ :

FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUĞA / GENÇE OLAN YAKINLIĞI :

### 1. BÖLÜM

#### A. DİKKATSİZLİK

SORUN	SORUNUN DERECESESİ			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.	0	1	2	3
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinleliyormuş gibi görünür.	0	1	2	3
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlamaz.	0	1	2	3
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.	0	1	2	3
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.	0	1	2	3
8. Dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlıktır.	0	1	2	3

1A bölümünde karşılanan Ölçüt Sayısı ..... / 9

1A bölümünden alınan Toplam Puan ..... / 27



**B. AŞIRI HAREKETLİLİK – DÜRTÜSELLİK****• AŞIRI HAREKETLİLİK**

	SORUN	SORUN DERECESESİ			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
10.	Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.	0	1	2	3
11.	Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.	0	1	2	3
12.	Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir).	0	1	2	3
13.	Sokakta oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
14.	Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3
15.	Çok konuşur.	0	1	2	3

**• DÜRTÜSELLİK**

	SORUN	SORUN DERECESESİ			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
16.	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.	0	1	2	3
17.	Sirasını beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
18.	Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3

1B bölümünde karşılanan Ölçüt Sayısı ...../ 9  
1B bölümünden alınan Toplam Puan ...../ 27

1A ve 1B bölümlerinde karşılanan toplam Ölçüt Sayısı ...../ 18  
Bölüm 1A ve 1B'nin Toplam Puanı ...../ 54

**II. BÖLÜM**

	SORUN	SORUN DERECESESİ			
		Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
19.	Kontrolü kaybeder.	0	1	2	3
20.	Erişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
21.	Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
22.	Başkalarını isteyerek rahatsız eder.	0	1	2	3
23.	Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.	0	1	2	3
24.	Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
25.	Kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
26.	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3

II. bölümde karşılanan Ölçüt Sayısı ...../ 8  
II. bölümden alınan Toplam Puan ...../ 24



### III. BÖLÜM

SORUN	Yok	SORUN DERECEŚİ		
		Biraz	Fazla	Çok Fazla
<b>A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık</b>				
27. Kabadaylık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28. Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak vb.) kullanır.	0	1	2	3
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33. Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
<b>B. Mala zarar verme</b>				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında).	0	1	2	3
<b>C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık</b>				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).	0	1	2	3
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık).	0	1	2	3
<b>D. Kuralları ciddi biçimde bozma</b>				
39. 13 yaş öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.	0	1	2	3
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez).	0	1	2	3
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçar.	0	1	2	3

III. bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı ..... / 15  
 III. bölümde alınan toplam puan ..... / 45

Toplam Ölçüt Sayısı ..... / 41  
 Toplam Puan ..... / 123

ÇPSK.YD.36.0016 Rev.No :3 Y.Tarihi : 10.10.2006 Rev.Tarihi : 13.10.2016

## 10. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC: APA Press; 2013.
2. Schachar R, Tannock R. Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and Adolescent Psychiatry Textbook*. 4th ed. Malden, Mass: Oxfor: Blackwell Science; 2002:399-400.
3. Ramsay JR, Rostain AL. *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD : An Integrative Psychosocial and Medical Approach*. 2nd ed. New York: Routledge; 2015.
4. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press; 2003.
5. Gökçe S, Önal Sönmez A, Yusufoglu C, Yulaf Y, Adak İ. Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2017;18(3):283-291.
6. Kömürcü B, Soygüt Pekak G. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Ebeveynlik Biçimleri ve Psikolojik Belirtiler ile Psikolojik Dışlanmanın Tehdit Ettiği İhtiyaçlar Arasındaki İlişkiler. *Klin Psikiyatr*. 2017;20(1):6-18.
7. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: Does parenting style matter? *Clin Pediatr (Phila)*. 2008;47(9):865-872.
8. Barkley RA. Families and ADHD. In: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2015.
9. Kavurmacı N. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Erişkinlerde Bilişsel Şemalar: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Yüksek lisans tezi. 2016.
10. Miklósi M, Máté O, Somogyi K, Szabó M. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Perceived Stress, and Well-Being. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(5):364-369.
11. Philipsen A, Lam AP, Breit S, Lücke C, Müller HH, Matthies S. Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2017;9(2):101-111.
12. Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *J Atten Disord*. 2012;16(8):623-630.
13. Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr

- Alexander Crichton and “Mental Restlessness” (1798). *Child Adolesc Ment Health*. 2003;6(2):66-73.
14. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):241-255.
  15. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. *Lancet*. 1902;1:1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
  16. Öncü B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Tarihçesi. *Turkiye Klin J Psychiatry-Special Top*. 2012;5(1):1-7.
  17. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Çuhadaroğlu F, ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayın; 2008.
  18. Kahn E, Cohen L. Organic drivenness: A brain stem syndrome and an experience. *N Eng J Med*. 1934;210:748-756.
  19. Strauss AA, Lehtinen LE. *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. Oxford, England: Grune & Stratton.; 1947.
  20. Strauss AA, Kephardt NC. Psychopathology and education of the brain-injured child: Vol. 2. Progress in theory and clinic. New York: Grune & Stratton. *Strauss, A A, Lehtinen, L E*. 1955.
  21. Clements S, Peters J. Minimal brain dysfonctions in the school-age child. Diagnosis and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1962;6:185-197.
  22. World Health Organization. *International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9)*. Geneva; 1978.
  23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition (DSM-II)*. Washington DC: APA Press; 1968.
  24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM-III)*. Washington DC: APA Press; 1980.
  25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington DC: APA Press; 1994.
  26. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva; 1993.
  27. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde LA psychiatry. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-948.

28. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-499.
29. Polanczyk G V, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):434-442.
30. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-365.
31. Polanczyk G V, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. Original article ADHD prevalence estimates across three decades : an updated systematic review and meta-regression analysis. 2014;(January):434-442. doi:10.1093/ije/dyt261
32. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(6):354-361.
33. Gul N, Tiryaki A, Kultur SEC, Topbas M, Ak I. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Klin Psikofarmakol Bülteni-Bulletin Clin Psychopharmacol*. 2010;20(1):50-56.
34. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):1-10.
35. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardıc U, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73(2):132-140.
36. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):204-211.
37. Tufan AE, Yaluğ İ. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: A review of Turkish data [Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme]. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2010;11(4):351-359.
38. Duran Ş. *Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Eştanı Durumları. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi.*

- Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul; 2006.
39. Özdemiroğlu Alyanak F, Yargıç İ, Oflaz S. Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. *Nöro Psikiyatr Arşivi*. 2011;48(3):1-1. doi:10.4274/npa.y5794
  40. Faraone S V., Biederman J, Mick E, et al. Family Study of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*. 2000;157(7):1077-1083.
  41. Schachar R. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Recent Updates and Future Prospects. *Curr Dev Disord Reports*. 2014;1(1):41-49.
  42. Hecthman L. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock B, Saddock V, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. USA: Lippincott Williams&Wilkins; 2005:2679-2692.
  43. Faraone S V., Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-1323.
  44. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone S V. Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1432-1437.
  45. Battaloğlu E, Başak AN. Kompleks Hastalık Genetiği : Güncel Kavramlar ve Nörolojik Hastalıkların Tanısında Kullanılan Genomik Yöntemler. *Klin Gelişim*. 2010;23(1):128-133.
  46. Li Z, Chang S, Zhang L, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: A review. *Psychiatry Res*. 2014;219(1):10-24.
  47. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Hum Genet*. 2009;126(1):51-90.
  48. Ercan ES, Motavalli Mukaddes N, Yazgan Y, Pekcanlar Akay A, Gündoğdu ÖY. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. In: Pekcanlar Akay A, Ercan ES, eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1st ed. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2016:33-55.
  49. Bacanlı A, Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisinde Genetik Etkenler. In: Motavalli Mukaddes N, Ercan ES, eds. *Nörogelişimsel Bozukluklar*. 1st ed. İstanbul; 2018:71-84.
  50. Arcos-Burgos M, Muenke M. Toward a better understanding of ADHD: LPHN3 gene

- variants and the susceptibility to develop ADHD. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord.* 2010;2(3):139-147.
51. Frank-Briggs A. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Pediatr Neurol.* 2015;09(03):291-298. doi:10.3233/JPN-2011-0494
  52. Froehlich TE, Loe IM, Gilman RC. Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit. *NIH Public Access.* 2012;13(5):333-344.
  53. Liew Z, Ritz B, Rebordosa C, Lee PC, Olsen J. Acetaminophen use during pregnancy, behavioral problems, and hyperkinetic disorders. *JAMA Pediatr.* 2014.
  54. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(1).
  55. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2013;54(1):3-16.
  56. Ronald A, Pennell CE, Whitehouse AJO. Prenatal maternal stress associated with ADHD and autistic traits in early childhood. *Front Psychol.* 2011;1(JAN):1-8.
  57. Cutfield WS, Hofman PL, Mitchell M, Morison IM. Could epigenetics play a role in the developmental origins of health and disease? *Pediatr Res.* 2007;61:68-75.
  58. Russell VA. Overview of Animal Models of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Curr Protoc Neurosci.* 2011;54(1):9.35.1-9.35.25.
  59. Ünal D, Uluğ B. Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klin J Psikiyatri-Special Top.* 2012;5(1):20-28.
  60. Sagvolden T, Johansen EB, Aase H, Russell VA. A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behav Brain Sci.* 2005;28:397-468.
  61. Delis DC. *Evaluating the Brain's Mind - Neuropsychological Assessment.* 3rd ed. (Muriel D. Lezak, ed.). New York: Oxford University Press; 1995.
  62. Araujo Jiménez EA, Jané Ballabriga MC, Bonillo Martin A, Capdevilla i Brophy C. Desordenes en funciones ejecutivas y síntomas de desorden de comportamiento adaptativo en niños preescolares. *Univ Psychol.* 2014;13(4).
  63. Barkley RA. Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997;121(1):65-94.
  64. Yazici KU, Perçinel İ. DEHB Yürütücü İşlevler. *Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özel Sayısı.* 2015;1(1):17-24.

65. Brown TE. *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. New Haven, London: Yale University Press Health & Wellness; 2005.
66. Brown TE. *Dikkat Eksikliği Bozukluğu: Çocuklarda ve Yetişkinlerde Odaklanamayan Zihin*. 2. baskı. (Sönmez E, ed.). Ankara: ODTÜ Yayıncılık; 2010.
67. Süren S, Ercan ES. Yapısal Beyin Görüntüleme Çalışmaları. In: Motavalli Mukaddes N, Ercan ES, eds. *Nörogelişimsel Bozukluklar*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:85-95.
68. Valera EM, Faraone S V., Murray KE, Seidman LJ. Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(12):1361-1369.
69. Greven CU, Bralten J, Mennes M, et al. Developmentally stable whole-brain volume reductions and developmentally sensitive caudate and putamen volume alterations in those with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):490-499.
70. Ellison-Wright I, Ellison-Wright Z, Bullmore E. Structural brain change in Attention Deficit Hyperactivity Disorder identified by meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2008;8:1-8.
71. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: Voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1154-1163.
72. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125(2):114-126. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01786.x
73. Norman LJ, Carlisi C, Lukito S, et al. Structural and Functional Brain Abnormalities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: A Comparative Meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2016;73(8):815-825.
74. Hoogman M, Bralten J, Hibar DP, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):310-319.
75. Hoogman M, Muetzel R, Guimaraes JP, et al. Brain Imaging of the Cortex in ADHD: A Coordinated Analysis of Large-Scale Clinical and Population-Based Samples. *Am J Psychiatry*. 2019:appi.ajp.2019.1. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18091033

76. Van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2012;36(4):1093-1106.
77. Chen L, Hu X, Ouyang L, et al. A systematic review and meta-analysis of tract-based spatial statistics studies regarding attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016;68(37):838-847. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.07.022
78. Cortese S, Ph D, Kelly C, et al. Towards systems neuroscience of ADHD: A meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am J Psychiatry.* 2014;169(10).
79. Süren S. DEHB Etiyopatogenezi : Beyin Görüntüleme. *Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özel Sayısı.* 2015;1(1):12-16.
80. Pekcanlar Akay A, Ercan ES, eds. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* 1st ed. Ankara; 2016.
81. Spetie L, Arnold E. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry.* Lippincott Williams&Wilkins; 2007:431-453.
82. Lahey BB. Three-Year Predictive Validity of DSM-IV Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Diagnosed at 4-6 Years of Age. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11):2014-2020. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=177145>.
83. Hinshaw SR. Is ADHD an impairing condition in childhood and adolescence? *Jensen, Peter S [Ed]; Cooper, James R [Ed] Atten deficit Hyperact Disord State Sci Pract (pp 5-1-5-21) xxiii, 1-19 pp Kingston, NJ, US Civ Res Institute; US.* 2002.
84. Moriyama T, Cho A, Verin R, Fuentes J, Polanczyk G V. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Rey JM, ed. *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
85. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(2):192-202.
86. Harty SC, Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM. Adolescents with Childhood ADHD and Comorbid Disruptive Behavior Disorders: Aggression, Anger, and Hostility. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2009;40(1):85-97.
87. Flory K, Molina BSG, Pelham WE, et al. Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in Young Adulthood Childhood ADHD Predicts Risky Sexual Behavior in



- Young Adulthood. 2010;(January 2015):37-41. doi:10.1207/s15374424jccp3504
88. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(3):328-341.
  89. Langley K, Fowler T, Ford T, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry.* 2010;196(3):235-240.
  90. Tuğlu C, şahin ÖÖ. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2010;2:75-116.
  91. İnci Kenar AN, Herken H. Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye Klin J Child Psychiatry-Special Top.* 2015;1(1).
  92. Motavalli Mukaddes N. *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar.* 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.
  93. Group TMC. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999.
  94. Kessler RC, Adler L, Berkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* 2006. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716
  95. Pliszka SR. Conceptual issues in understanding comorbidity in ADHD. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children.* Cambridge: Cambridge University Press; 2015:63-71.
  96. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry.* 1991;148(5):564-577.
  97. Ercan ES. *Türkiye DEHB Uzman Görüşü Raporu: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Uzman Görüşü Raporu.* Türkiye; 2013.
  98. Coşkun M, Kaya İ. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer Komorbid Durumlar. *Türkiye Klin Child Psychiatry - Spec Top.* 2015;1(1):68-76.
  99. AACAP Official Action. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(7):894-921.
  100. Krone B, Newcorn H. Comorbidity of ADHD and anxiety disorders. Diagnosis and treatment across the life span. In: Adler L, Spencer T, Wilens T, eds. *Attention-Deficit*

- Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. 1st ed. UK: Cambridge University Press; 2015:98-110.
101. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry*. 2006;47(1):42-47.  
doi:10.1016/j.comppsy.2005.04.008
  102. Joshi G, Wozniak J. Bipolar disorder and ADHD. In: Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. 1st ed. UK: Cambridge University Press; 2015:72-81.
  103. Geller B, Zimmerman B, Williams M, et al. DSM-IV Mania Symptoms in a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype Compared to Attention-Deficit Hyperactive and Normal Controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002;12(1):11-25.
  104. Jummani R, Cofey BJ. ADHD and tic disorders. In: Adler L, Spencer T, Wilens T, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. 1st ed. UK: Cambridge University Press; 2015:343-352. doi:10.1017/CBO9781139035491.028
  105. Mathews CA, Grados MA. Familiality of Tourette Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Heritability Analysis in a Large Sib-Pair Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(1):46-54.  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856710007811>.
  106. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/ hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry*. 2006;47(1):42-47.
  107. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for Assessment and Treatment. *J Learn Disabil*. 2013.
  108. Hahn L, Morgan J. ADHD and learning disorders. In: Adler L, Spencer T, Wilens T, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. 1st ed. UK; 2015:123-138.
  109. Öztürk Y, Akay A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Turkiye Klin J Child Psychiatry-Special Top*. 2015;1(1):64-67.
  110. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad*

- Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(1):9-21. doi:10.1016/j.jaac.2010.09.019
111. Wilens TE, Morrison N. Attention deficit hyperactivity disorder and the substance use disorders in ADHD. In: Adler L, Spencer T, Wilens TE, eds. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults and Children*. 1st ed. UK; 2015:111-122.
  112. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011. doi:10.1016/j.jaac.2011.01.021
  113. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone S V. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Rev Neurother*. 2013;13(10):1117-1128.
  114. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder ? first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(S1).
  115. Ercan E, Avcı A, Mukaddes N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Klinik Uygulama Kılavuzu Türkiye. 2008.
  116. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):67. doi:10.1186/1471-244X-10-67
  117. Molina BSG, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined-Type ADHD in a Multisite Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(5):484-500.
  118. Görmez V. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları : İlaç Tedavileri. *Turkiye Klin J Child Psychiatry-Special Top*. 2015;1(1):77-86.
  119. Stahl S. *Neuroscientific Basis and Practical Applications In Stahl's Essential Psychopharmacology*.; 2008.
  120. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14(1):11-28. doi:10.1016/S0924-977X(03)00045-2
  121. Clavenna A, Bonati M. Pediatric pharmacoepidemiology - safety and effectiveness of medicines for ADHD. *Expert Opin Drug Saf*. 2017;16(12):1335-1345.
  122. Sonuga-Barke EJS, Coghill D, Wigal T, DeBacker M, Swanson J. Adverse Reactions to Methylphenidate Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Structure and Associations with Clinical Characteristics and Symptom Control. *J Child Adolesc*

- Psychopharmacol.* 2009;19(6):683-690.
123. Cheng JYW, Chen RYL, Ko JSN, Ng EML. Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents - Meta-analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;194(2):197-209.
  124. Kratochvil CJ, Milton DR, Vaughan BS, Greenhill LL. Acute atomoxetine treatment of younger and older children with ADHD: A meta-analysis of tolerability and efficacy. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2(1):25.  
<https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-2-25>.
  125. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future*. 2004;29(12):1235-1244.
  126. Simpson D, Perry CM. Atomoxetine. *Pediatr Drugs*. 2003;5(6):407-415.
  127. Wietecha LA, Ruff DD, Allen AJ, Greenhill LL, Newcorn JH. Atomoxetine tolerability in pediatric and adult patients receiving different dosing strategies. *J Clin Psychiatry*. 2013. doi:10.4088/JCP.12m07991
  128. Wolraich ML, McGuinn L, Doffing M. Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Drug Saf*. 2007;30(1):17-26.
  129. Arcieri R, Germinario EAP, Bonati M, et al. Cardiovascular Measures in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Who Are New Users of Methylphenidate and Atomoxetine. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2012;22(6):423-431. doi:10.1089/cap.2012.0014
  130. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, et al. Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs*. 2017;31(3):199-215.
  131. Arnsten AFT, Li B-M. Neurobiology of Executive Functions: Catecholamine Influences on Prefrontal Cortical Functions. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1377-1384.
  132. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: An updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):218-232.
  133. Biederman J, Melmed RD, Patel A, et al. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Guanfacine Extended Release in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2008;121(1):e73-e84.

134. Conners CK, Casat CD, Gualtieri CT, et al. Bupropion hydrochloride in attention deficit disorder with hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1314-1321. doi:10.1097/00004583-199610000-00018
135. Jafarina M, Mohammadi M-R, Modabbernia A, et al. Bupropion versus methylphenidate in the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: randomized double-blind study. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2012;27(4):411-418. doi:10.1002/hup.2242
136. Dopheide JA, Pliszka SR. Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder: An Update. *Pharmacotherapy*. 2009;29(6):656-679. doi:10.1592/phco.29.6.656
137. Rapport MD, Carlson GA, Kelly KL, Pataki C. Methylphenidate and Desipramine in Hospitalized Children: I. Separate and Combined Effects on Cognitive Function. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(2):333-342.
138. Swanson JM, Greenhill LL, Lopez FA, et al. Modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study followed by abrupt discontinuation. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(1):137-147.
139. Greenhill LL, Biederman J, Boellner SW, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of modafinil film-coated tablets in children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):503-511. doi:10.1097/01.chi.0000205709.63571.c9
140. Biederman J. Efficacy and Safety of Modafinil Film-Coated Tablets in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Flexible-Dose Study. *Pediatrics*. 2005;116(6):e777-e784. doi:10.1542/peds.2005-0617
141. Armenteros JL, LS JE, DAVALOS M. Risperidone Augmentation for Treatment-Resistant Aggression in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(5):558-565.
142. Zeni CP, Tramontina S, Ketzner CR, Pheula GF, Rohde LA. Methylphenidate Combined with Aripiprazole in Children and Adolescents with Bipolar Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized Crossover Trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009;19(5):553-561. doi:10.1089/cap.2009.0037
143. Kutlu A, Durak FS. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları:

- Bütünleyici Yaklaşımlar. *Turkiye Klin J Child Psychiatry-Special Top.* 2015;1(1):87-95.
144. Pelham WE, Waschbusch DA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In: Fisher JE, O'Donohue WT, eds. *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy.* 1st ed. Springer US; 2006:93-100. doi:10.1007/978-0-387-28370-8
145. Ercan ES, Ardic UA, Kutlu A, Durak S. No Beneficial Effects of Adding Parent Training to Methylphenidate Treatment for ADHD + ODD/CD Children. *J Atten Disord.* 2014;18(2):145-157. doi:10.1177/1087054711432884
146. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev.* December 2011.
147. Waschbusch DA, Pelham WE, Massetti G. The behavior education support and treatment (BEST) school intervention program: - Pilot project data examining schoolwide, targeted-school, and targeted-home approaches. *J Atten Disord.* 2005;9(1):313-322. doi:10.1177/1087054705279999
148. Sayal K, Merrell C, Tymms P, Kasim A. Academic Outcomes Following a School-Based RCT for ADHD. *J Atten Disord.* 2015;1. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1087054714562588>.
149. Ng QX, Ho CYX, Chan HW, Yong BZJ, Yeo W-S. Managing childhood and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with exercise: A systematic review. *Complement Ther Med.* 2017;34(July):123-128.
150. Chang JPC, Su KP, Mondelli V, Pariante CM. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials and Biological Studies. *Neuropsychopharmacology.* 2018;43(3):534-545. doi:10.1038/npp.2017.160
151. Cornu C, Mercier C, Ginhoux T, et al. A double-blind placebo-controlled randomised trial of omega-3 supplementation in children with moderate ADHD symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(3):377-384.
152. Buchhorn R, Koenig J, Jarczok MN, et al. A case series on the potential effect of omega-3-fatty acid supplementation on 24-h heart rate variability and its circadian variation in children with attention deficit (hyperactivity) disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord.* 2018;10(2):135-139. doi:10.1007/s12402-017-0240-y
153. Ardic UA, Kutlu A, Durak S, Ercan ES. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite

- Bozukluğunda Tedavi Seçenekleri. In: Motavalli Mukaddes N, Ercan ES, eds. *Nörogelişimsel Bozukluklar*. 1st ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:103-109.
154. Hirayama S, Terasawa K, Rabeler R, et al. The effect of phosphatidylserine administration on memory and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Hum Nutr Diet*. 2014;27(SUPPL2):284-291. doi:10.1111/jhn.12090
155. Cortese S, Ferrin M, Brandeis D, et al. Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(6):444-455. doi:10.1016/j.jaac.2016.03.007
156. Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE. *Şema Terapi Ayırıcı Özellikler*. (Karaosmanoğlu HA, Azizerli N, eds.). İstanbul: Psikonet Yayınları; 2013.
157. Beck AT. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
158. Güner O. 10-16 Yaş Çocuk Ve Ergenler İçin Erken Dönem Uyumsuz Şema Ölçekler Takımı (Çeşöt)'Nin Geçerlik, Güvenirlik Ve Norm Çalışması. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. 2013.
159. Beck AT. *Cognitive Therapy And The Emotinal Disorders*. Madison: International Universities Press; 1976.
160. Arntz A, Jacob G. *Uygulamada Şema Terapi / Şema Mod Yaklaşımına Giriş Rehberi*. (Çev. Editörü: Gonca Soygüt): Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
161. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Şema Terapi*. (Çev: T. Soylu) Litera Yayıncılık; 2009.
162. Newark PE, Stieglitz R-D. Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(2):59-72.
163. Torrente F, López P, Alvarez Prado D, et al. Dysfunctional Cognitions and their Emotional, Behavioral, and Functional Correlates in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Atten Disord*. 2014;18(5):412-424.
164. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull*. 1993;113(3):487-496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487
165. Dilek H, Aksoy A. Ergenlerin Benlik Saygısı ile Anne-Babalarının Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ahi Evran Ünivesitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Derg*.

- 2013;14(3):95-109.
166. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Dev Psychol.* 1971;4(1, Pt.1):99-102. doi:10.1037/h0030373
167. Baumrind D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Dev.* 1966. doi:10.2307/1126611
168. Sümer N, Gündoğdu Aktürk E, Helvacı E. Anne-Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri: Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. *Türk Psikol Yazıları.* 2010;13(25):42-59.
169. Kooraneh AE, Amirsardari L. Predicting Early Maladaptive Schemas Using Baumrind’s Parenting Styles. 2015;9(2):1-5. doi:10.17795/ijpbs952
170. Grolnick WS. *The Psychology of Parental Control: How Well-Meant Parenting Backfires.* 1st ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2002.
171. Yılmaz A. Eşler Arasındaki Uyum ve Çocuğun Algıladığı Anne-Baba Tutumu ile Çocukların, Ergenlerin, Gençlerin Akademik Başarıları ve Benlik Algıları Arasındaki İlişkiler. Doktora Tezi. 2000.
172. Ergüven M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Ergenlerde Algılanan Ebeveyn Tutumlarına Bağlı Benlik Saygısı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. 2016.
173. Martin CA, Colbert KK. *Parenting : A Life Span Perspective.* New York: McGraw-Hill Book Company; 1997.
174. Maccoby E, Martin J. “Socialization in the context of family: Parent-child interaction.” In: Hetherington E., Mussen PH, eds. *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development.* New York: Wiley; 1983:1-102.
175. Steinberg L, Mounts NS, Lamborn SD, Dornbusch SM. Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *J Res Adolesc.* 1991;1(1):19-36.
176. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child Dev.* 1991;62(5):1049-1065.
177. Berns RM. *Child, Family, School, Community: Socialization and Support.* 9th ed. Irvine: Wadsworth, Cengage Learning; 2012.
178. Belsky J. The Determinants of Parenting : A Process Model. *Child Dev.* 1984;55(1):83-96.



179. Broderick CB. *Understanding Family Process: Basics Of Family Systems Theory*. California: Sage Publications; 1993.
180. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(2):285-296.
181. C.E. C. A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(6):676-694. doi:10.1093/jpepsy/jsm021
182. Johnston C, Mash E. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2001;4(3).
183. Deault LC. A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(2):168-192.
184. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting Stress in Families of Children With ADHD. *J Emot Behav Disord*. 2013;21(1):3-17.
185. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl*. 2007;31(5):567-572. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.005
186. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*. 2012;32(4):215-228.
187. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, et al. Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychol*. 2007;43(1):70-82.
188. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, et al. Very Early Predictors of Adolescent Depression and Suicide Attempts in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1044.
189. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1424-1432.
190. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, et al. Childhood Predictors of Adult Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009;65(1):46-54.
191. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria- III. Mother-Child Interactions, Family Conflicts and Maternal Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1991;32(2):233-255. doi:10.1111/j.1469-7610.1991.tb00304.x
  192. Wymbs BT, Pelham WE, Molina BSG, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(5):735-744. doi:10.1037/a0012719
  193. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, et al. Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(12):1295. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.271
  194. Stein MT, Diller L, Resnikoff R. ADHD, Divorce, and Parental Disagreement About the Diagnosis and Treatment. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22(2):61-65.
  195. Johnston C, Behrenz K. Childrearing Discussions in Families of Nonproblem Children and ADHD Children With Higher and Lower Levels of Aggressive-Defiant Behavior. *Can J Sch Psychol*. 1993;9(1):53-65. doi:10.1177/082957358500900106
  196. Nikolas M, Friderici K, Waldman I, Jernigan K, Nigg JT. Gene  $\times$  environment interactions for ADHD: synergistic effect of 5HTTLPR genotype and youth appraisals of inter-parental conflict. *Behav Brain Funct*. 2010;6(1):23.
  197. Schachar R, Taylor E, Wieselberg M, Thorley G, Rutter M. Changes in Family Function and Relationships in Children Who Respond to Methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26(5):728-732.
  198. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):188-205.
  199. Wells KC, Chi TC, Hinshaw SP, et al. Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(4):649-657. doi:10.1037/0022-006X.74.4.649
  200. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL):

- Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
201. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working draft. 2016.
  202. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroğlu FÇ, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – DSM – 5 Kasım 2016 – Türkçe Uyarlamasının ( ÇDŞG – ŞY – DSM – 5 – T ) Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatr Derg*. 2019;30(1):42-50.
  203. Karabulut Demir E, Şendil G. Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ). *Yüksek Lisans Tezi*. 2007.
  204. Turgay A. Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Screening and Rating Scale. 1995.
  205. Ercan ES, Amado S, Somer O, Cikoglu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranış bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Heal*. 2001.
  206. Newcorn JH, Halperin JM, Jensen PS, et al. Symptom Profiles in Children With ADHD: Effects of Comorbidity and Gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(2):137-146. doi:10.1097/00004583-200102000-00008
  207. Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-Term Outcomes of ADHD. *J Atten Disord*. January 2015;1-13. doi:10.1177/1087054714566076
  208. Allely CS. The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: A systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*. 2014;14:133.
  209. Mikami AY, Jack A, Emeh CC, Stephens HF. Parental Influence on Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. Relationships Between Parent Behaviors and Child Peer Status. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(6):721-736. <http://link.springer.com/10.1007/s10802-010-9393-2>.
  210. Amazue L, Uzuegbu C. Child Temperament , Gender , Parental Level of Education and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder among a Nigerian Sample. *Eur J Soc Sci*. 2015;48(1):94-103.
  211. Russell AE, Ford T, Russell G. Socioeconomic Associations with ADHD: Findings from a Mediation Analysis. Eapen V, ed. *PLoS One*. 2015;10(6):e0128248.
  212. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: Implications for research,

- practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(8):1065-1079. doi:10.1097/00004583-199708000-00014
213. Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B, Zencir M, Buber A, Isildar Y. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. *J Atten Disord*. 2015;108705471557799. doi:10.1177/1087054715577991
214. Dittmann RW, Schacht A, Helsberg K, Schneider-Fresenius C, Lehmann M. Atomoxetine Versus Placebo in Children and Adolescents with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Comorbid Oppositional Defiant Disorder : *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011;21(2):97-110. doi:10.1089/cap.2009.0111
215. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL, et al. Canadian Guidelines on Pharmacotherapy for Disruptive and Aggressive Behaviour in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, or Conduct Disorder. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2):62-76.
216. Hergüner S, Hergüner A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. *Nöro Psikiyatr Arşivi*. 2012;49(3):114-118.
217. Harold GT, Leve LD, Barrett D, et al. Symptoms : Revisiting the Developmental Interface between Nature and Nurture. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(10):1038-1046. doi:10.1111/jcpp.12100
218. Nigg JT, Hinshaw SP, Huang-Pollock C. Disorders of Attention and Impulse Regulation. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Developmental Psychopathology: Vol. 3. Risk, Disorder and Adaptation*. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2003:358-403.
219. Wiener J, Mak M. Peer victimization in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Sch*. 2009;46(2):116-131. doi:10.1002/pits
220. Owens JS, Goldfine ME, Evangelista NM, Hoza B, Kaiser NM. A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(4):335-351.
221. Özyaydınlık K. Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye’de Kadın ve Eğitim. *Sos Polit Çalışmaları Derg*. 2015;0(33):93-112. doi:10.21560/spcd.03093