

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI
ALAN ÇOCUKLARDA DİSSOSİYATİF VE DİĞER
BELİRTİLERİN İLİŞKİSİ**

Dr. Betül GÜL ALIÇ

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

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayla AYSEV**

**ANKARA
2015**

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

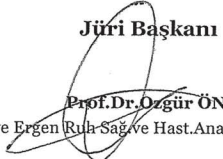
| I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN | |
|--|--------------------------|
| Adı, Soyadı : Dr.Betül GÜL ALIÇ | Tarih: 31 / 07 / 2015 |
| Anabilim/Bilim Dalı : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD | |
| Tez Danışmanı : Prof.Dr.Ayla AYSEV | |

| II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER | |
|---|--|
| Tezin Başlığı : Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi | |
| Tezin Niteliği: | <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi |
| Kaçıncı tez sınavı olduğu: | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |

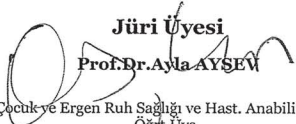
| III. KARAR | |
|---|--|
| Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne | |
| <input type="checkbox"/> Reddine | |
| <input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine | |
| oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir. | |

| IV. AÇIKLAMALAR | |
|---|--|
| Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız | |
| | |


Jüri Başkanı


Prof. Dr. Özgür ÖNER
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı Başkanı

Jüri Üyesi


Prof. Dr. Ayla AYSEV
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı
Öğrt. Üys.

Jüri Üyesi


Prof. Dr. Fatih UNAL
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı
Öğrt. Üys.

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimleri ile eğitimime büyük katkıları olan, yol gösteren, her konuda sürekli destek olan ve her aşamada birlikte çalıştığımız tez danışmanım Prof. Dr. Ayla Aysev hocama,

Eğitimimiz ve çalışma koşullarımız konusunda fikirlerimize değer veren, eğitimim sürecinde her türlü kolaylığı ve anlayışı gösteren, tezime katkıları olan, aynı zamanda tezimin istatistiğini yapan ve engin bilgilerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr.Özgür Öner'e,

Eğitimim boyunca teorik ve pratik anlamda, bir çocuk psikiyatristi olarak yetişmemi sağlayan ve üzerimde büyük emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Neşe Erol, Prof. Dr. Birim Günay Kılıç, Doç. Dr. C. Kağan Gürkan'a,

Bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, bize bir arkadaş olarak yaklaşan ve tezime katkıları olan Uzm. Dr. Pınar Uran'a,

Asistanlık sürecim boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum ve tez çalışmamda veri toplamamda yardımcı olan asistan arkadaşlarıma,

Yoğun poliklinik şartlarında birlikte çalıştığımız ve yardımlarını esirgemeyen bütün psikolog, hemşire ve tüm anabilimdalı çalışanlarımıza,

Daima yanımda olduklarını bildiğim ve bugünlere gelmemi sağlayan canım aileme,

Her konuda desteğini esirgemeyen sevgili eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Betül GÜL ALIÇ

Ankara 2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

| | |
|--|-------------|
| KABUL VE ONAY | i |
| TEŞEKKÜR | ii |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | vii |
| TABLolar DİZİNİ | viii |
| ŞEKİL DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU | 3 |
| 2.1.1. Tanım ve Genel Bilgiler..... | 3 |
| 2.1.2. Epidemiyoloji..... | 6 |
| 2.1.3. Etiyoloji..... | 6 |
| 2.1.4. Eş Hastalanım | 8 |
| 2.1.5. Ayırıcı Tanı | 8 |
| 2.2. DİSSOSİYATİF BOZUKLUK..... | 9 |
| 2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler..... | 9 |
| 2.2.2. Tanı Ölçütleri | 10 |
| 2.2.2.1. Dissosiyatif Amnezi DSM-IV Tanı ölçütleri: | 10 |
| 2.2.2.2. Dissosiyatif Füg DSM-IV Tanı Ölçütleri: | 11 |
| 2.2.2.3. Depersonalizasyon Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri | 11 |
| 2.2.2.4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri | 12 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.2.5. Başka Türlü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri | 12 |
| 2.2.3. Epidemiyoloji..... | 14 |
| 2.2.4. Etiyoloji..... | 14 |
| 2.2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları..... | 14 |
| 2.2.4.2. Aile Ortamı | 15 |
| 2.2.4.3. Genetik Faktörler | 15 |
| 2.2.4.4. Hipnotize Olma Kapasitesi | 16 |
| 2.2.4.5. Farklı Emosyonel Durumlar | 16 |
| 2.2.4.6. Bağlanma Bozukluğu..... | 17 |
| 2.2.4.7. Hayal gücü ve Fantezi Kapasitesi | 18 |
| 2.2.5. Dissosiyatif Bozukluğun Çocuk ve Ergenlerdeki Klinik Fenomenolojisi..... | 18 |
| 2.2.6. Ayrıcı Tanı | 21 |
| 2.2.6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozukluk..... | 21 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 22 |
| 3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ | 22 |
| 3.2. İŞLEM..... | 23 |
| 3.3. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ..... | 24 |
| 3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu..... | 24 |
| 3.3.2. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği | 25 |
| 3.3.3. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18)..... | 25 |
| 3.3.4. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu (TRF 6-18) | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3.5. Çocuk Depresyon Ölçeği | 26 |
| 3.3.6. Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇDSKE)..... | 26 |
| 3.3.7. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi | 27 |
| 3.3.8. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği..... | 27 |
| 3.3.9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) | 27 |
| 3.4. İSTATİKSEL ANALİZ | 28 |
| 3.4.1. Grupların Karşılaştırılması..... | 28 |
| 3.4.2. CTQ ile Diğer Ölçeklerin İlişkisinin İncelenmesi | 29 |
| 3.4.3. Faktör Analizi..... | 29 |
| 4. BULGULAR..... | 30 |
| 4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER | 30 |
| 4.2. ÖLÇEK PUANLARI | 33 |
| 4.2.1. DEHB/Kontrol Karşılaştırması | 33 |
| 4.2.2. DEHBi/DEHB/Kontrol Karşılaştırması..... | 39 |
| 4.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ) VE SORUN DAVRANIŞLARIN İLİŞKİSİ | 46 |
| 4.4. FAKTÖR ANALİZİ | 48 |
| 5. TARTIŞMA | 52 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 62 |
| ÖZET..... | 69 |
| ABSTRACT | 73 |
| 7. KAYNAKLAR | 77 |
| EKLER..... | 92 |
| EK-1. Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 92 |
| EK-2. Etik Kurul Onayı..... | 100 |

| | | |
|--------|--|-----|
| EK-3. | Sosyodemografik Bilgi Formu..... | 101 |
| EK-4. | Çocuk Depresyon Ölçeği | 102 |
| EK-5. | 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği..... | 105 |
| EK-6. | 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu | 109 |
| EK-7. | Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Evanteri | 113 |
| EK-8. | Çocuklar İçin Durumluluk Kaygı Evanteri..... | 114 |
| EK-9. | Çocuk Disosiyasyon Soru Listesi | 115 |
| EK-10. | Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği | 119 |
| EK-11. | Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği | 124 |
| EK-12. | Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği | 126 |

SİMGELER ve KISALTMALAR

- DEHB** : Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu
- DB** : Dissosiyatif Bozukluk
- DKB** : Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
- KOKGB** : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
- CTQ** : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- ÇDKE** : Çocuklar için Durumluk Kaygı Envanteri
- ÇSKE** : Çocuklar için Süreklilik Kaygı Envanteri
- ÇDÖ** : Çocuk Depresyon Ölçeği
- CBCL 6-18** : 6-18 yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği
- TRF 6-18** : 6-18 yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu
- DSM-IV-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –IV- Text Revised
- ICD-10** : International Classification of Diseases-10

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

| | | |
|--------------------|---|----|
| Tablo 3.1. | SES Gruplarının Belirlenmesinde Puan Aralıkları | 24 |
| Tablo 4.1. | Cinsiyet Oranlarının Dağılımı | 30 |
| Tablo 4.2. | Gruplardaki Çocukların Yaş Ortalamaları | 30 |
| Tablo 4.3. | Grupların Aile Yapısına Göre Dağılımı..... | 31 |
| Tablo 4.4. | Grupların Sosyoekonomik Gruplara Göre Dağılımı..... | 31 |
| Tablo 4.5. | Grupların Anne ve Baba Psikiyatrik Hastalıklarına Göre Dağılımı | 32 |
| Tablo 4.6. | Grupların Cinsiyet Dağılımı | 32 |
| Tablo 4.7. | Gruplardaki Çocukların Yaş Ortalamaları | 33 |
| Tablo 4.8. | Grupların Aile Yapısına Göre Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 4.9. | Grupların Sosyoekonomik Gruplara Göre Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 4.10. | Gruplardaki Çocukların CBCL 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler..... | 34 |
| Tablo 4.11. | Gruplardaki Çocukların TRF 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler | 35 |
| Tablo 4.12. | Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler | 36 |
| Tablo 4.13. | Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler..... | 36 |
| Tablo 4.14. | Gruplardaki Çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi Puanlarına Ait Değerler | 37 |
| Tablo 4.15. | Gruplardaki Çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarına Ait Değerler | 37 |
| Tablo 4.16. | Gruplardaki Çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarına Ait Değerler | 38 |
| Tablo 4.17. | Gruplardaki Çocukların ÇDÖ Puanlarına Ait Değerler..... | 38 |
| Tablo 4.18. | Gruplardaki Çocukların ÇDKE Puanlarına Ait Değerler | 38 |
| Tablo 4.19. | Gruplardaki Çocukların ÇSKE Puanlarına Ait Değerler | 39 |

| | |
|--|----|
| Tablo 4.20. Gruplardaki Çocukların CBCL 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler | 40 |
| Tablo 4.21. Gruplardaki Çocukların TRF 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler | 41 |
| Tablo 4.22. Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler | 42 |
| Tablo 4.23. Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler..... | 43 |
| Tablo 4.24. Gruplardaki Çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi Puanlarına Ait Değerler | 43 |
| Tablo 4.25. Gruplardaki Çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarına Ait Değerler | 44 |
| Tablo 4.26. Gruplardaki Çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarına Ait Değerler | 44 |
| Tablo 4.27. Gruplardaki Çocukların ÇDÖ Puanlarına Ait Değerler..... | 45 |
| Tablo 4.28. Gruplardaki Çocukların ÇDKE Puanlarına Ait Değerler | 45 |
| Tablo 4.29. Gruplardaki Çocukların ÇSKE Puanlarına Ait Değerler..... | 46 |
| Tablo 4.30. CTQ ve CBCL 6-18 İlişkisi | 46 |
| Tablo 4.31. CTQ ve TRF 6-18 İlişkisi | 46 |
| Tablo 4.32. CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne İlişkisi | 47 |
| Tablo 4.33. CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen İlişkisi..... | 47 |
| Tablo 4.34. CTQ ve Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi İlişkisi | 47 |
| Tablo 4.35. CTQ ve ÇDÖ İlişkisi | 48 |
| Tablo 4.36. CTQ ve ÇDKE İlişkisi..... | 48 |
| Tablo 4.37. CTQ ve ÇSKE İlişkisi..... | 48 |
| Tablo 4.38. Rotasyona Uğramış Faktör Matrisi ve Maddelerin Faktör Yüklenmeleri | 50 |
| Tablo 4.39. Gruplardaki Faktörlerin Ortalama Puanları | 51 |

ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 4.1. Scree Grafiği..... 49

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

DEHB tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Başka bir psikiyatrik bozuklukla birliktelik durumunda bazı belirtilerin DEHB'yi taklit etmesi veya belirtilerin üst üste binmesi nedeniyle tanısız zorluklar yaşanabilmektedir.

Kliniğe başvuran DEHB'lilerin yaklaşık yarısında Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKG) veya Davranış Bozukluğu bulunmaktadır. %25-30 oranında anksiyete bozuklukları ve %20-25 oranında öğrenme bozuklukları eşlik etmektedir (2). Duygudurum bozuklukları, tik bozuklukları ve enürezis nokturna da birliktelik gösterebilen bozukluklar içinde yer almaktadır. Ayrıca DSM-IV'de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı yeniden gözden geçirilmiş baskısı) DEHB ayırıcı tanısında dissosiyatif bozukluğun dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

DSM-IV'de Dissosiyasyon bir bütün olarak işlev gören kimlik, bellek ve bilinç fonksiyonlarında bir bozulma veya değişim durumu olarak tanımlanır (3). Dissosiyatif belirtiler, pek çok psikiyatrik bozukluk tanı grubunun özgün belirtilerine eşlik edebildiği gibi herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı bireylerde duygusal düzenleyici olarak da işlev gören çok önemli bir savunma mekanizmasıdır (4,5).

Patolojik olmayan dissosiyasyon durumsal olarak değişim gösterebilen uyum sağlamaya yönelik bir özellik olmasına karşın, patolojik dissosiyasyon kişinin işlevselliğini bozucu yönde etki eden süreğen bir durumdur (6). Dissosiyatif bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda sıklıkla etiolojide travma bulunmuştur (7-10). Dissosiyatif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde prevalans oranları ise henüz tam olarak bilinmemektedir (7).

Dissosiyatif bozukluğun en sık karıştığı bozukluklardan biri DEHB'dir. Aşırı hareketlilik, dikkat ve konsantrasyonu sağlamada güçlükler, akademik başarıda dalgalanma, öfke patlamaları, yönergeleri yeteri kadar izleyememe, öğrenilen şeyleri çabuk unutma ve hatırlayamama, el yazısının yaşa uygun olmaması ile dalgalanmalar göstermesi gibi klinik belirtiler DEHB ve dissosiyatif bozukluğun karıştırılmasına neden olabilir (11).

Erken yaşta doğru tanının konulması, en az iki açıdan hayati öneme sahiptir. Bu bozukluk çocukluk döneminde daha kolay tedavi edilir ve sonuçlar oldukça başarılıdır. Çocuğun içinde bulunduğu travmatik ortamın fark edilmesine ve travmadan korunmasına olanak sağlar (12).

Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dissosiyatif ve diğer belirtilerin ilişkisi ve dissosiyatif belirtilerin şiddetinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda çalışmada;

- 1) İstismar öyküsü olan DEHB'li çocuklar ile istismar öyküsü olmayan DEHB'li çocuklar ve sağlıklı kontrol grubunun dissosiyatif belirtiler açısından karşılaştırılması,
- 2) Dissosiyatif ve DEHB belirtilerinden hangilerinin birbiriyle örtüştüğünü saptamak için faktör analizi uygulanması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Genel Bilgiler

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat süresi kısalığı/dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilikle seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

DEHB yıllar içinde olası nedenlerine ve klinik görünümüne göre farklı terimlerle tanımlanmıştır.1917 ve 1918 yıllarındaki salgında ensefalite yakalanan çocuklarla yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre bu durumun "beyindeki bir hasar" sonucu oluştuğu düşünülmüştür (13). 1947 yılında ise Strauss ve arkadaşları aşırı hareketlilik, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirtmiş ve hastalığı "minimal beyin zedelenmesi sendromu" olarak adlandırmıştır. Bazı klinisyenler hasar gösterilmedikçe beyin zedelenmesi denilemeyeceğini savunmuşlardır. 1960'larda koordinasyonu zayıf, öğrenme güçlüğü olan ve duygusal dengesizlik gösteren, ancak belirlenmiş nörolojik bozukluğu olmayan bir grup çocuk için "minimal beyin hasarı" tanımı kullanılmıştır (14). 1965'de ICD-9 ve 1968'de DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabaları başlamış olup hastalığın adı 'Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu' olarak değiştirilmiştir (15). 1970-1980li yıllarda dikkatin sürdürülmesi, dürtüsellik ve yönetici işlevlerle ilişkili sorunların esas zorluk olduğu, hiperaktivitenin ikincil olduğu düşünülerek DSM-III sınıflandırmasında "dikkat eksikliği bozukluğu" şeklinde adlandırılmıştır (16). DSM-III-R'de "dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu" olarak adı değiştirilmiş ve tanı ölçütleri düzenlenmiştir (17). DSM-IV'te DEHB, yıkıcı davranım bozukluğu altına girmiş, DSM-IV ve DSM -IV-TR tanı ölçütlerinde dikkat eksikliği ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri birbirinde ayrılmış olup hiperaktivite ve dürtüsellüğün ön planda olduğu tip", "dikkat eksikliğin ön planda olduğu tip", "bileşik tip" olarak üç gruba ayrılmıştır (3,18). DEHB alt tiplerinin ayrımı da son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak yapılır. 2013 yılında yayınlanan DSM-

V de ise DEHB'nin beyin gelişimi ile ilgili bir bozukluk olduğunu vurgulamak amacı ile "nörogelişimsel bozukluklar" sınıfına dahil edilmiş ve DSM-IV-TR'de ki DEHB tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV-TR'de belirtilerin mevcut olduğu yaş 7 olarak belirtilirken, DSM-V'te 12 yaş olarak belirtilmekte ve ayrıca Otizm Spektrum Bozukluğunun varlığı bir dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmıştır (19).

DSM-IV-TR'e göre DEHB Tanı Ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

- (1). Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yaparlar
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağılır.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).

- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağılır.
- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıdır.
- (2). Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

1. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
2. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
 - (a) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
 - (b) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
 - (c) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
 - (ç) Çoğu zaman çok konuşur.

Dürtüsellik (İmpulsivite)

- (d) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabı yapıştırır.
- (e) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- (f) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri 7 yaşından önce de vardır.

- C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (örneğin evde, işte ya da okulda).
- Ç. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.
- D. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu) (18).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu çocukluk çağının en yaygın nörogelişimsel bozukluklarından biridir. DEHB olan çocukların çoğunluğu 6-12 yaşları arasında başvuruda bulunmaktadır. Belirtiler sıklıkla ergenlik döneminde de vardır ve %60 olguda erişkin yaşamda da devam eder. Okul çağı çocukları arasındaki DEHB sıklığının %3-8 arasında değiştiği, kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (20). Dünya genelindeki yaygınlığı ise okul çağı çocukları için %6, ergenler için %3 (21), erişkinler için ise %2.5-4 olarak bildirilmiştir (22).Kızlarda ağırlıklı olarak dikkat eksikliğinin önde geldiği tipin görülmesi ve eşlik eden davranış sorunlarının daha az olması nedeniyle kız çocuklarının kliniğe başvuru oranlarını azaltmaktadır. DEHB bileşik alt tipi %50-75 sıklıkla en sık görülen alt tiptir. Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip %20-30, hiperaktivite ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip ise %15 civarında görülmektedir (23,24).

2.1.3. Etiyoloji

DEHB nedeni tam olarak bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Konu ile ilgili yazınlarda DEHB etyolojisinde çevresel, genetik ve biyolojik birçok etmenin rol oynadığı ileri sürülmektedir.

DEHB'li bireyler ve aileleriyle yapılan çalışmalar bu hastalığın ailesel geçiş gösterdiği yönündeki gözlemleri desteklemektedir (25). Yapılan aile çalışmaları sonucunda, DEHB'li çocukların kardeşlerinde DEHB açısından 3-5 kat,

ebeveynlerinde ise 2-8 kat risk artışı olduğu bildirilmiştir (26). Yapılan geniş çaplı ikiz ve evlat edinme çalışmalarında tahmini genetik geçişin yaklaşık %60-91 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmektedir (27).

DEHB de önemli olabileceği düşünülen ve araştırılan özgül genler arasında da Tiroid reseptör β geni, dopamin D2 reseptör geni (DRD2), dopamin reseptör 4 geni (DRD4), dopamin reseptör 5 geni (DRD5), dopamin taşıyıcı geni (DAT) en çok bilinenleridir (28).

Görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı bireylerde prefrontal korteks, kaudat nukleus, globus pallidus, korpus kallosum ve serebellum hacminin düşük olduğu bulunmuştur (29,30). İşlevsel beyin görüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks bölgeleri ve striatumda kan akımı ve metabolik hızda azalmanın olduğu gözlemlenmiştir (31,32). Kortikal kalınlık ölçülerek yapılan prospektif bir çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla DEHB tanılı çocuklarda kortikal olgunlaşmada gecikme olduğu saptanmıştır. Bu gecikmenin daha çok dikkat ile ilişkili alanlarda, özellikle de lateral prefrontal kortekste olduğu bildirilmiştir (33).

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi DEHB'nin etiyolojisinin araştırılmasında da, nörotransmitterler önemli bir yer almıştır. En sık kullanılan ilaçlar olan amfetaminlerin hem dopamin hem de noradrenalin sistemini etkilemesi nedeniyle bu sistemlerde işlev bozukluğu olabileceği öne sürülmüştür. Fakat bozukluktan sorumlu tek bir nörotransmitter bulunamamıştır (34,35). Yapılan çalışmalarda kan, idrar ve beyin omurilik sıvısında dopamin, noradrenalin ve bunların yıkım ürünlerinin, kontrollerle kıyaslandığında DEHB olanlarda düşük olduğu bulunmuştur (36).

Ayrıca DEHB ile ilişkili olabilecek çok sayıda çevresel risk faktörü araştırılmıştır. DEHB'li olgularda, parçalanmış aile yapısı, anne baba arasında ciddi sorunlar, anne ve babada psikiyatrik bozukluk öyküsü ile bireyin ailenin tek ya da ilk çocuğu olması gibi psikososyal özelliklerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Annenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasında tıbbi ve duygusal sorunları bulunması, gebelikte sigara ve alkol kullanım öyküsü, doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı öyküsü ve çocuğun anne sütü alma süresinin az olması da DEHB gelişim riskini arttırmaktadır (28).

2.1.4. Eş Hastalanım

DEHB tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Başka bir psikiyatrik bozuklukla birliktelik durumunda bazı belirtilerin DEHB'yi taklit etmesi veya belirtilerin üst üste binmesi nedeniyle tanısız zorluklar yaşanabilmektedir. Eş tanılarının mevcudiyeti DEHB'li çocuğun işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir (37).

Kliniğe başvuran DEHB tanılıların yaklaşık yarısında Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKG) veya davranım bozukluğu bulunmaktadır. %25-30 oranında anksiyete bozuklukları ve %20-25 oranında öğrenme bozuklukları eşlik etmektedir (2). Duygu durum bozuklukları, tik bozuklukları, yeme bozuklukları ve enürezis nokturna da birliktelik gösterebilen bozukluklar içinde yer almaktadır.

Eş hastalanım varlığının değerlendirilmesi, bozukluğun uzun dönem gidişini, tedaviyi ve tedavi yanıtını etkilemesi nedeniyle önemlidir. Eş hastalanımı olan DEHB'li çocuklarda psikopatoloji düzeyi daha yüksek bulunmuştur ve bazı çalışmalarda DEHB kalıcılığı ile eş hastalanımın ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (38).

2.1.5. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda KOKGB, davranım bozukluğu, depresyon ve bipolar duygudurum bozukluğu, kaygı bozuklukları, tik bozuklukları, madde kullanımı, yaygın gelişimsel bozukluklar, öğrenme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve zeka geriliği gibi psikiyatrik bozukluklar; ihmal ya da istismar, kötü beslenme, kaotik aile yapısı gibi psikososyal durumlar; işitme ve görme sorunları, epilepsi, genetik anormallikler, sedatize edici ya da uyarıcı ilaç kullanımı, tiroid hormon düzensizlikleri, ağır metal zehirlenmesi gibi organik durumlar göz önünde bulundurulmalıdır (28).

2.2. DISSOSİYATİF BOZUKLUK

2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler

DSM-IV'de Dissosiyasyon bir bütün olarak işlev gören kimlik, bellek ve bilinç fonksiyonlarında bir bozulma veya değişim durumu olarak tanımlanır (3). Dissosiyatif belirtiler pek çok psikiyatrik bozukluk tanı grubunun özgün belirtilerine eşlik edebildiği gibi herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı bireylerde duygusal düzenleyici olarak da işlev gören çok önemli bir savunma mekanizmasıdır (4,5).

Nemiah dissosiyasyonu "anı, duyu, duygu, fantezi ya da davranış gibi çeşitli zihinsel işlevlerin, tek ya da küme halinde, istemli olarak hatırlanamaması ve bilinçten dışlanması" olarak ve iki temel ilke üzerinden tanımlamıştır. Birincisi, dissosiyatif reaksiyon sırasında kişinin kimlik algısında farklılaşma yaşamasıdır. Kişinin kendi kimliğine amnezik olması ya da farklı kimliğe bürünmesini buna örnek gösterir. İkinci temel ilke ise, kişinin dissosiyasyon sırasındaki olaylarla ilgili bellek süreçlerindeki değişimdir. Bu durum tam amneziden yaşanan olayın bir rüya gibi algılanmasına kadar çeşitli şiddetle olabilir. Bu iki ilke özellikle dissosiyatif bozuklukların DSM tanımlamalarında kullanılmıştır (18). Spiegel ve Cardena'nın (39) tanımı ise "olağan şartlarda entegre olan düşünce, duygu, bellek, kimlik gibi zihinsel süreçlerin yapılandırılmış ayrılması" şeklindedir. Dissosiyasyonu Braun (1988) "fikir ya da düşünce sürecinin bilincin ana akışından ayrılması", Goff (1992) "kişinin kendilik ve çevre algısında devamsızlık", Hunter (1990) "ızdırap verici bir yaşantıyla baş etme metodu; kişinin kişiliğinin, duygularının ve vücudunun çeşitli parçalarını bölümlere ayırdığı ve onları gerçek kendinden ayrı gördüğü bir süreç", West (40) "kişinin zihnine gelen ya da çıkan enformasyonun normalde olması gerektiği gibi bir işleme tabi tutulamaması, beklenen assosiyasyonlardan aktif olarak ayrı tutulmasını sağlayan psikobiyolojik bir süreç" olarak tanımlamıştır (41-43).

Patolojik olmayan dissosiyasyon durumsal olarak değişim gösterebilen uyum sağlamaya yönelik bir özellik olmasına karşın, patolojik dissosiyasyon kişinin işlevselliğini bozucu yönde etki eden süregelen bir durumdur (6). Dissosiyasyonun başlangıçta travmatik yaşantılar ile baş etme de savunma amaçlı kullanılan normal

bir süreç olduğu ve zamanla maladaptif ya da patolojik bir sürece dönüştüğü hipotezi yıllardır ifade edilmiştir (44).

Dissosiyatif süreçler gündelik yaşantılar sırasında da oluşabilir. Örneğin uyku öncesi ya da sonrası, alışılmadık yorgunluk ya da emosyonel stres dönemlerinde, bazı meditasyon ya da trans tiplerinde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları olabilir. Rüyalar derealizasyon, depersonalizasyon (kendini rüyada görme) ve kimlik değişimi gibi komponentler içerebilir. Bu normal yaşantılar genellikle kısa sürelidir ve stresle ilişkilidir. Uyku ve rüya amnezileri, hipnotik amnezi yine normal dissosiyatif süreçlerdendir. Bir iş yaparken kendini kaptırma ve çevresinde olup biteni fark etmeme ya da hızlı araba kullanırken kendini adeta otomatik pilot gibi hissetme günlük yaşamda sık rastlanan dissosiyatif yaşantılara örnektir (45). Çocuklar erişkinlere göre dissosiyasyonu daha kolay ve sık kullanırlar (46).

2.2.2. Tam Ölçütleri

ICD-10 dissosiyatif bozuklukları nevroitik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar başlığı altında daha geniş bir spektrum içinde kavramlaştırmaktadır. ICD-10' un disosisiyatif patolojiye ilişkin alt tanı başlıklarını, dissosiyatif bellek kaybı, dissosiyatif füğ, dissosiyatif stupor, trans bozuklukları, dissosiyatif motor bozukluklar, dissosiyatif konvülsiyonlar, dissosiyatif anestezi ve duyu kaybı, karışık tip dissosiyatif bozukluklar, başka dissosiyatif bozukluklar ve dissosiyatif bozukluklar belirlenmemiş oluşturmaktadır. Bu yaklaşımda dissosiyasyon kavramı ilk başta kavramlaştırıldığı gibi çok geniş bir spektrum bağlamında ele alınmaktadır (47).

DSM-IV'de ise Dissosiyatif bozukluklar dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon, dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ve başka türlü adlandırılmayan dissosiyatif bozukluk başlıkları altında tanımlanmıştır (3).

2.2.2.1. Dissosiyatif Amnezi DSM-IV Tanı ölçütleri:

- A. Başlıca bozukluk, genellikle travmatik olan ya da stres doğuran önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama epizod ya da epizodlarının olmasıdır.

- B. Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Dissosiyatif Füg, Travma sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da Somatizasyon Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Kafa travmasına bağlı amnestik bozukluk) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

2.2.2.2. Dissosiyatif Füg DSM-IV Tanı Ölçütleri:

- A. Başlıca Bozukluk, geçmişini unutup, birden beklenmedik biçimde evinden ya da alışageldiği işyerinden ayrılıp gitmedir.
- B. Kişisel kimlik konfüzyonu ya da yeni bir kimliğe bürünme (kısmen ya da tamamen)
- C. Bu bozukluk sadece Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

2.2.2.3. Depersonalizasyon Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

- A. Kişinin mental süreçlerinden ya da bedeninden ayrıldığı hissini olduğu ya da sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyen yaşantıların olması (örn. rüyadaymış gibi hissetme)
- B. Depersonalizasyon yaşantısı sırasında gerçeği değerlendirme yetisi bozulmaz.

- C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
- D. Depersonalizasyon yaşantısı sadece Şizofreni, Panik Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu ya da diğer bir dissosiyatif bozukluk gibi başka bir mental bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Temporal lob epilepsisi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.2.2.4. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri

- A. İki ya da daha fazla birbirinden ayrı kimliğin ya da kişilik durumunun varlığı (her birinin kendi içinde oldukça süreklilik gösteren çevre ve benlik algısı, ilişki kurma ve düşünce biçimi vardır).
- B. Bu kimliklerden ya da kişilik durumlarından en az ikisi kişinin davranışlarını zaman zaman denetim altında tutar.
- C. Önemli kişisel bilgileri sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde anımsayamama
- D. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Alkol Entoksikasyonu sırasında görülen “blackout”lar ya da kaotik davranış) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. Kompleks parsiyel katılmalar) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Çocuklardaki semptomlar hayali oyun arkadaşlarına ya da başka tür bir oyun fantezisine bağlanamaz.

2.2.2.5. Başka Türü Adlandırılmayan Dissosiyatif Bozukluk DSM-IV Tanı Ölçütleri

Bu kategori, önde gelen özelliğin dissosiyatif bir semptom (yani, genelde birbirlerini bütünleyen işlevleri olan bilinçlilik, bellek, kimlik ya da çevre algısında

bir bozulma olması) olduğu, ancak herhangi bir özgül dissosiyatif bozukluğun tanı ölçütlerinin karşılanamadığı bozuklukları kapsar.

Örnekleri arasında şunlar vardır;

1. Dissosiyatif Kimlik bozukluğunun tanı ölçütlerini tam karşılamayan bu bozukluğu benzer klinik görünümüler. Örnekleri arasında, a) iki ya da daha fazla kişilik durumunun olduğu ya da b) önemli kişisel bilgiler için amnezinin olmadığı klinik görünümüler vardır.
2. Erişkinlerde depersonalizasyonun eşlik etmediği derealizasyon
3. Uzun süreli olarak ve yoğun bir biçimde zorla düşünce aşılması dönemlerinden geçen bireylerde ortaya çıkan dissosiyasyon durumları (örn. beyin yıkama, düşünce değişikliğine uğratma, tutsaklık sırasında yeni öğretiler edindirme)
4. Dissosiyatif trans bozukluğu: Bilinçlilik, kimlik ya da bellek durumunda tek bir kez ya da epizodik olan, belirli yörelere ve kültürlere özgü bozukluklar. Dissosiyatif trans, yakın çevrede olup bitenin tam farkında olamamayı ya da kişinin kontrolü dışındaymış gibi yaşanan kalıplaşmış yineleyici (stereotipik) devinimleri ya da davranışları kapsar. İyelik transı, alışlagelen kişisel kimlik duyumunun yerini yeni bir kimliğin almasıdır, bir ruh, güç, tanrı ya da başka bir insana bağlanır ve kalıplaşmış yineleyici “istemsiz” davranışlar ya da amnezi eşlik eder ve olasılıkla Asya’ da en sık görülen dissosiyatif bozukluktur. Örnekleri arasında amok (Endonezya), bebainan (Endonezya), Iatah (Malezya), pibloktoq (kuzey kutbu), ataque de nervios (Latin Amerika) ve iyelik (Hindistan) vardır. Dissosiyatif bozukluk ya da trans bozukluğu ortak kültürel ya da dinsel uygulamanın genel kabul gören olağan bir parçası değildir.
5. Genel tıbbi bir duruma bağlanamayan bilinç kaybı, stupor ya da koma
6. Ganser sendromu: Dissosiyatif Amnezi ya da Dissosiyatif Füge eşlik etmemesi koşuluyla sorulan sorulara yaklaşık yanıtlar verme (örn. “2 artı 2 eşittir 5”) durumu (3).

2.2.3. Epidemiyoloji

1990'a kadar DB epidemiyolojisi ile ilgili sistematik çalışmalar yoktu. Prevalans oranları Amerika ve Avrupa çalışmalarında %1-5'dir. Bu oran psikiyatrik popülasyonda yüksek bir orandır (48).

Dissosiyatif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde prevalans oranları henüz tam olarak bilinmemektedir. Deneysel çalışmalarda kötü muamele görmüş çocuk ve ergenlerde %19-73 oranında dissosiyatif belirti gösterilmiştir. Bu oran yatan ergen hastalarda yapılan çalışmalarda %25-45 arasında değişmektedir (7). Yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu dikkat çekicidir.

Dissosiyatif bozukluklar %100 oranında çocukluk çağında başlamasına rağmen, hastaların ancak %3'üne 12 yaş altında ve ancak %8'ine 12-19 yaşları arasında ergenlik döneminde tanı konabilmektedir (12).

2.2.4. Etiyoloji

2.2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Dissosiyatif Bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda sıklıkla etiyolojide travma bulunmuştur (7,49,50,51). Patolojik dissosiyasyonun travma hikayesi ile birlikteliğini gösteren dört farklı veri alanı vardır.

Birincisi DB hastalarının %90-100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadığını belirttiği, bir kısmı üçüncü kişiler tarafından doğrulanmış yirmiden fazla çok vakalı serilerdir (52). Bunları travma hikayesinin dışarıdaki bir kaynak tarafından da onaylandığı çocuk ve ergen vakalardan oluşan iki seri de desteklemektedir (53,54).

İkinci grup, travmalı ve travmasız kişilerde çeşitli dissosiyasyon ölçümlerinin karşılaştırma çalışmalarıdır. Travmaya maruz kalan kişilerin, travmasız gruplara göre daha yüksek dissosiyasyon seviyeleri gösterdikleri saptanmıştır. Klinik ve normal popülasyonda yapılan bu çalışmalar, tecavüz, savaş, çocuk suistimali ve doğal afet gibi birçok farklı travma şeklinin yüksek seviyelerde dissosiyasyona neden olduğunu göstermiştir (52). Ergen popülasyonun da bu noktayı inceleyen en geniş kapsamlı çalışmalardan biri Türkiye'de yapılmıştır. Travma ile dissosiyasyon arasında güçlü

bir bağıntı gösterildiği bu çalışmada, travma ile kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi arasında da güçlü bir korelasyon saptanmıştır (55).

Üçüncü grup, travması olan popülasyonlarda yapılan çalışmalardan oluşmaktadır.

Cinsel istismarın başlama yaşı veya maruziyet süresi gibi travmanın derecesi konusundaki göstergeler genellikle dissosiyasyonun şiddeti ile oldukça orantılıdır. Çocukluk çağı istismarında başlangıç yaşı küçüldükçe disosiyasyon şiddetinde artış görülmektedir (52).

Dördüncü grup, bulguları, travma esnasındaki dissosiyasyonun daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardan oluşmaktadır. Peritravmatik dissosiyasyon, travmatik yaşantı altında meydana gelen derealizasyon, vücudun dışına çıkma tarzındaki ağır depersonalizasyon ve otomatikleşmiş davranışlar sergileme gibi dissosiyatif kökenli belirtileri ifade eder (52).

Erken çocukluk dönemindeki tekrarlayıcı minor travmaların ve hafif kafa travmasının (postcommotial sendrom), çocuklarda dissosiyasyon ve için travma sonrası stres bozukluğu artmış risk oluşturabileceği gösterilmiştir (56-58). Erken çocukluk travmalarından olan fiziksel istismar dikkate alındığında bu önemli bir bulgudur.

2.2.4.2. Aile Ortamı

Dissosiyasyon üzerine sadece aile ortamının yaptığı etkileri, aile içinde meydana gelen istismar yaşantılarının etkilerinden ayırt etmek güç olmasına rağmen; aile ortamının, kötü muamele ve travma faktörlerinden bağımsız olarak dissosiyasyon skorlarına önemli bir katkıda bulunduğu görülmektedir (59).

2.2.4.3. Genetik Faktörler

Normal ve patolojik dissosiyasyonda genetik faktörlerin rolü hakkında yeterince bilgi bulunmamaktadır.

Waller (1994) çocuk ve ergen ikizlerde yaptığı çalışmadan elde ettiği ilk verilere göre tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizleri arasında bağıntı katsayıları

açısından önemli bir fark olmadığını ileri sürmüş ve buna bağlı olarak genetik faktörün normal dissosiyasyon üzerinde çok az katkısının olduğu veya hiç olmadığı sonucuna varmıştır (60).

Becker ve ark (2004) tarafından yapılan bir çalışmaya ikiz çocuklar ve evlat edilmiş çocuklar dahil edilerek, genetik ve çevrenin dissosiyasyona etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda çocukluk dönemi ve erken-orta ergenlik dönemi boyunca ortalama dissosiyasyon oranlarında bir farklılık gözlenmemiştir. Evlat edinen çocukların anneleriyle öğretmen gözlemleri birbiriyle korele olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada dissosiyasyon genetik ve ihmal yaşantılarıyla ile yüksek oranda ilişkili saptanmıştır. Genetik etkenlerin patolojik olmayan dissosiyasyona etkisi daha büyükken dissosiyatif bozukluklarda çevresel faktörler daha önemli rol oynayabileceği ileri sürülmekle birlikte bu konuda daha çok sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır (61).

2.2.4.4. Hipnotize Olma Kapasitesi

Hipnozla dissosiyasyon sıklıkla birbirinin analogu gibi düşünülür. Hatta DB'ların "yanlış ve aşırı ölçülerde kendi kendini hipnoz etme" şeklinde karakterize edildiği bile olmuştur. Dissosiyatif bozukluğu olan ya da çocukluk travmasına uğrayan kişilerin hipnoza eğilimlerinin arttığı yaygın bir inanış olup Charcot bundan farklı olarak hipnoz olma kapasitesi yüksek olan bireylerin dissosiyasyona eğilimli olduklarını savunmuştur. Sonuç olarak hipnoz ve dissosiyasyon benzer yaşantılar değildir. Çocukluk çağı travmalarının hipnoz eğilim kapasitesini artırdığına dair hiçbir deneysel veri yoktur (52).

2.2.4.5. Farklı Emosyonel Durumlar

Gelişimsel izleme çalışmaları, bebeklerin dünyaya bütünleşmeden geldiklerini göstermektedir. Bebekler yemek, uyku, dışkılama gibi işlevlerle birbirinden ayrılan zaman her birinde, farklı bir duygusal durum gösterirler. Wolf (62), bebeğin her bir emosyonel durumunun; yüz ifadesi, solunum, tonlama ve duygusal duruma eşlik eden duygulardan oluşan küçük bir bütüncük oluşturduğunu ve bunun kendisine ait bir iç psikofizyolojik geri-bildirim tarzına sahip olduğunu ileri

sürmektedir. Sonra bu küçük bütüncük daha karmaşık bir oluşuma doğru farklılaşır, içerik zenginleşir ve daha geniş zaman dilimini kapsar hale gelir. Bütün bunların sonucunda farklı parçalar birleşir ve tek bir kişilik ortaya çıkar. Olumsuz şartlarda bebeklerin ilerde bütün olmaya giden bu gelişimi gösteremedikleri ve DB gelişimi için uygun bir psişik alt yapı oluşturduğu iddia edilmiştir (52,62).

2.2.4.6. Bağlanma Bozukluğu

Bowlby'e göre bebek ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesi psikososyal gelişimin en önemli belirleyicisidir. Bakım verenin çocuğun duygusal uyarılarına verdiği tepki sayesinde bebek kendi duygularını anlamaya ve organize etmeye baslar. Çocuk bakım vericileri fiziksel olarak orada olmasa da bağlanma figürlerinin sembolik temsillerini kullanarak kendini güvende hisseder. Eğer çocuk stres uyarılarına karşı bakım verenden duyarsız ya da düzensiz yanıtlar alırsa, kendi stresini uygun olmayan bas etme yöntemleriyle azaltmaya çalışacak, bunun sonucunda da güvensiz bağlanma gelişecektir.

DB da etiolojide önemi vurgulanan bir diğer durum da çocuğun istismar eden bakım vericilerle kurduğu erken dönemdeki bağlanma öyküsüdür. Çocuk yaşamını devam ettirebilmek için, korkutucu ya da istismar edici bakım vericiden bakım almak ve bu iliksiyi sürdürmek zorundadır. Besleyici ancak aynı zamanda istismar edici bakım vericilerin olduğu bir çevrede büyüyen çocuk bağımsız iyi ve kötü nesne temsilleri geliştirir. Bu durum bellek, bilinçlilik ve kimliği birleştirici fonksiyonlarını olumsuz yönde etkiler. Normal gelişim sürecinde birleşmesi gereken bu nesne temsilleri birleşemediğinde, değişik kendilik durumları veya alter kişiliklere dönüşebilirler (63,64).

Liotti, "D tipi bağlanma" olarak tanımlanan özel bir bağlanma bozukluğunun DB gelişimine eğilimi arttırabileceğini ileri sürmüştür (65). D tipi bağlanma primer bakım verene yönelik, normal olmayan dezorganize bir bağlanmadır. Bu bebekler şaşırılmış bir ifade ve trans benzeri bir durumla karakterize olan ani duraksamalar gösterirler. Annedeki yüksek seviyeli dissosiyasyonun, bebeğin D tipi bağlanma göstermesi açısından belirleyici bir unsur olduğu ve istismar edilen çocuklarda %80 oranında D tipi bağlanma görüldüğü ifade edilmiştir (52).

2.2.4.7. Hayal gücü ve Fantezi Kapasitesi

Acı veren gerçek karşısında gerçek dışı, alternatif bir dünyaya açılmaya imkan veren hayal gücü ve fantezi kurma kapasitesinin, iki yönden gelişimsel olarak dissosiyasyonla ilişkili olduğu iddia edilmiştir. Bunlardan ilki, travmanın devam ettiği ve gelişimsel devamlılığın bozulduğu durumlarda normal hayali arkadaşların, farklı işlevleri olan "alter" kişiliklere dönüşeceği ve DB'ğün gelişeceği iddiasıdır. DKB hastalarındaki değişik alterlerin bazen ilk olarak dışsal bir hayali arkadaş gibi ortaya çıktığı, fakat daha sonra içselleştirilmiş değişik bir kişilik durumu haline geldiğini belirten ve bu iddiayı doğrulayan birçok vaka bildirimi vardır.

Erişkin DKB hastalarının büyük bir kısmı çocukluklarında hayali arkadaşları olduğunu belirtmişlerdir. Çocuk yaş grubunda Hornstein ve Putnam (54), DB olan çocuk ve ergen hastaların %84'ünde, geçmişte bulunan ve hala devam eden hayali arkadaşlıklar tespit etmişlerdir. İkinci iddia "fantezi kurma eğilim ve kapasitesinin" dissosiyasyonla ilişkili olduğudur. Yapılan çalışmalarda çocukluk dönemindeki kötü muamele öyküsü ile aşırı fantezi eğilimin istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi tespit edilmiştir (52).

2.2.5. Dissosiyatif Bozukluğun Çocuk ve Ergenlerdeki Klinik Fenomenolojisi

Şimdiye kadar yayınlanan çocuk ve ergen vakaların tümü incelendiğinde, bu çocuklarda bir grup belirtinin oldukça tutarlı bir şekilde bulunduğu görülmüştür. Aşağıda klinik belirtiler özetlenmiştir (11).

Primer Dissosiyatif Belirtiler

- **Amnezi ve hafıza bozukluğu belirtileri**
 - Amneziler, geçici bilinç kayıpları, kompleks bir davranışın hatırlanamaması. Örneğin duygusal coşkulu davranışlar ve öfke patlamaları, aniden ortaya çıkan kaçmalar, sosyal aktivitelerin hatırlanamaması

- Bilinmesi gerekli olan temel ve basit şeylerin alışılmadık ve şaşırtıcı bir şekilde unutulması (örn: arkadaşların ya da öğretmenlerin isimlerinin, sahip olduğu şeylerin, ev adresinin)
 - Yetenek ve becerilerde dalgalanmalar ve tutarsızlıklar görülmesi (akademik, atletik, artistik, müzikal ve sosyal yeteneklerde değişmeler)
 - Tutarsız ve belirgin bir şekilde değişen alışkanlık ve tercihler (farklı favori renk, yiyecek ve giyim zevklerindeki değişiklikler)
 - Füg epizodları
 - Travmatik flashbackler ve zorla zihni kaplayan düşünceler (ya da aniden ortaya çıkan somatik belirtiler)
 - Otobiyografik bilgi verememe
- **Dissosiyatif süreç belirtileri**
 - Dalgınlıklar
 - İşitsel halüsinasyonlar (farklı yas, cins ve karakter özelliklerine ait sesler duyma, genellikle kafanın içinden bazen de kafanın dışından gelen)
 - Hızlı ortaya çıkan regresif davranışlar (bebek gibi konuşma ya da davranma, küçük bir çocuk gibi çizgi çizme)
 - Pasif etkilenme yaşantıları (örneğin davranışlarının kontrolünü yitirme, kendi davranışlarının kontrolünü sağlamak için fiziksel güç harcama, önlemek istese bile engelleyemediği kompulsif masturbasyon ya da kendine fiziksel zarar verme)
 - Farklı alter kişiliklerin varlığı (ortaya çıkan kişilikler, pasif etkilenmeye yol açan kalıcı canlı hayali arkadaşlar ve kişilik değişimi gözlenmesi)
 - **İlişkili travma sonrası stres bozukluğu belirtileri**
 - Yeniden yaşantılama belirtileri (zorla akla gelen imajlar/yeniden canlanmalar/flashbackler dissosiyatif flashbacklerle birliktelik gösterebilir.)

- Kaçınan özelliklerin ortaya çıkması (oyun aktivitelerinde kısıtlılık, sosyal geri çekilme, afeksiyonda azalma, davranışsal regresyon gösterme ya da gelişimsel olarak elde ettiği yetilerin kaybı)
- Aşırı uyarılma belirtileri (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu benzeri davranışların ortaya çıkması, yeni korkuların ortaya çıkması, anksiyete ve agresyon)

İkincil Belirtiler

- Depresyon
- Duygusal oynaklık
- Anksiyete
- Özgüvende azalma
- Somatoform belirtiler (hızla kaybolan ya da ortaya çıkan fiziksel şikayetler, bas ağrıları, mide ve karın ağrısı, vücudun çeşitli bölgelerinde ortaya çıkan organik bir sebebin olmadığı gösterilen ağrı ve işlevsel bozukluklar, konversiyon belirtileri, yalancı nöbetler)

Üçüncül Belirtiler

- İntihar düşünceleri ya da davranışı
- Kendine zarar verme davranışı
- Davranım sorunları (agresyon, karşı gelme ve baş kaldırma davranışları, yıkıcı ve zarar verici davranışlar, suça yönelik davranışlar)
- Cinsellikle ilgili davranışsal sorunlar
- Akademik problemler (öğrenme problemleri, dikkatin kolay bölünebilmesi, daha önceden edinilmiş bilgiyi kullanarak problem çözümünde zorluklar, çabuk unutma)

2.2.6. Ayrııcı Tanı

DB bulunan çocuklar, bu yaş grubuna özgü diğer önemli psikiyatrik bozukluklar ve bazı nörolojik hastalıklar için karakteristik olan bulgu, belirti ve davranışlar gösterirler. Bu nedenle birçok çocuk ve ergenler başka tanı aldıktan, birçok tetkik yapıldıktan ve birkaç farklı metotla tedavi edildikten sonra doğru tanı ve tedaviye ulaşabilmektedir. Bir çocukta çok sayıda farklı bozukluğa ait belirti bulunuyor ve daha önce çeşitli tanılarla ve farklı yöntemlerle tedavi öyküsü bulunuyorsa DB akla getirilecek tanılardan biri olmalıdır.

DB ayrııcı tanısında hayali arkadaşlık, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, şizofreni ve psikotik bozukluklar, epilepsi, borderline durumlar, davranım bozukluğu göz önünde bulundurulmalıdır (11).

2.2.6.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozukluk

Dissosiyatif bozukluğun en sık karıştığı bozukluklardan birisi DEHB' dir. DSM IV'de DEHB ayrııcı tanısında DB'un dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile Dissosiyatif bozukluğun karıştırılmasına neden olan belirtiler ise şunlardır:

- Aşırı hareketlilik, dikkat ve konsantrasyonu sağlamada güçlükler
- Akademik başarıda dalgalanma
- Öfke patlamaları
- Yönergeleri yeteri kadar izleyememe
- Öğrenilen şeyleri çabuk unutma ve hatırlayamama
- El yazısının yasa uygun olmaması ile dalgalanmalar göstermesi (11).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ

Çalışma grubu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğine doğrudan başvuran ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilmekte olup ilaç tedavisi almayan, 9-14 yaş aralığında ki 115 çocuk veya ergenden oluşmaktadır.

Kontrol grubu olarak benzer yaş ve cinsiyette, klinik olarak normal zeka düzeyinde olan, belirgin bir okul başarısızlığı hikayesi olmayan, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısını almayan 55 sağlıklı çocuk veya ergen çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmacı tarafından tanıları konulan çocuklar ve sağlıklı kontrol olarak çalışmaya dahil edilen çocuklara, ergenlere ve anne babalarına çalışma ile ilgili bilgi verilerek bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri aşağıda belirtilmektedir:

3.1.1. Vaka Grubu

Dahil olma kriterleri:

- DSM-IV kriterlerine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış olmak
- 9-14 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Dışlama kriterleri:

- Gönüllü olmaması
- Klinik olarak zeka geriliği olduğu düşünülenler
- Önemli bir tıbbi hastalığı olanlar (epilepsi, astım ya da fiziksel engellilik gibi)

3.1.2. Kontrol Grubu

Dahil olma kriterleri:

- 9-14 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Dahil olmama kriterleri:

- Gönüllü olmaması
- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış olması
- Klinik olarak zeka geriliği olduğu düşünülenler
- Araştırmacı tarafından yapılan değerlendirmede DEHB tespit edilenler
- Önemli bir tıbbi hastalığı olanlar (epilepsi, astım ya da fiziksel engellilik gibi)

3.2. İŞLEM

Çalışmaya katılmayı kabul edenler, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamalarının ardından araştırmacı tarafından ayrı ayrı görüşmelere alınmıştır. Vaka grubunun tanıları; araştırmacı tarafından, DSM-IV'e dayalı klinik görüşme ve Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile konulmuştur. Kontrol grubuna da aynı görüşme uygulanmış, herhangi bir tanının var olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan tüm çocuklara "Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu" ve ölçekler verilmiştir. Çocuklar Çocuk Depresyon Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, ergen yaş grubu ayrıca Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'ni, ebeveynleri 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Çocuk

Dissosiyasyon Soru Listesi, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'ni, öğretmenleri de Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu'nu (TRF 6-18) doldurmuşlardır. Çocuklara ayrıca istismara yönelik Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.3. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Anabilim dalımızca rutin olarak kullanılan ve tarafımızca hazırlanan bu formda çocuk, anne-babalara ait sosyodemografik özellikler sorgulanmaktadır. Çalışmaya alınan tüm katılımcılar için bu form doldurulmuştur. Sosyo-Ekonomik Statü (SES), “ $SES=30.978 + \text{eğitim yılı ortalaması} \times 0.775 + \text{kişi başı gelir} \times 0.003 + \text{oturulan ev} \times 1.975 + \text{ikinci ev} \times 1.975 + \text{otomobil} \times 1.975 + \text{evin ısınma şekli} \times 1.775 + \text{bulaşık makinesi} \times 1.775 + \text{ikinci tv} \times 1.775 + \text{DVD player} \times 1.775 + \text{internet bağlantısı} \times 1.775 + \text{hane iş statü puanı} \times 6.446$ ” formülü kullanılarak hesaplamak mümkündür. SES puanına göre SES gruplarının belirlenmesinde, ortalamadan olan uzaklıklar dikkate alınarak kesme noktaları oluşturulmuştur. Buna göre oluşturulmuş puan aralıkları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 3.1. SES Gruplarının Belirlenmesinde Puan Aralıkları

| SES Grubu | Puan Aralığı |
|-----------|---------------|
| A | 70.0 ve üzeri |
| B | 60.00-69.99 |
| C1 | 50.00-59.99 |
| C2 | 40.00-49.99 |
| D | 30.00-39.99 |

SES puanı arttıkça ortalama eğitim yılı, iş statü puanı artmaktadır (80).

3.3.2. Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak Atilla Turgay (1995) tarafından geliştirilen ölçek dikkatsizliği sorgulayan 9 madde, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 madde, dürtüselliği sorgulayan 3 madde, karşı olma bozukluğunu sorgulayan 8 madde ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır.

3.3.3. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18)

Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçek 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin sorun davranışlarını anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir (66-68). 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm etkinlik, sosyallik, okul alt ölçeklerini içermektedir. Ölçeğin sorun davranış bölümünden içe yönelim ve dışa yönelim olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim davranış puanını sosyal içe çekilme, somatik sorunlar ve anksiyete/depresyon alt bölümlerinden alınan puanlar, dışa yönelim puanını ise suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt bölümlerinden elde edilen puanlar belirler. Ayrıca içe yönelim ve dışa yönelim davranış belirti puanı içinde yer almayan sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin uyarlama ve standardizasyon çalışmaları Erol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (69).

3.3.4. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu (TRF 6-18)

6-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla Achenbach tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir (70). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve arkadaşları tarafından (1995) yapılmıştır (68). Ölçek okul ve öğrenci ile ilgili temel bilgilerin yanı sıra uyum işlevlerine yönelik bilgi sağlar. Uyum işlevleri bölümü okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranışlar, öğrenme ve mutluluğa yönelik alt testlerden oluşur ve bunların

toplamından toplam uyum puanı elde edilir. Ölçeğin ikinci bölümü, sorun davranışlarını sorgular ve içe yönelim ve dışa yönelim gibi iki ayrı davranış puanı elde edilir. İçe yönelim grubu sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon; dışa yönelim grubu, suça yönelik davranışlar, saldırgan davranışlar alt testlerinin toplamından oluşmaktadır. Bunun yanı sıra her iki gruba da girmeyen sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından toplam problem puanı elde edilmektedir.

3.3.5. Çocuk Depresyon Ölçeği

Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Ölçeğin en yüksek puanı 54'tür. Ölçek puanı yükseldikçe, depresyonun şiddeti de artmaktadır. Kesim puanı 19 olarak önerilmiştir (71,72). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öy tarafından 1990 yılında yapılmıştır (73).

3.3.6. Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Sürekli Kaygı Ölçeği 20 maddeden oluşur. Çocuktan kendini “genellikle” nasıl hissettiğini değerlendirip, maddede verilen durumun oluş sıklığına göre en uygun seçeneği belirtmesi istenir. Her durum için “hemen hemen hiç”, “bazen” ve “sık sık” seçenekleri belirlenmiştir. Seçeneklerden “sık sık” seçeneği 3 puan, “bazen” seçeneği 2 puan, “hemen hemen hiç” seçeneği 1 puan olarak değerlendirilir.

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde çocuklardan, içinde buldukları “o anda” kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri ve ilgili 3 seçenekten birini seçmeleri istenir. Gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi duyguların değerlendirilmesini amaçlayan bu ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Sürekli Kaygı Ölçeği'nden ve Durumluk Kaygı Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir. ÇDSKE özbildiri formundadır ve bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından 1993 yılında yapılmıştır (74).

3.3.7. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi

5-12 yaş çocuklar için tasarlanmış, çocukların son 12 ay içerisinde ki dissosiyatif yaşantılarını belirlemede kullanılan, ebeveyn veya bakım verenler tarafından doldurulan 20 maddelik tarama anketidir. Putnam ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve yine aynı ekip tarafından geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (75). Ülkemizdeki geçerlilik güvenilirliği ise Dr. Salih Zoroğlu ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır (76). Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi 20 maddeden oluşmakta ve her bir madde için 0 ile 3 arası değerlendirme puanlarından biri işaretlenmektedir (0= hiç bulunmuyor 1= arada sırada veya bazen 3= tamamen doğru veya genellikle doğru). Ölçekten tek bir puan elde edilmektedir. Bu puan 12 veya daha fazla ise dissosiyatif bozukluğun göstergesidir.

3.3.8. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Ergen Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (Adolescent Dissociative Experiences Scale /ADES) ergen yaş grubunda dissosiyatif bozuklukları saptamada yararlı olan, geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı, uygulaması kolay bir ölçme aracıdır. Ancak bu ölçek tanı koydurucu bir araç olmayıp daha çok tarama ya da dissosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ergen Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (ADES) Armstrong ve Putnam tarafından geliştirilmiş ve yine aynı ekip tarafından geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir (77). Ülkemizdeki geçerlilik güvenilirliği ise Dr. Salih Zoroğlu ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır (78). ADES 30 maddeden oluşan ve deneğin kendisinin doldurduğu bir ölçüm aracıdır. Her bir madde için 0 ile 10 arasındaki değerlendirme puanlarından birisi işaretlenir. ADES toplam puanı 30 maddeden alınan puanların toplanıp madde sayısına bölünmesi ile elde edilir.

3.3.9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)

Bernstein ve ark. tarafından geliştirilen bu değerlendirme aracı üç tanesi travmanın minimizasyonunu ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal)

istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dondurulur). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal (emosyonel) istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliğini Dr. Vedat ŞAR ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır (79).

3.4. İSTATİKSEL ANALİZ

3.4.1. Grupların Karşılaştırılması

DEHB ve kontrol grupları yaş, CBCL, TRF, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, ÇDÖ, ÇDSKE, CTQ, Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi ve Ergen Dissosiatif Yaşantılar Ölçeği açılarından t-testi ile karşılaştırılmıştır. Cinsiyet, sosyodemografik grup, aile yapısı ve istismara uğrama durumu ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır.

Tüm olgularda yapılan istismar değerlendirmesinden sonra, istismar durumuna göre DEHB grubu ikiye ayrılmıştır. Bundan sonra istismar öyküsü olan DEHB (DEHBi), istismar öyküsü olmayan DEHB (DEHB) ve kontrol olguları, varyans analizi ve bunu takip eden post-hoc Tamhane testleri ile değerlendirilmiştir.

3.4.2. CTQ ile Diğer Ölçeklerin İlişkisinin İncelenmesi

Bu amaçla Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

3.4.3. Faktör Analizi

Anne/babalar tarafından doldurulan Çocuk Dissosiasyon Soru Listesi ve Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği maddelerinin hangi faktörlere yüklendiği incelenmiştir. Faktörlerin belirlenmesi için maximum likelihood yöntemi ve Kaiser normalizasyonu ile varimax rotasyonu kullanılmıştır. Faktör sayısının belirlenmesi için Scree grafiğinin eğrisinin belirgin olarak değiştiği faktör belirlenmiştir (81). Örneklem büyüklüğü de göz önünde tutularak faktörlerin daha iyi yorumlanabilmesi için, rotasyona uğramış faktör matrisinde,40'den daha büyük faktör yüklenmesi olan maddeler bir faktöre yüklenmiş kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmada 115 DEHB olgusu ve 55 kontrol yer almıştır. Toplam 30 çocukta istismar öyküsü saptanmıştır. 27 fiziksel istismar, 6 cinsel istismar saptanmıştır; 3 olguda cinsel ve fiziksel istismar beraber bildirilmiştir. Bu bulgular DEHB olgularının %23.5'in de fiziksel, %5.2'sin de cinsel istismar öyküsü olduğunu göstermektedir. İstismar öyküsü olan çocukların tamamı DEHB grubundadır.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamıza alınan, DEHB' si olan 115 olgunun 87'si (%75.7) erkek, 28'i (%24.3) kız, kontrol grubu olgularının 41'i (%74.5) erkek, 14'ü (%25.5) kız idi. Cinsiyet oranları bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Cinsiyet Oranlarının Dağılımı

| | DEHB | Kontrol | X ² ,p |
|------------------|------------|------------|-------------------|
| Cinsiyet | | | |
| Erkek (%) | 87 (%75.7) | 41 (%74.5) | 0.24;1.0* |
| Kız | 28 (%24.3) | 14 (%25.5) | |

* Fisher's Exact Test

Çalışmaya katılan çocukların gruplara göre yaş ortalaması incelendiğinde; DEHB grubunun yaş ortalaması 11.8 ± 1.7 , kontrol grubunun yaş ortalaması 11.8 ± 1.7 bulunmuştur. Gruplar yaş ortalaması açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Gruplardaki Çocukların Yaş Ortalamaları

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t | p |
|------------|----------------|------------------|-------|------|
| Yaş | 11.8 ± 1.7 | 11.8 ± 1.7 | -0.09 | 0.93 |

Gruplar aile yapısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Grupların aile yapısına göre dağılımları aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Grupların Aile Yapısına Göre Dağılımı

| | DEHB | Kontrol | X²,p |
|--------------------|-------------|----------------|------------------------|
| Aile Yapısı | | | |
| Çekirdek | 98 (85.2%) | 47 (85.5%) | 2.47;0.29 |
| Geniş | 5 (4.3%) | 5 (9.1%) | |
| Boşanmış | 12 (10.4%) | 3 (5.5%) | |

Gruplar sosyoekonomik gruplar açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Grupların sosyoekonomik gruplara göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Grupların Sosyoekonomik Gruplara Göre Dağılımı

| | DEHB | Kontrol | X²,p |
|---------------------------|-------------|----------------|------------------------|
| Sosyoekonomik grup | | | |
| C1 | 18 (16.4%) | 11 (20.0%) | 2.93;0.23 |
| C2 | 81 (73.6%) | 34 (61.8%) | |
| D | 11 (10.0%) | 10 (18.2%) | |

Annelerinde psikiyatrik hastalığın olma durumuna göre karşılaştırıldığında, DEHB grubunda 11 (%9,6) olgunun, kontrol grubunda ise 0 (%0) olguda annelerinde psikiyatrik hastalık olduğu saptandı. Gruplar arasında annede psikiyatrik hastalığın varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun annelerinde psikiyatrik hastalık varlığı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak babalarında psikiyatrik hastalık varlığı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Grupların Anne ve Baba Psikiyatrik Hastalıklarına Göre Dağılımı

| | DEHB | Kontrol | X²,p |
|----------------------------------|-------------|----------------|------------------------|
| Anne Psikiyatrik hastalık | | | |
| Yok | 104 (90.4%) | 55 (100.0%) | 5.62;0.017* |
| Var | 11 (9.6%) | 0 (0%) | |
| Baba Psikiyatrik hastalık | | | |
| Yok | 111 (96.5%) | 55 (100.0%) | 1.95;0.30* |
| Var | 4 (3.5%) | 0 (0%) | |

* Fisher's Exact Test

Çalışmamıza alınan, istismar öyküsü olan DEHB'li 30 olgunun 22'si (%73.3) erkek, 8'i (%26.7) kız, istismar öyküsü olmayan DEHB'li 85 olgunun 65'i (%76.5) erkek, 20'si (%23.5) kız, kontrol grubu olgularının 41'i (%74.5) erkek, 14'ü (%25.5) kız idi. Cinsiyet oranları bakımından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Grupların Cinsiyet Dağılımı

| | DEHBi | DEHB | Kontrol | X²,p |
|------------------|--------------|-------------|----------------|------------------------|
| Cinsiyet | | | | |
| Erkek (%) | 22 (73.3%) | 65 (76.5%) | 41 (74.5%) | 0.14;0.93 |
| Kız | 8 (26.7%) | 20 (23.5%) | 14 (25.5%) | |

Çalışmaya katılan çocukların gruplara göre yaş ortalaması incelendiğinde; DEHB grubunun yaş ortalaması 12.05 ± 1.64 , istismar öyküsü olan DEHB grubunun yaş ortalaması 11 ± 1.57 , kontrol grubunun yaş ortalaması 11.8 ± 1.67 bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. DEHB grubunun yaş ortalaması istismar öyküsü olan DEHB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı büyük saptanmıştır. Kontrol grubunun yaş ortalaması diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Gruplardaki Çocukların Yaş Ortalamaları

| | DEHBi (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,167) p |
|------------|--------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|
| Yaş | 11 ± 1.57 | 12.05 ±1.64 | 11.8 ± 1.67 | 4,53 (0.01) |

Üç grup aile yapısı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Grupların Aile Yapısına Göre Dağılımı

| | DEHBi | DEHB | Kontrol | X²,p |
|--------------------|--------------|-------------|----------------|------------------------|
| Aile Yapısı | | | | |
| Çekirdek | 28 (93.3%) | 70 (82.4%) | 47 (85.5%) | 4.74;0.31 |
| Geniş | 0 (%0) | 5 (5.9%) | 5 (9.1%) | |
| Boşanmış | 2 (6.7%) | 10 (11.8%) | 3 (5.5%) | |

Üç grup sosyoekonomik gruplar açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Grupların Sosyoekonomik Gruplara Göre Dağılımı

| | DEHBi | DEHB | Kontrol | X²,p |
|---------------------------|--------------|-------------|----------------|------------------------|
| Sosyoekonomik grup | | | | |
| C1 | 10 (34.5%) | 8 (9.9%) | 11 (20.0%) | 12.22;0.16 |
| C2 | 16 (55.2%) | 65 (80.2%) | 34 (61.8%) | |
| D | 3 (10.3%) | 8 (9.9%) | 10 (18.2%) | |

4.2. ÖLÇEK PUANLARI

4.2.1. DEHB/Kontrol Karşılaştırması

Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında Etkinlik alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; sosyallik, okul, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik

yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları daha yüksek, sosyallik ve okul puanları ise daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Gruplardaki Çocukların CBCL 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:166) p |
|-------------------------------|---------------|------------------|-----------------|
| CBCL 6-18 | | | |
| Etkinlik | 8.89 ± 2.97 | 9.45 ± 3.29 | -1.10 0.27 |
| Sosyallik | 6.20 ± 2.10 | 7.72 ± 1.57 | -4.75 <0.001 |
| Okul | 3.58 ± 0.86 | 5.19 ± 0.58 | -12.4 <0.001 |
| Anksiyete/ Depresyon | 6.70 ± 4.29 | 2.03 ± 2.11 | 7.61 <0.001 |
| Sosyal içe dönüklük | 4.02 ± 3.27 | 1.61 ± 1.61 | 5.15 <0.001 |
| Somatik yakınmalar | 3.69 ± 3.12 | 1.16 ± 1.47 | 5.70 <0.001 |
| Sosyal sorunlar | 7.45 ± 3.67 | 1.80 ± 1.92 | 10.69 <0.001 |
| Düşünce sorunları | 3.26 ± 3.17 | 0.80 ± 1.28 | 5.54 <0.001 |
| Dikkat sorunları | 11.13 ± 2.59 | 2.40 ± 2.27 | 21.3 <0.001 |
| Karşı gelme davranışı | 4.21 ± 3.63 | 0.41 ± 0.83 | 7.64 <0.001 |
| Saldırgan davranışlar | 12.42 ± 6.70 | 2.40 ± 2.99 | 10.57 <0.001 |
| İçe yönelim sorunları | 14.34 ± 8.56 | 6.69 ± 15.72 | 4.08 <0.001 |
| Dışa yönelim sorunları | 16.63 ± 9.72 | 2.94 ± 3.77 | 10.06 <0.001 |
| Toplam problem | 59.14 ± 25.43 | 14.38 ± 11.61 | 12.42 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocukların TRF 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında toplam uyum, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

DEHB grubunda Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları daha yüksek, toplam uyum puanları ise daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Gruplardaki Çocukların TRF 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:166) p |
|-------------------------------|---------------|------------------|-----------------|
| TRF 6-18 | | | |
| Toplam uyum | 14.13 ±4.14 | 18.78 ± 2.35 | -7.69 <0.001 |
| Anksiyete/ Depresyon | 4.93 ± 4.40 | 1.25 ± 1.75 | 5.96 <0.001 |
| Sosyal içe dönüklük | 3.86 ± 3.09 | 1.27 ± 1.56 | 5.86 <0.001 |
| Somatik yakınmalar | 1.23 ± 2.07 | 0.21 ± 0.65 | 3.52 <0.001 |
| Sosyal sorunlar | 4.70 ± 3.53 | 0.56 ± 1.06 | 8.50 <0.001 |
| Düşünce sorunları | 0.92 ± 1.51 | 0.05 ± 0.22 | 4.21 <0.001 |
| Dikkat sorunları | 24.29 ± 9.45 | 1.74 ± 2.46 | 17.36 <0.001 |
| Karşı gelme davranışı | 2.76 ± 3.05 | 0.16 ± 0,37 | 6.26 <0.001 |
| Saldırgan davranışlar | 9.46 ± 8.48 | 0.81 ± 1.36 | 7.50 <0.001 |
| İçe yönelim sorunları | 10.02 ± 7.78 | 3.10 ± 3.99 | 6.19 <0.001 |
| Dışa yönelim sorunları | 12.49 ± 11.31 | 0.98 ± 1.55 | 7.49 <0.001 |
| Toplam problem | 53.76 ± 26.23 | 6.54 ± 6.53 | 13.13 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/anne (ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne) alt ölçekleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme (KOKG) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:168) p |
|---------------------------------|---------------|------------------|-----------------|
| ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne | | | |
| Dikkatsizlik | 15.82 ± 5.22 | 2.74 ± 2.61 | 17.53 <0.001 |
| Hareketlilik/dürtüsellik | 12.78 ± 6.64 | 2.70 ± 2.85 | 10.76 <0.001 |
| KOKG | 7.93 ± 4.74 | 2.10 ± 2.30 | 8.63 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/öğretmen (ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen) alt ölçekleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşı olma karşı gelme (KOKG) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşı olma karşı gelme puanları daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:167) p |
|---------------------------------|---------------|------------------|-----------------|
| ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen | | | |
| Dikkatsizlik | 14.58 ± 5.90 | 8.78 ± 7.29 | 17.34 <0.001 |
| Hareketlilik/dürtüsellik | 8.78 ± 7,29 | 0.90 ± 1,68 | 7.89 <0.001 |
| KOKG | 6.29 ± 5.85 | 0.30 ± 0.71 | 7.55 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında DEHB grubundaki çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanlarının ortalaması 6.60 ± 4.55 , kontrol grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 1.67 ± 2.09 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Gruplardaki Çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:163) p |
|----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| DİSSOSİYASYON | 6.60 ± 4.55 | 1.67 ± 2.09 | 7.62 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında DEHB grubundaki ergen yaş grubu çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarının ortalaması 62.66 ± 44.58, kontrol grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 25.37 ± 17.74 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Gruplardaki Çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:69) p |
|----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|
| DİSSOSİYASYON | 62.66 ± 44.58 | 25.37 ± 17.74 | 3.93 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında DEHB grubundaki çocukların Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (CTQ) puanlarının ortalaması 37.16 ± 8.95, kontrol grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 29.62 ± 2.70 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Gruplardaki Çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:168) p |
|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| CTQ | 37.16 ± 8.95 | 29.62 ± 2.70 | 6.11 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında DEHB grubundaki çocukların Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanlarının ortalaması 13.13 ± 6.97 , kontrol grubundaki çocukların ÇDÖ puanlarının ortalaması 6.01 ± 4.73 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ÇDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun ÇDÖ puanlarının kontrol grubun ÇDÖ puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Gruplardaki Çocukların ÇDÖ Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:168) p |
|------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| ÇDÖ | 13.13 ± 6.97 | 6.01 ± 4.73 | 6.84 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında DEHB grubundaki çocukların Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanlarının ortalaması 36.31 ± 5.25 , kontrol grubundaki çocukların ÇDKE puanlarının ortalaması 34.90 ± 3.27 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ÇDKE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Gruplardaki Çocukların ÇDKE Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:168) p |
|-------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| ÇDKÖ | 36.31 ± 5.25 | 34.90 ± 3.27 | 1.81 0.07 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında DEHB grubundaki çocukların Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanlarının ortalaması 36.10 ± 7.22 , kontrol

grubundaki çocukların ÇSKE puanlarının ortalaması 29.20 ± 4.79 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ÇSKE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun ÇSKE puanlarının kontrol grubun ÇSKE puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Gruplardaki Çocukların ÇSKE Puanlarına Ait Değerler

| | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | t (df:167) p |
|------|---------------|------------------|-----------------|
| ÇSKÖ | 36.10 ± 7.22 | 29.20 ± 4.79 | 6.43 <0.001 |

4.2.2. DEHBİ/DEHB/Kontrol Karşılaştırması

Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; üç grup arasında Etkinlik alanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı; sosyallik, okul, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük, sosyallik ve okul puanları ise diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farklar tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Gruplardaki Çocukların CBCL 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,165) p |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|
| CBCL 6-18 | | | | |
| Etkinlik | 9.07 ± 2.35 | 8.83 ± 3.15 | 9.45 ± 3.29 | 0.67 0.51 |
| Sosyallik | 5.62 ± 1.91 | 6.39 ± 2.13 | 7.72 ± 1.57 | 13.13 <0.001 |
| Okul | 3.68 ± 0.62 | 3.55 ± 0.92 | 5.19 ± 0.58 | 77.66 <0.001 |
| Anksiyete/ Depresyon | 7.21 ± 3.77 | 6.54 ± 4.46 | 2.03 ± 2.11 | 29.30 <0.001 |
| Sosyal içe dönüklük | 4.64 ± 3.16 | 3.82 ± 3.29 | 1.61 ± 1.61 | 14.23 <0.001 |
| Somatik yakınmalar | 4.21 ± 2.81 | 3.52 ± 3.22 | 1.16 ± 1.47 | 16.98 <0.001 |
| Sosyal sorunlar* | 8.89 ± 3.55 | 6.97 ± 3.61 | 1.80 ± 1.92 | 63.43 <0.001 |
| Düşünce sorunları | 4.03 ± 3.20 | 3.01 ± 3.13 | 0.80 ± 1.28 | 17.08 <0.001 |
| Dikkat sorunları | 11.71 ± 2.59 | 10.94 ± 2.57 | 2.40 ± 2.27 | 229.29 <0.001 |
| Karşı gelme davranışı | 5.43 ± 4.02 | 3.81 ± 3.42 | 0.41 ± 0.83 | 33.22 <0.001 |
| Saldırgan davranışlar** | 15.18 ± 6.92 | 11.51 ± 6.41 | 2.40 ± 2.99 | 62.97 <0.001 |
| İçe yönelim sorunları | 16.07 ± 7.64 | 13.77 ± 8.81 | 6.69 ± 15.72 | 8.76 <0.001 |
| Dışa yönelim sorunları | 20.61 ± 10.44 | 15.32 ± 9.17 | 2.94 ± 3.77 | 57.54 <0.001 |
| Toplam problem | 67.36 ± 21.28 | 56.43 ± 26.20 | 14.38 ± 11.61 | 81.88 <0.001 |

DEHBİ-DEHB farkı *p=0.051 ** p=0.052

Çalışmaya katılan çocukların TRF 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; üç grup arasında toplam uyum, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kontrol grubunda Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal

sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük, toplam uyum puanları ise diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farklar ise tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Gruplardaki Çocukların TRF 6-18 Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,165) p |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| TRF 6-18 | | | | |
| Toplam uyum | 13.93 ± 2.90 | 14.20 ± 4.52 | 18.78 ± 2.35 | 29.53 <0.001 |
| Anksiyete/ Depresyon | 4.73 ± 3.20 | 5.01 ± 4.78 | 1.25 ± 1.75 | 17.75 <0.001 |
| Sosyal içe dönüklük | 4.13 ± 2.58 | 3.77 ± 3.26 | 1.27 ± 1.56 | 17.30 <0.001 |
| Somatik yakınmalar | 0.80 ± 1.61 | 1.38 ± 2.21 | 0.21 ± 0.65 | 7.50 0.001 |
| Sosyal sorunlar | 4.80 ± 3.84 | 4.67 ± 3.43 | 0.56 ± 1.06 | 35.96 <0.001 |
| Düşünce sorunları | 1.07 ± 1.74 | 0.86 ± 1.42 | 0.05 ± 0.22 | 9.14 <0.001 |
| Dikkat sorunları | 24.27 ± 9.72 | 24.30 ± 9.42 | 1.74 ± 2.46 | 149.93 <0.001 |
| Karşı gelme davranışı | 2.63 ± 3.49 | 2.80 ± 2.91 | 0.16 ± 0.37 | 19.56 <0.001 |
| Saldırgan davranışlar | 10.20 ± 9.97 | 9.20 ± 7.92 | 0.81 ± 1.36 | 28.28 <0.001 |
| İçe yönelim sorunları | 9.63 ± 5.44 | 10.16 ± 8.50 | 3.10 ± 3.99 | 19.16 <0.001 |
| Dışa yönelim sorunları | 12.83 ± 12.83 | 12.7 ± 10.80 | 0.98 ± 1.55 | 27.98 <0.001 |
| Toplam problem | 54.17 ± 27.63 | 53.62 ± 25.88 | 6.54 ± 6.53 | 85.72 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/anne (ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne) alt ölçekleri değerlendirildiğinde; üç grup arasında dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme (KOKG) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,167) p |
|---------------------------------|----------------|---------------|------------------|------------------|
| ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne | | | | |
| Dikkatsizlik | 16.50 ± 5.54 | 15.58 ± 5.11 | 2.74 ± 2.61 | 154.14 <0.001 |
| Hareketlilik/dürtüsellik | 14.47 ± 6.65 | 12.17 ± 6.57 | 2.70 ± 2.85 | 60.60 <0.001 |
| KOKG | 9.27 ± 4.07 | 7.47 ± 4.89 | 2.10 ± 2.30 | 40.15 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/öğretmen (ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen) alt ölçekleri değerlendirildiğinde; üç grup arasında dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme (KOKG) alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farkın ise tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Gruplardaki Çocukların ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen Alt Ölçek Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBi (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,166) p |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen | | | | |
| Dikkatsizlik | 14.70 ± 5.13 | 14.54 ± 6.18 | 0.60 ± 1.29 | 149.50 <0.001 |
| Hareketlilik/dürtüsellik | 9.07 ± 7.25 | 8.67 ± 7.35 | 0.90 ± 1.68 | 31.0 <0.001 |
| KOKG | 7.37 ± 6.18 | 5.91 ± 5.71 | 0.30 ± 0.71 | 29.7 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında istismar öyküsü olan DEHB grubundaki çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanlarının ortalaması 7.10 ± 5.03, DEHB grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 6.41 ± 4.38, kontrol grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 1.67 ± 2.09 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır DEHBİ ve DEHB gruplar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Gruplardaki Çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBi (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,166) P |
|----------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| DİSSOSİYASYON | 7.10 ± 5.03 | 6.41 ± 4.38 | 1.67 ± 2.09 | 29.3 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında istismar öyküsü olan DEHB grubundaki ergen yaş grubu çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanlarının ortalaması 72.43 ± 39.17, DEHB grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 60.95 ± 45.69, kontrol grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 25.37 ± 17.74 olarak

bulunmuştur. Gruplar arasında Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İstismar öyküsü olan DEHB grubu ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Gruplardaki Çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,68) P |
|----------------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| DİSSOSİYASYON | 72.43 ± 39.17 * | 60.95±45.69** | 25.37 ± 17.74 | 7.94 0.001 |

*DEHBİ-Kontrol farkı p=0.055 **DEHB-DEHBİ farkı p=0.88

Çalışmaya katılan çocuklar arasında istismar öyküsü olan DEHB grubundaki çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) puanlarının ortalaması 45.13 ± 9.20, DEHB grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 34.35 ± 6.98, kontrol grubundaki çocukların puanlarının ortalaması 29.62 ± 2.70 olarak bulunmuştur. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun CTQ puanlarının diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHBİ grubunun CTQ puanı DEHB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Gruplardaki Çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,167) P |
|------------|----------------|---------------|------------------|-----------------|
| CTQ | 45.13 ± 9.20 | 34.35 ± 6.98 | 29.62 ± 2.70 | 56.43 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında istismar öyküsü olan DEHB grubundaki çocukların Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanlarının ortalaması 15.97 ± 7.96, DEHB grubundaki çocukların Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puanlarının ortalaması 12.12 ± 6.34, kontrol grubundaki çocukların ÇDÖ puanlarının ortalaması

6.01 ± 4.73 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ÇDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ÇDÖ puanlarının diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB gruplar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Gruplardaki Çocukların ÇDÖ Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2.167) P |
|------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| ÇDÖ | 15.97 ± 7.96 | 12.12 ± 6.34 | 6.01 ± 4.73 | 28.67 <0.001 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında istismar öyküsü olan DEHB grubundaki çocukların Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanlarının ortalaması 36.23 ± 5.37, DEHB grubundaki çocukların Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanlarının ortalaması 36.34 ± 5.24, kontrol grubundaki çocukların ÇDKE puanlarının ortalaması 34.90 ± 3.27 olarak bulunmuştur. Üç grup arasında ÇDKE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Gruplardaki Çocukların ÇDKE Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2.167) P |
|-------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| ÇDKE | 36.23 ± 5.37 | 36.34 ± 5.24 | 34.90 ± 3.27 | 1.65 0.19 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında istismar öyküsü olan DEHB grubundaki çocukların Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanlarının ortalaması 40.07 ± 6.52, DEHB grubundaki çocukların Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanlarının ortalaması 34.69 ± 6.96, kontrol grubundaki çocukların ÇSKE puanlarının ortalaması 29.20 ± 4,79 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında ÇSKE puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ÇSKE puanlarının diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHBİ grubunun ÇSKE puanı DEHB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Gruplardaki Çocukların ÇSKE Puanlarına Ait Değerler

| | DEHBi (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2.167) P |
|-------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------|
| ÇSKE | 40.07 ± 6.52 | 34.69 ± 6.96 | 29.20 ± 4.79 | 30.75 <0.001 |

4.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ) VE SORUN DAVRANIŞLARIN İLİŞKİSİ

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve CBCL 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. CTQ ve CBCL 6-18 İlişkisi

| | CTQ | | |
|-------------------------------|------------|----------|----------|
| | r | p | n |
| CBCL 6-18 | | | |
| İçe Yönelim Sorunları | ,258 | .001 | 168 |
| Dışa Yönelim Sorunları | ,497 | <0.001 | 168 |
| Toplam Problem | ,482 | <0.001 | 168 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve TRF 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. CTQ ve TRF 6-18 İlişkisi

| | CTQ | | |
|-------------------------------|------------|----------|----------|
| | r | p | n |
| TRF 6-18 | | | |
| İçe Yönelim Sorunları | .238 | .002 | 168 |
| Dışa Yönelim Sorunları | .277 | <0.001 | 168 |
| Toplam Problem | .357 | <0.001 | 168 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne alt ölçeklerinden içe dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne İlişkisi

| | CTQ | | |
|---------------------------------|------|--------|-----|
| | r | p | n |
| ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne | | | |
| Dikkatsizlik | .408 | <0.001 | 170 |
| Hareketlilik/dürtüsellik | .328 | <0.001 | 169 |
| KOKG | .332 | <0.001 | 170 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen alt ölçeklerinden içe dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen İlişkisi

| | CTQ | | |
|---------------------------------|------|--------|-----|
| | r | p | n |
| ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen | | | |
| Dikkatsizlik | .389 | <0.001 | 169 |
| Hareketlilik/dürtüsellik | .318 | <0.001 | 169 |
| KOKG | .299 | <0.001 | 169 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. CTQ ve Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi İlişkisi

| | CTQ | | |
|----------------------|------|--------|-----|
| | r | p | n |
| DİSSOSİYASYON | .333 | <0.001 | 165 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDÖ puanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. CTQ ve ÇDÖ İlişkisi

| | CTQ | | |
|-----|------|--------|-----|
| | r | p | n |
| ÇDÖ | .551 | <0.001 | 170 |

Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDKE puanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. CTQ ve ÇDKE İlişkisi

| | CTQ | | |
|------|------|------|-----|
| | r | p | n |
| ÇDKE | ,008 | ,917 | 170 |

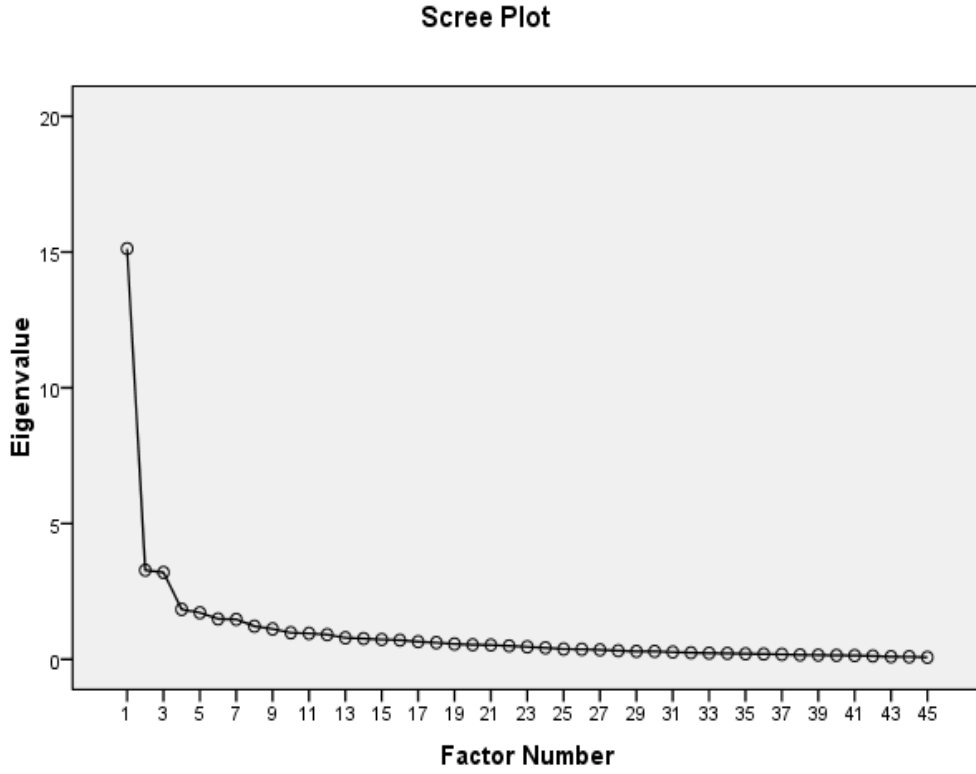
Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇSKÖ puanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. CTQ ve ÇSKE İlişkisi

| | CTQ | | |
|------|------|--------|-----|
| | r | p | n |
| ÇSKE | .533 | <0.001 | 169 |

4.4. FAKTÖR ANALİZİ

Anne/babalar tarafından doldurulan Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi ve Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği maddelerinin hangi faktörlere yüklendiği incelenmiştir. Faktörlerin belirlenmesi için maximum likelihood yöntemi ve Kaiser normalizasyonu ile varimax rotasyonu kullanılmıştır. Faktör sayısının belirlenmesi için Scree grafiğinin eğrisinin belirgin olarak değiştiği faktör 4 olarak saptanmıştır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Scree Grafiği

Rotasyona uğramış faktör matrisi ve maddelerin faktör yüklenmeleri Tablo 4.38'de verilmiştir. Buna göre **Faktör 1:** dikkatsizce hatalar yapma, dikkati sürdürmememe, dinlemiyormuş gibi gözükme, görevleri tamamlayamama, etkinlikleri organize edememe, dikkat gerektiren işlerden kaçınma, eşya kaybetme, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, dalıp gitme, şaşkın olma/unutkanlık, zamanı kavramada zayıflık, yetenek/bilgilerde farklılıklar, başkalarını suçlama, kolayca kızdırılma; **Faktör 2:** kıpır kıpır olma, yerinde oturamam, koşuşturma, sakince oynayamama, devamlı hareketlilik, çok konuşma, tamamlanmadan yanıt verme, beklemekte güçlük, söz kesme, kontrolünü kaybetme, kurallara karşı çıkma, isteyerek rahatsız etme; **Faktör 3:** hızlı kişilik değişimi, yaşından küçük davranışlar gösterme, cinsel olarak erken gelişim gösterme, nedensiz öfke patlamaları, beklenmeyen olaylar yaşama, kendi kendine konuşma, davranışlarını yöneten farklı kişiliklere sahip olma; **Faktör 4:** tamamlanmadan yanıt verme, erişkinlerle tartışma, kurallara karşı çıkma, isteyerek rahatsız etme, başkalarını suçlama, kolayca kızdırılma, kızgın olma, kinci olma maddelerinden oluşmuştur. Faktör 1 toplam varyansın %33.6'sını, Faktör 2 %7.3'ünü, Faktör 3 %7.1'ini, Faktör 4 ise %4.1'ini açıklamaktadır. Dört faktör varyansın toplam %52.1'ini açıklamaktadır.

Tablo 4.38. Rotasyona Uğramış Faktör Matrisi ve Maddelerin Faktör Yüklenmeleri

| Rotasyona Uğramış Faktör Matrisi | | | | |
|--|---------------|----------|----------|----------|
| | Faktör | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dikkati Sürdürememe | ,800 | | | |
| Dikkatsizce Hatalar Yapma | ,785 | | | |
| Etkinlikleri Organize Edememe | ,769 | | | |
| Dikkat Gerektiren İşlerden Kaçınma | ,750 | | | |
| Görevleri Tamamlayamama | ,744 | | | |
| Dikkat Dağımlığı | ,734 | | | |
| Unutkanlık | ,694 | | | |
| Eşya Kaybetme | ,653 | | | |
| Dinlemiyormuş Gibi Gözükme | ,576 | | | |
| Dalıp Gitme | ,490 | | | |
| Zamanı Kavramada Zayıflık | ,487 | | | |
| Şaşkın olma/unutkanlık | ,470 | | | |
| Yetenek, Bilgilerde Farklılıklar | ,424 | | | |
| Olaylardan Ders Çıkaramama | | | | |
| Hızlı Değişen Bedensel Şikayetler | | | | |
| Yaşantıları Hatırlayamama | | | | |
| Devamlı Hareketlilik | | ,871 | | |
| Yerinde Oturamama | | ,794 | | |
| Koşuşturma | | ,791 | | |
| Kıpır Kıpır Olma | | ,780 | | |
| Sakince Oynayamama | | ,711 | | |
| Beklemekte Güçlük | | ,581 | | |
| Çok Konuşma | | ,569 | | |
| Söz Kesme | | ,545 | | |
| Tamamlanmadan Yanıt Verme | | ,527 | | ,424 |
| Kontrolünü Kaybetme | | ,425 | | |
| Yalan Söyleme, İnkâr Etme | | | | |
| Cinsel Olarak Erken Gelişim Gösterme | | | ,700 | |
| Nedensiz Öfke Patlamaları | | | ,619 | |
| Kendi Kendine Konuşma | | | ,573 | |
| Beklenmeyen Olaylar Yaşama | | | ,550 | |
| Davranışlarını Yöneten Farklı Kişiliklere Sahip Olma | | | ,522 | |
| Sesler Duyma | | | ,519 | |
| Hızlı Kişilik Değişimi | | | ,488 | |
| Yaşından Küçük Davranışlar Gösterme | | | ,410 | |
| Uykuda Yürüme | | | | |
| Olayları Başkasının Başından Geçer Gibi Anlatma | | | | |
| Kendine Zarar Verme | | | | |
| Erişkenlerle Tartışma | | | | ,655 |
| Kurallara Karşı Çıkma | | ,449 | | ,640 |
| İsteyerek Rahatsız Etme | | ,447 | | ,575 |
| Başkalarını Suçlama | ,431 | | | ,505 |
| Kolayca Kızdırılma | ,401 | | | ,487 |
| Kızgın Olma | | | | ,458 |
| Kinci Olma | | | | ,423 |

Gruplar arasında faktörlerin ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Gruplardaki Faktörlerin Ortalama Puanları

| | DEHBİ (ort±ss) | DEHB (ort±ss) | Kontrol (ort±ss) | F (2,162) P |
|-----------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|
| Faktör 1 | 22.52 ± 7.22 | 21.53 ± 7.2 | 4.13 ± 3.45 | 148.59 <0.001 |
| Faktör 2 | 18 ± 8.31 | 14.94 ± 8.03 | 3.31 ± 3.35 | 61.95 <0.001 |
| Faktör 3 | 1.65 ± 1.97 | 1.48 ± 2.27 | 0.36 ± 0.65 | 7.49 0.001 |
| Faktör 4 | 11.07 ± 4.65 | 8.94 ± 5.38 | 2.44 ± 2.46 | 48.19 <0.001 |

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dissosiyatif ve diğer belirtilerin ilişkisi ve dissosiyatif belirtilerin şiddetinin araştırılması amaçlanmaktadır. Şimdiye kadar çocuk ve ergen popülasyonunda Dissosiyatif Bozukluğu inceleyen vaka serileri yayınlanmış olmasına rağmen, DEHB tanılı çocuklarda dissosiyatif belirtileri araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu yönüyle çalışmamız ülkemizdeki ilk çalışmadır.

Çalışmamızda DEHB' si olan 115 olgunun 87'si (%75.7) erkek, 28'i (%24.3) kız oluşturmakta ve erkek/kız oranı ise 3.1/1 şeklindedir. Alan yazını incelendiğinde, Türkiye'de yapılan çalışmalardaki erkek/kız oranı ise 1.8/1 (82) ila 3.5/1 (83) arasında değişmektedir. Kliniğe başvuru açısından erkeklerin kızlara oranla 3-9 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (84-86). Bu fark, kızlarda eşlik eden davranış sorunlarının daha az olması ve dikkat eksikliği önde gelen tipin daha fazla görülmesiyle açıklanmaktadır (87).

DEHB tanısı olan çocuklar ile sağlıklı çocukların sosyodemografik verileri incelendiğinde; yaş, cinsiyet, aile yapısı ve sosyoekonomik statü açısından gruplar arasında bir fark olmadığı saptanmıştır.

Annelerinde psikiyatrik hastalığın olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında, DEHB grubunda 11 (%9,6) olgunun, kontrol grubunda ise 0 (%0) olguda annelerinde psikiyatrik hastalık olduğu saptandı. Ancak babalarında psikiyatrik hastalık varlığı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Yazın incelendiğinde, Biederman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen iki çalışmada DEHB'li olguların birinci derece akrabalarında anksiyete bozuklukları %23 ve %25 oranlarında, depresif bozukluklar %26 oranında ve normal kontrollerin ailelerinde görülenden daha yüksek oranda bulunmuştur (88,89). Perin ve Last 1996'daki çalışmasında anksiyete bozuklukları riskini DEHB'li erkek çocukların annelerinde normal kontrollerin annelerinden iki kat daha fazla saptamıştır (90). Chronis ve arkadaşları (2003) ise DEHB'li çocukların annelerinde anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme oranını %23.3 oranında anlamlı derecede yüksek bildirmiştir (91). Çalışmamızdaki bulgular bu açıdan daha önceki çalışmalarla uyum göstermektedir.

Yazında, DEHB olgularının yarısından fazlasında eşlik eden en az bir bozukluk olduğunu ve yaşla birlikte bu oranın arttığını bildiren pek çok toplum ve klinik temelli çalışma bulunmaktadır (92,93). DEHB'ye başka her hangi bir bozukluğun eşlik etmesi klinik tabloyu ağırlaştırır, seyri kötüleştirir, tedaviyi güçleştiren ve tedavi maliyetini artıran bir durumdur (84,94). Toros ve Tataroğlu (2002) çalışmasında özellikle anksiyete bozukluğu, tik bozukluğu, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğunun (KOKGB) eş tanı olarak bulunduğu belirtilmektedir (95). Bauermeister ve ark. (2007) da çalışmalarında DEHB'li çocukların %42-90'ında KOKGB ve / veya davranım bozukluğunun, %13-51 oranlarında da anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk gibi dışa atım bozukluklarının görüldüğünü bildirmektedir (96).

Yazın bilgisi ile karşılaştırıldığında çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların davranış sorunları ile ilgili puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek saptanmış ve bu bulgular daha önce yapılmış çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. DEHB grubunda CBCL 6-18 de Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek, sosyallik ve okul puanları ise sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/anne (ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne) alt ölçekleri değerlendirildiğinde DEHB tanısı olan çocukların dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları sağlıklı çocuklara göre daha yüksek saptanmıştır.

Souza ve ark. (2004) çalışmasında DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenler aileleri, öğretmenleri ve arkadaşları ile çeşitli ilişki sorunları yaşadıklarını ve bu zorluklara düşük benlik saygısı, eşlik eden anksiyete bozukluğunun tetiklediği yetersizlik duyguları aracılık ettiğini belirtmişlerdir (97). Bu da DEHB tanısı alan çocukların zorlanmalarının tek bir alanda sınırlı değil birden fazla alanda olduğunu açık bir göstergesidir. Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların öğretmen bildirimlerine dayalı davranış puanları incelendiğinde; DEHB grubunda TRF 6-18 de Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları sağlıklı kontrol

grubuna göre daha yüksek, toplam uyum puanları ise sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/öğretmen (ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen) alt ölçekleri değerlendirildiğinde DEHB tanısı olan çocukların dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları sağlıklı çocuklara göre daha yüksek saptanmıştır.

Major Depresif Bozukluk (MDB), DEHB tanılı çocuklarda DEHB tanısı olmayan çocuklara göre 5,5 kat daha sık olup DEHB'de MDB komorbiditesi farklı çalışmalarda %12-50 arasında bildirilmiştir (98). Geriye dönük bir çalışmada ileri düzeyde aile içi çatışma, olumsuz yaşam olayları, travmaya maruz kalmanın DEHB olan çocuklarda depresyon gelişiminde rol oynadığı belirtilmiştir (99). Epidemiyolojik bir çalışmada ise Major Depresif Bozukluğun DEHB tanısı alanlarda normal popülasyondan daha sık olduğu ve komorbiditedeki bu sıklığın anksiyete kaynaklı davranış sorunlarının epifenomenal etkisiyle açıklanamayacağı ifade edilmiştir (100). Epifenomenolojik komorbidite DEHB'deki depresyonun doğrudan DEHB tanısına bağlanamayacağı; DEHB'na komorbid anksiyete ve davranış bozukluğu tanılarının etkisiyle DEHB'nda depresyon komorbiditesi görüldüğü anlamına gelmektedir. Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların sağlıklı çocuklara göre Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)'nden daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Bu sonuç, daha önceki çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir.

Gerek klinik gerekse epidemiyolojik çalışmalar DEHB olan çocukların 1/3'ünde anksiyete bozukluğu olduğunu göstermektedir (101-103). Angold ve arkadaşlarınca yapılan bir gözden geçirmede anksiyete bozukluklarının DEHB tanısı alanlarda sağlıklı örneklemelere göre 3 kat daha sık görülebileceği belirtilmiştir (98). Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların sağlıklı çocuklara göre Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak DEHB tanısı olan ve sağlıklı çocuklar arasında Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; çalışmamıza dahil edilen DEHB tanısı olan çocukların hem evde hem de okulda sağlıklı çocuklara göre daha çok davranışsal, duygusal ve sosyal sorunlar yaşadığı görülmektedir. Dikkatsizlik, dürtüsel

davranışlar ve aşırı hareketlilik gibi belirtilerin bu sonuçların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

DEHB tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Başka bir psikiyatrik bozuklukla birliktelik durumunda bazı belirtilerin DEHB'yi taklit etmesi veya belirtilerin üst üste binmesi nedeniyle tanısız zorluklar yaşanabilmektedir. Bilindiği gibi DSM de DEHB, belli sayıda belirtilerin bir araya gelmesiyle tanımlanmaktadır. Tek tek bu belirtilerin normal insanlarda görülebildiği gibi diğer bazı bozuklukların belirtileriyle de örtüşebilmektedir. DSM-5'de DEHB ayırıcı tanısında duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları, madde intoksikasyonu veya çekilmesi ve dissosiyatif bozukluğun dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

DSM-IV'de Dissosiyasyon bir bütün olarak işlev gören kimlik, bellek ve bilinç fonksiyonlarında bir bozulma veya değişim durumu olarak tanımlanır (3). Dissosiyatif Bozukluklar sık görülen, polisemptomatik seyreden, tamamı çocukluk döneminde başlamasına rağmen çoğu zaman yetişkinlikte bile yanlış tanımlarla takip edilen bir hastalık grubudur. Aynı zamanda Dissosiyatif Bozukluk belirtilerin birçoğu DEHB belirtilerilerine benzemektedir. Bu da tanı koyarken DEHB'nin de değerlendirilmesi gerektiğinin önemini vurgulamaktadır. Dissosiyatif Bozukluğun etiolojisinin de çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (104-106).

Alan yazında DEHB'li çocukların zor bir mizaca sahip olduğu ve bu durumun çocuk için istismar riskini arttıran özellikler arasında olduğu vurgulanmaktadır (107).

Soysal ve arkadaşları (2011) çalışmalarında okul çağındaki DEHB tanısı alan 116 çocuk ile 84 kontrol grubu çocuğunun yaralanma oranlarının fiziksel istismar/ihmale ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmanın verilerine göre DEHB grubunda kaza sonucu yaralanma oranı %25 iken kontrol grubunda bu oran %3.6 olarak bulunmuştur. Ayrıca, araştırmacılar DEHB grubundaki yaralanmaların %50'sinin ihmal ve fiziksel istismarı düşündürdüğünü bildirmişlerdir (108).

Foto-Özdemir ve ark. (2012) çalışmasında cinsel, fiziksel ya da duygusal istismar nedeniyle izleme alınan çocukların psikopatoloji açısından değerlendirildiği bir çalışmada çocukların %10'unun DEHB tanısı aldıklarını bildirmiştir (109).

Fiziksel istismar en çok dört-sekiz yaşlarındaki çocuklara yönelik olmakta ve yaşla istismar oranı azalmaktadır (110-111).

Bizim çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların %23.5'inde fiziksel, %5.2'sinde cinsel istismar öyküsü olduğunu saptanmış ve istismar öyküsü olan çocukların tamamı DEHB grubundadır. DEHB tanısı olan çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) puanı sağlıklı çocuklara göre daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca istismar öyküsü olan DEHB tanılı çocukların CTQ puanı istismar öyküsü olmayan DEHB tanılı çocuklara göre yüksek saptanmıştır. İstismar öyküsü olmayan DEHB grubunun yaş ortalaması 12.05 ± 1.64 , istismar öyküsü olan DEHB grubunun yaş ortalaması 11 ± 1.57 , kontrol grubunun yaş ortalaması 11.8 ± 1.67 bulunmuştur. İstismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların yaş ortalaması istismar öyküsü olmayan DEHB tanılı çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarını yazın bilgileri ile karşılaştırdığımızda çalışmamızı destekler niteliktedir. DEHB olan çocukların dikkat problemleri, aşırı hareketli olmaları ve davranışsal problemleri duygusal ve fiziksel istismara uğramalarını daha yatkın hale getirmektedir.

Carlos D. Reyes ve ark.'nın (2014) 6-12 yaş arası, 31 istismar öyküsü olan, 30 DEHB'li olan ve 33 kontrol grubu çocuklarla yaptıkları çalışmada; istismar öyküsü olan çocuklarda dissosiyasyon belirtileri anlamlı olarak yüksek görülmüş ve yarısından fazlası (%55) kesme puanının üstünde puan almıştır. DEHB grubunun %17'si kesme puanının üstünde puan almıştır. Kontrol grubunda ise dissosiyatif belirtilere rastlanmamıştır (112).

Endo ve ark.'nın (2006) ortalama yaşları 10.7 olan hastanede yatan 39 istismara uğramış çocuklarla yaptıkları bir çalışmada; istismar olgularının %59'na Dissosiyatif Bozukluk tanısı, %18'ine de DEHB tanısı konmuş ve DEHB tanısı konmuş çocuklarında %71'i de komorbid Dissosiyatif Bozukluk tanısı almıştır. Tüm istismara uğramış çocukların toplam %67'si DSM-4 göre DEHB A kriterlerini karşılamakta ancak bunların %27'si istismardan önce bu kriterleri karşılamaktadır. Dissosiyatif Bozukluk, DEHB A kriterlerini diğer non-Dissosiyatif Bozukluklara göre daha fazla karşılamaktadır ve bu sonuç DEHB sıklığının artmasına neden olmaktadır (113).

Çalışmamızda DEHB tanısı olan çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları sağlıklı çocuklara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve aynı şekilde DEHB tanısı olan ergen yaş grubu çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanı sağlıklı ergen yaş grubu çocuklarına göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız yazın bilgisi ile uyum göstermektedir. DEHB tanısı olan çocukların daha sık istismara uğraması ve kazalara daha yatkın olmalarının dissosiyasyonu kolaylaştırıcı bir etki yaratabileceği gibi, belirtilerin örtüşmesi de DEHB de dissosiyatif belirtilerin görülme sıklığını arttırabilmektedir.

Patolojik dissosiyasyonla ruhsal travma ilişkisini gösteren 4 farklı veri alanı vardır: Birincisi, dissosiyatif bozukluğu bulunan hastaların %90-%100'ünün çocukluk döneminde ağır travma yaşadıklarını belirttikleri olgu serileridir. İkincisi, çeşitli dissosiyasyon ölçümleri ile ruhsal travması olan ve olmayan kişilerin karşılaştırıldığı çalışmalardır. Travması olan kişilerin, olmayanlara göre önemli derecede daha yüksek dissosiyatif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır. Üçüncüsü, travması olan gruplarda, istismarın başladığı yaş ve istismarın süresi gibi travmanın derecesi ile ilgili faktörlerin dissosiyasyonun şiddeti ile ilgili olduğunu gösteren çalışmalardır. Çocuk istismarının başlangıç yaşı ne kadar küçükse, o ölçüde şiddetli dissosiyasyon görülmektedir. Dördüncüsü, travma esnasındaki dissosiyasyonun (peritratmatik dissosiyasyon) daha sonraki travma sonrası stres bozukluğu gelişiminde çok güçlü bir role sahip olduğunu gösteren çalışmalardır (114,115).

Bizim çalışmamızın sonucuna göre; istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) puanı istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklara göre daha yüksek saptanmıştır. İstismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanı da istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklara göre yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Yine aynı şekilde istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan ergen yaş grubu çocukların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanı istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan ergen yaş grubuna göre yüksek saptanmış fakat istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Çalışmamızın yazın bilgisiyle çelişen bu sonucu örneklem sayımızın azlığına ve istismar öyküsü olan çocuklarımızın istismar süresi, sıklığı ve travma şiddetinin azlığına bağlanmıştır.

İstismar öyküsü olan DEHB grubu ve kontrol grupları arasında Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları açısından fark olmamasının, istismar öyküsü olan DEHB grubunda sadece 7 olguda Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin elde edilmiş olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamıza dahil edilen istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocuklarımızın silik izleri kalmış olsa da istismarın geçmiş döneme ait olması ve tekrarlanmaması nedeniyle bildirim yapılmamıştır.

Çalışmamıza dahil edilen DEHB tanısı olan çocukların 13'ü (%11.3) Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinin 12 puan olan kesme değerinin üstünde puan alırken sağlıklı çocuklarda kesme değerinin üzerinde puan alan olgu saptanmadı. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden aldığı puan kesme değerinin üzerinde olan olguların 6'sı (%46.15) istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocuklar, 7'si (%53.85) ise istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklardır. İstismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların patolojik düzeydeki dissosiyatif belirtileri, Dissosiyatif Bozukluk etyolojisinde sorumlu tutulan çocukluk çağı travması ile ilişkilendirilebilmektedir. İstismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocukların patolojik düzeydeki dissosiyatif belirtileri ise Dissosiyatif Bozukluk etyolojisinde yer alan sorumlu tutulan olumsuz şartlarda büyüyen bebeklerin bir bütün olamaması, bağlanma bozukluğunun varlığı veya aile ortamlarında maruz kalınan kötü muamele gibi diğer durumlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

De Sanctis ve ark. (2012)'nin DEHB olan çocuklarla yaptığı bir çalışmada, istismarın DEHB olan çocuklar için psikopatoloji geliştirme açısından daha büyük risk oluşturduğu, istismara uğrayan DEHB olan çocukların istismara uğramayan DEHB olan çocuklara göre daha yüksek oranda suça karıştıkları gösterilmektedir (116).

İstismarın sonuçlarının istismar türünden bağımsız olduğu (117) ve tüm istismar türlerinin, birbirleriyle benzer şekilde, sosyal ilişkiden kaçınmaya, yakın ilişkilerde güçlük çekmeye, sosyal ipuçlarını algılamada zorluk yaşamaya, agresif davranışlar sergilemeye, bilişsel alanda problemlere sahip olmaya yol açtığı gösterilmektedir (118,119).

Çalışmamıza dahil edilen çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocuklarda Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce

sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları istismar öyküsü olmayan DEHB tanılı çocuklara göre daha yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve CBCL 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. DEHB tanısı olan çocukların öğretmen bildirimlerine dayalı davranış puanları incelendiğinde de; istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocuklarla istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklar arasında TRF 6-18 de Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarındaki puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonucun örnekleminizin küçüklüğünden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve TRF 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

DEHB tanılı çocukların rahatsızlıklarının sonucu olarak travmatik olaylara sağlıklı çocuklara göre daha sık maruz kalmalarının yanı sıra fiziksel veya duygusal istismara uğramış olmaları ek tanı riskini daha da artırmaktadır.

De Bellis ve ark. (2009)'nın çalışmasında çocuk ihmali, kelime bilgisinin azlığı, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulma ile ilişkili gösterilmiştir (120).

Çalışmamızda çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/anne (ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne) alt ölçekleri değerlendirildiğinde istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklara göre yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne alt ölçeklerinden dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır Aynı zamanda Çocukların Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/öğretmen (ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen) alt ölçekleri değerlendirildiğinde istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların

dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklara göre yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Yine bu sonucun örnekleminizin küçüklüğünden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen alt ölçeklerinden dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

İstismarın uzun dönemli sonuçları arasında, yeme bozuklukları (121) kişilik bozuklukları, istismarcı olma ve yeniden kurban olma davranışı (122) depresyon ve kaygı bozuklukları (123), travma sonrası stres bozukluğu (124) gibi psikopatolojilerin de görülebildiği bildirilmektedir.

Çalışmamızda istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklara göre Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)'nden yüksek puan aldıkları fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDÖ puanları arasındaki pozitif korelasyonda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. İstismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocukların istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklara göre Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇSKÖ puanları arasındaki pozitif korelasyonda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ancak istismar öyküsü olan ve olmayan DEHB tanısı olan çocuklar arasında Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanları arasında fark saptanmamıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDKE puanları arasındaki pozitif korelasyon istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. İstismar sonrası ruh sağlığının etkilenip etkilenmemesinde bireysel (yaş, cinsiyet, stresle başa çıkma yöntemi), ailesel (anne desteği, psikiyatrik hastalık öyküsü) ve istismara ait (istismarın süresi, sıklığı, yakınlık derecesi) etmenler rol almaktadır. Mağdurun yaşı arttıkça etkilenme de artmaktadır (125).

Dissosiyatif Bozukluk klinik olarak hem birçok ruhsal bozukluğu taklit eder hem de gerçek anlamda birçok ruhsal bozuklukla komorbidite gösterir. Dissosiyatif Bozukluğu olan çocuklar aşırı derecede değişkendir. Bazen hoş ve uyumlu bazen de şikayetçi, huzursuz, üzgün ve ağlamaklı olabilirler. Bu çocuklar amnezileri ve

dalgınlıkları nedeni ile dikkat işlevlerinin bozuk olduğu izlenimini verebilirler. Bazı alter kişiliklerinin etkisi ile aşırı hareketli ve impulsif olabilirler. Davranış, duygulanım ve algılamada DEHB'na benzer belirtiler sergileyebilirler (114, 126).

Bizim çalışmamızın faktör analizi sonuçları, DEHB'ye bağlı bildirilen dikkat eksikliği belirtileri ile dissosiyatif belirtiler arasında yer alan dalıp gitme, zamanı kavramada zayıflık, şaşkın olma/unutkanlık ve yetenek ve bilgilerde farklılık belirtilerinin aynı faktöre yüklendiğini ve bu faktörün varyansın en büyük kısmını açıkladığını göstermektedir. İlgi çekici bir şekilde, başkalarını suçlama ve kolayca kızdırılma belirtileri de bu faktöre yüklenmektedir. Bu bulgu, dissosiyatif belirtiler arasında önemli bir yer tutan dikkat sorunlarının DEHB'ye bağlı dikkat sorunlarından ayırt edilmesinin zorluğunu ortaya koymaktadır. Faktör 3 ise cinsel olarak erken gelişim gösterme, nedensiz öfke patlamaları, kendi kendine konuşma, beklenmeyen olaylar yaşama, farklı kişiliklere sahip olma, sesler duyma, hızlı kişilik değişimi, yaşından küçük davranışlar gösterme gibi Dissosiyatif Bozukluklara daha özgül belirtilerden oluşmaktadır. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden gelen maddeler, dikkat eksikliği dışında DEHB belirtileri ile belirgin bir şekilde faktör yapıları açısından örtüşmemektedir. İkinci faktör aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden, dördüncü faktör ise kurallara karşı çıkma ve zarar verme belirtilerinden oluşmaktadır. Bu iki faktör içerisinde dissosiyatif belirtiler yer almamıştır. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesindeki olaylardan ders çıkaramama, hızlı değişen bedensel şikayetler, yaşantıları hatırlayamama, uykuda yürüme, olayları başkasının başından geçer gibi anlatma ve kendine zarar verme maddeleri ise, yöntem kısmında belirtilen güçte herhangi bir faktöre yüklenmemiştir.

Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanlarında DEHBi ve DEHB grupları arasında anlamlı fark bulunmamasına benzer şekilde, bu iki grup arasında faktör analizi ile elde edilen faktörlerin ortalama puanlarında da fark bulunmamıştır. Bu durumun olası nedenleri arasında; dissosiyatif belirtilerin gerçekten iki grup arasında fark göstermemesi, farkın örneklem büyüklüğü nedeniyle istatistiksel anlamlılığa ulaşmaması ve üçüncü olarak da disosiyatif belirtilerin anne, babalar tarafından yeteri kadar duyarlı bir şekilde bildirilmemesi sayılabilir. dissosiyatif belirtilerin istismara uğrayan grupta daha yüksek olmaması beklenen bir durum değildir. Nitekim yazında Dissosiyatif Bozukluğun etiolojisinin çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (104-106). İkinci olasılık ancak daha büyük örneklemelerde

değerlendirilebilse de, grup ortalamaları birbirine oldukça yakın görünmektedir. Üçüncü olasılığı destekleyen bir bulgu ise, her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, DEHB ve DEHBi grupları arasında Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puan ortalamalarının daha büyük bir fark göstermesidir. Bu bulgu, ergenlerin dissosiyatif yaşantıları daha iyi tarif etmesiyle ilişkili olabilir. Nitekim önceki yayınlarda da, ergenlerin çocuklara göre daha duyarlı öz bildirimde bulunduğu, anne, babaların içe yönelim sorunlarındaki bildirimlerinin ise daha az duyarlı olabildiği belirtilmiştir (127). Bu durum, birinci faktörde dissosiyasyon ölçeğinden gelen dikkat sorunlarına yönelik maddeler ile DEHB'ye ait dikkat sorunlarının birlikte yer alması ile de ilişkili olabilir. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden 1. faktöre yüklenen maddeler incelendiğinde, bu maddelerde belirtilen dikkat sorunlarının doğasının DEHB maddelerinden farklı görüldüğü düşünülebilir; ancak faktör analizinde bu maddeler diğer dissosiyatif belirtilerle birlikte değil, DEHB belirtileri ile beraber yüklenmiştir. Çalışmanın daha büyük bir ergen grubuyla tekrarlanması bu konuyu açıklığa kavuşturabilir.

Sonuçlar, travmatik yaşantıların tüm olgularda, özellikle de DEHB olgularında sorgulanmasının önemini ortaya koymaktadır. CTQ puanlarına göre DEHB olguları belirgin istismar öyküsü olmasa bile daha yüksek oranda istismara yönelik davranış belirtmektedir. Anne ve baba tarafından bildirilen dissosiyatif belirtilerin de istismar öyküsü olmayan DEHB olgularında yüksek olması ve belirtilerin kısmen örtüşmesi, anne ve babalar tarafından bildirilen şikayetlerden yola çıkılarak sonuca varılmasının güçlüğüne ortaya koymaktadır. Bu nedenle, istismar ve ihmale yönelik yaşantıların çocuklar ve ergenlere bizzat sorulması büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamız ülkemizde DEHB tanısı olan çocuklarda dissosiyatif ve diğer belirtilerin ilişkisini, dissosiyatif belirlerin şiddetini inceleyen ilk çalışmadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

DEHB tanısı olan çocuklarda dissosiyatif ve diğer belirtilerin ilişkisini, dissosiyatif belirlerin şiddetinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçeklerinde DEHB grubunun Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek, sosyallik ve okul puanları ise sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
2. Çalışmaya katılan çocukların TRF 6-18 alt ölçeklerinde DEHB grubunun Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek, toplam uyum puanları ise sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
3. DEHB grubunda Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/anne (ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne) alt ölçeklerinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları sağlıklı kontrollere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
4. DEHB grubunda Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği/öğretmen (ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen) alt ölçeklerinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları sağlıklı kontrollere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.

5. DEHB grubunun Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
6. DEHB grubunun Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
7. DEHB grubunun CTQ puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
8. DEHB grubunun ÇDÖ puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
9. DEHB ve kontrol grubu arasında Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
10. DEHB grubunun Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
11. DEHB olgularının %23.5'inde fiziksel, %5.2'sinde cinsel istismar öyküsü olduğu ve istismar öyküsü olan çocukların tamamında DEHB grubunda olduğu saptandı.
12. Çocukların CBCL 6-18 alt ölçeklerinde sosyallik, okul, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarında DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.
13. Çocukların TRF 6-18 alt ölçeklerinde sosyallik, okul, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve

toplam problem alanlarında DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.

14. DEHBİ grubunda ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne alt ölçeğinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.
15. DEHBİ grubunda ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen alt ölçeğinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşıt olma karşı gelme puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.
16. DEHBİ grubunda Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.
17. DEHBİ grubunun Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.
18. DEHB grubundaki çocuklardan 13'ü (%11.3) Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinin 12 puan olan kesme değerinin üstünde puan alırken sağlıklı çocuklarda kesme değerinin üzerinde puan alan olgu saptanmadı. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden aldığı puan kesme değerinin üzerinde olan olguların 6'sı (%46.15) istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocuklar, 7'si (%53.85) ise istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklardır.
19. DEHBİ grubunun CTQ puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
20. DEHBi grubunun ÇDÖ puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.
21. DEHBi ve DEHB gruplarının ÇDKE puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı.

22. DEHBi grubunun ÇSKE puanları DEHB grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptandı.
23. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve CBCL 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışı yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
24. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve TRF 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışı yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
25. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne alt ölçeklerinden dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
26. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen alt ölçeklerinden dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
27. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
28. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDÖ puanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
29. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDKE puanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı.
30. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇSKÖ puanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.
31. Faktör analizi sonuçları, DEHB'ye bağlı bildirilen dikkat eksikliği belirtileri ile dissosiyatif belirtiler arasında yer alan dalıp gitme, zamanı kavramada zayıflık, şaşkın olma/unutkanlık ve yetenek ve bilgilerde

farklılık belirtilerinin aynı faktöre yüklendiğini ve bu faktörün varyansın en büyük kısmını açıkladığını göstermektedir. Başkalarını suçlama ve kolayca kızdırılma belirtileri de bu faktöre yüklenmektedir. Bu bulgu, dissosiyatif belirtiler arasında önemli bir yer tutan dikkat sorunlarının DEHB'ye bağlı dikkat sorunlarından ayırt edilmesinin zorluğunu ortaya koymaktadır. Faktör 3 ise cinsel olarak erken gelişim gösterme, nedensiz öfke patlamaları, kendi kendine konuşma, beklenmeyen olaylar yaşama, farklı kişiliklere sahip olma, sesler duyma, hızlı kişilik değişimi, yaşından küçük davranışlar gösterme gibi Dissosiyatif Bozukluklara daha özgül belirtilerden oluşmaktadır. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden gelen maddeler, dikkat eksikliği dışında DEHB belirtileri ile belirgin bir şekilde faktör yapıları açısından örtüşmemektedir. İkinci faktör aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden, dördüncü faktör ise kurallara karşı çıkma ve zarar verme belirtilerinden oluşmaktadır. Bu iki faktör içerisinde dissosiyatif belirtiler yer almamıştır. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanlarında DEHBi ve DEHB grupları arasında anlamlı fark bulunmamasına benzer şekilde, bu iki grup arasında faktör analizi ile elde edilen faktörlerin ortalama puanlarında da fark bulunmamıştır.

Yazında DEHB de dissosiyatif belirtilerin şiddetini araştıran çalışmalar kısıtlı sayıdadır. DSM de DEHB, belli sayıda belirtilerin bir araya gelmesiyle tanımlanmaktadır. Tek tek bu belirtiler normal insanlarda da görülebildiği ve duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları, madde intoksikasyonu veya çekilmesi ve dissosiyatif bozukluğu gibi diğer bazı bozuklukların belirtileriyle de örtüşebilmektedir. Dissosiyatif Bozukluklar sık görülen, polisemptomatik seyreden, tamamı çocukluk döneminde başlamasına rağmen çoğu zaman yetişkinlikte bile yanlış tanımlarla takip edilen bir hastalık grubudur. DEHB olan çocukların dikkat problemleri, aşırı hareketli olmaları ve davranışsal problemleri de duygusal ve fiziksel istismara uğramalarını daha yatkın hale getirmektedir.

Çalışmamızda da DEHB tanısı olan çocukların daha fazla istismara uğradığı, dissosiyatif belirtilerinin daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Faktör analizi sonuçları, DEHB'ye bağlı bildirilen dikkat eksikliği belirtileri ile dissosiyatif belirtiler arasında

yer alan dalıp gitme, zamanı kavramada zayıflık, şaşkın olma/unutkanlık ve yetenek ve bilgilerde farklılık belirtilerinin aynı faktöre yüklendiğini ve bu faktörün varyansın en büyük kısmını açıkladığını göstermektedir. İstismar öyküsü olan DEHB tanılı çocuklarda dissosiyatif belirtilerin istismar öyküsü olmayan DEHB tanılı çocuklara göre yüksek ama istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Bu sonucun örneklem sayımızın azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklem sayısının daha fazla olduğu ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Son olarak, çalışmamızın sonuçları, DEHB tanısı alan çocukların hem istismara yönelik ayrıntılı sorgulanmaları hem de Dissosiyatif Bozukluk açısından da değerlendirilmeleri gerektiğinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca anne babalar tarafından bildirilen şikayetlerden yola çıkılarak sonuca varılmasının güçlüğüne ortaya koymaktadır. İstismarın erken saptanması, maruziyetin sürdürülmesinin engellenmesine, ek tanılarının meydana gelmemesine ve tedavinin kolaylaşmasına yardımcı olduğu gibi Dissosiyatif Bozukluğun erken saptanmasında kolay tedavi edilmesini sağlamaktadır.

ÖZET

GÜL ALIÇ, B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara 2015

Amaç: Çalışmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dissosiyatif ve diğer belirtilerin ilişkisi ve dissosiyatif belirtilerin şiddetinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğine doğrudan başvuran ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilmekte olup ilaç tedavisi almayan, 9-14 yaş aralığında ki 115 çocuk veya ergen ve klinik olarak normal zeka düzeyinde olan, belirgin bir okul başarısızlığı hikayesi olmayan 55 sağlıklı çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacı, çalışmaya alınan çocuklar ile DSM-IV'e dayalı klinik görüşme yapmıştır. Çocuklar Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği'ni, ebeveynleri 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18), Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi, Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne)'ni, öğretmenleri de Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen), 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu'nu (TRF 6-18) doldurmuşlardır. Çocuklara ayrıca istismara yönelik Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Sonuç: DEHB grubunun CBCL 6-18 alt ölçeklerinde Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek, sosyallik ve okul puanları ise sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun TRF 6-18 alt

ölçeklerinde Anksiyete /Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem puanları sağlıklı kontrollere göre daha yüksek, toplam uyum puanları ise sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne alt ölçeklerinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşı olma karşı gelme puanları sağlıklı kontrollere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen alt ölçeklerinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşı olma karşı gelme puanları sağlıklı kontrollere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB grubunun CTQ, ÇDÖ ve Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Envanteri (ÇSKE) puanları kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. DEHB ve kontrol grubu arasında Çocuklar İçin Durumluk Kaygı Envanteri (ÇDKE) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. DEHB olgularının %23.5'inde fiziksel, %5.2'sinde cinsel istismar öyküsü olduğu ve istismar öyküsü olan çocukların tamamında DEHB grubunda olduğu saptanmıştır. Çocukların CBCL 6-18 ve TRF 6-18 alt ölçeklerinde sosyallik, okul, Anksiyete/Depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları ve toplam problem alanlarında DEHBİ ve DEHB grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. DEHBİ grubunda ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen alt ölçeğinde dikkatsizlik, hareketlilik / dürtüsellik ve karşı olma karşı gelme puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. DEHBİ grubunda Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. DEHBİ grubunun Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın ise istatistiksel olarak

anlamli olmadigi saptanmistir. DEHB grubundaki çocuklardan 13'ü (%11.3) Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinin 12 puan olan kesme değerinin üstünde puan alirken sağlıklı çocuklarda kesme değerinin üzerinde puan alan olgu saptanmadı. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden aldığı puan kesme değerinin üzerinde olan olguların 6'sı (%46.15) istismar öyküsü olan DEHB tanısı olan çocuklar, 7'si (%53.85) ise istismar öyküsü olmayan DEHB tanısı olan çocuklardır. DEHBİ grubunun CTQ puanları DEHB grubuna göre istatistiksel olarak yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. DEHBi grubunun ÇDÖ puanları DEHB grubuna göre yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. DEHBi ve DEHB gruplarının ÇDKE puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. DEHBi grubunun ÇSKE puanları DEHB grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ile TRF 6-18 ve CBCL 6-18 alt ölçeklerinden içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları, toplam problemler alanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ile ÇEDBDSM-4DTDÖ/öğretmen ve ÇEDBDSM-4DTDÖ/anne alt ölçeklerinden dikkatsizlik, hareketlilik/dürtüsellik, KOKG alanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ile Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi, ÇDÖ, ÇSKÖ puanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar arasında CTQ ve ÇDKE puanları arasındaki pozitif korelasyonun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. Faktör analizi sonuçları, DEHB'ye bağlı bildirilen dikkat eksikliği belirtileri ile dissosiyatif belirtiler arasında yer alan dalıp gitme, zamanı kavramada zayıflık, şaşkın olma/unutkanlık ve yetenek ve bilgilerde farklılık belirtilerinin aynı faktöre yüklendiğini ve bu faktörün varyansın en büyük kısmını açıkladığını göstermektedir. Başkalarını suçlama ve kolayca kızdırılma belirtileri de bu faktöre yüklenmektedir. Bu bulgu, dissosiyatif belirtiler arasında önemli bir yer tutan dikkat sorunlarının DEHB'ye bağlı dikkat sorunlarından ayırt edilmesinin zorluğunu ortaya koymaktadır. Faktör 3 ise cinsel olarak erken gelişim gösterme, nedensiz öfke patlamaları, kendi kendine konuşma, beklenmeyen olaylar yaşama, farklı kişiliklere sahip olma, sesler duyma, hızlı kişilik değişimi, yaşından küçük davranışlar gösterme

gibi Dissosiyatif Bozukluklara daha özgül belirtilerden oluşmaktadır. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesinden gelen maddeler, dikkat eksikliği dışında DEHB belirtileri ile belirgin bir şekilde faktör yapıları açısından örtüşmemektedir. İkinci faktör aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden, dördüncü faktör ise kurallara karşı çıkma ve zarar verme belirtilerinden oluşmaktadır. Bu iki faktör içerisinde dissosiyatif belirtiler yer almamıştır. Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi puanlarında DEHBi ve DEHB grupları arasında anlamlı fark bulunmamasına benzer şekilde, bu iki grup arasında faktör analizi ile elde edilen faktörlerin ortalama puanlarında da fark bulunmamıştır.

Tartışma: Araştırmamızda DEHB tanısı olan çocukların daha fazla istismara uğradığı ve dissosiyatif belirtilerinin daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Faktör analizi sonuçları, DEHB'ye bağlı bildirilen dikkat eksikliği belirtileri ile dissosiyatif belirtiler arasında yer alan dalıp gitme, zamanı kavramada zayıflık, şaşkın olma/unutkanlık ve yetenek ve bilgilerde farklılık belirtilerinin aynı faktöre yüklendiğini ve bu faktörün varyansın en büyük kısmını açıkladığını gösterilmektedir. İstismar öyküsü olan DEHB tanılı çocuklarda dissosiyatif belirtiler, istismar öyküsü olmayan DEHB tanılı çocuklara göre yüksek ama istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonucun örneklem sayımızın azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Örneklem sayısının daha fazla olduğu ileri çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, dissosiyatif belirtiler, istismar

ABSTRACT

GÜL ALIÇ, B. The Association of Dissociative Symptoms and Others among Children with Attention Deficiency and Hyperactivity Disorder, Ankara University, School of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Dissertation, Ankara, 2015

OBJECTIVES: Our study aims to investigate the association of dissociative symptoms and others, and severity of dissociative symptoms on children with Attention Deficiency and Hyperactivity Disorder.

MATERIAL and METHOD: Study sample consisted of 115 children and adolescents between ages of 9-14, applied to Ankara University Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry with first diagnosis of ADHD and who did not receive treatment of ADHD. Control group consisted of 55 children and adolescents, who had clinically normal IQ levels, had not had a significant academic insufficiency, and were at similar ages. Researcher did clinical interview based on DSM-4 with children who were included in the study. State Trait Anxiety Inventory for Children, Adolescent Dissociative Experiences Scale and the Child Depression Inventory (CDI) were administered to children participated in the study, whereas Child Dissociative Checklist, The Child Behaviour Checklist, School-Age Version (*CBCL/6-18*) and Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders to their parents and The Child Behaviour Checklist (*CBCL*), Teacher Rating Form (TRF), and Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders to their teachers. Also the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) for abuse were applied to children by the researcher.

RESULTS: Anxiety/depression, withdrawn/depressed, somatic complaints, social problems, thought problems, attention problems, oppositional defiant problems, aggressive behaviours, internalizing problems, externalizing problems and total problems in *CBCL/6-18*'s subscales of ADHD group were detected high compared to control group. Moreover, academic performance and social activities of the group were detected low compared to control group. The difference between these two was found significant in terms of statistical data. Anxiety/depression,

withdrawn/depressed, somatic complaints, social problems, thought problems, attention problems, oppositional defiant problems, aggressive behaviours, internalizing problems, externalizing problems and total problems in TRF/6-18's subscales of ADHD group were detected high compared to control group. Moreover, their total adaptive scores were detected at low scores compared to control group. The difference between these two was found significant in terms of statistical data. Inattention, hyperactivity/impulsivity, oppositional defiance scores in Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders /mother in ADHD group were detected at high scores compared to control group in a statistically significant way. Inattention, hyperactivity/impulsivity, oppositional defiance scores in Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders /teacher in ADHD group were detected at high scores compared to control group in a statistically significant way. Scores of Child Dissociation Checklist in ADHD group were detected at higher scores than control group's scores in a statistically significant way. Scores of adolescent dissociative experiences scales in ADHD group were detected at higher scores than control group scores in a statistically significant way. Scores of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Child Depression Inventory (CDI), and Child Anxiety Continuity Inventory were detected at higher scores than control group scores in a statistically significant way. No significant statistical difference between ADHD and control group in scores of Child State Anxiety Inventory were detected. It was detected in our study that 23.5% of Children with ADHD were physically abused and 5.2% of them were sexually abused. It was also detected that all children who had an abuse story in their pasts were in ADHD group. Anxiety/depression, withdrawn/depressed, somatic complaints, social problems, thought problems, attention problems, oppositional defiant problems, aggressive behaviours, internalizing problems, externalizing problems, social activities, school and total problems both in CBCL/6-18's subscales and TRF 6-18 of ADHD and ADHDa groups were detected as statistically insignificant. Inattention, hyperactivity/impulsivity, oppositional defiance scores in Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders/mother and Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders/teacher in ADHDa group were detected at high

scores compared to ADHD group but this result is statistically insignificant. Scores of Child Dissociative checklist in ADHDa group were higher than ADHD group but this result is statistically insignificant. Adolescent Dissociative Experience Scale scores in ADHDa group were higher than ADHD group but this result is statistically insignificant. The cut-off value of Child Dissociative Checklist is 12 points. 13 of children with ADHD (11.3%) got higher scores than the cut-off value. There were no results over the cut-off value in control group. 6 of children who got higher scores than the cut-off value had an abuse story in their pasts but the rest of them (7 children) had no such stories in their pasts. Scores of CTQ in ADHDa group were higher than ADHD group and this result was detected statistically significant. Scores of Child Depression Inventory in ADHDa group were high compared to ADHD group but this result is statistically insignificant. Child State Anxiety Inventory scores between ADHDa and ADHD groups were statistically insignificant. Child Continuity Anxiety scores in ADHDa group were higher than ADHD group and this result was detected statistically significant. Positive correlation between internalizing problems, externalising problems and total problems of TRF 6-18 and CBCL 6-18 subscales and CTQ were detected statistically significant. Positive correlation between inattention, hyperactivity/impulsivity, oppositional defiance problems in Screening and Rating Scale based DSM-4 for Child and Adolescent Behavior Disorders/mother and teacher subscales and CTQ were detected statistically significant. Positive correlation between Child Dissociative Checklist, Child Depression Inventory, Child Continuity Anxiety Inventory and CTQ were detected statistically significant. Positive correlation between CTQ scores and Child State Anxiety Inventory scores of children participated in the research were statistically insignificant. Factor analysis results indicates that, attention deficiency symptoms depended on ADHD and the dissociative symptoms such as daydreaming, deficiency of time perception, being clumsy and forgetfulness, distinction in abilities and knowledge were included in the same factor and this factor reveals the majority of the variance. Interestingly enough, blaming others and being provoked easily are also included in the same factor. This finding states the difficulty of putting the distinction in between ADHD dependent attention problems and other attention problems stemming from the dissociative symptoms. Factor 3 consists of the specific

symptoms such as sexual prematurity, burst of angers with no reasons, soliloquies, experiencing unexpected incidents, having multipersonalities, hearing voices; instant mood-shifts, revealing immature behaviours. Items coming from dissociation scale and –apart from inattention- the symptoms of ADHD overlapped significantly in terms of their factor structures. Second factor consists of hyperactivity/impulsivity and the fourth consists of rule breaking behaviour and damaging symptoms. These two don't include dissociative symptoms. As there were no differences between ADHDa and ADHD groups in the scores of Child Dissociative Checklist, there were no differences between average scores of factors in factor analysis.

Discussions and Conclusions: In this study, it was detected that; Children with ADHD have been experiencing more abuses and their dissociative symptoms are more severe. Factor analysis results indicates that, attention deficiency symptoms depended on ADHD and the dissociative symptoms such as daydreaming, deficiency of time perception, being clumsy and forgetfulness, distinction in abilities and knowledge were included in the same factor and this factor reveals the majority of the variance. Dissociative symptoms of children with ADHD who have an abuse story in their pasts are more than dissociative symptoms of those who don't have an abuse story in their pasts but this result is statistically insignificant. It is believed that this result is due to the inadequate number of examples. Further studies aiming to investigate more examples in future are needed to reveal more descriptive results.

Keywords: Attention Deficiency and Hyperactivity Disorder, dissociative symptoms, abuse

7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 th ed.) Washington, DC.
2. Hechtman, L 2005. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2679-2692.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th Edition (DSM-IV) Washington DC: APA, 1994.
4. Butler L. D, Duran REF, Jasiukaitis P, Kopman C, Spiegel D (1996). Hypnotizability and traumatic experience: a diathesis-stress model of dissociative symptomatology. Am J Psychiatry, 153 (7): 42-63.
5. Boysan M, Goldsmith RE, Cavus H, Kayri M, Keskin S (2009) Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: The Influence of Abuse Subtype. J Trauma Dissociation, 10:83-101.
6. Irwin H. J., (1999) Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. J.Psychol, 133 (2):157-164.
7. Silberg J. L. (2000) fifteen years of dissociation in maltreated children. Where do we go from here? Child Maltreatment, 5, 119-136.
8. Brenner, I. (2001). Dissociation of trauma: Theory, phenomenology and technique. Madison: International Universities press the international society for the study of dissociation. (SSD) Task Force on children and adolescent (2003) Guidelines for evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescent. Retrieved January 10, 2005.

9. Brunner R, Parzer P, Schuld V, Resch F. Dissociative symptomatology and traumatic factors in adolescent psychiatric patients. *J. Nerv. Ment. Disease* 2000.;188:71-7.
10. -Ross CA.1997 Dissociative Identity disorder:Diagnosis n,clinical features and treatment of multiple personality.New York:John Wiley @johns.inc
11. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel el Kitabı. Çocuk ve gençlik Ruh sağlığı derneği yayınları:3.44 (438-454).
12. Zoroglu S.Tüzün Ü.Öztürk M. Sar V.Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluk: 36 vakanın gözden geçirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1 (4):197-20.
13. Cantwell DP (1996) Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:978-986.
14. Weiss G (1996) Attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry*, M Lewis (Ed), 2. Baskı, Baltimore Williams and Wilkins, s.544-563.
15. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 2nd Edition (DSM-II). Washington DC: APA, 1968.
16. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 3rd Edition (DSM-III) Washington DC: APA, 1980.
17. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 3rd Edition, Revised (DSM-III-R) Washington DC: APA, 1987.
18. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Washington DC: APA, 2000.

19. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 5th Edition (DSM-V). Washington DC: APA, 2013.
20. Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Rev* 2010;31:56–69.
21. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 942–948.
22. Simon, V., Czobor, P., Balint, S., Meszaros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (3), 204–211.
23. Morgan, A.E., et al., Validity of DSM-IV ADHD Predominantly Inattentive and Combined Types: Relationship to Previous DSM Diagnoses/Subtype Differences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996. 35 (3): p. 325-333.
24. Spencer, N., et al., Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. *Pediatrics*, 2005. 116 (3): p. 609-613.
25. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2001;10:299-316.
26. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 951-8.
27. Kieling C, Goncalves RR, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2008;17 (2):285-307.

28. Senol S (2008). Dikkat eksikligi hiperaktivite bozukluğu. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. ÇGRSDER yayınları:3.
29. Castellanos FX, Giedd JN, Marsh WL, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 607-16.
30. Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC, et al. Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attentiondeficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 2001; 58:289-95.
31. Kim BN, Lee JS, Shin MS, Cho SC, Lee DS. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. Statistical parametric mapping analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252: 219-25.
32. Durston S. A review of the biological bases of ADHD: what have we learned from imaging studies? Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2003; 9: 184-95.
33. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W et al (2007). Attentiondeficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 104:19649-54.
34. Yeo RA, Hill DE, Campbell RA, Vigil J, Petropoulos H, Hart B, Zamora L, Brooks WM. Proton magnetic resonance spectroscopy investigation of the right frontal lobe in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003 Mar;42 (3):303-10.
35. Ercan, E., Aydın, C., 2005. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri In: GENDAŞ, A. (ed.) 11 ed. İstanbul.
36. Castellanos, F., Rapoport, JL., 1992. Etiology of attention deficit hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am,1, 373-384.

37. Steinhausen HC, Novik TS, Baldursson G, Curatolo P, Lorenzo M, Pereira RR. Coexisting psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 15 (Suppl.): 25-29.
38. Hechtman, L 2005. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2679-2692.
39. Spiegel D. Dissociation and hypnosis in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1988; 1:17-33.
40. West L. Dissociative reaction, In: Freedman AM, Kaplan HI. (eds). *Comprehensive textbok of psychiatry*. Williams& Wilkins. 1967; 885-898; aktaran, Putnam.
41. Braun BG. The BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge) model of Dissociation. *Dissociation* 1988; 1:4-23.
42. Goff DC, Olin JA, Jenice MA ve ark. Dissociative symptoms in patients with obsessivecompulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180:332-337.
43. Steinberg M. Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). Washington,DC,American Psychiatric Pres. 1993; 245-257.
44. Ludwig AM. Psychobiological Functions of Dissociation. *Am J Clin Hyp*, 1983; 26: 93-99.
45. Steinberg M. Handbook for the Assesment of Dissociation: A Clinical Guide. WashingtonDC, American Psychiatric Pres. 1995; 110-118.

46. Kathryn AB Kirby DD. (2004) A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescent Journal of Child Psychology and Psychiatry 45:522-532.
47. ICD-10 (1992) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu, Öztürk M O, Uluğ B (Ed.) Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Türkiye Sinir Ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.
48. Kluft, R.& Loweinstein, R.J. (April 2005) trauma, dissociation and clinical practise: New perspectives and treatment implications.Seminar presented by the international society for the study of dissociation. Toronto, ontario, canada.
49. Brenner, I. (2001). Dissociation of trauma: Theaory, phenomenology and technique. Madison: Internatonal Universites pres the international society for the study of dissociation. (SSD) Task Force on children and adolescent (2003) Guildlines for evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescent. Retrieved January 10, 2005.
50. Brunner R, Parzer P, Schuld V. Resch F. Dissociative sympomatology and traumagenic factors in adolescent psychiatric patients. J. Nevr. Ment Disese 2000.:188:71-7.
51. Ross CA.1997 Dissociatice Identy disorder:Diagnosis n,clinical features andtreatment of multiple personality. New York:John Wiley @johns.inc.
52. Putnam FW. Child development and Dissociation. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1996; 5 (2): 285-302.
53. Coons PM. Confirmation of childhood abuse in child and adoloscent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. J Nerv Ment Dis 1994;182: 461-464.

54. Homstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:1077-1085.
55. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V ve ark. Childhood Abuse, Self-İnjury, and Dissociative Experiences Among High School Students. *International Society for the Study of Dissociation "Healing The Divided Mind. Advances in the psychotherapy of dissociative disorders". 13 th International Fall Conference., San Francisco/CA/USA 1996; November 7-10.*
56. Mather FJ, Tate RL, Hannon TJ. Post traumatic stres disorder in children following road traffic accidents:A Comparision of those with and without mild traumatic brain injury.*Brain Inj* 2003;17:1077.
57. Max J. E. Sharma A. Qurrashi MI. Traumatic brain injury in a child psychiatry in patient population:a controlled study. *J. Am. Acad Chil. Adoles. psy.* 1997;36:595-601.
58. Beers SR, De Bell, MD. Outcomes of child abuse. *Neurosurg. Clin. N. Am.* 2002.13: 235-241.
59. Nash MR, Hulsey TL, Sexton MC ve ark. (1993):Long term sequele of chilhoodsexuel abuse,perceived family enviroment,psychopathology and dissociation.*J.Clin.Conslt Psychol*,61;276-283.
60. Waller N. (1994):Types of dissociation and dissociatives types.10th Annual Conference of the International society for Traumatic Steress Stadies. Chicago 94.
61. Kathryn AB Kirby DD. (2004) A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescent *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45:3:522-532.

62. Wolff PH. The Development of Behavioral States and the Expression of Emotions in Early Infancy. Chiago, University of Chiago Press, 1987: 68-74.
63. Liotti,G (2004).Trauma,dissociation and disorganized attachment:three strands of single braid.Psychotherapy:theory,Resarch,Practise Training,41,472-486.
64. Blizard,R,A (2003) Disorganized attachment, development of dissociative self states and relational approach to treatment.Journal of Trauma and dissociation,4 (3),27-50.
65. Liotti G.Disorganized /disoriented attachment in the etiology of dissociative disorders. Dissociation 1992;5;196-204.
66. Achenbach TM, Rescorla LA. (2001). Manual for the ASEBA School- Age Forms and Profiles. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
67. Dümenci L, Erol N, Achenbach T, Şimşek Z. (2004). Measurement structure of the Turkish translation of the child behavior checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. J Abnorm Child Psychol 32: 337-342.
68. Erol N, Şimşek Z. (1998). Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu içinde, N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeçi, Z Şimşek (ed) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Eksen Tanıtım Ltd.şti., Ankara, s:25-77.
69. Erol N, Aslan L, Akçalın M. (1995). The adaptation and standardisation of the child behavior checklist among 6-18 year-old Turkish children. Sergeant J, 66 Fotorotor Egg (Eds).Eunethydis European Approaches to Hyperkinetic Disorders, Zurich, s. 109-113.

70. Achenbach TM, Howel CT, Quay HC, Cannors CK. (1991). National survey of problems and competencies among four-to-sixteen year-olds. *Monogr Soc Res Child Dev*; 6:11.
71. Kovacs M. (1983). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*.
72. Kovacs M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 21 (4):995-8.
73. Öy B. (1991). Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*;2:132-7.
74. Özusta Ş, (1993) Çocuklar için durumluluk- sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yüksek lisans tezi Ankara
75. Putnam FW, Helmers K, Trickett PK:Development, reliability, and validity of achild dissociation scale. *Child Abuse Negl*1993; 17:731-74.
76. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Öztürk M, Şar V:Reliability and validity of the Turkish version of the Child Dissociative Checklist.15th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation. 14-17 Kasım 1998;Seattle/WA/USA.
77. Armsrong JG, Putnam FW,Carlson EB,Libero DZ,Smith SR.Development and validation of a measure of Adolescent Dissociation:The Adolescent Dissociative Experience Scale,*J.Nerv.Ment.Dis*.1997;185:491-497.
78. Zoroglu SS, Sar V,Tüzün Ü,Tutkun H,Savas HA.Reliability and Validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale.*Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2002;56:551-556.

79. Vedat, Ş. A. R., Psk Erdinç ÖZTÜRK, and Eda İKİKARDEŞ. "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği." *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 32.4 (2012): 1054-1063.
80. KALAYCIOĞLU, Sibel, et al. "Temsili bir örneklemede sosyo-ekonomik statü (SES) ölçüm aracı geliştirilmesi: Ankara kent merkezi örneği." *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 13.1 (2010).
81. Green SB, Salkind NJ, Akey TM. *Using SPSS for Windows: Analyzing and Understanding Data*. Prentice-Hall Inc. 2000 New Jersey.
82. 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;13:354-361.
83. 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]. *BCP*. 2010; 20 (1): 50-56.
84. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. M Lewis (ed): *Child and Adolescent Psychiatry*'de, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002, s.645-670.
85. Brewis A, Schmidt KL. Gender variation in the identification of Mexican children's psychiatric symptoms. *Med Anthropol Q* 2003;17:376-393.
86. Mukhopadhyay M, Misra S, Mitra T, Niyogi P. Attention deficit hyperactivity disorder. *Indian J Pediatr* 2003; 70:789-792.
87. Ercan Es, Avcı A, Mukaddes Motavallı N, Semerci B, Şenol S, Yazgan Y: *Ercan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Uygulama Klavuzu. Türkiye-2008*.

88. Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1991) Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 148:251-256.
89. Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1992) Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and peditrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*, 49:728-738.
90. Perrin S, Last CG (1996) Relationship between ADHD and anxiety in boys; resulting from a family study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:988-996.
91. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (2003) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42 (12): 1424-1432.
92. Canat S. Dikkat eksikligi hiperaktivite bozuklugu. Güleç C, Köroglu E (ed). *Psikiyatri Temel Kitabı (1.baskı)*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği,1998: 1119-1131.
93. 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.
94. Waslick B, Greenhill L. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Wiener J, Dulcan M (eds). *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry (3.ed)*.Washington DC, American Psychiatric Press, 2004: 485-509.
95. Toros F, Tataroğlu C (2002) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukludu: sosyodemografik özellikler, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağığı Dergisi*; 9: 23-31.

96. Bauermeister JJ, ShROUT PE, Ramirez R, Bravo M, Alegria M, Martinez-Taboas A ve ark. (2007) ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *J Abnorm Child Psychol*; 35 (6):883-98.
97. Souza I, Pinherio MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA (2004) Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 13 (4):243-8.
98. Angold A, Costello EJ, Erkanli A: Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 57-87.
99. Daviss WB. A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 565-571.
100. Blackman GL, Ostrander R, Herman KC. Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *J Atten Disord* 2005; 8: 195-207.
101. Elia J, Ambrosini P, Berrettini W. ADHD characteristics: I. Concurrent comorbidity patterns in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2: 15.
102. Bird H, Gould M, Staghezza-Jaramillo B. The comorbidity of ADHD in a community sample of children aged 6 through 16 years. *J Child and Family Studies* 1990; 3: 365-378.
103. MTA Cooperative Group. 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficithyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-1086.

104. Tutkun H: Genel Psikiyatri Servisinde Dissosiyatif Bozukluklar ve Çocukluk Çağı Tacizleri Sıklığı, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, 1996, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
105. Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1988;145:301-305.
106. Rose DA. “Worse than death” psychodynamics of rapevictims and the need for psychotherapy. *Am j Psychiatry* 1986; 143: 817-824.
107. Malekpour, M., *Child abuse: a review of current research*. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 2004. 19 (1-2).
108. Soysal AŞ, Bayoğlu UB, Gücüyener K (2011) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54:148-153.
109. Foto-Özdemir D, Özmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç ŞG, Tekşam Ö, Gökler B et al. (2012) The analysis of child abuse and neglect cases assessed by a multidisciplinary study group between 2005–2008. *Turk J Pediatr*, 54:333-343.
110. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1214-22.
111. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 22:276-85.
112. Carlos D. Reyes-Pérez PhD, Alfonso Martínez-Taboas PhD & Damaris Ledesma-Amador PsyD (2005) Dissociative Experiences in Children with Abuse Histories: A Replication in Puerto Rico, *Journal of Trauma & Dissociation*, 6:1,99-112.

113. Endo, Taro, Toshiro Sugiyama, and Toshiyuki Someya. "Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children." *Psychiatry and clinical neurosciences* 60.4 (2006): 434-438.
114. Putnam FW. *Dissociation in Children and Adolescents*, 1.Baskı, Washington, Williams and Wilkins Press, 1996: 145-153.
115. Zoroglu S.S, Tüzün Ü, Sar V. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin olası sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2 (2):69-78.
116. De Sanctis VA, Nomura Y, Newcorn JH, Halperin JM (2012) Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. *Child Abuse Negl*, 36: 782-789.
117. Sackett LA, Saunders DG (1999) The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence Victims*, 14: 105-117.
118. Margolin G, Gordis E (2000) The effects of family and community violence on children. *Annu Rev Psychol*, 51:445-479.
119. Uzun Ö, Foto Özdemir D, Evinç ŞG, Karadağ F, Akdemir D (2012) Cinsel istismar ve sonuçlarıyla ilgili etkenler. 22. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi "Büyüme" (24-27.04.2012, Bolu), Bildiri Özet Kitabı, s. 69, 2012, Bolu.
120. De Bellis M, Hooper S, Woolley D, Shenk C (2009) Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *J Pediatr Psychol*, 11: 1-8.
121. Kent A, Waller G (2000) Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clin Psychol Rev*, 20 (Suppl. 7):887-903.

122. Yehuda R, Spertus IL, Golier JA (2001) Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. *Review of Psychiatry*, 20 (1):117-158.
123. McElroy EM, Rodriguez CM (2008) Mothers of children with externalizing behavior problems: cognitive risk factors for abuse potential and discipline style and practices. *Child Abuse Negl*, 32: 774-784.
124. Broman-Fulks JJ, Ruggiero KJ, Hanson RF, Smith DW, Resnick HS, Kilpatrick DG et al. (2007) Sexual assault and disclosure in relation to adolescent mental health: results from the national survey of adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36: 260-266.
125. Eisen ML, Qin J, Goodman GS, Davis SL. Memory and suggestibility in maltreated children: age, stress arousal, dissociation, and psychopathology. *J Exp Child Psychol* 2002; 83: 167–212.
126. Lewis DO. Diagnostic Evaluation of the Child with Dissociative Identity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1996; 5: 2: 303-332.
127. Öner, Özgür, et al. "Ergenlerde Sürekli Dikkat Performansı İle Anne Baba, Öğretmen ve Kendini Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki Korelasyon."

EKLER

EK-1. Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan hastalar içindir)

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Ayla Aysev

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Sevgili Arkadaşlar,

Çağımızda Çocuk Psikiyatrisine en sık başvuru nedeni olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, sizin gibi arkadaşlarımızın hem fiziksel hem duygusal açıdan olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Eğer bu hastalığı ilk başta teşhis edersek tedavi daha kolay olmakta ve daha çabuk iyileşmektedir. Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan sizin gibi arkadaşlarımızın ek psikiyatrik rahatsızlıkları varsa belirlemek, sağlıklı arkadaşlarımızla karşılaştırarak varsa bu hastalığa etki eden nedenler hakkında bilgi sahibi olmaktır. Bu amaçla bu çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz.

Bu çalışmaya Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hastalığı olan 9-14 yaş aralığındaki 100 arkadaşımızın katılması planlanmaktadır. Ayrıca 50 sağlıklı arkadaşımızda bu çalışmaya katılarak bize yardımcı olması planlanmaktadır.

Siz bu çalışmada hasta grubunu oluşturmaktasınız.

Sizinle ve ailelerinize psikiyatrik görüşme yapılmasının ardından sizin ve ailelerinizin doldurması için ölçekler verilecektir. Formları doldurmanız yaklaşık 20 dakika kadar, doktorunuzun yapacağı görüşme ise 20-30 dakika kadar sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimleriniz gizli tutulacaktır. Araştırma süresince tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr.Betül Gül Alıç (Tlf No:0536 860 5734) ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ayla Aysev'dir. (Tlf No:0312 595 6677).

Sevgili arkadaşlar, bu çalışmaya katılım kendi isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da size araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

ONAM FORMU

Ben.....; “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi” konulu çalışma bana sözlü olarak açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmaya katılmayı kendi rızamla gönüllü olarak kabul ediyorum.

Hastanın adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

Doktorun adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

VELİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan hastalar içindir)

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Ayla Aysev

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Sayın Veli,

Çağımızda Çocuk Psikiyatrisine en sık başvuru nedeni olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çocuklarımızın hem fiziksel hem duygusal açıdan olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Erken dönemde tanının konulması rahatsızlıkların daha kolay tedavi edilmesine ve sonuçlarında daha başarılı olmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda ek psikiyatrik rahatsızlıkları saptamak, sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırarak varsa riske etki eden faktörler hakkında bilgi sahibi olmaktır. Bu amaçla sizin çocuğunuzun da bu çalışmaya gönüllü olarak katılmasını teklif ediyoruz.

Bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş olan 9-14 yaş aralığındaki 100 çocuk ve ergen çalışma grubu olarak dahil edilecektir. Kontrol grubu olarak benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeydeki 50 sağlıklı çocuk ve ergen alınması planlanmaktadır.

Sizin çocuğunuz bu çalışmada hasta grubunu oluşturmaktadır.

Çocuklar ve sizinle psikiyatrik görüşme yapılmasının ardından çocukların ve ailelerinin doldurması için ölçekler verilecektir. Davranış örüntülerini ortaya koymak için 6-18 yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Öğretmen Bilgi Formu, depresyon açısından değerlendirmek için Çocuk Depresyon Ölçeği, anksiyete belirtilerini değerlendirmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, dissosiyatif belirtilerini değerlendirmek için Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi ve Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği verilecektir. Çocuklarla ayrıca istismara yönelik Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği doldurulacaktır. Formların tarafınızdan doldurulması yaklaşık 20 dakika kadar, doktorunuzun yapacağı görüşme ise 20-30 dakika kadar sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında çocuğunuz için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Çocuğunuzla ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimler gizli tutulacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Araştırma süresince oluşabilecek zarar durumu, tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr.Betül Gül Alıç (Tif No: 0536 860 5734) ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

öğretim üyesi Prof. Dr. Ayla Aysev'dir. (Tlf No:0312 595 6677).Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalında yürütülmesi planlanan bir çalışmadır.

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çocuğunuzu araştırmadan çıkarabilirsiniz. Araştırmacıda çocuğunuzun araştırmaya uyum sağlayamaması veya benzeri nedenlerle çocuğunuzu araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

ONAM FORMU

Ben.....; “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi” konulu çalışma bana sözlü olarak açıklandı.Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Çocuğum..... bu çalışmaya katılmasını kendi rızamla gönüllü olarak kabul ediyorum.

Velinin adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

Doktorun adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Sağlıklı çocuklar içindir)

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Ayla Aysev

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Sevgili Arkadaşlar,

Çağımızda Çocuk Psikiyatrisine en sık başvuru nedeni olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, sizin gibi arkadaşlarımızın hem fiziksel hem duygusal açıdan olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Eğer bu hastalığı ilk başta teşhis edersek tedavi daha kolay olmakta ve daha çabuk iyileşmektedir. Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan sizin gibi arkadaşlarımızın ek psikiyatrik rahatsızlıkları varsa belirlemek, sağlıklı arkadaşlarımızla karşılaştırarak varsa bu hastalığa etki eden nedenler hakkında bilgi sahibi olmaktır. Bu amaçla bu çalışmaya sizin de gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz.

Bu çalışmaya Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hastalığı olan 9-14 yaş aralığındaki 100 arkadaşımızın katılması planlanmaktadır. Ayrıca 50 sağlıklı arkadaşımızda bu çalışmaya katılarak bize yardımcı olması planlanmaktadır.

Siz bu çalışmada sağlıklı çocuklar olarak kontrol grubunu oluşturmaktasınız.

Sizinle ve ailelerinizle psikiyatrik görüşme yapılmasının ardından sizin ve ailelerinizin doldurması için ölçekler verilecektir. Formları doldurmanız yaklaşık 20 dakika kadar, doktorunuzun yapacağı görüşme ise 20-30 dakika kadar sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimleriniz gizli tutulacaktır. Araştırma süresince tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr.Betül Gül Alç (Tlf No 0536 860 5734) ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ayla Aysev'dir. (Tlf No:0312 5956677).

Sevgili arkadaşlar, bu çalışmaya katılım kendi isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da size araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

ONAM FORMU

Ben.....; “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi” konulu çalışma bana sözlü olarak açıklandı.Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmaya katılmayı kendi rızamla gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

Doktorun adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

VELİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Sağlıklı çocuklar içindir)

Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Ayla Aysev

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Sayın Veli,

Çağımızda Çocuk Psikiyatrisine en sık başvuru nedeni olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çocuklarımızın hem fiziksel hem duygusal açıdan olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Erken dönemde tanının konulması rahatsızlıkların daha kolay tedavi edilmesine ve sonuçlarında daha başarılı olmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda ek psikiyatrik rahatsızlıkları saptamak, sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırarak varsa riske etki eden faktörler hakkında bilgi sahibi olmaktır. Bu amaçla sizin çocuğunuzun da bu çalışmaya gönüllü olarak katılmasını teklif ediyoruz.

Bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konmuş olan 9-14 yaş aralığındaki 100 çocuk ve ergen çalışma grubu olarak dahil edilecektir. Kontrol grubu olarak benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzeydeki 50 sağlıklı çocuk ve ergen alınması planlanmaktadır.

Sizin çocuğunuz bu çalışmada kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Çocuklar ve sizinle psikiyatrik görüşme yapılmasının ardından çocukların ve ailelerinin doldurması için ölçekler verilecektir. Davranış örüntülerini ortaya koymak için 6-18 yaş Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Öğretmen Bilgi Formu, depresyon açısından değerlendirmek için Çocuk Depresyon Ölçeği, anksiyete belirtilerini değerlendirmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, dissosiyatif belirtilerini değerlendirmek için Çocuk Dissosiyasyon Soru Listesi ve Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği verilecektir. Çocuklarla ayrıca istismara yönelik Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği doldurulacaktır. Formların tarafınızdan doldurulması yaklaşık 20 dakika kadar, doktorunuzun yapacağı görüşme ise 20-30 dakika kadar sürecektir.

Bu uygulamalar sırasında çocuğunuz için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Çocuğunuzla ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimler gizli tutulacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Araştırma süresince oluşabilecek zarar durumu, tedavi ya da randevularınızı yeniden düzenlemek için yardımcı araştırmacı Dr. Betül Gül Alıç (Tlf No: 0536 860 5734) ile bağlantı kurabilirsiniz. Bu çalışmanın sorumlu araştırmacısı da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Ayla Aysev'dir. (Tlf No:0312 595 6677). Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalında yürütülmesi planlanan bir çalışmadır.

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çocuğunuzu araştırmadan çıkarabilirsiniz. Araştırmacıda çocuğunuzun araştırmaya uyum sağlayamaması veya benzeri nedenlerle çocuğunuzu araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

ONAM FORMU

Ben.....; “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi” konulu çalışma bana sözlü olarak açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Çocuğum..... bu çalışmaya katılmasını kendi rızamla gönüllü olarak kabul ediyorum.

Velinin adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

Doktorun adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

EK-2. Etik Kurul Onayı

“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocuklarda Dissosiyatif ve Diğer Belirtilerin İlişkisi ” isimli çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik araştırmalar etik kurulu komitesinden 2015 yılında onay almıştır.

EK-3. Sosyodemografik Bilgi Formu

İSİM:

DT: SINIF: İLK TANI: DAHA ÖNCEDEN İLAÇ:

ÖZGEÇMİŞ: D.A: ANNEDE PRENATAL SİGARA KULLANIMI: HIPOKSİ:

SOYGEÇMİŞ: ANNE YAŞ: BABA YAŞ:

HANEDE YAŞAYAN 15 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN EĞİTİMLERİ: Anne: Baba:
Kardeşler: Diğer:

AYLIK GELİR (HANEYE GELEN HER TÜRLÜ GELİR TOPLAMI):

MESLEK/İŞ (LİSTEYE BAKIN): Anne: Baba:

MÜLKİYET: Oturulan eve sahiplik: Oturulan evden başka ev sahibi olma: Otomobil sahibi olma:

DİĞER SAHİP OLUNANLAR: Evde kalorifer: Bulaşık makinesi: Birden fazla televizyon:

DVD Player: İnternet Bağlantısı:

ANNEDE PSK TANI: BABADA PSİKİYATRİK TANI:

S.E.S: (Kalaycıoğlu ve ark., 2010, YÖNERGEYE BAKIN)

EK-4. Çocuk Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılmıştır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için bugün ~~dahisın~~ iki hafta içinde sizin durumunuza en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A.) 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2. Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3. Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B.) 1. İşlerim hiç bir zaman yolunda gitmeyecek.
2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3. İşlerim yolunda gidecek.
- C.) 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3. Herşeyi yanlış yaparım.
- D.) 1. Birçok şeyden hoşlanırım.
2. Bazı şeylerden hoşlanırım.
3. Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E.) 1. Herzaman kötü bir çocuğum.
2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum
3. Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F.) 1. Arada sırada başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm.
2. Sık sık başıma kötü birşeylerin geleceğini düşünürüm.
3. Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim.
- G.) 1. Kendimden nefret ederim.
2. Kendimi beğenmem
3. Kendimi beğenirim
- H.) 1. Bütün kötü şeyler benim hatam
2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I.) 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem
2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam
3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum
- J.) 1. Hergün içimden ağlamak gelir.
2. Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J.) 1. Herşey hergün beni sıkır
2. Herşey sık sık beni sıkır.
3. Herşey arada sırada beni sıkır

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

- Ü) 1. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3. Diğer çocuklar kadar iyiyim.

- V) 1. Kimse beni sevmez.
2. Beni seven insanların olup olmadığını emin değilim.
3. Beni seven insanların olduğundan eminim.

- Y) 1. Bana söyleneni genellikle yaparım.
2. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

- Z) 1. İnsanlarla iyi geçinirim.
2. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-5. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği



6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

| | |
|---|---|
| No: _____ | |
| ÇOCUĞUN ADI, SOYADI | EV ADRESİ ve TEL NO: |
| CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ | YAŞI: |
| BUGÜNÜN TARİHİ GÜN.....AY.....YIL..... | ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ GÜN.....AY.....YIL..... |
| SINIFI: | Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıtacak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkür ederiz. |

I. Çocuğunuzun yapmaktan hoşlandığı sporları a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

| | Çocuğunuzun her birine ne kadar zaman ayırır? | | | | Çocuğunuz her birinde ne kadar beğenilir? | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Normalden az | Normal | Normalden fazla | Bilmiyorum | Normalden az | Normal | Normalden fazla | Bilmiyorum |
| <input type="checkbox"/> Hiç yok | | | | | | | | |
| a. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Çocuğunuzun spor dışındaki ilgi alanlarını, uğraş, oyun ve aktivitelerini a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Bilgisayar, satranç, araba akvaryum, el işi, kitap, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız.)

| | Çocuğunuzun her birine ne kadar zaman ayırır? | | | | Çocuğunuz her birinde ne kadar beğenilir? | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Normalden az | Normal | Normalden fazla | Bilmiyorum | Normalden az | Normal | Normalden fazla | Bilmiyorum |
| <input type="checkbox"/> Hiç yok | | | | | | | | |
| a. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. Çocuğunuzun üyesi olduğu kuruluş, kulüp ya da takımları a, b, c, şıklarına yazınız. Örneğin: Spor, müzik, izcilik, folklor gibi.

| | Çocuğunuz her birinde ne kadar beğenilir? | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Bilmiyorum | Az Aktif | Normal | Çok Aktif |
| <input type="checkbox"/> Hiç yok | | | | |
| a. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Çocuğunuzun evde ya da dışında yaptığı işleri a, b, c, şıklarına yazınız. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, bahçe-tarla işleri, hayvancılık, elektrik-su faturası yatırma, çocuk bakımı, sofa kurma-kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan herşeyi katınız.

| | Çocuğunuz her birinde ne kadar beğenilir? | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Bilmiyorum | Normalden Az | Normal | Normalden Fazla |
| <input type="checkbox"/> Hiç yok | | | | |
| a. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Copyright 2001 T. Achenbach, ASEBA, University of Vermont, www.ASEBA.org
Türkçe Çeviri ve Uyarlama Neşe Erol tarafından
T.M. Achenbach'ın izniyle yapılmış ve basılmıştır (2002, 1007, 2009).
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

6-1-01 Baskısı 301

- V. 1- Çocuğunuzun yakdaşık olarak kaç yakın arkadaşları vardır? (Kardeşlerini katmayınız)
- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hiç yok | 1 | 2 ya da 3 | 4 ya da fazla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 2- Çocuğunuzun okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur? (Kardeşlerini katmayınız)
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 den az | 1 ya da 2 | 3 ya da daha fazla |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VI. Yaşlılarıyla karşılaştığında çocuğunuzun:

| | Kötü | Normal Sayılır | Otlukça İyidir | Kardeşi Yoktur |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Kardeşleriyle arası nasıldır? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Diğer çocuklarla arası nasıldır? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Size karşı davranışları nasıldır? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz:

| | Başarısız | Orta | Başarılı | Çok Başarılı |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Türkçe / Türk Dili Edebiyatı | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hayat Bilgisi / Sosyal Bilgiler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Matematik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Fen Bilgisi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar. (Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız) | | | | |
| e. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2- Çocuğunuzun özel alt sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

- Hayır Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul? _____

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

- Hayır Evet- Kaçınıcı sınıfta ve nedeni? _____

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

- Hayır Evet- açıklayınız _____

Bu sorunlar ne zaman başladı? _____

Sorunlar bitti mi?

- Hayır Evet- Ne zaman? _____

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engelli var mıdır?

- Hayır Evet- açıklayınız _____

Çocuğunuzun etli en çok üzen, kaygılandırıcı ve öfkelenendiren özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en beğenmediğiniz özellikleri nelerdir?

Lütfen yan sayfaya geçiniz.

Aşağıda çocuk ve gençleri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde çocuğun şu anda ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde için çok ya da sıklıkta doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru Değil (Bildiğiniz kadarıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkta Doğru

- | | | | | | |
|-------|-----|---|-------|-----|---|
| 0 1 2 | 1. | Yaşından çok daha çocuksu davranır | 0 1 2 | 34. | Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye ya da açığını yakalamaya çalıştığı hisse kapılır |
| 0 1 2 | 2. | Anne ve babanın izni olmadan içki içer | 0 1 2 | 35. | Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder |
| 0 1 2 | 3. | Çok tartışan bir çocuktur | 0 1 2 | 36. | Bir yerlerini kaza ile sık sık incitir |
| 0 1 2 | 4. | Başladığı etkinlikleri (oyunu, dersleri, işleri) bitirmez | 0 1 2 | 37. | Çok kavga çıkarır, kavgaya karışır |
| 0 1 2 | 5. | Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır | 0 1 2 | 38. | Çok fazla sataşılır, dalga geçilir |
| 0 1 2 | 6. | Kakasını tuvaletten başka yere yapar | 0 1 2 | 39. | Başı belada olan kişilerle dolaşır |
| 0 1 2 | 7. | Bir şeylerle övünür, başkalarına hava atar | 0 1 2 | 40. | Olmayan sesler ve konuşmalar işitir (açıklayınız): |
| 0 1 2 | 8. | Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz | | | |
| 0 1 2 | 9. | Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi) (açıklayınız): | 0 1 2 | 41. | Düşünmeden hareket eder, akına eseni yapar |
| 0 1 2 | 10. | Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur | 0 1 2 | 42. | Başkalarıyla birlikte olmaktansa yalnız olmayı tercih eder |
| 0 1 2 | 11. | Gereken gayreti göstermeden, sırtını tamamen büyüklerle dayayıp herşeyi onlardan bekler | 0 1 2 | 43. | Yalan söyler, hile yapar ve aldattır |
| 0 1 2 | 12. | Yalnızlıktan şikayet eder | 0 1 2 | 44. | Tımkandını yer |
| 0 1 2 | 13. | Kafası karışık, zihni bulanıktır | 0 1 2 | 45. | Sinirli ve gergindir |
| 0 1 2 | 14. | Çok ağlar | 0 1 2 | 46. | Kasları oynar, seğirmeleri ve tikleri vardır (açıklayınız): |
| 0 1 2 | 15. | Hayvanlara eziyet eder | | | |
| 0 1 2 | 16. | Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder | 0 1 2 | 47. | Geceleri kabus görür |
| 0 1 2 | 17. | Hayal kurar, hayallere dalıp gider | 0 1 2 | 48. | Başka çocuklar tarafından sevilmez |
| 0 1 2 | 18. | Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur | 0 1 2 | 49. | Kabızlık çeker |
| 0 1 2 | 19. | Hep dikkat çekmeye çalışır | 0 1 2 | 50. | Çok korkak ve kaygılıdır |
| 0 1 2 | 20. | Eşyalarına zarar verir | 0 1 2 | 51. | Başı döner, gözleri kararır |
| 0 1 2 | 21. | Allesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir | 0 1 2 | 52. | Kendini çok suçlu hisseder |
| 0 1 2 | 22. | Evde söz dinlemez | 0 1 2 | 53. | Aşırı yer |
| 0 1 2 | 23. | Okulda söz dinlemez | 0 1 2 | 54. | Sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur |
| 0 1 2 | 24. | İştahsızdır | 0 1 2 | 55. | Fazla kiloludur |
| 0 1 2 | 25. | Başka çocuklarla geçinemez | | | 56. Sağlık sorunu olmadığı halde; |
| 0 1 2 | 26. | Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırmaz | 0 1 2 | a. | Ağrı ve sızılardan yakınır (baş ve karn ağrısı dışında) |
| 0 1 2 | 27. | Kolay kıskanır | 0 1 2 | b. | Baş ağrılarından yakınır (şikayet eder) |
| 0 1 2 | 28. | Ev, okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir | 0 1 2 | c. | Bulantı, kusma duygusu olur |
| 0 1 2 | 29. | Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız): | 0 1 2 | d. | Gözle ilgili şikayetleri olur (Gözlek, lens kullanma dışında açıklayınız): |
| 0 1 2 | 30. | Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır | | | |
| 0 1 2 | 31. | Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar | 0 1 2 | e. | Döküntüler, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur |
| 0 1 2 | 32. | Kusursuz, dört dörtlük ve her konuda başarılı olması gerektiğine inanır | 0 1 2 | f. | Mide - karn ağrısından şikayet eder |
| 0 1 2 | 33. | Kimeenin onu sevmediğinden yakınır | 0 1 2 | g. | Kusmaları olur |
| | | | 0 1 2 | h. | Diğer (açıklayınız): |

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

0: Doğru Değil (Bildiğiniz kadarıyla)**1: Bazen ya da Biraz Doğru****2: Çok ya da Sıklıkla Doğru**

- 0 1 2 57. İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur
- 0 1 2 58. Burnunu kaşıtır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpiğini koparır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 59. Herkesin içinde cinsel organıyla oynar
- 0 1 2 60. Cinsel organıyla çok fazla oynar
- 0 1 2 61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz
- 0 1 2 62. El, kol, bacak hareketlerini ayarlama güçlük çeker, sakardır
- 0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklara vakit geçirmeyi tercih eder
- 0 1 2 64. Kendinden küçüklerle vakt geçirmeyi tercih eder
- 0 1 2 65. Konuşmayı reddeder
- 0 1 2 66. İstemeyerek de olsa belli bazı davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız):
-
- 0 1 2 67. Evden kaçar
- 0 1 2 68. Çok bağırır
- 0 1 2 69. Sırlarını kendine saklar, hiç kimseye paylaşmaz
- 0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):
-
- 0 1 2 71. Topuluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar
- 0 1 2 72. Yangın çıkarır
- 0 1 2 73. Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 74. Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar
- 0 1 2 75. Çok utangaç ve çekingendir
- 0 1 2 76. Diğer çocuklardan daha az uyur
- 0 1 2 77. Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız):
-
- 0 1 2 78. Dikkati kolayca dağılır
- 0 1 2 79. Konuşma problemi vardır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 80. Boş gözlerle bakar
- 0 1 2 81. Evden birşeyler çalar
- 0 1 2 82. Ev dışındaki başka yerlerden birşeyler çalar
- 0 1 2 83. İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız):
-
- 0 1 2 84. Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belli bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız):
-

- 0 1 2 85. Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayılan, sözcükleri tekrarlama ve bunları zihninden atamama gibi) (açıklayınız):
-
- 0 1 2 86. İnatçı ve huysuzdur
- 0 1 2 87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir
- 0 1 2 88. Çok sık küser
- 0 1 2 89. Şüphelidir, kuşku duyar
- 0 1 2 90. Küfürlü ve açık saçık konuşur
- 0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder
- 0 1 2 92. Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız):
-
- 0 1 2 93. Çok konuşur
- 0 1 2 94. Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer
- 0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir
- 0 1 2 96. Cinsel konuları fazla düşünür
- 0 1 2 97. İnsanları tehdit eder
- 0 1 2 98. Parmak emer
- 0 1 2 99. Sigara içer, tütün çişner
- 0 1 2 100. Uyumakta zorlanır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 101. Okuldan kaçar, dersini asar
- 0 1 2 102. Hareketleri yavaştır, enerji değildir
- 0 1 2 103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (defresyondadır)
- 0 1 2 104. Çok gürlütücüdür
- 0 1 2 105. Sağlık korunu olmadığı halde madde kullanır (içki ve sigarayı katmayınız) (açıklayınız):
-
- 0 1 2 106. Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir, zorbalık eder
- 0 1 2 107. Gündüz altını ıslatır
- 0 1 2 108. Gece yatağını ıslatır
- 0 1 2 109. Mızırdanır, sızlanır
- 0 1 2 110. Karşı cinsiyetten biri olmayı ister
- 0 1 2 111. İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz
- 0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder
- 0 1 2 113. Çocuğunun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunları varsa lütfen yazınız:
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

EK-6. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Öğretmen Bilgi Formu



6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

Öğretmen

Sayın öğretmen: öğrencinizle ilgili vereceğiniz bilgiler, çocukların anne-babalarından, yaşlılarından, kendilerinden ve biz klinisyenler gibi farklı bilgi kaynaklarından elde edilen bilgilerle karşılaştırılacaktır. Her bir maddeye vereceğiniz yanıt öğrencinizin genel davranışını belirlemeye katkıda bulunacaktır. Maddelerin tümünü işaretlemeye çalışınız. Ekleme istediğiniz bilgiler ve öneriler olursa lütfen boşluklara ve arka sayfaya yazınız. Teşekkür ederiz.

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| ÖĞRENCİNİN ADI, SOYADI | | ADRESİ: | No: | |
| CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ | | YAŞI: | ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız, örneğin emekli ilkokul öğretmeni, şoför, oto tamircisi, avukat gibi.) | |
| BUGÜNÜN TARİHİ GÜN.....AY.....YIL..... | | DOĞUM TARİHİ (Biliniyorsa) GÜN.....AY.....YIL..... | BABANIN İŞİ : | |
| SINIFI: | | OKULUN ADI ve ADRESİ | ANNENİN İŞİ : | |
| | | | Formu Dolduranın Adı-Soyadı | |
| | | | Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın | |
| | | | Okuldaki göreviniz; | |
| | | | <input type="checkbox"/> Sınıf öğretmeni <input type="checkbox"/> Psikolojik danışman | |
| | | | <input type="checkbox"/> Özel eğitmen <input type="checkbox"/> Okul Müdürü | |
| | | | <input type="checkbox"/> Ders öğretmeni <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız) | |
| | | | <input type="checkbox"/> Okul Psikoloğu | |

I. Bu öğrenciyi ne kadar zamandır tanıyorsunuz?

II. Bu öğrenciyi ne kadar iyi tanıyorsunuz?

1. İy tanıyorum 2. Oldukça iyi tanıyorum 3. Çok iyi tanıyorum

III. Bu öğrenciye haftada kaç saat dersiniz var?

IV. Okulun türü ve uygulanan eğitim sistemini lütfen belirtiniz.

1. Devlet Okulu 1. Tam gün
2. Özel Okul 2. Yarım gün
3. Üçlü eğitim

V. Öğrencinizin herhangi bir alanda özel eğitime ihtiyacı var mıdır?

- Bilmiyorum 0. Hayır 1. Evet-Ne tür

VII. Şu andaki okul başarısı nasıldır - Dersleri sıralayıp uygun sütünü lütfen işaretleyiniz:

| DERS | Sınıf düzeyinin çok altında | Sınıf düzeyinin altında | Sınıf düzeyinde | Sınıf düzeyinin üstünde | Sınıf düzeyinin çok üstünde |
|---------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| VIII. Yaşlılarıyla karşılaştırdığınızda öğrenciniz; | Çok az | Oldukça az | Az | Normal sayılır | Oldukça fazla | Çok fazla |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Derslerinde başarılı mıdır? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Uyumlu mudur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Kolay öğrenir mi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mutlu mudur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IX. Bu yıl öğrencinize okulda herhangi bir anket ya da ölçek uygulandı mı?

Hayır Evet-adı? _____

X. Bu yıl öğrencinize okulda zeka ya da yetenek testleri uygulandı mı? Hayır Evet- (Testlerin adı) Sonucu

Öğrencinizin herhangi bir fiziksel hastalığı, ya da zihinsel engeli var mıdır?

Hayır Evet-açıklayınız _____

Öğrencinizin sizi en çok üzen, kaygılandırıcı özellikleri nelerdir? _____

Öğrencinizin sizi en beğendiğiniz özellikleri nelerdir? _____

Öğrencinizin ders durumu, davranışları, yetenek ve becerileri ile ilgili görüş ve önerilerinizi lütfen yazınız:

Lütfen yan sayfaya geçiniz.

ÖĞRETMEN BİLGİ FORMU

Aşağıda öğrencileri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde öğrencinizin şu andaki ya da son 2 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde öğrenciniz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız

0: Doğru Değil (Bildiginiz kadarıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

- | | |
|---|---|
| <p>0 1 2 1. Yaşından çok daha çocuksu davranır</p> <p>0 1 2 2. Sınıfta mırıldanır, ya da tuhaf sesler çıkarır</p> <p>0 1 2 3. Çok tartışan bir çocuktur</p> <p>0 1 2 4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, desleri, işleri) bitirmez</p> <p>0 1 2 5. Hoşlandığı çok şey vardır</p> <p>0 1 2 6. Okul personeline karşı gelir, ters cevap verir</p> <p>0 1 2 7. Övünür, başkalarına hava atar</p> <p>0 1 2 8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz</p> <p>0 1 2 9. Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi) (açıklayınız): _____</p> <p>0 1 2 10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur</p> <p>0 1 2 11. Gereken gayret göstermeden, sırtını tamamen büyüklere dayayıp herşeyi onlardan bekler</p> <p>0 1 2 12. Yalnızlıktan şikayet eder</p> <p>0 1 2 13. Kafası karışık, zihni bulanıktır</p> <p>0 1 2 14. Çok ağlar</p> <p>0 1 2 15. Sürekli bir şeylerle oynar, eli ayağı durmaz, kıpır kıpırdır</p> <p>0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır</p> <p>0 1 2 17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider</p> <p>0 1 2 18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur</p> <p>0 1 2 19. Hep dikkat çekmeye çalışır</p> <p>0 1 2 20. Kendi eşyalarna zarar verir</p> <p>0 1 2 21. Başkalarının eşyalarna zarar verir</p> <p>0 1 2 22. Komutları izlemekte zorlanır</p> <p>0 1 2 23. Okulda söz dinlemez</p> <p>0 1 2 24. Diğer öğrencileri rahatsız eder</p> <p>0 1 2 25. Diğer öğrencilerle pek geçinemez</p> <p>0 1 2 26. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırmaz gibi görünür</p> <p>0 1 2 27. Kolay kıskanır</p> <p>0 1 2 28. Okul kurallarına uymaz, karşı gelir</p> <p>0 1 2 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız): _____</p> <p>0 1 2 30. Okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır</p> <p>0 1 2 31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar</p> <p>0 1 2 32. Kusursuz, dört dörtlük ve her konuda başarılı olması gerektiğine inanır</p> <p>0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğinden yakını</p> | <p>0 1 2 34. Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye ya da açığı yakalamaya çalıştığı hissine kapılır</p> <p>0 1 2 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder</p> <p>0 1 2 36. Bir yerlerini kaza ile sık sık incitir</p> <p>0 1 2 37. Çok kavgaya çıkarır, kavgaya karşı</p> <p>0 1 2 38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir, çocuklar ona rahat vermez</p> <p>0 1 2 39. Başlı belada olan kişilerle dolaşır</p> <p>0 1 2 40. Olmayan sesler ve konuşmalar işitir (açıklayınız): _____</p> <p>0 1 2 41. Düşünmeden hareket eder, akına eseni yapar</p> <p>0 1 2 42. Başkalarıyla birlikte olmaktansa yalnız olmayı tercih eder</p> <p>0 1 2 43. Yalan söyler, hile yapar ve aldatır</p> <p>0 1 2 44. Tımaclarını yer</p> <p>0 1 2 45. Sinirli ve gergindir</p> <p>0 1 2 46. Kasları oynar, seçirmeleri ve tikleri vardır: _____</p> <p>0 1 2 47. Kurallara aşırı uyar</p> <p>0 1 2 48. Diğer öğrenciler tarafından sevilmez</p> <p>0 1 2 49. Öğrenmede güçlük çeker</p> <p>0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır</p> <p>0 1 2 51. Başlı döner, gözleri kararır</p> <p>0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder</p> <p>0 1 2 53. Sırasını beklemeden konuşur</p> <p>0 1 2 54. Sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur</p> <p>0 1 2 55. Fazla kiloludur</p> <p>56. Sağlık sorunu olmadığı halde;</p> <p>0 1 2 a. Ağrı ve sızılardan yakını (baş ve karnı ağrısı dışında)</p> <p>0 1 2 b. Baş ağrılarında yakını (şikayet eder)</p> <p>0 1 2 c. Bulantı, kusma duygusu olur</p> <p>0 1 2 d. Gözle ilgili şikayetleri olur (Gözlek, lens kullanma dışında açıklayınız): _____</p> <p>0 1 2 e. Döküntüler, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur</p> <p>0 1 2 f. Mide - karnı ağrısından şikayet eder</p> <p>0 1 2 g. Kusmaları olur</p> <p>0 1 2 h. Diğer (açıklayınız): _____</p> |
|---|---|

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

0: Doğru Değil (Bildiginiz kadarıyla)**1: Bazen ya da Biraz Doğru****2: Çok ya da Sıklıkla Doğru**

- 0 1 2 57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur, vurur
- 0 1 2 58. Burnunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpiğini koparır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 59. Sınıfta uyur
- 0 1 2 60. Hevessiz, isteksizdir, umursamaz
- 0 1 2 61. Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz
- 0 1 2 62. El, kol, bacak hareketlerini ayarlama güçlüğü çeker, sakardır
- 0 1 2 63. Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi tercih eder
- 0 1 2 64. Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi tercih eder
- 0 1 2 65. Konuşmayı reddeder
- 0 1 2 66. İstemeyerek de olsa belli bazı davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız):
-
- 0 1 2 67. Sınıf disiplinini bozar
- 0 1 2 68. Çok bağırır
- 0 1 2 69. Sırlarını kendine saklar, hiç kimseye paylaşmaz
- 0 1 2 70. Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):
-
- 0 1 2 71. Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar
- 0 1 2 72. Dağınık, düzensiz çalışır
- 0 1 2 73. Sorumsuzca davranır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 74. Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar
- 0 1 2 75. Çok utangaç ve çekingendir
- 0 1 2 76. Birden parlar, ne yapacağı belli olmaz
- 0 1 2 77. İstekleri anında yapılmazsa hevesi çabuk kırılır, çabuk vazgeçer
- 0 1 2 78. Dikkati kolayca dağılır
- 0 1 2 79. Konuşma problemi vardır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 80. Boş gözlerle bakar
- 0 1 2 81. Eleştirilince kırılır
- 0 1 2 82. Başkalarına ait bazı şeyleri çalar (okul eşyası gibi)
- 0 1 2 83. İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız):
-
- 0 1 2 84. Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belli bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız):
-

- 0 1 2 85. Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayıları, sözcükleri tekrarlama ve bunları zihninden atamama gibi) (açıklayınız):
-
- 0 1 2 86. İnatçı ve huysuzdur
- 0 1 2 87. Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir
- 0 1 2 88. Çok sık küser
- 0 1 2 89. Şüphelidir, kuşku duyar
- 0 1 2 90. Küfürlü ve açık saçık konuşur
- 0 1 2 91. Kendini öldürmekten söz eder
- 0 1 2 92. Başarısızdır, yeterince çaba göstermez, varolan gücünü kullanmaz
- 0 1 2 93. Çok konuşur
- 0 1 2 94. Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer
- 0 1 2 95. Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir
- 0 1 2 96. Cinsel konuları fazlaca düşünür
- 0 1 2 97. İnsanları tehdit eder
- 0 1 2 98. Okula, sınıfa geç gelir
- 0 1 2 99. Sigara içer, tütün çiğner
- 0 1 2 100. Kendine verilen görevleri yerine getirmez
- 0 1 2 101. Okuldan kaçır, açıklaması olmayan devamsızlığı vardır
- 0 1 2 102. Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir
- 0 1 2 103. Mutsuz, üzgün ve çökkündür (defresyondadır)
- 0 1 2 104. Çok gürlütcüdür
- 0 1 2 105. İçki içer ya da sağlık sorunu olmadığı halde madde kullanır (açıklayınız):
-
- 0 1 2 106. Başkalarını memnun etme kaygısı çok fazladır
- 0 1 2 107. Okulu sevmez
- 0 1 2 108. Hata yapmaktan korkar
- 0 1 2 109. Mızırdanır, sızlanır
- 0 1 2 110. Dış görünüşü temiz değildir
- 0 1 2 111. İçine kapanıktır, başkalarına katılmaz
- 0 1 2 112. Evhamlıdır, her şeyi dert eder
- 0 1 2 113. Öğrencinin yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunları varsa lütfen yazınız:
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

LÜTFEN TÜM MADDELERİ YANITLAYINIZ

EK-7.Çocuklar İçin Süreklilik Kaygı Evanteri

Nasıl Hissediyorum Anketi

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. 'Hemen hemen hiç' mi, 'bazen' mi yoksa 'sık sık' mı. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **Genellikle** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

| | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------|--------------------------|---------|
| Yanlış yapacağım diye endişelenirim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Ağlayacak gibi olurum | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Kendimi mutsuz hissedirim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Karar vermekte güçlük çekerim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Çok fazla endişelenirim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Evde sinirlerim bozulur | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Utangacım | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Sıkıntılıyım | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Okul beni endişelendirir | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Nedenini bilmediğim korkularım var | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Annem ve babam için endişelenirim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Ellerim terler | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Karnımda bir rahatsızlık hissedirim | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |
| Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir | <input type="checkbox"/> | hemen hemen hiç | <input type="checkbox"/> | bazen | <input type="checkbox"/> | sık sık |

EK-8.Çocuklar İçin Durumluluk Kaygı Evanteri

Nasıl Hissediyorum Anketi

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve **bu anda** nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra **sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun**. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **Tam bu anda , bu dakikada** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

| | | | |
|----------------------|--|--|---|
| 1. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok sakin hissediyorum | <input type="checkbox"/> sakin hissediyorum | <input type="checkbox"/> sakin hissetmiyorum |
| 2. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok öfkeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> öfkeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> öfkeli hissetmiyorum |
| 3. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok huzurlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzurlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzurlu hissetmiyorum |
| 4. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok sinirli hissediyorum | <input type="checkbox"/> sinirli hissediyorum | <input type="checkbox"/> sinirli hissetmiyorum |
| 5. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok huzursuz hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzursuz hissediyorum | <input type="checkbox"/> huzursuz hissetmiyorum |
| 6. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok dinlenmiş hissediyorum | <input type="checkbox"/> dinlenmiş hissediyorum | <input type="checkbox"/> dinlenmiş hissetmiyorum |
| 7. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok ürkmüş hissediyorum | <input type="checkbox"/> ürkmüş hissediyorum | <input type="checkbox"/> ürkmüş hissetmiyorum |
| 8. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok rahatlamış hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatlamış hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatlamış hissetmiyorum |
| 9. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok endişeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> endişeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> endişeli hissetmiyorum |
| 10. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok hoşnut hissediyorum | <input type="checkbox"/> Hoşnut hissediyorum | <input type="checkbox"/> hoşnut hissetmiyorum |
| 11. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok korkmuş hissediyorum | <input type="checkbox"/> Korkmuş hissediyorum | <input type="checkbox"/> korkmuş hissetmiyorum |
| 12. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok mutlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> mutlu hissediyorum | <input type="checkbox"/> mutlu hissetmiyorum |
| 13. Kendimden | <input type="checkbox"/> çok eminim | <input type="checkbox"/> eminim | <input type="checkbox"/> emin değilim |
| 14. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok iyi hissediyorum | <input type="checkbox"/> iyi hissediyorum | <input type="checkbox"/> iyi hissetmiyorum |
| 15. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok başım dertte hissediyorum | <input type="checkbox"/> başım dertte hissediyorum | <input type="checkbox"/> başım dertte hissetmiyorum |
| 16. Birşeylerin beni | <input type="checkbox"/> çok rahatsız ettiğini hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissediyorum | <input type="checkbox"/> rahatsız ettiğini hissetmiyorum |
| 17. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok keyifli hissediyorum | <input type="checkbox"/> keyifli hissediyorum | <input type="checkbox"/> keyifli hissetmiyorum |
| 18. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok dehşete kapılmış hissediyorum | <input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissediyorum | <input type="checkbox"/> dehşete kapılmış hissetmiyorum |
| 19. Kafamda | <input type="checkbox"/> herşeyi çok karmakarışık hissediyorum | <input type="checkbox"/> herşeyi karmakarışık hissediyorum | <input type="checkbox"/> herşeyi karmakarışık hissetmiyorum |
| 20. Kendimi | <input type="checkbox"/> çok neşeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> neşeli hissediyorum | <input type="checkbox"/> neşeli hissetmiyorum |

EK-9. Çocuk Disosiyasyon Soru Listesi

ÇOCUK DİSOSİYASYON SORU LİSTESİ

CHILD DISSOCIATIVE CHECKLIST (CDC) (Version 3.0 - 2/90) Frank W. Putnam, M.D.
Çevirenler: Dr. Salih Zoroğlu, Doç. Dr. Ümran Tüzün, Prof. Dr. Vedat Şar.

Sosyodemografik Bilgiler:

Tarih:

- 1.Çocuğunuzun İsmi:.....
- 2.Çocuğunuzun Cinsi: Kız () Erkek ()
- 3.Çocuğunuzun Doğum Tarihi: (gün/ay/yıl)
- 4.Testi Cevaplayan Kim? Anne ()Baba () Kardeş () Bakıcı ()
Diğer ()..... (kimliğinizi yazın, teyze, hala, amca vb)
- 5.Annenin yaşı:..... 6.Annenin İşi:.....
7. (Eğer çalışıyorsa) Annenin ortalama aylık geliri:.....
- 8.Babanın Yaşı:..... 9.Babanın İşi:.....
- 10.Babanın ortalama aylık geliri:.....
- 11.Annenin eğitimi: 1-Okumamış () 2-İlkokul () 3-Ortaokul () 4-Lise () 5-Üniversite ()
- 12.Babanın Eğitimi: 1-Okumamış () 2-İlkokul () 3-Ortaokul () 4-Lise () 5-Üniversite ()
- 13.Kaç Çocuğunuz var ?.....
- 14.Hakkında form doldurduğunuz çocuk kaçınıcı çocuğunuz ?.....

ÇOCUK DİSOSİYASYON SORU LİSTESİ

Aşağıdaki listede çocukların bazı davranışları tanımlanmaktadır. Toplam 20 adet tanımlama paragrafının sol tarafında değerlendirme kısmı bulunmaktadır. Bu tanımlanan davranış ve özelliklerin çocuğunuzda bulunup bulunmadığını düşününüz ve değerlendiriniz. Daha sonra da değerlendirme (puanlama) kısmında tarif edilen şekilde değerlendiriniz. Bu değerlendirmeyi yaparken çocuğunuzun şimdiki ve son bir yıl içindeki durumunu göz önünde bulundurunuz.

-0- Tanımlanan davranış ve özellik çocuğunuzda hiç bulunmuyor ise 0 'ı işaretleyiniz.

-1- Tanımlanan davranış ve özellik çocuğunuzda arada sırada veya bazen gözleniyorsa 1'i işaretleyiniz

-2- Tanımlanan davranış ve özellik çocuğunuz için tamamen doğru veya genellikle doğru ise yahut sıklıkla gözleniyorsa 2'yi işaretleyiniz.

0 1 2 **1.** Çocuk, başından geçtiği bilinen üzücü ya da acı veren yaşantıları hatırlamaz ya da inkar eder.

0 1 2 **2.** Çocuk bazen dalgınlaşır ve dalar gider. Bu durumdayken transa girmiş gibi ya da kendinden geçmiş gibi görünebilir. Bu haline bakarak öğretmenleri onun okulda sık sık hayal kurduğunu söyleyebilirler.

0 1 2 **3.** Çocuk, kişilik olarak hızlı değişimler gösterir. Örneğin çekingen bir çocukken, girişken olabilir veya kadınsı tavırlar gösterirken erkeksi tavırlar göstermeğe başlayabilir veya korkak bir çocukken saldırgan bir çocuk halini alabilir.

0 1 2 **4.** Çocuk, bilmesi gerekli olan bazı şeyler hakkında beklenmedik ve alışılmadık bir unutkanlık veya şaşkınlık gösterir. Örneğin öğretmenlerinin, arkadaşlarının ya da diğer bazı önemli insanların isimlerini unutabilir. Kesin bildiği (ev, okul vb. gibi) adresleri karıştırabilir ya da unutabilir bu nedenle kaybolabilir. Bu nedenle eşyalarını kaybeder

0 1 2 **5.** Çocuğun zamanı kavraması zayıftır. Öğleden sonra iken sabah diye düşünebilir, günleri karıştırabilir ya da bir olayın ne zaman olduğunu karıştırabilir.

0 1 2 **6.** Çocuk, günden güne hatta saatten saate yeteneklerinde, bilgilerinde, yemek seçiminde, ve spor becerilerinde farklılıklar gösterir. Örneğin el yazısı değişkenlik gösterebilir ya da daha önce öğrenmiş olduğu çarpım tablosu, imla ve alet kullanma gibi bilgileri ve becerilerinde değişkenlikler oluşabilir. Sanat ve spor becerilerinde de farklılıklar gözlenir. Çok iyi yaptığı bir şeyi başka bir zaman hiç yapamayabilir ya da daha kötü yapabilir.

0 1 2 **7.** Çocuk, ani olarak yaşından küçük bir çocuk gibi davranışlar gösterir ve adeta yaşı birden küçülmüş gibi olur. Sözelimi 11 yaşındaki bir çocuk bebek gibi konuşmağa başlayabilir, parmak emebilir veya 4 yaşındaki bir çocuk gibi çizgiler çizebilir.

0 1 2 **8.** Çocuğun, yaşadığı olaylardan ders çıkarmada zorluğu vardır. Açıklamalardan, disiplinden veya cezalandırmalardan etkilenerek davranışlarını değiştirmez.

0 1 2 **9.** Çocuk, açık deliller bulunsa bile yalan söylemeye veya yaramazlıklarını ve uygunsuz davranışlarını inkar etmeğe devam eder.

0 1 2 **10.** Çocuk, kendisinden bahsederken “ben” diyeceği yerde sanki bir başkasından bahsediyor gibi “O” der. Veya “benim” diyeceği yerde “O’nun” der. Gerçekte kendi yaptığı şeyleri ya da kendisi ile ilgili bir olayı sanki bir başkasının başından geçmiş gibi anlatabilir. Bazen de kendi ismi yerine başka bir isimle çağrılması konusunda ısrar edebilir.

0 1 2 **11.** Çocuğun, hızlı bir şekilde değişen baş ağrısı ya da mide bulantısı gibi bedensel şikayetleri vardır. Örneğin bir dakika önce baş ağrısından şikayet ederken, sonra bunu tamamen unuttur.

0 1 2 **12.** Çocuk, cinsel olarak yaşına göre erken bir gelişme gösterir ve diğer çocuklarla ya da yetişkinlerle yaşına uygun olmayan cinsel davranışlara girişebilir.

0 1 2 **13.** Çocukta, bir sebebe bağlanmayan yaralanmalar ortaya çıkar. (elinde, kolunda, vücudunda kesikler, çizikler, morluklar vb.) Veya kendi vücuduna kasıtlı olarak zarar verir. (kafasını duvara vurur, vücudunu keser, çizer. Saçını yolar. vb. davranışlar)

0 1 2 **14.** Çocuk, kendisiyle konuşan sesler duyduğunu söyler. Bu sesler dostça ya da kızgın olabilirler. İyi ya da kötü şeyler söyleyebilirler. Bu sesler çocuğun "hayali arkadaşlarından" gelebilir veya anne babanın, arkadaşların ya da öğretmenlerin sesine benzeyebilir.

0 1 2 **15.** Çocuğun,adeta canlı gibi hayali arkadaşı ya da hayali arkadaşları vardır. Bazen çocuk yaptığı şeylerden hayali arkadaş (lar)ının sorumlu olduğunda ısrar edebilir.

0 1 2 **16.** Çocuğun, çoğu kez belirgin bir neden olmaksızın şiddetli öfke patlamaları olur ve bu dönemlerinde alışılmamış fiziksel bir güç gösterebilir.

0 1 2 **17.** Çocuk, sık sık uykusunda yürür.

0 1 2 **18.** Çocuk, geceleri normalde olmayacak ya da beklenmeyecek bazı olaylar yaşar. Örneğin geceleyin odasında cinler, periler, hayaletler, canavarlar veya bunlara benzer şeyler gördüğünü belirtebilir. Ya da bazen sebebini açıklayamadığı şeyler olur. (Geceleyin oyuncaklar kırılmıştır, eşyalar karıştırılmıştır, vb. veya çocuğun vücudunda sebebini açıklayamadığı yara ve bereler oluşmuştur.)

0 1 2 **19.** Çocuk sık sık kendi kendine konuşur, bu konuşmalarında bazen değişik bir ses kullanabilir. Bazen de kendi kendisine tartışabilir.

0 1 2 **20.** Çocuğun, davranışlarını yöneten iki ya da daha fazla birbirinden ayrı ve farklı kişiliği vardır.

EK-10. Ergen Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

ERGEN DİSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (E - DYÖ)

A-DES (Adolescent Dissociative Experiences Scale) [Version 1.0]

Judith Armstrong, Frank W. Putnam, Eve Carlson

Çevirenler; Salih Zoroğlu, Ümran Tüzün, Vedat Şar, İlhan Yargıç

NASIL YANIT VERECEKSİNİZ ?

Bu test günlük hayatınızda başınızdaki geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 30 tanımlama cümlesinden oluşmaktadır. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Her tanımlama cümlesindeki yaşantının size ne ölçüde uyduğunu ya da ne sıklıkta bulunduğunu 10 üzerinden değerlendiriniz. Tanımlanan özellik ya da durum sizde hiç bir zaman olmuyorsa 0 'ı, sürekli ya da çok sık oluyorsa 10 'u daire içine alınız. Zaman zaman oluyorsa, derecelendirme yaparak 0 ile 10 arasından size en çok uyan rakamı daire içine alınız. Cevaplarken tanımlamada ne belirtilmişse sadece ona cevap veriniz. Alkol ya da ilaç etkisi altında bulunduğunuz durumları dikkate almayınız.

1. Televizyon seyrederken, bir şey okurken ya da video oyunu oynarken kendimi çok fazla kaptırırım ve çevremde olan bitenleri farketmem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

2. Daha önce yapmış olduğum ev ödevi ve sınav kağıtlarına baktığımda onları tanıyamam ve/veya yaptığımı hiç hatırlamam.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

3. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen güçlü duygular yaşarım.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

4. Bir an çok iyi yaptığım bir iş başka bir zaman hiç elimden gelmez.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

5. Çevremdekilerin konuştuğumu ya da yaptığımı söyledikleri bazı şeyleri hiç hatırlamam.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
6. Kendimi bir sis perdesi içinde ya da boşlukta hissederim ve çevremdeki insanlar ve eşyalar gerçek değilmiş gibi görünürler.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
7. Bazen bir şeyi gerçekten yaptım mı, yoksa yapmayı sadece aklımdan mı geçirdim, ayırtedemem.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
8. Saate baktığımda zamanın geçmiş olduğunu, ancak geçen süre içerisinde olanları hatırlayamadığımı fark ederim.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
9. Kafamın içinden gelen ve bana ait olmayan sesler duyarım.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
10. İstemediğim bir yerde bulunduğumda, zihinsel olarak oradan uzaklaşabilirim.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
11. O kadar iyi yalan söylerim ve rol yaparım ki bunlara bazen kendim de inanırım.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)

12. Birden dalıp giderim ve daha sonra kendimi bir şey yaparken bulurum.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
13. Aynada kendimi tanımam.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
14. Kendimi bir yere giderken ya da bir işi yapıyorken bulurum ve neden oraya gittiğimi ya da neden o işi yaptığımı bilemem.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
15. Kendimi bir yerde bulurum ve oraya nasıl geldiğimi hatırlamam.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
16. Sanki bana ait değilmiş gibi gelen düşüncelerim olur.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
17. Ağrı ya da acı hissini duymamayı başarabilirim.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
18. Bir şey gerçekten mi oldu, yoksa onu sadece rüyamda mı gördüm ya da aklımdan mı geçirdim, ayırdedemem.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)

19. Kendimi yanlış olduğunu bildiğim hatta yapmayı kesinlikle istemediğim bir işi yaparken bulurum.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
20. Beni tanıyanlar bazen çok değişik davrandığımı sanki başka bir insan gibi olduğumu söylerler.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
21. Zihnimin duvarlarla bölümlere ayrılmış gibi olduğunu hissederim.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
22. Benim yapmış olmam gereken fakat yaptığımı hatırlayamadığım yazılar, çizimler ya da mektuplar bulurum.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
23. İçimde, benim yapmayı istemediğim bazı şeyleri yaptıran bir şeyin var olduğunu hissederim.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
24. Bir şeyi sadece hatırlıyor muyum, yoksa gerçekten o anda başımdan mı geçiyor olduğunu karıştırırım.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)
25. Kendime bedenimin dışından, sanki başka bir kişiyi izliyormuş gibi baktığımı hissederim.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(hiç bir zaman) (her zaman)

26. Ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimin aniden değişir ve bunun neden olduğunu bilemem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

27. Bir yap-boz oyunun parçalarından bir ya da bir kaçının kaybolması gibi, geçmişimin bazı parçaları kaybolmuştur. (kafamdan silinmiştir)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

28. Kendimi oyuncaklarımla ya da yapma hayvanlarımla oynamaya o kadar kaptırırm ki onlar bana canlıymış gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

29. İçimde başka insanların var olduğunu hissedirim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

30. Bazen vücudum sanki bana ait değilmiş gibi gelir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(hiç bir zaman)

(her zaman)

EK 11. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996,2012)

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK 12. Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları İçin DSM-4'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

ÇOCUK VE ERGENLERDE DAVRANIM BOZUKLUKLARI İÇİN DSM-4'E DAYALI TARAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (Dr. Atilla Turgay, Eylül 1995)

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça sık rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği, Amerika Psikiyatri Derneği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır.

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

ADI VE SOYADI :

BUGÜNÜN TARİHİ :

FORMU DOLDURAN KİŞİNİN ÇOCUK / GENÇE OLAN YAKINLIĞI :

I. BÖLÜM

A. DİKKATSİZLİK

| Sorun | Sorun Derecesi | | | |
|---|----------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| 1. Dikkatini ayrıntılara vermez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oydadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz. | 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 urutkandır. | 0 | 1 | 2 | 3 |

B. AŞIRI HAREKETLİLİK- DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK

| Sorun | Sorun Derecesi | | | |
|--|----------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| 10. Elleri ayakları kıpır kıpırdır 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. Sakince 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 Derecesi | | | |
|---|----------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| 16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sırasını 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 |

II. BÖLÜM

| Sorun | Sorun Derecesi | | | |
|--|----------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| 19. Kontrolünü 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 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 |

III. BÖLÜM

| Sorun | Sorun Derecesi | | | |
|---|----------------|-------|-------|-----------|
| | Yok | Biraz | Fazla | Çok Fazla |
| A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık | | | | |
| 27. Kabadayılık eder, tehdit eder gözdağı verir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Kavga döğüş başlatır. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Eşyalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe bıçak, tabanca v.b.) 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 birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar | 0 | 1 | 2 | 3 |

B. Mala zarar verme

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 aldatır) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık) | 0 | 1 | 2 | 3 |

D. Kuralları ciddi biçimde bozma

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 39. 13 yaşından öncesinden başlayarak ailesinin 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 kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır | 0 | 1 | 2 | 3 |
